

## L 11 KR 4278/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 21/14  
Datum  
07.09.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 4278/15  
Datum  
21.02.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Entscheidung der Schiedsperson nach [§ 132a SGB V](#) ist kein Schiedsvertrag, sondern ein Schiedsgutachten.

Eine Abweisung der Klage als (zur Zeit oder endgültig) unbegründet wegen fehlender Entscheidung der Schiedsperson kommt nicht in Betracht, wenn es einer Leistungsbestimmung durch Dritte gar nicht bedarf.

Sind Preisvereinbarungen in Verträgen nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) so aufgebaut, dass sich die einzelnen Abrechnungspositionen an der Nummerierung der HKP-Richtlinie orientieren, werden Leistungen, die der GBA zusätzlich unter einer bestimmten Nummer in die HKP-Richtlinien aufnimmt, nach der Nummer in der Preisvereinbarung vergütet, die der Nummer in den HKP-Richtlinien entspricht.

(Die Revision wurde vom Senat zugelassen)

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 07.09.2015 abgeändert und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 14.499,75 EUR zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.12.2013. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt 9/10, der Kläger 1/10 der Kosten des Klage- und Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Klage- und das Berufungsverfahren wird auf je 15.924,61 EUR festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Höhe der Vergütung für im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zwischen Januar 2009 und Dezember 2012 vom Kläger erbrachte Leistungen der Intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung (ITEK).

Der Kläger betreibt einen ambulanten Pflegedienst. Er ist Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Landesverband Baden-Württemberg e.V. (DPWV). Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse mit Sitz in Baden-Württemberg und zugleich Landesverband der Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg.

Mehrere Wohlfahrtsverbände - darunter der DPWV - haben am 13.11.1990 u.a. mit der Beklagten einen Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (Rahmenvertrag) geschlossen. Der Rahmenvertrag gilt zum einen für die Krankenkassen, die gegenüber ihrem Landesverband schriftlich beigetreten sind, zum anderen für die den Wohlfahrtsverbänden angeschlossenen Träger und deren Einrichtungen, soweit diese Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen und dem Rahmenvertrag durch schriftliche Erklärung beigetreten sind (§ 1 Abs 2 Rahmenvertrag). Die Vergütung der erbrachten Leistungen richtet sich nach einer ergänzenden Preisvereinbarung (§ 6 Abs 1 S 1 Rahmenvertrag). Für die Zeit ab dem 01.01.2009 galt die Preisvereinbarung vom 30.04.2009, ab dem 01.02.2010 die Preisvereinbarung vom 03.02.2010, ab dem 01.06.2011 die Preisvereinbarung vom 19.05.2011 und ab dem 01.03.2012 die Preisvereinbarung vom 28.09.2012. Darin wurden die Leistungen der Behandlungspflege in vier Leistungsgruppen (I, II, III, IV) eingeteilt. Für jede der Leistungsgruppen hatten die Vertragspartner einen Preis festgesetzt. Die Zuordnung einer Leistung der Behandlungspflege zu einer bestimmten Leistungsgruppe sollte sich aus der Anlage 1 zur Preisvereinbarung ergeben (Ziff 1). Die Anlage 1 zur Preisvereinbarung enthält für die Jahre 2009 bis 2012 folgende Regelungen: Leistungsgruppe III, Nr 3.6, Nr der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien [§ 92 SGB V](#): 23, Katheterisierung der Harnblase; Einmalkatheterisierung als Schulungsmaßnahme.

Zur Ergänzung des Rahmenvertrags haben u.a. der DPWV sowie die Beklagte am 10.10.2007 eine Schiedsordnung gemäß [§ 132a Abs 2 SGB](#)

V vereinbart. Die Schiedsperson ist danach zuständig für Entscheidungen über die Regelungen gemäß § 132a Abs 2 SGBV (§ 11 der Vereinbarung). Die Einleitung des Schiedsverfahrens ist in § 7 der Vereinbarung geregelt.

Durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.12.2006 wurde die Leistung "Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung" zusätzlich unter Nr 23 in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie - HKP-RL) aufgenommen. Der Beschluss wurde am 16.03.2007 im Bundesanzeiger Nr 53, S 2800 veröffentlicht und trat am 17.03.2007 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt lautete die Leistungsbeschreibung in Nr 23 HKP-RL wie folgt: "Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase. Einbringung eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters."

Die Beklagte und die Verbände der Leistungserbringer konnten in der Folge keine Einigung über die Zuordnung der ITEK zu einer Leistungsgruppe erzielen. Die Beklagte vertrat die Auffassung, Leistungsgruppe II sei zutreffend, die Leistungserbringer erachteten Leistungsgruppe III für zutreffend.

Für den streitigen Zeitraum verordneten die Urologen Dr. Sch., S. und Dr. F. der bei der Beklagten versicherten Patientin E. P., geb.1955 (im Folgenden: die Versicherte), wegen einer Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons wiederholt und durchgehend häusliche Krankenpflege in Form von Einmalkatheterisierung (3x/Tag). Die Beklagte teilte dem Kläger jeweils mit, sie übernehme die Kosten der verordneten Leistungen.

Im Januar 2009 führte der Kläger bei der Versicherten 93 mal eine Katheterisierung der Harnblase durch. Hierfür stellte er der Beklagten am 17.02.2009 insgesamt 1.506,60 EUR (93 x 16,20 EUR) in Rechnung; dabei legte er den Preis für die Leistungsgruppe III der Preisvereinbarung zugrunde.

Mit Schreiben vom 06.03.2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, sie habe die Rechnung um 330,15 EUR gekürzt; denn maßgeblich sei nicht der Preis für die Leistungsgruppe III, sondern der niedrigere Preis für die Leistungsgruppe II (= 12,65 EUR pro Einheit).

Dieser Ablauf wiederholte sich mit der Rechnung für Februar 2009: Die vom Kläger berechneten 1.360,80 EUR (84x 16,20 EUR) kürzte die Beklagte mit derselben Begründung um 298,20 EUR auf 1.062,60 EUR (84x 12,65 EUR).

Danach, für die Monate März 2009 bis August 2012, stellte der Kläger für die erbrachte Katheterisierung der Harnblase bei der Versicherten zunächst nur noch den Preis für die Leistungsgruppe II in Rechnung; lediglich für die - nicht streitigen - Monate September und November 2009 sowie Januar 2010 berechnete er die Vergütung nach dem Preis für die Leistungsgruppe III.

Für die Katheterisierung ab September 2012 legte der Kläger seinen Rechnungen dann wieder den Preis für die Leistungsgruppe III zugrunde, Die Beklagte kürzte auch diese Rechnungen, für September 2012 um 290,94 EUR, für Oktober 2012 um 334,49 EUR, für November 2012 um 331,16 EUR, für Dezember 2012 um 352,39 EUR, für Januar 2013 um 309,42 EUR, für Februar 2013 um 290,32 EUR, für März 2013 um 347,62 EUR, für Mai 2013 um 301,78 EUR und für Juni 2013 um 175,72 EUR. Außerdem stellte der Kläger für die in den Monaten März 2009 bis August 2012 erbrachten Leistungen mit Schreiben vom 16.12.2012 (Bl 112 der SG-Akte) neue Rechnungen, in denen er auch für die bisher nach Leistungsgruppe II berechneten Leistungen eine Vergütung nach der Leistungsgruppe III forderte (Bl 114 bis 240 der SG-Akte).

Am 30.12.2013 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Er begehrt für die Zeit von Januar 2009 bis Juni 2013 (ausgenommen vier nicht streitige Monate) weitere Vergütung für die von ihm erbrachte Katheterisierung der Harnblase bei der Versicherten. Er trägt vor, er habe bei der Versicherten eine ITEK durchgeführt. Dabei werde die Harnblase mittels eines in die Harnröhre eingeführten Katheters geleert; nach dem Vorgang werde der Katheter wieder entfernt und beim nächsten Mal erneut eingeführt. Dadurch unterscheide sich die Methode von einer Dauerkatheterisierung. Seit dem 17.03.2007 gehöre die ITEK zu den verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Zwar sei sie in der Anlage 1 der jeweiligen Preisvereinbarungen vom 30.04.2009, 03.02.2010, 19.05.2011 und 28.09.2012 nicht ausdrücklich erwähnt. Sie lasse sich aber der dort unter Ziff. 3.6 (= Leistungsgruppe III) geregelten "Katheterisierung der Harnblase" zuordnen - selbst wenn die Vertragsparteien der Preisvereinbarungen mit dieser Leistung zunächst nicht die ITEK gemeint haben sollten. Die Beklagte habe die ärztlichen Verordnungen häuslicher Krankenpflege für die Versicherte jeweils genehmigt. Angesichts dessen habe er, der Kläger, davon ausgehen müssen, die Vergütung der Leistungen solle auf der Grundlage der geltenden Preisvereinbarungen erfolgen. Als Titel sei allein Ziff. 3.6 der Anlage 1 zu den Preisvereinbarungen in Betracht gekommen; der offene Wortlaut ("Katheterisierung der Harnblase") gestatte diese Auslegung. Demgegenüber finde sich in der Anlage 1 zu den Preisvereinbarungen keinerlei Anhaltspunkt für eine Zuordnung der ITEK zur Leistungsgruppe II. Zudem sei nach den Feststellungen des MDS (in einem Gutachten vom 20.05.2008) der zeitliche Aufwand der Pflegeperson bei der ITEK nicht geringer als bei der Dauerkatheterisierung. Dementsprechend sei die ITEK in einem Schiedsverfahren zwischen privat-gewerblichen Pflegediensten und ua der Beklagten am 07.05.2009 durch die Schiedsperson der Leistungsgruppe III zugeordnet worden. Sofern sich die ITEK nicht unter den Begriff "Katheterisierung der Harnblase" gemäß Ziff. 3.6 der Anlage 1 zu den Preisvereinbarungen subsumieren lasse, ergebe sich der Anspruch auf Vergütung nach der Leistungsgruppe III jedenfalls im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung: Um eine vertragliche Lücke zu schließen, müsse der hypothetische Wille der Parteien ermittelt werden. Maßgeblich sei, was die Parteien bei angemessener Abwägung ihrer Interessen nach Treu und Glauben vereinbart hätten, wäre der nicht geregelte Fall von ihnen bedacht worden. Hier hätten sie sich redlicherweise auf eine Vergütung der ITEK nach der Leistungsgruppe III verständigt, zum einen wegen des ähnlichen zeitlichen Aufwands wie bei einer Dauerkatheterisierung, zum anderen wegen des Schiedsspruchs für die privat-gewerblichen Pflegedienste. Die ergänzende Vertragsauslegung beeinträchtige auch nicht das Vertragsprinzip nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#); vielmehr verschaffe sie dem Willen der Parteien bei einem nur punktuell lückenhaften Vertrag gerade Geltung. Zu keinem anderen Ergebnis führe die in Ziff. 1 der Preisvereinbarungen normierte Pflicht der Vertragsparteien, bei einer Ergänzung der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege um neue Leistungen deren Zuordnung zu den jeweiligen Leistungsgruppen zu verhandeln. Denn solange die Zuordnung durch Vertragsanpassung noch nicht erfolgt ist, müsse die Lücke durch Auslegung geschlossen werden. Auch [§ 132a Abs 2 S 6 SGB V](#) stehe dem nicht entgegen; denn die Vorschrift betreffe nur die Schlichtung bei einem Dissens über die Neugestaltung eines Vertrags, nicht hingegen die Auslegung eines bereits bestehenden Vertrags. Im Übrigen seien sich die Beteiligten einig gewesen, dass er, der Kläger, seine Leistungen entgeltlich

erbringt. Sofern die Höhe der Vergütung nicht bestimmt ist, sei gemäß [§ 612 Abs 2 BGB](#) die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen. Üblich sei hier eine Vergütung entsprechend der Leistungsgruppe III. Dies ergebe sich zum einen aus dem erwähnten Schiedsspruch, zum anderen aus dem Aufwand für die ITEK, der dem für eine Dauerkatheterisierung ähnele. Dieser Maßstab gelte auch, wenn gar kein Vertrag vorläge. Denn dann müsse die Beklagte nach [§ 812 Abs 1](#) iVm [§ 818 Abs 2 BGB](#) den objektiven Verkehrswert der erbrachten Leistungen ersetzen. Keinesfalls handle es sich hier um einen Fall aufgedrängter Bereicherung; vielmehr habe die Beklagte die verordneten Leistungen genehmigt. Mittlerweile, durch Schiedsspruch vom 31.10.2013, sei die ITEK ausdrücklich der Leistungsgruppe III zugeordnet, und zwar rückwirkend zum 01.01.2013. Insgesamt ständen ihm noch 15.924,61 EUR zu. Die Beklagte sei zudem gemäß [§§ 286, 288 BGB](#) iVm [§ 69 SGB V](#) zur Zahlung von Zinsen verpflichtet. Eines Schiedsverfahrens vor Erhebung der Klage habe es hier nicht bedurft. Im Übrigen erscheine zweifelhaft, ob er, der Kläger, überhaupt selbst ein Schiedsverfahren einleiten könnte.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die Klage sei unzulässig. Zwar sei die ITEK zum 17.03.2007 in den Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen aufgenommen worden und die Partner des Rahmenvertrages hätten über die Zuordnung der Methode zu einer der Leistungsgruppen der Preisvereinbarung verhandelt. Eine Einigung sei aber nicht erzielt worden. In einem solchen Fall sei der Vertragsinhalt gemäß [§ 132a Abs 2 SGB V](#) von einer Schiedsperson festzulegen. Die Schiedsperson entscheide nach billigem Ermessen. Eine solche Entscheidung unterliege nur einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle. Diese Einschränkung liefe leer, könnte der Kläger unmittelbar das Sozialgericht anrufen und Festsetzung eines bestimmten Vertragsinhalts beantragen. Richtigerweise hätte der Kläger zunächst ein Schiedsverfahren einleiten müssen. Dies habe er nicht getan. Angesichts dessen habe er nicht den "gesetzlich vorgeschriebenen Rechtsweg" eingehalten. Die Klage sei daher unzulässig. Auch in der Sache könne die Klage keinen Erfolg haben. Dem Kläger stehe keine höhere Vergütung zu. Bei der ITEK handle es sich weder um eine Dauerkatheterisierung der Harnblase noch um eine Einmalkatheterisierung als Schulungsmaßnahme. Nur diese beiden Leistungen würden von Ziff. 3.6 der Anlage 1 zu den Preisvereinbarungen erfasst. [§ 612 Abs 2 BGB](#) scheide als Anspruchsgrundlage aus. Das Vertragsmodell nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) liefe leer, könnte der Leistungserbringer unter Hinweis auf [§ 612 Abs 2 BGB](#) auch ohne eine Vereinbarung mit der Krankenkasse höhere Vergütung beanspruchen; denn dann entfele jegliches Motiv, sich um einen eigenständigen Vertragsschluss zu bemühen. In gleicher Weise würde das Vertragsmodell beeinträchtigt, fänden die Regelungen der [§§ 812 ff BGB](#) über die ungerechtfertigte Bereicherung Anwendung. Im Übrigen sei sie, die Beklagte, nicht in Höhe der geltend gemachten Vergütung bereichert; denn ein Preis nach der Leistungsgruppe III widerspräche dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Mit Urteil vom 07.09.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Soweit der Kläger eine höhere Vergütung für den Zeitraum ab dem 01.01.2013 verlange, fehle es am erforderlichen Rechtsschutzbedürfnis, da mit Schiedsspruch vom 31.10.2013 die ITEK verbindlich der Leistungsgruppe III mit Wirkung vom 01.01.2013 zugeordnet worden sei. Der Kläger könne insoweit eine neue Rechnung an die Beklagte stellen. Im Übrigen sei die Klage zwar zulässig aber unbegründet. Zwar habe der Kläger vor Erhebung der Leistungsklage kein Schiedsverfahren nach Maßgabe der Schiedsordnung vom 10.10.2007 durchgeführt, dies begründe aber kein Prozesshindernis. Die Schiedsordnung vom 10.10.2007 stelle keine Schiedsvereinbarung im Sinne des [§ 1032](#) Zivilprozessordnung (ZPO) dar. Eine höhere Vergütung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum von Januar bis August 2009, Oktober und Dezember 2009 sowie Februar 2010 bis Dezember 2012 stehe dem Kläger nicht zu. Die streitige ITEK sei vom Rahmenvertrag und den ergänzenden Preisvereinbarungen nicht erfasst, auch nicht im Wege einer ergänzenden Vertragsauslegung. Die Methode lasse sich nicht der Ziffer 3.6 der Anlage 1 der Preisvereinbarungen zuordnen. Den Vertragspartnern sei durchaus bewusst gewesen, dass sie die ITEK keiner Leistungsgruppe zugeordnet hätten. Nach 2007 hätte es zwar Verhandlungen gegeben, es hätte aber keine Einigung erzielt werden können. Daher verbiete sich die Annahme, die Vertragspartner hätten die ITEK im streitigen Zeitraum einvernehmlich der Leistungsgruppe III zugeschlagen. Dies könne auch nicht im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung vorgenommen werden, da die Vertragspartner die Lücke bewusst offen gelassen hätten und nicht im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung im Nachhinein eine Partei eine Regelung durchsetzen könne, die die andere Partei bei der Verhandlung abgelehnt habe. Die Regelung des [§ 612 Abs 2 BGB](#) finde im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Anbietern häuslicher Krankenpflege keine Anwendung, da sonst das Vertragsmodell beeinträchtigt würde. Entsprechendes gelte für die Regelungen der [§§ 812 ff BGB](#). Auch diese könnten nicht entsprechend angewandt werden. Im Übrigen sei in den Fällen einer Nichteinigung über den Vertragsinhalt eine unabhängige Schiedsperson von den Vertragspartnern zu bestimmen, die den Vertragsinhalt festlege ([§ 132a Abs 2 Satz 6 SGB V](#)). Zu diesem Zweck hätten die Beteiligten die Schiedsordnung vom 10.10.2007 vereinbart. Der Kläger sei auch selbst befugt, ein Schiedsverfahren einzuleiten.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 11.09.2015 gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.10.2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat er sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Er hat den Rechtsstreit in Höhe von 1.424,86 EUR für erledigt erklärt, nachdem die Beklagte diesen Betrag für den Zeitraum vom 01.10.2013 bis 30.06.2013 an ihn gezahlt hatte. Zur Begründung der Berufung hat der Kläger weiter ausgeführt, dass die Klage auch für den Zeitraum ab 01.01.2013 vollumfänglich zulässig gewesen sei. Das Rechtsschutzbedürfnis sei nicht entfallen, auch wenn auf der Grundlage des Schiedsspruchs die Vergütung rückwirkend habe erlangt werden können. Die Vereinbarung vom 12.12.2013 zwischen dem DPWV und der Beklagten zur Umsetzung des Schiedsspruchs sei dem Kläger bei Klageerhebung nicht bekannt gewesen. Er habe vielmehr aufgrund des Verhaltens der Beklagten, die umfassend die Abweisung der Klage beantragt habe, davon ausgehen dürfen, dass ein Antrag bei der Beklagten keinen Erfolg bringen werde. Für den Zeitraum vor dem 01.01.2013 bestehe der geltend gemachte Anspruch, das bei Aufnahme neuer Leistungen in die HKP-Richtlinie diese Leistung auch Gegenstand des Rahmenvertrages werde, weil dieser keinen abschließenden Katalog von Leistungen enthalte. Die Generalklausel über die zu erbringenden Leistungen werde dahingehend konkretisierend ausgelegt, dass zur Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe auf die HKP-RL-Richtlinien zurückzugreifen sei. Es mangle dem Vertrag aber an einer Bestimmung über die Gegenleistung. Diese Verhandlungen könnten in der Praxis erst nach Änderung der HKP-RL-Richtlinie erfolgen, so dass der Sachleistungsanspruch des Versicherten bereits bestehe, bevor ein Preis für die Leistung geregelt sein könne. Die Vorgehensweise, dass der Kläger in Ermangelung einer Vereinbarung über den Preis der Leistung die Leistung nicht erbringen könne, sei nicht interessengerecht, da der Versicherte uU eine dringend medizinische Versorgung nicht erhalte. Daher müsse die Bestimmung des Preises durch ergänzende Vertragsauslegung geschehen oder der Vertrag durch eine andere rechtliche Konstruktion ergänzt werden. Ansonsten könne die Krankenkasse den Sachleistungsanspruch des Versicherten nicht erfüllen. Mit diesen Konsequenzen für die Versicherten habe sich das SG in der angefochtenen Entscheidung nicht befasst, sondern habe faktisch den Krankenkassen für beliebig lange Übergangszeiträume die Befugnis zu einer einseitigen Preisfestsetzung überlassen. Dadurch werde die Verantwortung für die Preisvereinbarung ohne Rücksicht auf den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen allein in die Hände des Pflegedienstes gelegt, der in solchen unklaren Fällen die Versorgung ablehnen solle, weil er keine leistungsgerechte Vergütung auf einer vertraglichen Grundlage verlangen könne. Der Anspruch auf Vergütung der Differenz zwischen Leistungsgruppe II und Leistungsgruppe III für den noch streitgegenständlichen Zeitraum ergebe sich auf Grundlage

einer ggfs ergänzenden Auslegung des Rahmenvertrages und der Preisvereinbarungen. Im Sinne einer dynamischen Auslegung der Preisvereinbarung sei die ITEK vom Rahmenvertrag erfasst. Die ITEK sei nach Aufwand, Komplexität und Risiko mit der Einmalkatheterisierung zur Schulungszwecken vergleichbar. Die Erklärung der Beklagten bei Erteilung des Auftrages im Einzelfall habe der Kläger dahingehend deuten können, dass die Vergütung nach der bestehenden Preisvereinbarung erfolgen solle. Als einziger einschlägiger Titel sei Ziffer 3.6 der Anlage 1 der Anlage A zum Rahmenvertrag, Leistungsgruppe III, in Betracht gekommen. Für eine Vergütung nach der Leistungsgruppe II finde sich dagegen nicht der geringste Anhaltspunkt im Preisverzeichnis. Falls der erkennende Senat zur Auffassung gelangen sollte, der Zusatz "als Schulungsmaßnahme" schließe die unmittelbare Anwendung der Ziffer 3.6 aus, so ergebe sich die entsprechende Anwendung gleichwohl im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung. Eine Vereinbarung über die Erbringung der Leistung ITEK auf Grundlage des Rahmenvertrages und der §§ 37, 132a SGB V habe zweifelsfrei bestanden. Schließlich habe die Beklagte auf der Basis dieses Rahmenvertrages und ihrer Verpflichtung aus § 37 SGB V die vom Arzt ausgestellten Verordnungen genehmigt. Wenn insoweit einer der zwangsläufig erforderlichen Bestandteile einer Vereinbarung fehle, könne dieser Teil im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung bestimmt werden. Das MDS-Gutachten vom 20.05.2008 komme zum Ergebnis, dass der Aufwand für die Erbringung der Leistung demjenigen bei Anlage eines Dauerkatheters entspreche. Für die ITEK als Schulungsleistung sei bereits ein entsprechender Preis vereinbart worden. Ebenso habe die Schiedsperson in Baden-Württemberg die Leistungsgruppe III für zutreffend erachtet. Außerdem sei das GWB vorliegend anwendbar; es liege ein Verstoß gegen § 19 Abs 1 GWB vor, denn die Beklagte habe mit der Vergütung nach der Leistungsgruppe II dem Kläger Bedingungen aufgezwungen, die bei normaler Marktsituation nicht durchsetzbar gewesen wären. Der mit der Klage geltend gemachte Betrag ergebe sich daher auch als Schadensersatzanspruch nach dem GWB.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 07.09.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 15924,61 EUR abzüglich am 06.04.2016 gezahlter 1.424,86 EUR an ihn zu zahlen zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass die Klage und auch die Berufung unzulässig seien.

In einem Erörterungstermin vom 25.10.2016 hat der Berichterstatter die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat überwiegend Erfolg.

Streitgegenstand für den Hauptanspruch ist noch der Zeitraum bis 2012, da der Rechtsstreit für die Folgezeit vom Kläger für erledigt erklärt worden ist.

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft, zulässig und überwiegend begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, an den Kläger den noch offenen Betrag in Höhe 14.499,75 EUR an zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.12.2013. Zu Recht hat das SG jedoch die Klage hinsichtlich des Zeitraums ab dem 01.01.2013 als unzulässig abgewiesen. Insoweit ist auch der Senat der Auffassung, dass es wegen des Schiedsspruchs vom 31.10.2013 und der Vereinbarung vom 12.12.2013 zwischen dem DPWV und der Beklagten zur Umsetzung dieses Schiedsspruchs keiner Klageerhebung bedurft hat. Für die diesbezüglich am 06.04.2016 von der Beklagten an den Kläger gezahlten 1.424,86 EUR kann der Kläger auch keine Zinsen seit Rechtshängigkeit geltend machen.

Das SG hat die Klage im Übrigen zu Unrecht abgewiesen. Zutreffend hat das SG allerdings entschieden, dass die Klage zulässig ist. Der Kläger war nicht verpflichtet, vor Erhebung der Klage ein Schiedsverfahren nach Maßgabe der Schiedsordnung vom 10.10.2007 durchzuführen. Die Beklagte konnte daher nicht die prozesshindernde Einrede erheben, zur Entscheidung berufen sei nicht das Sozialgericht. Diese von der Beklagten gerügte unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens führt nicht zur Unzulässigkeit der Klage (Abweichung von LSG Baden-Württemberg 18.11.2015, L 5 KR 2883/13).

Nach § 1032 Abs 1 S 1 ZPO hat das Gericht eine Klage als unzulässig abzuweisen, wenn die Klage eine Angelegenheit betrifft, die Gegenstand einer Schiedsvereinbarung ist, und wenn der Beklagte dies vor Beginn der mündlichen Verhandlung rügt. Diese zivilprozessuale Regelung ist gemäß § 202 SGG im sozialgerichtlichen Verfahren entsprechend anzuwenden (vgl nur Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 202 Rn 4). Die Schiedsordnung vom 10.10.2007, die die Vorschrift des § 132a Abs 2 S 6 SGB V umsetzt, ist jedoch keine Schiedsvereinbarung in diesem Sinne und erfüllt nicht die Voraussetzungen des § 1029 Abs 1 ZPO. Eine Schiedsvereinbarung ist nach § 1029 Abs 1 ZPO eine Vereinbarung der Parteien, alle oder einzelne Streitigkeiten, die zwischen ihnen in Bezug auf ein bestimmtes Rechtsverhältnis vertraglicher oder nichtvertraglicher Art entstanden sind, der Entscheidung durch ein Schiedsgericht zu unterwerfen (§ 1029 Abs. 1 ZPO). Ein Schiedsvertrag liegt nur vor, wenn das Schiedsgericht anstelle des staatlichen Gerichts endgültig über eine Rechtsstreitigkeit entscheiden soll. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor.

Kein Schiedsvertrag, sondern ein Schiedsgutachten ist anzunehmen, wenn die Entscheidung der Schiedsrichter über die Anfechtung nach § 1041 ZPO hinaus von den staatlichen Gerichten auf ihre sachliche Richtigkeit nachgeprüft werden soll. Eine solche Überprüfung ist mit einer Schiedsgutachtenabrede vereinbar. Sie ermöglicht es den Parteien, gewisse Fehler des Schiedsgutachtens von den staatlichen Gerichten nachprüfen zu lassen (BGH 04.06.1981, III ZR 4/80, MDR 1982, 36). Nach der Rpsr des BSG handelt es sich bei der Entscheidung der Schiedsperson nach § 132a SGB V um eine Form der Leistungsbestimmung durch Dritte, die nicht verbindlich ist, wenn sie unbillig ist (§ 319

BGB analog). Eine derartige Leistungsbestimmung nach [§ 317 BGB](#) analog ist ein Schiedsgutachten (vgl OLG Stuttgart 23.01.2002, [1 Sch 21/2001](#), [1 Sch 21/01](#), Justiz 2002, 410). Das wirksame Schiedsgutachten bindet Gericht und Parteien materiell-rechtlich (BGH 25.06.1952, [II ZR 104/51](#), [BGHZ 6, 335](#)): Das Gericht darf im Prozess die begutachteten Umstände nicht selbst klären, insbesondere keinen Beweis erheben, solange die Grenze der offenbaren Unbilligkeit nicht überschritten ist. Die vor Einholung des Schiedsgutachtens erhobene Klage (auf eine von einem Dritten festzusetzende Leistung) ist als zur Zeit unbegründet abzuweisen; auch ein Grundurteil iSd [§ 304 ZPO](#) darf nicht ergehen (Staudinger/Rieble (2015) [BGB § 317](#) Rn 44).

Ein Abweisung der Klage als zur Zeit unbegründet setzt jedoch voraus, dass eine Leistungsbestimmung durch Dritte (hier: Entscheidung durch die Schiedsperson) überhaupt noch möglich ist. Dies ist hier nicht der Fall. Nach § 7 Abs 1 Satz 1 der Schiedsvereinbarung kann das Schiedsverfahren erst eingeleitet werden, wenn eine der Vertragsparteien ein schriftliches Angebot zum Vertragsschluss vorgelegt hat. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem Eingang eines von einer Vertragspartei bei der Schiedsperson schriftlich gestellten Antrags auf Festsetzung des Inhalts des Vertrages oder der Vereinbarung (§ 7 Abs 1 Satz 3 der Schiedsvereinbarung). In dem Antrag sind der Sachverhalt zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen darzulegen sowie die Gegenstände aufzuführen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist (§ 7 Abs 2 Satz 1 der Schiedsvereinbarung). Im vorliegenden Fall fehlt es bereits an einem schriftlichen Angebot einer der Vertragsparteien. Eine Schiedsperson könnte daher gar keine Entscheidung mehr über Preise und deren Abrechnung ([§ 132a Abs 2 SGB V](#)) treffen. Eine solche Entscheidung müsste mit Wirkung für die Vergangenheit getroffen werden, was aber daran scheitern würde, dass ein Vertragsangebot für die hier streitige Zeit gar nicht vorliegt und der Vertrag, über dessen Inhalt eine Einigung erreicht werden soll, jetzt nicht mehr in Kraft ist. Sollte daher ein Fall der Nichteinigung über die Höhe der hier streitigen Vergütung (Dissens) vorliegen, müsste die Klage als (endgültig) unbegründet abgewiesen werden.

Ein Klageabweisung als (zur Zeit oder endgültig) unbegründet, kommt nicht in Betracht, wenn gar kein Dissens vorliegt und die Entscheidung durch eine Schiedsperson schon deshalb entbehrlich ist, weil der Vertrag, um dessen Anwendung es hier geht, eindeutig ist. Dann bedarf es auch keiner Leistungsbestimmung durch Dritte. So liegen die Dinge hier.

Für die Zeit ab dem 01.01.2009 galt die Preisvereinbarung vom 30.04.2009, ab dem 01.02.2010 die Preisvereinbarung vom 03.02.2010, ab dem 01.06.2011 die Preisvereinbarung vom 19.05.2011 und ab dem 01.03.2012 die Preisvereinbarung vom 28.09.2012. Darin wurden die Leistungen der Behandlungspflege in vier Leistungsgruppen (I, II, III, IV) eingeteilt. Für jede der Leistungsgruppen hatten die Vertragspartner einen Preis festgesetzt. Die Zuordnung einer Leistung der Behandlungspflege zu einer bestimmten Leistungsgruppe sollte sich aus der Anlage 1 zur Preisvereinbarung ergeben (Ziff 1). Die Anlage 1 zur Preisvereinbarung enthält für die Jahre 2009 bis 2012 folgende Regelungen: Leistungsgruppe III, Nr 3.6, Nr der Leistungsbeschreibung gemäß Richtlinien [§ 92 SGB V](#): 23, Katheterisierung der Harnblase; Einmalkatheterisierung als Schulungsmaßnahme.

Unter Anwendung dieser Rechtsgrundlage hat die Klägerin Anspruch auf Vergütung der ITEK nach der Leistungsgruppe III (zB in Höhe von 16,20 EUR pro Einzelleistung für das Jahr 2009). 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 (Urteil des Senats vom 26.09.2012, [L 11 KR 883/12](#), KHE 2012/123 zur Wundversorgung im Rahmen häuslicher Krankenpflege unter Hinweis auf 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 Katheterisierungen nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut der o.g. Preisvereinbarungen unabhängig von ihrem konkreten Aufwand der Leistungsgruppe III zugeordnet. Die Preisvereinbarungen sind so aufgebaut, dass die Leistungen in erster Linie der Nummer der Leistungsbeschreibung gemäß den HKP-RL zugeordnet werden, Katheterisierung also der Nr 23. Erst in der nächsten Spalte erfolgt die Leistungsbeschreibung in Worten. Sollen Leistungen, die in den HKP-RL unter einer Nummer zusammengefasst sind, unterschiedlich vergütet werden, taucht die Nummer der HKP-RL in den Preisvereinbarungen mehrfach auf. In diesem Fall - und nur in diesem Fall - ergibt sich aus der im Wortlaut hinzugefügten Leistungsbeschreibung, wie die Leistungen zu unterteilen sind. Taucht eine Nummer - wie hier die Nr 23 - in der Preisvereinbarung nur einmal auf, sind alle in der HKP-RL unter dieser Nummer zusammengefassten Leistungen gemeint. Damit wird erreicht, dass für Leistungen, die erst nach Abschluss der Vergütungsvereinbarung vom GBA in die HKP-RL aufgenommen werden, sofort von den Leistungserbringern erbracht und abgerechnet werden können. Ein vertragliche Ergänzung ist nur notwendig, wenn die HKP-RL um zusätzliche Nummern erweitert werden, die noch keine Entsprechung in der Preisvereinbarung haben. Will eine der Vertragsparteien der Preisvereinbarung für die unter einer Nummer in den HKP-RL zusammengefassten Leistungen eine höhere (zB die Leistungserbringer) oder eine niedrigere (zB die Krankenkassen) Vergütung, muss sie die Preisvereinbarung kündigen und ein neues Vertragsangebot unterbreiten.

Der Anspruch auf Prozesszinsen beruht auf [§§ 286, 288 Abs 2 BGB](#) (in der bis zum 28.07.2014 geltenden Fassung) iVm [§ 69 SGB V](#) (vgl BSG 23.03.2006, [B 3 KR 6/05 R](#), [BSGE 96, 133](#), [NZS 2007 220](#); 08.09.2009, [B 1 KR 8/09 R](#), [SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14](#) jeweils mwN).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 155 Abs 1 S 1 VwGO](#).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm 47 Abs 1 Satz 1 und Abs 2, 52 Abs 3, 63 Abs 2 Satz 1 des Gerichtskostengesetzes (GKG). In Verfahren vor den Gerichten der Verwaltungs-, Finanz- und Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert grundsätzlich nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag des Klägers wie vorliegend eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend ([§ 52 Abs 3 S 1 GKG](#)).

Die Revision wird zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB  
Saved  
2017-03-31