

## **B 3 KR 20/06 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung

3  
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

Leitsätze

Der Wegfall der Leistungspflicht für Sehhilfen volljähriger Versicherter zum 1.1.2004 berührt nicht die Ansprüche der Augenoptiker gegen die Krankenkassen auf Zahlung der Festbeträge für bis zum 31.12.2003 verordnete und bestellte, aber erst Anfang 2004 an die Versicherten ausgelieferte Sehhilfen.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. September 2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 11.390,74 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Leistungspflicht der Krankenkasse für Sehhilfen, die zwar noch im Jahr 2003 bestellt, aber erst zu Beginn des Jahres 2004 von den Augenoptikern an die Versicherten ausgeliefert wurden.

2

Die klagende Gesellschaft und der klagende Unternehmer sind Mitglieder des Landesinnungsverbandes Nordrhein für das Augenoptiker-Handwerk und zur Abgabe von Sehhilfen an Versicherte der beklagten Krankenkasse zugelassen. Grundlage ihrer Tätigkeit ist ein für das Land Nordrhein-Westfalen geschlossener Vertrag nach [§ 127 SGB V](#) zwischen den Landesinnungsverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe für das Augenoptiker-Handwerk und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 7.7.1994 (im Folgenden: Landesvertrag) nebst Anlagen.

3

In der Zeit vom 2. bis zum 16.1.2004 lieferten die Klägerin zu 1. an 91 und der Kläger zu 2. an 60 volljährige Versicherte der Beklagten Sehhilfen aus, die bereits im November und Dezember 2003 von den Versicherten auf Grund von ärztlichen Verordnungen oder von Berechtigungsscheinen bei den Klägern in Auftrag gegeben worden waren. Nach Auslieferung der Sehhilfen forderten die Kläger von der Beklagten die Zahlung der nach Anlage 4a des Landesvertrages vorgesehenen Festbeträge, und zwar die Klägerin zu 1. in Höhe von insgesamt 7.128,99 Euro und der Kläger zu 2. in Höhe von insgesamt 4.261,75 Euro. Mit Schreiben vom 16.4.2004 lehnte die Beklagte die Zahlung ab, weil die Sehhilfen erst im Jahre 2004 an die Versicherten abgegeben worden seien. Nach [§ 33 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#)) sei die Leistungspflicht der Krankenkassen bei der Versorgung volljähriger Versicherter mit Sehhilfen ab 1.1.2004 grundsätzlich entfallen. Maßgeblich sei nicht der Zeitpunkt der Verordnung oder Bestellung der Sehhilfen, sondern der Zeitpunkt der Auslieferung an die Versicherten.

4

Im Klageverfahren haben die Kläger geltend gemacht, es komme allein auf den Zeitpunkt der Bestellung der Sehhilfen an. Da die Bestellungen noch im Jahre 2003 erfolgt seien, finde [§ 33 SGB V](#) in seiner bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (aF) Anwendung, wonach die Krankenkassen für Sehhilfen noch generell leistungspflichtig gewesen seien. Die Beklagte hat demgegenüber die Auffassung vertreten,

erst mit der Übergabe der Sehhilfe und deren Übereignung an den Versicherten sei die "Versorgung" tatsächlich abgeschlossen und der Leistungsanspruch erfüllt, sodass [§ 33 SGB V](#) in der Fassung des GMG (nF) anzuwenden sei. Diese Auffassung werde auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (Gemeinsame Verlautbarung vom 25.11.2003) sowie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Pressemitteilung vom 19.12.2003) und vom Bundesversicherungsamt (Rundschreiben vom 16.1.2004) vertreten. Gegenteilige Darstellungen des Optikernetzes im Internet sowie Auskünfte der Optiker-Innungen über die Maßgeblichkeit des Auftragsdatums seien unzutreffend und ihr ohnehin nicht zuzurechnen.

5

Das Sozialgericht (SG) hat den Klagen stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin zu 1. 7.128,99 Euro und an den Kläger zu 2. 4.261,75 Euro zu zahlen (Urteil vom 6.9.2005). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 14.9.2006). Es hat ausgeführt, der Vergütungsanspruch der Kläger richte sich trotz der erst Anfang 2004 erfolgten Auslieferung der Sehhilfen nach der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage. Der Vergütungsanspruch sei noch im Jahre 2003 mit Auftragserteilung entstanden, weil schon dadurch die Versorgung der Versicherten mit einer Sehhilfe erfolgt sei. Gegen die Auslegung, der Begriff der "Versorgung" ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3](#) und [§ 33 Abs 1 Satz 1, Abs 2 SGB V](#)) setze die Auslieferung eines Hilfsmittels voraus, spreche die Differenzierung des Gesetzgebers zwischen "Versorgung" und "durchgeführter Versorgung", wie sich zB aus der bis zum 31.12.1998 geltenden Fassung des [§ 30 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zur damaligen Bezuschussung einer "durchgeführten Versorgung" mit Zahnersatz ergebe. Bei der "gestreckten Versorgung" mit Sehhilfen würden alle für die Herstellung erforderlichen Daten bereits bei der Auftragserteilung durch den Versicherten verbindlich festgelegt, weil die Beklagte auf eine Genehmigung im Einzelfall verzichtet habe. Danach bedürfe es nur noch der Umsetzung des Auftrags durch Fertigung der Sehhilfen. Der Anpassung der Sehhilfe im Rahmen der Auslieferung komme keine tragende Bedeutung zu. Etwaige Mängel bei der Umsetzung des Auftrages seien dem Bereich der Haftung zuzuordnen, nicht aber der Erstellung des Produktes. Die Maßgeblichkeit des Zeitpunkts der Auftragserteilung komme auch in [§ 7 Abs 2 Landesvertrag](#) zum Ausdruck, der den Augenoptikern in bestimmten Fällen eine Vergütung zuspreche, obwohl die Sehhilfen an die Versicherten nicht ausgeliefert werden konnten. Im Übrigen habe der Ansturm der Versicherten, die bis zum Jahresende 2003 noch von der damaligen Gesetzeslage hätten profitieren wollen, dazu geführt, dass die Augenoptiker die erteilten Aufträge nicht in der üblichen Bearbeitungszeit erledigen konnten, weil die optische Industrie längere Zeiträume für die Herstellung der Gläser benötigt habe. Für die Versicherten sei es daher selbst bei relativ frühzeitiger Auftragserteilung nicht absehbar gewesen, bis wann eine Sehhilfe zur Abholung bereitstehen würde. Zudem käme es zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Versicherten, die mit im Lager vorrätigen Standardgläsern versorgt werden konnten, im Verhältnis zu Versicherten, die auf Gläser in Sonderanfertigung angewiesen waren.

6

Mit der Revision rügt die Beklagte die Verletzung des [§ 33 SGB V](#) nF. Die Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Neufassung des [§ 33 SGB V](#) durch das GMG sprächen für die Anwendbarkeit dieser Vorschrift auf alle Fälle, in denen die Sehhilfen erst im Jahre 2004 ausgeliefert worden seien.

7

Die Beklagte beantragt, die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 14.9.2006 und des SG Aachen vom 6.9.2005 zu ändern und die Klagen abzuweisen.

8

Die Kläger verteidigen das angefochtene Urteil als zutreffend und beantragen, die Revision zurückzuweisen.

II

9

Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben zu Recht entschieden, dass den Klägern die Vergütungsansprüche für die Ende 2003 bestellten, aber erst Anfang 2004 ausgelieferten Sehhilfen gegen die Beklagte zustehen. Der Gesetzgeber hatte die Verordnung von Sehhilfen für volljährige Versicherte durch Vertragsärzte sowie die entsprechende Ausstellung von Berechtigungsscheinen durch Augenoptiker bis zum Stichtag 31.12.2003 zugelassen, sodass dieser Stichtag auch für die Umsetzung der Verordnung, also die "Versorgung" mit Sehhilfen ([§ 33 SGB V](#)), gelten muss. Es ist entscheidend, dass die Verträge mit den Klägern über die Ausstattung der Versicherten mit Sehhilfen in allen 151 Fällen in der Zeit bis zum 31.12.2003 rechtswirksam abgeschlossen worden sind und der Anspruch auf Krankenbehandlung durch Hilfsmittelversorgung als Rahmenrecht nach den nicht angefochtenen und daher für den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG in allen Fällen mit dem Vertragsschluss schon auf eine ganz bestimmte Leistung konkretisiert gewesen ist.

10

1) Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Beide Kläger haben ihre Ansprüche zulässigerweise durch allgemeine Leistungsklagen nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend gemacht. Zwischen den Beteiligten besteht im Hinblick auf die Versorgung der Versicherten mit notwendigen Sehhilfen ([§ 33 SGB V](#)) ein Gleichordnungsverhältnis, weil [§ 127 SGB V](#) sowohl in der hier noch maßgeblichen, bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20.12.1988 ([BGBl I 2477](#)) als auch in den späteren Fassungen des GMG sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#), gültig ab 1.4.2007) eine vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und zugelassenen Hilfsmittelerbringern ([§ 126 SGB V](#)) vorsieht, zu denen die Kläger als für die Versorgung der Versicherten mit Sehhilfen zugelassene Augenoptiker gehören. Eines Vorverfahrens bedurfte es nicht.

11

2) In der Sache konnte die Revision der Beklagten keinen Erfolg haben. Die Entscheidung des LSG lässt einen Verstoß gegen Bundesrecht nicht erkennen (§ 162 SGG). Die Kläger machen zu Recht Kaufpreisansprüche aufgrund der Herstellung und Lieferung von Sehhilfen in Höhe von 7.128,99 Euro (Klägerin zu 1.) bzw. 4.261,75 Euro (Kläger zu 2.) gegen die Beklagte geltend. Die Kaufpreisansprüche beruhen auf öffentlich-rechtlichen "Verträgen über die Lieferung herzustellender oder zu erzeugender beweglicher Sachen" (Sachlieferungsverträge) nach § 69 SGB V iVm § 651 BGB (in der ab 1.1.2002 geltenden Fassung des Art 1 Abs 1 Nr 42 des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes vom 26.11.2001, BGBl I 3138), auf die gemäß § 651 Satz 1 BGB das Kaufrecht (§§ 433 ff BGB) entsprechend anzuwenden ist. Rechtsgrundlage der Kaufpreisansprüche ist § 433 Abs 2 BGB iVm § 127 SGB V sowie §§ 5, 7 Landesvertrag nebst dessen Anlage 4a. Die Ansprüche auf Zahlung der Festbeträge in den streitigen 151 Fällen sind mit dem jeweiligen Vertragsschluss im November und Dezember 2003 entstanden. Die Änderung des § 33 SGB V zum 1.1.2004 hat die zuvor entstandenen Kaufpreisansprüche gegen die Beklagte nicht berührt. Die Ansprüche waren deshalb mit Eintritt der Fälligkeit Anfang 2004 (§ 433 Abs 2 BGB iVm § 9 Abs 1 Landesvertrag) zu erfüllen.

12

a) Mit der Neufassung des § 69 SGB V durch Art 1 Nr 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 (BGBl I 2626) hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern ab dem 1.1.2000 ausschließlich öffentlichem Recht unterliegen (vgl. BSGE 89, 24 = SozR 3-2500 § 69 Nr 1). Jedoch ordnet § 69 Satz 3 SGB V (ab 1.4.2007 inhaltsgleich § 69 Satz 4 SGB V) die entsprechende Anwendung der Vorschriften des Zivilrechts an, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem 4. Kapitel des SGB V (§§ 69 bis 140h SGB V) vereinbar sind. Die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Hilfsmittelerbringern (§ 126 SGB V), wie zB den Augenoptikern, sind daher ab 2000 sowohl bezüglich des allgemeinen Versorgungsvertrages (§ 127 SGB V; hier: Landesvertrag vom 7.7.1994) als auch bezüglich der in jedem Einzelfall abzuschließenden Beschaffungsverträge öffentlich-rechtlich geprägt. Die Kaufpreisansprüche der Kläger gegen die Beklagte gründen sich daher nicht unmittelbar auf die §§ 651, 433 Abs 2 BGB, sondern nur auf die entsprechende Anwendung dieser Vorschriften im Leistungserbringerrecht (§ 69 SGB V).

13

b) Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung umfasst ua die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V), und zwar nach Maßgabe des § 33 SGB V, der bis zum 31.12.2003 auch für volljährige Versicherte einen generellen Leistungsanspruch auf Versorgung mit Sehhilfen vorsah, während dies ab 1.1.2004 nach § 33 SGB V nF nur noch für Versicherte vor Vollendung des 18. Lebensjahres gilt. Für volljährige Versicherte besteht seitdem ein Anspruch auf Sehhilfen nur noch, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen (§ 33 Abs 2 SGB V nF), was in den hier streitigen Fällen nicht der Fall war. Der Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V ist von der Krankenkasse grundsätzlich in Form einer Sachleistung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) zu erbringen, wobei sie ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag erfüllt, wenn für die Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist (§ 12 Abs 2 SGB V), was für Hilfsmittel in weitem Umfang möglich ist (§ 36 SGB V). Im vorliegenden Verfahren geht es nach den Feststellungen des LSG, die auch insoweit von den Beteiligten nicht angegriffen und daher für den Senat bindend sind (§ 163 SGG), ausschließlich um Fälle der Versorgung mit Sehhilfen, für die in der Anlage 4a des Landesvertrages Festbeträge vereinbart worden waren. Der Vergütungsanspruch der Kläger bestünde aber in entsprechender Weise, wenn es auch um Leistungen ginge, die nach der vereinbarten Preisliste (Anlage 4b des Landesvertrages) abzurechnen wären.

14

aa) Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt entweder durch den Abschluss von Kaufverträgen, wenn es um die Abgabe und Übereignung fertiger Produkte geht (§ 433 BGB), oder durch den Abschluss von Sachlieferungsverträgen, wenn die Produkte erst noch herzustellen oder zu erzeugen sind (§ 651 BGB). Bei Sehhilfen kommen beide Möglichkeiten in Betracht. Geht es um sofort verfügbare bzw. im Lager vorrätige fertige Produkte (zB Standardgläser), wird mit der Abgabe der Sehhilfe an den Versicherten ein Kaufvertrag geschlossen. Muss die Sehhilfe dagegen nach speziellen Vorgaben des Augenarztes, des Augenoptikers oder des Bestellers erst noch angefertigt werden, wird ein Sachlieferungsvertrag geschlossen. Hier konnten die Sehhilfen nicht sofort abgegeben, sondern mussten erst noch angefertigt werden, sodass zwischen Bestellung und Auslieferung ein gewisser Zeitraum verstrich, in dem sich die Änderung des § 33 SGB V zum 1.1.2004 vollzog. Die in allen 151 Fällen zustande gekommenen Verträge sind daher als öffentlich-rechtliche Sachlieferungsverträge (§ 651 BGB) einzustufen, wobei es um dreiseitige Verträge zwischen den jeweiligen Versicherten und der Krankenkasse, hier also der Beklagten, auf der einen Seite und dem Augenoptiker, hier also der Klägerin zu 1. in 91 Fällen und dem Kläger zu 2. in 60 Fällen, auf der anderen Seite geht.

15

bb) Ein solcher Sachlieferungsvertrag kommt dadurch zustande, dass der Versicherte nach Maßgabe der vertragsärztlichen Verordnung bzw. des Berechtigungsscheins dem von ihm gewählten Augenoptiker ein Angebot zur Herstellung und Lieferung einer bestimmten Sehhilfe unterbreitet und der Augenoptiker das Vertragsangebot annimmt (§§ 145 ff BGB). Dabei tritt der Versicherte als Vertreter der Krankenkasse auf (§ 164 BGB), weil diese die Versorgung mit der Sehhilfe als Sachleistung schuldet, und er tritt zugleich im eigenen Namen auf, soweit es um Sonderwünsche und Zusatzleistungen sowie sonstige Mehrkosten geht (§ 33 SGB I, § 31 Abs 3 SGB IX) und er den Augenoptiker auswählt. Schuldner des Vergütungsanspruchs sind nebeneinander die Krankenkasse hinsichtlich des Festbetrages (§ 12 Abs 2, § 36 SGB V, Anlage 4a des Landesvertrages) und der Versicherte hinsichtlich der darüber hinausgehenden Kosten. So haben die Versicherten zB die Kosten für Brillengestelle stets allein zu tragen (§ 33 Abs 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 1.11.1996, BGBl I 1631, ab 1.4.2007 inhaltsgleich § 33 Abs 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des GKV-WSG). Außerdem tragen die Versicherten stets die Kosten der gesetzlichen Zuzahlungen; der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Krankenkasse verringert sich zugleich um den Betrag der Zuzahlung (§ 33 Abs 2 Satz 4 und 5 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 14.11.2003 bzw. § 33 Abs 8 SGB V in der Fassung des GKV-WSG). Anders als bei Arzneimitteln und Heilmitteln, die der Vertragsarzt grundsätzlich mit bindender Wirkung bestimmt (vgl. § 29 Abs 1 und § 30 Abs 8 Satz 2 BMV-Ä sowie § 15 Abs 1 und § 16 Abs 8 Satz 2 EKV-Ä) und bei denen deshalb die Krankenkasse durch den Vertragsarzt vertreten wird (BSGE 94, 213 = SozR 4-5570 § 30 Nr 1 für Arzneimittel und BSG SozR 3-2500 § 19 Nr 2 für Heilmittel), wird die Krankenkasse hier nicht durch den Vertragsarzt vertreten, weil die Versorgung mit Sehhilfen und anderen Hilfsmitteln grundsätzlich unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Krankenkasse steht (§ 5 Abs 4 Landesvertrag) und der Vertragsarzt Hilfsmittel vielfach nur ihrer Art

nach bestimmt, während der Versicherte die konkrete Auswahl des Hilfsmittels trifft, und zwar in der Regel anhand des Hilfsmittelverzeichnisses ([§ 128 SGB V](#), ab 1.4.2007 [§ 139 SGB V](#)). Zudem wird ein Vertragsarzt bei Sehhilfen nicht immer in die Versorgung eingeschaltet (Sehhilfenversorgung mittels Berechtigungsschein eines Augenoptikers) und der Versicherte ist berechtigt, Sonder- und Zusatzleistungen in Auftrag zu geben (zB Brillengestelle, getönte Gläser), wenn auch die Verordnung selbst für die Augengläser prinzipiell maßgeblich bleibt und nur mit Zustimmung des Vertragsarztes oder der Krankenkasse verändert werden darf (§ 5 Abs 2 Landesvertrag). Die Krankenkasse wird bei der Ausstattung mit Sehhilfen und anderen Hilfsmitteln vielmehr durch den Versicherten vertreten ([§ 164 BGB](#)), der insoweit - konkludent - im fremden Namen auftritt, hinsichtlich der Mehrkosten und Zuzahlungen aber zugleich im eigenen Namen handelt. Der Versicherte handelt bei der Auftragserteilung mit Vollmacht der Krankenkasse ([§ 167 BGB](#)), wenn ihm zuvor das beantragte Hilfsmittel von der Krankenkasse durch einen Verwaltungsakt bewilligt worden ist ([§ 31 SGB X](#)) oder er eine schriftliche Zusicherung erhalten hat ([§ 34 SGB X](#)). Ferner handelt er mit Vollmacht der Krankenkasse, wenn diese auf den ihr grundsätzlich zustehenden Zustimmungsvorbehalt verzichtet hat, was nach den bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) bei allen Sehhilfen der Fall war, für die - wie hier - ein Festbetrag vereinbart worden war (Anlage 4a des Landesvertrages). Im Falle eines bestehenden Zustimmungsvorbehalts handelt ein Versicherter dagegen bei Auftragserteilung als Vertreter ohne Vertretungsmacht ([§ 177 BGB](#)). Der Sachlieferungsvertrag ist in solchen Fällen schwebend unwirksam und wird für die Krankenkasse verbindlich, wenn sie ihre Zustimmung ([§§ 182, 184 BGB](#)) nachträglich erteilt (vgl. Schmitt in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 Krankenversicherungsrecht, 1994, § 30 RdNr 47-53 und Heinze, ebenda, § 40 RdNr 62-71). Verweigert hingegen die Krankenkasse ihre Zustimmung, ist der Vertrag unwirksam, ohne dass der Augenoptiker für die Vergütung auf den Versicherten zurückgreifen kann, weil er den Mangel der Vertretungsmacht kannte oder kennen musste ([§ 179 Abs 3 BGB](#)). Allerdings kann sich ein Leistungserbringer insoweit absichern, als er für den Fall des - von ihm nicht zu verantwortenden - Fehlens der Leistungspflicht der Krankenkasse eine subsidiäre Leistungspflicht des Versicherten vereinbart (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr 10](#)).

16

In den streitigen 151 Fällen hatte die Beklagte auf den Zustimmungsvorbehalt, der für Festbetrags- und Preislisten-Positionen grundsätzlich vereinbart war (§ 5 Abs 4 Satz 1 Landesvertrag), nach den Feststellungen des LSG generell und vorab verzichtet (§ 5 Abs 4 Satz 1 letzter Halbsatz Landesvertrag), sodass die Sachlieferungsverträge mit Annahme des Auftragsangebots (Bestellung) im November und Dezember 2003 rechtswirksam zustande gekommen waren. Die Verträge waren zivilrechtlicher Natur, soweit es die Rechtsbeziehung der Augenoptiker zu den Versicherten betraf, und sie waren öffentlich-rechtlicher Natur, soweit es um die Rechtsbeziehung der Augenoptiker zu der Beklagten ging (zur Zulässigkeit derartiger gemischter Verträge vgl. Gurli in Erichsen/Ehlers, Allgemeines Verwaltungsrecht, 13. Aufl 2005, § 29 II RdNr 5, und Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Aufl 2004, § 14 RdNr 11, jeweils mwN). Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten wegen des jeweiligen Festbetrages ([§§ 36, 12 Abs 2, 33 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) aF) ist mit dem Vertragsschluss im Jahre 2003 entstanden und mit der Abgabe der Sehhilfen an die Versicherten im Jahre 2004 fällig geworden (§ 9 Abs 1 Landesvertrag). Die Beklagte war daher als Schuldnerin des Festbetrages im jeweiligen Einzelfall zur Leistung verpflichtet.

17

c) Die Änderung des [§ 33 SGB V](#) zum 1.1.2004 hat den Vergütungsanspruch der Kläger gegen die Beklagte nicht entfallen lassen, weil sie die Wirksamkeit des jeweiligen Sachlieferungsvertrages und die daraus resultierenden (anteiligen) Zahlungsverpflichtungen der Beklagten und der Versicherten als Schuldner nicht berührt hat. Der prinzipielle Wegfall der Leistungspflicht für Sehhilfen bei volljährigen Versicherten zum 1.1.2004 hatte nicht zur Folge, dass bereits eingegangene Verpflichtungen bei Abgabe der Sehhilfen nach diesem Zeitpunkt nicht mehr zu erfüllen waren. Die Krankenkassen waren lediglich gehindert, ab 1.1.2004 neue Verpflichtungen dieser Art durch Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten oder durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit den Leistungserbringern einzugehen.

18

d) Die Maßgeblichkeit des Zeitpunktes des Vertragsschlusses ist aber nicht nur vertragsrechtlich begründet, sondern wird bestätigt durch systematische Überlegungen und die bisherige Rechtsprechung zur Leistungspflicht der Krankenkassen bei stationären Krankenbehandlungen und sonstigen Arten zeitlich gestreckter medizinischer oder pflegerischer Versorgung, in deren Verlauf eine leistungsrechtlich oder leistungserbringerrechtlich relevante Änderung der Sach- oder Rechtslage eintritt (zB Beginn oder Ende der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse, Kassenwechsel, Gesetzesänderung).

19

aa) Bei einer zeitlich gestreckten Versorgung, um die es auch hier geht (Refraktionierung - vertragsärztliche Verordnung oder Berechtigungsschein eines Augenoptikers - Beratungsgespräch mit dem Augenoptiker - Auswahl und Bestellung der Sehhilfe - Anpassung - Übergabe und Übereignung), ist für die Leistungspflicht der Krankenkasse grundsätzlich danach zu unterscheiden, ob für die vor und nach dem Zeitpunkt der Änderung der Sach- oder Rechtslage erbrachten Teilleistungen jeweils eine gesonderte Vergütung vorgesehen oder ob für die gesamte Leistung eine einheitliche, nicht aufteilbare Vergütung zu zahlen ist. Bei gesonderter Vergütung der Teilleistungen ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Durchführung der jeweiligen Teilleistung maßgeblich, im Falle eines Kassenwechsels ist also die frühere Krankenkasse für die vor dem Stichtag erbrachten Teilleistungen und die neue Krankenkasse für die danach erbrachten Teilleistungen zuständig. Bei einheitlicher Vergütung der Gesamtleistung ist grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung bzw Versorgung abzustellen, es sei denn, gesetzliche oder vertragliche Regelungen gebieten eine Beurteilung der Leistungspflicht nach dem sachlichen Schwerpunkt der Leistungserbringung. Bei einem Kassenwechsel ist in solchen Fällen also grundsätzlich die neue Krankenkasse zur Leistung verpflichtet, soweit nicht nach dem Schwerpunkt der Leistungserbringung zu entscheiden ist und dieser vor dem Stichtag liegt. Der Anspruch eines Versicherten gegen die Krankenkasse auf Krankenbehandlung in Form der Versorgung mit Hilfsmitteln ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 iVm § 33 SGB V](#)) stellt lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht dar, das der Konkretisierung bedarf, damit es sich zum Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit einem bestimmten Hilfsmittel ([§ 33 SGB V](#)) wandelt. Im Falle eines Kassenwechsels bei einer zeitlich gestreckten Hilfsmittelversorgung ist grundsätzlich maßgeblich, in welchem Zeitpunkt der Versicherte sein Wahlrecht ([§ 33 SGB I](#), [§ 9 SGB IX](#)) verbindlich ausgeübt und sich damit der Versorgungsanspruch als Rahmenrecht auf ein ganz bestimmtes Hilfsmittel konkretisiert hat (vgl. BSGE 89, 86 = [SozR 3-2500 § 19 Nr 4](#), BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr 3](#), BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 14](#), BSGE 90, 220 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 1](#), BSG [SozR 2200 § 182b Nr 32](#)).

20

bb) Nach diesen Grundsätzen ist hier die Leistungspflicht der Beklagten für die Hilfsmittelversorgung durch die Gesetzesänderung zum 1.1.2004 nicht entfallen, weil sich der Versorgungsanspruch der Versicherten vor dem 1.1.2004 auf eine ganz bestimmte Sehhilfe konkretisiert hatte. Die Versorgung nach [§ 33 SGB V](#) begann mit der Untersuchung des Versicherten (ua Augenglasbestimmung durch subjektive und objektive Refraktion) und der anschließenden Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung oder des Berechtigungsscheins; dies hatte noch im Jahre 2003 stattgefunden und ist dem Vertragsarzt bzw dem Augenoptiker gesondert vergütet worden. Die Konkretisierung der Versorgung hatte dann mit der - ebenfalls noch im Jahre 2003 erfolgten - verbindlichen Bestellung der verordneten Sehhilfen, deren technische Details, Form und Aussehen zuvor im Einzelnen festgelegt worden waren, ihren Abschluss gefunden. Die Versicherten hatten somit noch im Jahre 2003 alles getan, um an die Sehhilfen zu gelangen. Gleiches gilt für die Augenoptiker, die mit der Erteilung der Aufträge an die optische Industrie das Nötige zur Umsetzung der Verordnungen in die Wege geleitet hatten und dabei finanzielle Verpflichtungen gegenüber ihren Lieferanten eingegangen waren. Die weiteren Arbeitsschritte des Augenoptikers (Anpassung, Übergabe und Übereignung), die erst im Jahre 2004 ausgeführt werden konnten, dienten nur der Erfüllung des bereits konkretisierten Rahmenrechts.

21

cc) Dass auch die Parteien des Landesvertrages die Vergütungspflicht an die beschriebene Konkretisierung des Rahmenrechts auf eine bestimmte Sehhilfe und nicht an den tatsächlichen Abschluss der Versorgung durch deren Auslieferung geknüpft haben, zeigt die Regelung des § 7 Abs 2 Landesvertrag, wonach angefertigte Sehhilfen, die bei Tod des Versicherten oder aus sonstigen vom Augenoptiker nicht zu vertretenden Gründen nicht abgeholt werden, von der Krankenkasse zu vergüten sind, wenn sie nicht mehr verwendbar sind.

22

e) Die Beklagte kann ihre Zahlungsverweigerung schließlich nicht auf den auch im öffentlichen Recht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 69 SGB V](#) iVm [§ 242 BGB](#)) wegen Verletzung von vertraglichen Rücksichtspflichten aus dem Landesvertrag ([§ 69 SGB V](#) iVm [§ 241 Abs 2 BGB](#)) stützen.

23

aa) Die Augenoptiker und ihre Verbände haben sich nicht vertragswidrig oder treuwidrig verhalten, als sie in den letzten Monaten des Jahres 2003 die Versicherten auf die zum 1.1.2004 in Kraft tretende Gesetzesänderung hinwiesen und die Versicherten so indirekt "ermunterten", sich noch im Jahre 2003 eine (neue) Brille verschreiben zu lassen und diese beim Augenoptiker zu bestellen. Die Ausnutzung einer noch geltenden günstigen Rechtslage in Kenntnis einer bevorstehenden nachteiligen Gesetzesänderung ist sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungsanbieter legitim, solange die Grenzen der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ([§ 2 Abs 4](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 33 Abs 1 Satz 1](#), [§ 70 Abs 1 SGB V](#)) gewahrt werden. Das war hier der Fall. Die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit (neuen) Sehhilfen ist vom LSG für alle 151 Fälle bindend festgestellt ([§ 163 SGG](#)) und von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen worden. Von einem - durch die Augenoptiker veranlassten oder verstärkten - unzulässigen "Mitnahmeeffekt" oder "Vorzieheffekt" kann deshalb nicht die Rede sein. Dass einige Krankenkassen, das zuständige Bundesministerium und das Bundesversicherungsamt in öffentlichen Verlautbarungen eine andere Rechtsauffassung zu den Wirkungen der Gesetzesänderung bei erst Anfang 2004 erfolgter Auslieferung der Sehhilfen vertraten, macht das Verhalten der Augenoptiker ebenso wenig vertrags- oder treuwidrig wie der Umstand, dass den Krankenkassen durch die "Werbung" der Augenoptiker Ende 2003/Anfang 2004 erhebliche Mehrkosten entstanden sind.

24

bb) Dies gilt umso mehr, als die Krankenkassen rechtlich in der Lage gewesen wären, der Zahlungspflicht für noch 2003 verordnete und bestellte, aber erst Anfang 2004 ausgelieferte Sehhilfen zu entgehen. Da die Vollmachtserteilung einer Krankenkasse an den Versicherten zum Abschluss eines Kaufvertrages oder eines Sachlieferungsvertrages über eine Sehhilfe, für die ein Festbetrag oder die vereinbarte Preisliste (Anlagen 4a und 4b des Landesvertrages) gilt, in dem gegenüber den Augenoptikern und ihren Verbänden generell erklärten ([§ 167 Abs 1](#) 2. Alternative BGB) Verzicht auf den - im Landesvertrag als Regelfall vorgesehenen - Zustimmungsvorbehalt zu der entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung bzw der Bescheinigung mittels Berechtigungsschein zu sehen ist, hätte die Beklagte durch in gleicher Weise zu erklärende ([§ 171 Abs 2 BGB](#)) Rücknahme dieses Verzichts und Rückkehr zur grundsätzlichen Zustimmungspflicht (§ 5 Abs 4 Satz 1 Landesvertrag) sicherstellen können, dass Beschaffungsverträge über Sehhilfen, die nach [§ 33 SGB V](#) nF von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind, von den Versicherten nicht mehr zu ihren Lasten abgeschlossen werden konnten. Sie hätte die Zustimmung zu den dann vollmachtlos abgeschlossenen Verträgen unter der Bedingung erteilen können, dass die Abgabe der Sehhilfen bis spätestens zum 31.12.2003 erfolgt ([§ 158 BGB](#)). Dies ist in allen 151 Fällen nicht geschehen. Es reichte insoweit nicht aus, dass die Beklagte und andere Krankenkassen in Rundschreiben und anderen Verlautbarungen allgemein die Rechtsansicht geäußert haben, bei Abgabe der 2003 verordneten und bestellten Sehhilfen im Jahre 2004 nicht mehr zur Zahlung der Festbeträge verpflichtet zu sein. Die Erklärung der Rücknahme des Verzichts auf den Zustimmungsvorbehalt ist in solchen Äußerungen nicht zu sehen.

25

Der Einwand der Beklagten, die Rückkehr zur grundsätzlichen Zustimmungspflicht hätte eine Kündigung des Landesvertrages vorausgesetzt, die nur mit sechsmonatiger Kündigungsfrist zum Schluss eines Kalenderjahres (§ 15 Abs 2 Satz 1 Landesvertrag) möglich und damit nicht mehr für den hier relevanten Zeitraum zu erreichen gewesen wäre, ist unbegründet. Der Verzicht auf den Zustimmungsvorbehalt (§ 5 Abs 4 Landesvertrag) konnte nach der vertraglichen Regelung einseitig durch die Beklagte erklärt werden, war also nicht selbst Bestandteil des Landesvertrages, und konnte daher auch jederzeit durch einseitige Erklärung der Beklagten wieder zurückgenommen werden. Selbst wenn aber die Parteien des Landesvertrages über den Verzicht auf den Zustimmungsvorbehalt eine vertragliche Regelung getroffen hätten, wofür es keine Anhaltspunkte gibt, wäre wegen der Gesetzesänderung zum 1.1.2004 eine sofortige Kündigung dieses Vertrages nach [§ 69 SGB V](#) iVm [§ 313 Abs 1 und Abs 3 Satz 2 BGB](#) möglich gewesen, weil die nachträgliche, bei Vertragsschluss nicht voraussehbare Änderung des [§ 33](#)

[SGB V](#) zum Wegfall der Geschäftsgrundlage geführt hätte.

26

f) Da nach den bindenden Feststellungen des LSG auch alle sonstigen Voraussetzungen der Leistungspflicht erfüllt waren, ist die Beklagte zu Recht zur Zahlung verurteilt worden.

27

3) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

28

4) Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-05-13