

## L 11 KR 883/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 4 KR 899/11  
Datum  
03.02.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 883/12  
Datum  
26.09.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

Vergütungsregelungen zwischen einer Krankenkasse und einem Verband nichtärztlicher Leistungserbringer, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Pflegedienstleistungen (hier: Wundversorgung iR häuslicher Krankenpflege) vorgesehen sind, sind stets eng nach ihrem Wortlaut, ergänzend noch nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen (vgl. BSG 13.12.2001, [B 1 KR 1/01 R](#), SozR 3-5565 § 14 Nr 2). Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 03.02.2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe der Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die Klägerin erbringt Leistungen der häuslichen Krankenpflege und ist Mitglied des Caritasverbandes der Erzdiözese F. eV. Sie ist dem Rahmenvertrag zwischen dem Caritasverband und dem Verband der beklagten Krankenkasse nach [§ 132a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe und häuslicher Pflegehilfe (im Folgenden: RV) durch schriftliche Erklärung beigetreten.

Die Versicherte der Beklagten, E. R. (im Folgenden: Versicherte), litt an Lungenkrebs im Stadium IV mit multipler Metastasierung. Ihr Arzt verordnete häusliche Krankenpflege in Form von "Anlegen und Wechseln von Wundverbänden" am Thorakostoma. Auf Grundlage der Verordnung vom 24.09.2010 erbrachte die Klägerin im Zeitraum vom 01.10.2010 bis 31.12.2010 insgesamt 56 Wundversorgungen. Mit Schreiben vom 10.11.2010 erklärte die Beklagte die Kostenübernahme der Wundversorgungen "in Höhe der vertraglich vereinbarten Sätze". Auf den Antrag der Klägerin, "aufwendige Wundbehandlungen" festzustellen, unterbreitete die Beklagte der Klägerin das Angebot, statt des vertraglich vereinbarten Betrags 20,00 EUR pro Wundversorgung zu zahlen. Die Klägerin lehnte dies ab und machte 36,33 EUR als Einzelpreis geltend (Rechnungen vom 14.02.2011). Die Beklagte zahlte sodann 16,27 EUR pro Wundversorgung (Leistungsgruppe III der Preisvereinbarung gültig vom 01.02.2010 bis 31.12.2010).

Am 11.03.2011 hat die Klägerin beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, das Anlegen und Wechseln von Wundverbänden gehöre zwar grundsätzlich zur Leistungsgruppe III. Da es sich jedoch um ungewöhnlich aufwendige Wundversorgungen gehandelt habe, müsse eine Vergütung nach der Leistungsgruppe IV erfolgen. Der Fall einer aufwendigen Wundversorgung werde von der Leistungsgruppe IV erfasst. Dies sei auch schon vor dem 01.01.2011 gängige und ständige Verwaltungspraxis gewesen. Mit der AOK sei in solchen Fällen eine Vergütung von 54,50 EUR pro Stunde vereinbart gewesen. Bei einem Zeitaufwand von 40 min, der im Fall der Versicherten der Beklagten entstanden sei, ergebe sich der geforderte Betrag in Höhe von 36,33 EUR. Ziel der Klage sei es, die mit der AOK getroffenen Absprachen zu vereinheitlichen.

Mit Urteil vom 03.02.2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, es könne nicht durch das Gericht festgestellt werden, ob es sich bei den erbrachten Wundverbänden um Leistungen der Leistungsgruppe IV handele. Denn der Vertrag nach [§ 132a SGB V](#) unterliege der Ausgestaltung der Vertragsparteien. Das Gericht könne keine Vorgaben hinsichtlich des Vertragsinhalts machen. Die Vertragsparteien hätten es einer konkret zu treffenden Vereinbarung im Einzelfall vor Ort überlassen, welche Tätigkeit der Leistungsgruppe IV unterliege. Könne eine Einigung über die Zuordnung einer Leistung und ihrer Vergütung nicht erzielt werden, müsse im jeweiligen Einzelfall eine Schiedsperson bestimmt werden, die den Inhalt der Einzelfallvereinbarung festlege.

Am 28.02.2012 hat die Klägerin beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen, die Auslegung der Vertragsbestimmungen obliege den Gerichten. Hierbei sei die geübte Verwaltungspraxis zu berücksichtigen. Es sei nicht maßgeblich, ob eine ausdrückliche schriftliche Regelung existiere, solange eine geübte Verwaltungspraxis gegeben sei. Die Zuordnung der Wundversorgung zu einer Leistungsgruppe müsse das Gericht ggf im Wege einer Beweisaufnahme klären. Bei Nichteinigung über eine Vergütung könne das Gericht im Rahmen der Auslegung der Vertragsbestimmungen die Vergütung auf der Basis einer Beweisaufnahme festlegen. Die (vorherige) Durchführung eines Schiedsverfahrens sei nicht erforderlich. Jedenfalls müsse die Beklagte verpflichtet werden, mit der Klägerin in Verhandlungen zu treten.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Mannheim vom 03.02.2012 zu verurteilen, an die Klägerin 1.123,36 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18.02.2011 zu zahlen,

hilfsweise die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Mannheim vom 03.02.2012 zu verurteilen, die durch die Klägerin im Zeitraum vom 01.10.2010 bis 31.12.2010 für E. R. erbrachten Wundversorgungen der Leistungsgruppe IV der Preisvereinbarung über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zuzuordnen und die Vergütung dieser Wundversorgung gemeinsam mit der Klägerin unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts festzulegen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG im Ergebnis für zutreffend. Zur Begründung hat die Beklagte ausgeführt, die Wundversorgung sei bis zum 31.12.2010 in Leistungsgruppe III aufgeführt. Die Leistungsgruppe IV könne nicht zur Anwendung kommen. Erst ab dem 01.01.2011 ordne die Preisvereinbarung die "aufwendige Wundversorgung" der Leistungsgruppe IV zu. Eine hiervon abweichende Verwaltungspraxis habe es nicht gegeben.

Am 31.07.2012 hat das LSG die Beteiligten darauf hingewiesen, dass beabsichtigt ist, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Den Beteiligten wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Sie haben keine Einwände gegen die beabsichtigte Vorgehensweise erhoben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [§ 153 Abs 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss entscheiden, da die Berufsrichter des Senats die Berufung einstimmig für unbegründet erachten und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Die Beteiligten sind darauf hingewiesen worden, dass der Senat diese Verfahrensweise beabsichtigt.

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1, 144 Abs 1 Satz 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte sowie statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

Die Berufung ist nicht bereits deshalb unbegründet, weil es an einem Rechtsschutzbedürfnis als Sachentscheidungs Voraussetzung für die Erhebung der Klage mangelt. Die für eine Klage beim SG notwendigen Sachentscheidungs Voraussetzungen sind - mit Ausnahme der persönlichen Sachentscheidungs Voraussetzungen, die für jedes Verfahren gegeben sein müssen - im Berufungsverfahren Voraussetzungen der Begründetheit der Berufung (Bernsdorff in Hennig, SGG, Vorbem zu [§§ 143-178 SGG](#) Rz 17). Zwar ist nach § 10 RV in der am 01.01.1997 geltenden Ergänzungsvereinbarung zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen, die auf örtlicher Ebene zwischen einer Krankenkasse und einem Leistungserbringer nicht bereinigt werden können, ein paritätisch besetzter Vertragsausschuss zu bilden. Der Regelung lässt sich aber nicht entnehmen, dass dieser Ausschuss zwingend einzuschalten ist. Mangels gegenteiliger Regelung im RV ist davon auszugehen, dass es der Entscheidung der Vertragspartner überlassen bleibt, ob der Ausschuss einberufen wird (vgl hierzu BSG 27.10.2009, [B 1 KR 4/09 R](#), SozR 4-2500 § 125 Nr 5). Hinzukommt, dass die Klägerin als Leistungserbringerin nicht Vertragspartner des RV ist, alleine den Ausschuss also gar nicht einberufen könnte.

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig, weil zwischen den Beteiligten ein Gleichordnungsverhältnis besteht und die beklagte Krankenkasse die streitige Zahlung nicht in der Form eines Verwaltungsakts abgelehnt hat. Das Rechtsverhältnis zwischen dem klagenden Leistungserbringer und der beklagten Krankenkasse wird nicht durch Verwaltungsakt, sondern durch Vertrag nach [§ 132a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) geregelt. Hier ist maßgeblich der zwischen dem Caritasverband der Erzdiözese F. eV und dem Verband der Beklagten abgeschlossene Vertrag nach [§ 132a SGB V](#) über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe und häuslicher Pflegehilfe vom 13.11.1990, dem die Klägerin durch schriftliche Erklärung beigetreten ist.

Die Klage ist jedoch unbegründet, da die Klägerin keinen Anspruch auf höhere Vergütung der von ihr erbrachten Leistungen hat. Ihr steht für die streitgegenständlichen Leistungen lediglich der von der Beklagten bereits erbrachte Betrag in Höhe von 16,27 EUR pro Wundversorgung zu.

Die Versicherte hatte unstreitig Anspruch auf die Krankenpflegeleistungen nach [§ 37 SGB V](#). Danach erhalten Versicherte neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Abs 1 Satz 1) sowie wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Abs 2 Satz 1). Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche

Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung bestehen keine Zweifel an der Notwendigkeit der von der Klägerin im streitigen Zeitraum erbrachten Wundversorgungen.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 6 RV in Verbindung mit der in Anlage A getroffenen Preisvereinbarung mit Gültigkeit vom 01.02.2010 bis 31.12.2010. Danach war eine Vergütung nach vier Leistungsgruppen vorgesehen. In Leistungsgruppe III, für die ein Preis von 16,27 EUR vereinbart war, fielen unter Nr 3.10 "Verbände: Anlegen und Wechseln von Wundverbänden" (Leistungsbeschreibung gemäß Nr 31 der Richtlinie über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 und Abs 7 SGB V](#)). Für die Leistungen der Leistungsgruppe IV galt, dass die Preise für die Leistungen für den jeweiligen Einzelfall zwischen den Beteiligten vor Ort vereinbart werde. In dieser Leistungsgruppe waren die Leistungen Nr 4.1 bis 4.3 verzeichnet (Flüssigkeitsbilanzierung, Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts, spezielle Krankenbeobachtung). Für Maßnahmen, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt waren, sah die Vereinbarung vor, dass diese unter bestimmten Voraussetzungen "in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsbedürftig" seien. In diesen Fällen werde mit der jeweiligen Krankenkasse der Preis im Einzelfall festgelegt. Die ab dem 01.01.2011 gültige Preisvereinbarung (vereinbart am 07.12.2010) ordnete "aufwendige Wundbehandlungen" (Leistungsbeschreibung gemäß Nrn 31, 12, 28 der Richtlinie über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 SGB V](#)) der Leistungsgruppe IV zu.

Unter Anwendung dieser Rechtsgrundlage hat die Klägerin nur Anspruch auf Vergütung der Wundversorgungen in Höhe von 16,27 EUR pro Einzelleistung. Ein darüber hinausgehender Vergütungsanspruch ist der damals gültigen Vereinbarung nicht zu entnehmen. Vergütungsregelungen, die wie vorliegend für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen bzw die Abrechnung mit zahlreichen Pflegediensten vorgesehen sind, können ihren Zweck - die Eignung für die tägliche Praxis - nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werden und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belassen. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut, ergänzend noch nach dem systematischen Zusammenhang, auszulegen. Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG 13.12.2001, [B 1 KR 1/01 R, SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#); BSG 21.02.2002, [B 3 KR 30/01 R, SozR 3-5565 § 15 Nr 1](#)). Danach waren Wundversorgungen nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut der Preisvereinbarung vom 01.02.2010 unabhängig von ihrem konkreten Aufwand der Leistungsgruppe III zugeordnet. Erst in der ab dem 01.01.2011 gültigen Fassung wurde danach differenziert, ob es sich um eine aufwendige Wundbehandlung handelt oder nicht. Entsprechendes kann der hier einschlägigen Vereinbarung nicht entnommen werden. Die von der Klägerin behauptete "geübte Verwaltungspraxis" kann dem Vertragswerk nicht entnommen werden. Ein entsprechend übereinstimmender Wille der Vertragspartner ist nicht erkennbar. Eine dahingehende Auslegung der Vereinbarung ist nicht möglich. Die Regelungen sind bereits vom Wortlaut her eindeutig; die Frage einer Auslegung stellt sich damit von vornherein nicht (vgl dazu BSG 05.02.1985, [6 RKa 37/83](#); BSG 15.11.1995, [6 RKa 57/94](#); BSG 31.08.2005, [B 6 KA 35/04 R](#); BSG 18.08.2010, [B 6 KA 23/09 R](#); alle juris).

Soweit es sich in der Praxis erweist, dass es zu Bewertungsunstimmigkeiten und sonstigen Ungereimtheiten kommt, ist es Aufgabe der Vertragspartner, die dafür zuständig sind, dies durch Einigung und gegebenenfalls durch Weiterentwicklung der Abrechnungsbestimmungen zu beheben. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist zunächst ein Schiedsverfahren durchzuführen ([§ 132a Abs 2 Satz 6 SGB V](#)). Die Vertragspartner haben sich vorliegend ab dem 01.01.2011 auf eine neue Vergütungsvereinbarung verständigt, die auf die streitgegenständlichen Leistungen jedoch noch keine Anwendung findet.

Aus den genannten Gründen konnte auch der Hilfsantrag der Klägerin nicht durchdringen.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-19