

## S 1 KR 206/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
SG Reutlingen (BWB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 KR 206/13  
Datum  
20.01.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Der Vergütungsanspruch eines Hilfsmittelerbringers bei Abgabe von CPAP-Geräten setzt die Einreichung eines Kostenvoranschlages bei der Krankenkasse vor Versorgung voraus.

Eine Ausnahme gilt nur im Bereich der Polysomnographie.

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Vorliegend begehrt der Kläger von der Beklagten die Vergütung der von ihm in den Jahren 2007 bis 2011 an Versicherte der Beklagten zur Schlafapnoebehandlung abgegebenen Hilfsmittel (CPAP-Geräte).

Der Kläger ist Inhaber der. Ihm wurde für dieses Unternehmen vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und vom Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV) mit Schreiben vom 04.07.2005 mit Wirkung ab 01.05.2005 die Zulassung nach [§ 126](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zur Abgabe von Hilfsmitteln nach Produktgruppe 14 (Sauerstoffflaschengeräte und -konzentratoren, Systeme zur Schlafapnoebehandlung) des Hilfsmittel-Verzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes u.a. an Versicherte der Beklagten erteilt. Die Einzelheiten der Versorgung mit diesen Hilfsmitteln ist in dem am 04.07.2005 zwischen dem Kläger und der Landesvertretung Baden-Württemberg des VdAK und des AEV geschlossenen Vertrag nach [§ 127 Abs. 1](#) und 2 SGB V (Versorgungsvertrag - VV -) geregelt. Auf den Inhalt dieses VV wird Bezug genommen.

Mit der mit der Beklagten im Oktober 2010 geschlossenen Vereinbarung nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) trat der Kläger dem zwischen der Beklagten und der H nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) geschlossenen Vertrag vom 10.10.2007 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 01.03.2010 mit Wirkung ab 01.11.2010 bei. Auf die Einzelheiten dieses Vertrages (Leistungsvertrag - LV -) nebst Anlagen wird verwiesen.

Der Kläger versorgte in den Jahren 2007 bis 2011 unter anderem Versicherte der Beklagten mit CPAP-Geräten. Die hierfür der Beklagten in Rechnung gestellten Leistungen wurden von dieser jedoch nur zum Teil vergütet.

Nachdem das Begehren des Klägers, von der Beklagten auch die ausstehenden Vergütungen zu erhalten, erfolglos geblieben war, hat der Kläger am 21.12.2012 beim Sozialgericht Karlsruhe Klage mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung der ausstehenden Vergütung in Höhe von 520.727,90 EUR zu verurteilen. Zur Begründung seiner mit Beschluss vom 21.01.2013 an das Sozialgericht Reutlingen (SG) verwiesenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen, er habe einen Vergütungsanspruch aus [§§ 126](#) und [127 SGB V](#). Aufgrund seiner (Alt-) Zulassung nach [§ 126 SGB V](#) a. F. vom 04.07.2005 in Verbindung mit dem Vertrag des VdAK/AEV sei er liefer- und abrechnungsberechtigt gewesen. Aufgrund von Übergangsregelungen sei er dann bis zum 31.12.2009 grundsätzlich auch ohne Vertrag zur Versorgung der Versicherten der Beklagten berechtigt gewesen. Er habe auch vertragskonform versorgt und Kostenvoranschläge eingereicht. Seinem Anspruch stehe der Einwand der Beklagten, die Kostenvoranschläge seien erst nach der Versorgung eingereicht worden, nicht entgegen. Seiner Verpflichtung zur Einreichung von Kostenvoranschlägen sei er vollumfänglich nachgekommen. Im Bereich der hier streitigen CPAP-Versorgungen sei es gängige Praxis, dass die Versicherten bereits in den Schlaflabors in den Kliniken mit den entsprechenden Hilfsmitteln versorgt würden. So sehe der VV in § 3 Abs. 3 vor, dass die Versorgungen grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden sicherzustellen seien. Daher habe auch die Beklagte in einer Vielzahl von Fällen seine Vergütungsansprüche erstattet und auf die vorherige Einreichung der Kostenvoranschläge verzichtet. Nach dem Beitritt zum LV sei in der dortigen Anlage 8 der Versorgungsablauf bei Geräten zur Schlafapnoebehandlung derart vorgeschrieben, dass der Leistungserbringer dem Schlaflabor das benötigte Therapiegerät zur

Verfügung stelle und die Ausgabe des Gerätes an den Patienten durch die Leistungserbringer im Schlaflabor erfolge. Das Schlaflabor übergebe sodann dem Leistungserbringer die ärztliche Verordnung. Erst dann erfolge die Einholung der Kostenübernahmeerklärung bei der Beklagten durch den Leistungserbringer. Der teilweise vorgeschobene Einwand der Beklagten, er sei kein Vertragspartner gewesen, gehe völlig ins Leere. Die Beklagte verweigere in willkürlicher und rechtswidriger Weise die Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Dies belege auch die Tatsache, dass die nach dem 01.01.2012 von ihm auf gleiche Art und Weise durchgeführten Versorgungen ohne weiteres von der Beklagten vergütet würden. Sein Vergütungsanspruch ergebe sich zudem teilweise aus der Zusicherung der Beklagten, die sie im Jahre 2011 ihm gegenüber abgegeben habe, dass auch alle Altfälle übernommen würden. Daher greife auch die Verjährungseinrede der Beklagten hinsichtlich der Forderungen aus dem Jahr 2007 nicht durch, da diese gerade die Übernahme der Altfälle zugesichert habe. Hierdurch sei die Verjährung gehemmt. Der Einwand der Beklagten, er habe zudem gegen seine Verpflichtung, vorrangig eine Versorgung aus dem Lagerbestand vorzunehmen, verstoßen, stehe seinem Vergütungsanspruch nicht entgegen. Ein Verstoß gegen diese Verpflichtung bedeute nicht, dass der Vergütungsanspruch entfalle. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchaus auch für ihn verbindlich. Der von ihm durchgeführte Versorgungsablauf entspreche den dortigen Vorgaben. Zudem könne das grundsätzliche Erfordernis einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse zur Versorgung ihrer Versicherten dann entbehrlich sein, wenn die Versorgung eine unaufschiebbare Leistung betreffe. Genau um derartige Konstellationen gehe es insbesondere bei der Versorgung von Patienten, die sich in stationärer Behandlung befänden. Auch spiele das Verhalten der Beklagten eine maßgebliche Rolle. Diese habe die von ihm erbrachten Versorgungen ohne Beanstandung vergütet und sich zu keinem Zeitpunkt auf die Nichteinhaltung des Versorgungsweges berufen.

Der Kläger beantragt,

die mündliche Verhandlung zu vertagen, um ihn zu den Inhalten der Gespräche und Telefonate mit Herrn. und Frau H ... anzuhören, ferner um andere Leistungserbringer wie bspw. die Firma ..., M ..., zum Ablauf der Versorgung und zur damaligen Vertragspolitik der Beklagten zu hören.

Der Kläger beantragt hilfsweise,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 520.727,90 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 21.12.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, sie sei irrtümlich davon ausgegangen, dass bis zum 01.11.2010 zwischen ihr und dem Kläger keine vertragliche Bindung im Sinne des [§ 127 SGB V](#) bestanden habe. Dies sei vorliegend jedoch nicht entscheidungserheblich, da sie die Vergütung nicht mit der Begründung abgelehnt habe, der Kläger sei kein Vertragspartner. Vielmehr sei die Ablehnung aus dem Grund erfolgt, dass der Kläger bei den den Vergütungsanträgen zu Grunde liegenden Versorgungen die grundlegenden Voraussetzungen nicht eingehalten habe. So habe der Kläger in keinem einzigen Fall die Kostenübernahme per Kostenvoranschlag vor der Durchführung der Versorgung bei ihr beantragt. Der Antrag auf Kostenübernahme sei ausnahmslos erst nach dem Abschluss der Versorgung erfolgt. Darüber hinaus sei in 151 Fällen die ärztliche Verordnung erst nach der Auslieferung der Hilfsmittel ausgestellt worden. In 9 Fällen sei überhaupt keine ärztliche Verordnung mit einem ordnungsgemäßen Ausstellungsdatum vorhanden. Auch die vertraglichen Verpflichtungen aus dem LV, dem der Kläger beigetreten ist, seien nicht eingehalten worden. So sei auch ab 01.11.2010 in keinem einzigen Fall die Kostenübernahme per Kostenvoranschlag vor der Durchführung der Versorgung bei ihr beantragt worden. Der Antrag auf Kostenübernahme sei ausnahmslos erst nach dem Abschluss der Versorgung erfolgt. Darüber hinaus habe der Kläger bei 93 Kostenvorschlägen die vertraglich vereinbarte MIP-Anfrage (Abfrage im Hilfsmittelpool, ob ein geeignetes Hilfsmittel für einen Wiedereinsatz zur Verfügung steht) nicht am Tag der vorgenommenen Versorgung, sondern erst am Tag der Erstellung des Kostenvorschlags zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt vorgenommen. Ein anderes Ergebnis ergebe sich - entgegen den Ausführungen des Klägers - auch nicht aus der von ihm genannten Anlage 8 zum LV, dem er beigetreten ist. Zwar sei ihm insoweit zuzustimmen, dass hier eine Variante des Versorgungsablaufs so geregelt sei, dass der Leistungserbringer den Patienten im Schlaflabor mit dem benötigten Hilfsmittel versorge und das Schlaflabor dem Leistungserbringer eine ärztliche Verordnung überreiche. Allerdings müsse die ärztliche Verordnung logischerweise vor der Versorgung ausgestellt sein. Spätester Verordnungstag könne also nur der Tag der Auslieferung des Hilfsmittels sein, niemals danach. Die Verpflichtung des Klägers zur Einreichung eines Kostenvorschlags vor Durchführung der Versorgung sei mit dieser Vereinbarung gerade nicht abbedungen. Auch bei diesen Versorgungen sei er verpflichtet, vor der Versorgung bei ihr einen Kostenvorschlag zur Genehmigung einzureichen. Die Übersendung eines Kostenvorschlags Monate oder aber sogar Jahre nach der Durchführung der Versorgung entspreche nicht den vertraglichen Vereinbarungen. Zusätzlich sei zu beachten, dass im Rahmen der Wiedereinsatz-Steuerung bei Bekanntwerden der medizinisch notwendigen Versorgung eine MIP-Abfrage durchzuführen sei. Diese Regelung sei vom Kläger in 334 Fällen missachtet worden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die Einreichung des Kostenvorschlags zwingendes Element des einzuhaltenden Beschaffungsweges zur Erlangung eines Vergütungsanspruchs des Hilfsmittel-Erbringers. Die Missachtung dieses Verfahrens schließe das Entstehen eines Vergütungsanspruches aus. Zudem würden die vom Kläger geltend gemachten Forderungen sowohl die Geräteversorgungen als auch zusätzlich die Kosten für einen nachfolgenden Therapieabbruch beinhalten. Hier handle es sich um doppelte Anträge, die nicht berücksichtigt werden könnten. In mehreren Versorgungen habe sie bereits eine Genehmigung ausgesprochen. Es sei für sie nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund der Kläger die Zahlung der diesen Genehmigungen zu Grunde liegenden Forderungen nun erneut beantrage. Das Vorbringen des Klägers, sie habe ihm eine Kostenübernahme für alle Altfälle zugesichert, sei nicht zutreffend, eine solche Zusage sei zu keinem Zeitpunkt gegeben worden. Nur rein hilfsweise erhebe sie bezüglich der Forderungen für Versorgungen aus dem Jahr 2007 die Einrede der Verjährung. Das Vorbringen des Klägers, der für die Versorgungen vorgesehene typische Ablauf rechtfertige seine Verstöße, könne nicht überzeugen, da seine Annahme, sie schließe mit ihren Vertragspartnern Verträge, die tatsächlich den gegebenen Versorgungsabläufen entgegenstünden, weltfremd sei. Die Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung enthalte im Bereich der Hilfsmittelversorgung für den Kläger keine verbindlichen Bestimmungen. Vielmehr habe der Gesetzgeber den Abschluss von Versorgungsverträgen im Hilfsmittelbereich in den [§§ 126](#) und [127 SGB V](#) abschließend normiert. Die genannte Richtlinie rechtfertige nicht das Verhalten des Klägers, sich - anders als andere Vertragspartner - jahrelang über etablierte und bewährte Vertragsvereinbarungen hinwegzusetzen. Soweit sie in der Vergangenheit einzelne Versorgungen genehmigt und

vergütet habe, rechtfertigt dies keinen Anspruch des Klägers auf Bezahlung der hier streitgegenständlichen Versorgung. Die Genehmigungen und Zahlungen seien jeweils aus Kulanzgründen und im Interesse einer einvernehmlichen partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Kläger erfolgt. Ein gesetzlicher Anspruch auf Zahlung der hier streitgegenständlichen Versorgung könne hieraus nicht abgeleitet werden. Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Verwaltungsakte der Beklagten nebst Anlagen und der Gerichtsakte sowie auf die mündliche Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung gestellte (Haupt-)Antrag auf Vertagung der mündlichen Verhandlung war abzulehnen. Nach Überzeugung der Kammer liegen keine erheblichen Gründe vor, die in entsprechender Anwendung des [§ 227 Abs. 1 Satz 1](#) der Zivilprozessordnung eine solche Vertagung erfordern.

Einer Anhörung des Klägers zu den Inhalten der Gespräche und Telefonate mit Herrn. und Frau H., Mitarbeitern der Beklagten, bedarf es nicht. Zu den Inhalten dieser Gespräche und Telefonate finden sich zum einen ein Gesprächsprotokoll vom 26.01.2007 sowie Schriftwechsel zwischen dem Kläger und insbesondere Herrn. in der vorliegenden Verwaltungsakte der Beklagten. Zum anderen hat der Kläger sowohl im Verwaltungs- als auch im Gerichtsverfahren zum Inhalt der Gespräche und Telefonate mit den beiden Mitarbeitern der Beklagten, insbesondere zu der - aus seiner Sicht - im Jahr 2011 abgegebenen Zusage zur Vergütung aller Altfälle umfangreich vortragen lassen. Auch die vom Kläger begehrte Anhörung anderer Leistungserbringer, wie bspw. der Firma., M, zum Ablauf der Versorgung und zur damaligen Vertragspolitik der Beklagten stellt keinen erheblichen Grund für die Vertagung der mündlichen Verhandlung dar. Der Kläger hat im Gerichtsverfahren den in ständiger Praxis praktizierten Ablauf der Versorgung mit CPAP-Geräten dargelegt. Selbst wenn weitere Leistungserbringer wie bspw. die Firma diese von ihm dargelegte Versorgungspraxis bestätigen sollten, hat die Kammer gleichwohl den hier geltend gemachten Vergütungsanspruch unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und hierauf beruhenden vertraglichen Vereinbarungen zu prüfen. Wie noch ausgeführt wird, rechtfertigt dabei nach Überzeugung der Kammer eine etwaige hiervon abweichende Versorgungspraxis kein Absehen von den gesetzlichen und hierauf beruhenden vertraglichen Vorgaben bei der von ihr zu treffenden Entscheidung über den geltend gemachten Vergütungsanspruch. Eine Anhörung anderer Leistungserbringer zur damaligen Vertragspolitik der Beklagten ist aus Sicht der Kammer ohne Relevanz für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits und daher nicht zielführend. Auch hieraus ergibt sich kein erheblicher Grund für die vom Kläger beantragte Vertagung der mündlichen Verhandlung.

Nach Ablehnung der beantragten Vertagung der mündlichen Verhandlung war daher über die vom Kläger (hilfsweise) erhobene (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zu entscheiden. Diese Leistungsklage ist zwar zulässig, jedoch unbegründet. Der geltend gemachte Vergütungsanspruch des Klägers besteht nicht. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, in streitgegenständlicher Höhe die vom Kläger in den Jahren 2007 bis 2011 an ihre Versicherten zur Schlafapnoebehandlung abgegebenen CPAP-Geräte zu vergüten. Es besteht weder ein vertraglicher Vergütungsanspruch noch ein Anspruch auf Vergütung aus einem anderen Rechtsgrund.

Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch kommt nur ein öffentlich-rechtlicher Gebrauchsüberlassungsvertrag zwischen Kläger und Beklagter in Betracht. Dieser beruht auf [§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#), wonach die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern schließen, die dem öffentlichen Recht zuzurechnen sind ([§ 69 Satz 1 SGB V](#)). Für die Versorgung mit Hilfsmitteln - wie den hier streitigen CPAP-Geräten - nach [§ 33 SGB V](#) richtet sich die Konkretisierung des Leistungserbringerrechts nach den [§§ 126 und 127 SGB V](#). Danach dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern ([§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung) bzw. nur auf der Grundlage von Verträgen nach [§ 127 Abs. 1, 2 und 3](#) abgegeben werden ([§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung). Nach [§ 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung schließen über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Hierbei können nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Abs. 1 bei gleicher Qualität schließen. Nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.

Der Kläger hat einen Anspruch auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen demnach nur erworben, wenn zwischen ihm und der Beklagten durch Angebot und Annahme ein Vertrag über die Gebrauchsüberlassung der CPAP-Geräte an Versicherte der Beklagten zustande gekommen ist und der Kläger daraus ein Vergütungsanspruch herleiten kann (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10.03.2008 - [B 3 KR 8/07 R](#) - juris -).

Ein solcher Gebrauchsüberlassungsvertrag, aus dem der Kläger Vergütungsansprüche herleiten kann, bestand im hier streitigen Zeitraum allerdings nur vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 und vom 01.11.2010 bis 31.12.2011, nicht jedoch im Zeitraum vom 01.01. bis 31.10.2010.

Wie oben bereits dargestellt war bis 31.03.2007 entsprechend dem bis dahin geltenden [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Grundlage für die Befugnis eines Leistungserbringers zur Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der Beklagten eine entsprechende Zulassung, die hier am 04.07.2005 mit Wirkung zum 01.05.2005 dem Kläger erteilt wurde. Dieses Zulassungsprinzip wurde zum 01.04.2007 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 (Bundesgesetzblatt I Seite 278) geändert und durch das sogenannte Vertragsmodell abgelöst. Seit dem 01.04.2007 dürfen gemäß [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der ab diesem Zeitpunkt geltenden Fassung Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach [§ 127 Abs. 1, 2 und 3](#) abgegeben werden. Allerdings hat der Gesetzgeber in [§ 126 Abs. 2 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung für die Inhaber einer bis zum 31.03.2007 erteilten Zulassung - wie dies beim Kläger der Fall ist - eine dahingehende Übergangsregelung geschaffen, dass abweichend von [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ("Vertrag") diese bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt bleiben. Diese bis zum 31.12.2008 geltende Übergangsfrist wurde durch [§ 126 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Bundesgesetzblatt I Seite 2426) bis zum 31.12.2009 verlängert. Dies

bedeutet vorliegend, dass der Kläger im hier streitigen Zeitraum vom 01.01.2007 bis einschließlich 31.12.2009 aufgrund der ihm nach [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung erteilten Zulassung zur Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der Beklagten - auch ohne entsprechenden Vertragsabschluss - berechtigt war.

Um ab 01.01.2010 nach Auslaufen der Übergangsfrist weiterhin Hilfsmittel an Versicherte der Beklagten abgeben zu dürfen, hätte nach dem nun - uneingeschränkt - geltenden Vertragsmodell der Kläger entsprechend [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung einen Vertrag mit der Beklagten abschließen müssen, was jedoch nicht erfolgt ist. Entsprechende Vertragsunterlagen befinden sich weder in den vorliegenden Unterlagen noch wurden trotz entsprechender Aufforderung der Kammer solche Unterlagen vom Kläger vorgelegt.

Der Kläger ist erst mit der im Oktober 2010 mit der Beklagten geschlossenen Vereinbarung nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.12.2008 ([Bundesgesetzblatt I Seite 2426](#)) dem LV zwischen der Beklagten und der H ... mit Wirkung ab 01.11.2010 beigetreten. Nach der genannten Vorschrift können Verträgen nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht aufgrund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Diese für einen Vertragsbeitritt notwendige Voraussetzung eines nicht bestehenden Vertrages zeigt zur Überzeugung der Kammer eindeutig, dass zuvor, also vom 01.01. bis einschließlich 31.10.2010 kein für die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der Beklagten notwendiger Vertrag zwischen Kläger und Beklagter bestand.

Hieran vermag der Hinweis des Klägers auf den am 04.07.2005 abgeschlossenen VV nichts zu ändern. Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 des VV gilt dieser Vertrag nur, solange die Zulassung vom 01.05.2005 nach [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) besteht. Wie dargelegt endete jedoch die dem Kläger zum 01.05.2005 erteilte Zulassung mit Ablauf des 31.12.2009, sodass auch der VV mit diesem Tag seine Gültigkeit verloren hat.

Im Zeitraum vom 01.01. bis einschließlich 31.10.2010 gab es somit zwischen Kläger und Beklagter keinen Gebrauchsüberlassungsvertrag, aufgrund dessen der Kläger zur Abgabe von CPAP-Geräten als Hilfsmittel an Versicherte der Beklagten berechtigt gewesen wäre. Mangels vertraglicher Grundlage besteht schon allein deshalb kein Vergütungsanspruch des Klägers für die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen. Hierbei ist es ohne Belang, dass die Beklagte ihre Entscheidung, auch in diesem Zeitraum erbrachte Leistungen nicht zu vergüten, nicht auf das Fehlen einer vertraglichen Grundlage gestützt hat.

Auch für die in den beiden anderen Zeiträumen vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 und vom 01.11.2010 bis 31.12.2011 erbrachten Leistungen besteht kein Vergütungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte. Wie dargestellt, war der Kläger zwar aufgrund der ihm erteilten Zulassung bzw. aufgrund seines Vertragsbeitritts zur Abgabe von CPAP-Geräten an Versicherte der Beklagten befugt. Sein Vergütungsanspruch scheidet jedoch an der Nichterfüllung der hierfür erforderlichen, im VV bzw. LV enthaltenen Voraussetzungen.

Im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 findet der VV Anwendung, der nach § 2 VV auch für die Beklagte gilt. Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 VV ist Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel die vollständig ausgestellte vertragsärztliche Verordnung. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind nach § 3 Abs. 1 Satz 3 VV die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. des GBA sehen in Nrn. 12 und 15 bzw. § 6 Abs. 2, Abs. 4 Satz 2 jeweils vor, dass vor Abgabe eines Hilfsmittels eine Verordnung durch einen Vertragsarzt zu erfolgen hat. Nach § 3 Abs. 6 Satz 1 VV besteht ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch den Versicherten erst ab der Auftragserteilung. Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Kostenübernahmeerklärung der leistungspflichtigen Ersatzkasse vorliegt. Vor einer Auftragserteilung ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten oder der Ersatzkasse zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können weder beim Versicherten noch bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse geltend gemacht werden (§ 3 Abs. 6 Sätze 2 bis 4 VV). Nach § 6 Satz 1 VV ist der Leistungserbringer verpflichtet, einen Kostenvoranschlag unter Beifügung der ärztlichen Verordnung bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse einzureichen. Die Ersatzkasse ist nach § 6 Satz 3 VV berechtigt, im Rahmen des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) (Wirtschaftlichkeitsgebot) Vergleichsangebote einzuholen. Nach § 5 Satz 1 VV verpflichtet sich der Leistungserbringer, für die jeweilige Ersatzkasse den Wiedereinsatz von technisch einwandfreien Hilfsmitteln durchzuführen, sofern dies mit der einzelnen Ersatzkasse vereinbart wurde.

Nach Durchsicht der vorliegenden Unterlagen steht für die Kammer fest, dass im Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 - wie im Übrigen auch im Zeitraum vom 01.01. bis 31.10.2010 - in keinem einzigen Fall vor der Versorgung vom Kläger ein Kostenvoranschlag bei der Beklagten eingereicht wurde. Auffallend hierbei ist, dass trotz Versorgung zu unterschiedlichen Zeitpunkten auffallend viele Kostenvorschläge am selben Tag erstellt wurden. Auch dies belegt, dass entgegen der in § 6 VV enthaltenen Regelung vom Kläger kein einziger Kostenvoranschlag vor erfolgter Versorgung bei der Beklagten eingereicht wurde. Durch das Erfordernis, einen Kostenvoranschlag bei der Beklagten einzureichen, soll dieser die Prüfung ermöglicht werden, ob die ins Auge gefasste Versorgung mit einem CPAP-Gerät dem in [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) niedergelegten Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Ferner soll der Beklagten hierdurch entsprechend § 6 Satz 3 VV die Möglichkeit gegeben werden, Vergleichsangebote einzuholen. Erst auf dieser Grundlage kann die Beklagte dann durch Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung einem Leistungserbringer dann einen Auftrag erteilen. Durch sein Verhalten, Kostenvorschläge erst nach Versorgung mit CPAP-Geräten, teilweise erst über ein Jahr später, bei der Beklagten vorzulegen, verunmöglicht der Kläger die der Beklagten im VV eingeräumte Überprüfungsmöglichkeit und die Möglichkeit, Vergleichsangebote einzuholen. Durch sein Verhalten stellt der Kläger somit die Beklagte quasi vor vollendete Tatsachen, die von der Beklagten angesichts der bereits erfolgten, teilweise bereits länger zurückliegenden Versorgung ihrer Versicherten mit CPAP-Geräten, nicht mehr bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand wieder rückgängig gemacht werden können.

Mit seinem Verhalten verstößt der Kläger somit gegen die Regelungen in § 6 VV, vor der Versorgung bei der Beklagten einen Kostenvoranschlag einzureichen. Entsprechend § 3 Abs. 6 VV besteht mangels einer Auftragserteilung durch Kostenübernahmeerklärung der Beklagten kein vertraglicher Vergütungsanspruch des Klägers für die vom 01.01.2007 bis 31.12.2009 erbrachten Leistungen. Hieran vermag der Hinweis des Klägers auf § 3 Abs. 3 VV, wonach er sich verpflichte, die Versorgung mit dem ärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden sicherzustellen, nichts zu ändern. Für die Kammer bedeutet diese Regelung, dass die 24-Stunden-Frist erst ab Auftragserteilung zum Tragen kommt. Die Regelung des § 3 Abs. 3 VV ändert also nichts an der Pflicht des Klägers, vor

Versorgung einen Kostenvoranschlag bei der Beklagten einzureichen und dann die Auftragserteilung durch diese abzuwarten.

Ob darüber hinaus die weiteren, von der Beklagten im Einzelnen in ihrer Klagerwiderung aufgeführten Beanstandungen hier vorliegen, kann offenbleiben, da ein vertraglicher Vergütungsanspruch bereits am Fehlen eines vor der Versorgung eingereichten Kostenvoranschlages scheitert.

Nach § 2 Nr. 1 Satz 1 des im Zeitraum vom 01.11.2010 bis 31.12.2011 geltenden LV hat die Leistungserbringerin für jede geplante Versorgung einen Kostenvoranschlag vorzulegen, sofern keine hiervon abweichende Regelung in den Anlagen getroffen wurde. Nach § 2 Nr. 2 Satz 1 LV ist grundsätzlich das Original der ärztlichen Verordnung zusammen mit dem Kostenvoranschlag einzureichen. Die Auftragsvergabe erfolgt nach § 2 Nr. 3 Satz 1 LV schriftlich durch die DAK. Nach § 6 Nr. 2 LV hat vorrangig vor Neulieferungen von Hilfsmitteln eine Versorgung aus dem Lagerbestand der DAK zu erfolgen. Nur wenn kein Wiedereinsatz möglich ist, hat eine Neulieferung zu erfolgen. Nach Anlage 1 Nr. 3 zum LV ist zusammen mit dem Kostenvoranschlag ein Ausdruck der MIP-Abfrage einzureichen. Anlage 8 zum LV ("Versorgungsabläufe", "Geräte zur Schlafapnoebehandlung") enthält in Nr. 3 "Polysomnographie" folgende Regelung: Variante 1: Die Leistungserbringerin stellt dem Schlaflabor das benötigte Therapie-Gerät zur Verfügung, die Ausgabe des Gerätes an den Patienten erfolgt durch die Leistungserbringerin im Schlaflabor. Das Schlaflabor übergibt dem Leistungserbringer eine ärztliche Verordnung.

Variante 2: Das Schlaflabor stellt eine ärztliche Verordnung aus, aus dem die Therapieeinstellungen hervorgehen. Die Leistungserbringerin versorgt auf der Basis der Verordnung. Nach Nr. 5 der Anlage 8 zum LV ist eine Kostenübernahmeerklärung bei der Krankenkasse durch die Leistungserbringerin einzuholen, ggf. erfolgt ein Austausch des Gerätes, sofern von der Krankenkasse die Verwendung eines anderen Gerätes gewünscht wird.

Zur Überzeugung der Kammer steht fest, dass auch im Zeitraum vom 01.11.2010 bis 31.12.2011 entgegen § 2 Nr. 1 Satz 1 LV vom Kläger vor Versorgung mit CPAP-Geräten kein Kostenvoranschlag der Beklagten vorgelegt wurde. Dies belegt die Durchsicht der vorliegenden Unterlagen. Danach wurden die Kostenvorschläge erst nach bereits erfolgter Versorgung der Versicherten der Beklagten mit CPAP-Geräten der Beklagten vorgelegt. Hierbei fällt auf, dass die Kostenvorschläge teilweise erst nach Monaten, teilweise sogar erst nach einem Jahr nach der Versorgung mit CPAP-Geräten bei der Beklagten eingereicht wurden. Auch fällt auf, dass zahlreiche Kostenvorschläge an einem Tag, bspw. am 19.12.2011, quasi "im Paket" erstellt wurden. Ohne Vorliegen eines Kostenvorschlages vor Versorgung mit CPAP-Geräten war jedoch auch in diesem Zeitraum der Beklagten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit mit der konkret erfolgten Versorgung nicht möglich. Auch erfolgte vor Versorgung entgegen § 2 Nr. 3 Satz 1 LV keine Auftragsvergabe durch die Beklagte.

Der Verweis des Klägers auf Anlage 8 zum LV ändert hier nichts an seiner Verpflichtung, vor der Versorgung mit CPAP-Geräten einen Kostenvoranschlag bei der Beklagten einzureichen. Zwar kann in Anlage 8 zum LV eine von § 2 Nr. 1 Satz 1 LV "abweichende Regelung in den Anlagen" gesehen werden. Auch ist dem Kläger zuzugeben, dass in Nr. 3 der Anlage 8 zum LV unter Variante 1 dort ein Versorgungsweg vorgegeben ist, der die Einreichung eines Kostenvorschlages vor der Versorgung ausschließt.

Allerdings gilt diese Ausnahmeregelung entgegen der Ansicht des Klägers nicht für die gesamte Versorgung mit Geräten zur Schlafapnoebehandlung, sondern ausweislich des eindeutigen Wortlautes der Nr. 3 nur für den eng begrenzten Bereich der Polysomnographie. Hierbei handelt es sich um eine Untersuchung und Messung bestimmter biologischer Parameter im Schlaf, die sich zur Differentialdiagnose von Schlafstörungen und Schlafapnoe-Syndromen eignet. Die Polysomnographie wird hierbei in speziell eingerichteten Schlaflaboren unter stationären oder ambulanten Bedingungen durchgeführt. Hierbei erfolgt bei ausgeprägter Apnoe schon während der Diagnostik die Anlage eines CPAP (vgl. [www.flexikon.doccheck.com](http://www.flexikon.doccheck.com), Stichwort "Polysomnographie").

Wie aus § 3 Anlage I Nr. 3 der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der hier maßgebenden Fassung zu ersehen ist, ist die Polysomnographie Bestandteil der im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen durchzuführenden Stufendiagnostik. Nach Erhebung der Anamnese und ggf. Fremdanamnese (Stufe 1), klinischer Untersuchung (Stufe 2) sowie einer differentialdiagnostischen Abklärung durch eine kardiorespiratorische Polygraphie (Stufe 3) kann auf Stufe 4 eine kardiorespiratorische Polysomnographie nur dann als ergänzende Diagnostik durchgeführt werden, wenn trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung einschließlich Durchführung geeigneter Testverfahren und der nach Stufe 3 durchgeführten Polygraphie keine Entscheidung möglich ist, ob eine Therapie mittels CPAP oder anderer Verfahren notwendig ist. Die kardiorespiratorische Polysomnographie soll über zwei aufeinanderfolgende Nächte mit wenn möglich wenigstens 6-stündiger Schlafphase in der zweiten Nacht durchgeführt werden. Nach § 4 Anlage I Nr. 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung soll bei gesicherter Indikation zur Überdrucktherapie mit CPAP die Ersteinstellung auf das Gerät unter kontinuierlicher polysomnographischer Überwachung in der Regel in zwei aufeinanderfolgenden Nächten durchgeführt werden.

Aufgrund des eindeutigen Wortlautes der Nr. 3 in Anlage 8 zum LV bezieht sich die dort vorgesehene Variante 1 mit dem dort näher beschriebenen Ablauf lediglich auf die gerade dargestellte, in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung näher beschriebene Polysomnographie. Der in Variante 1 unter Nr. 3 der Anlage 8 zum LV beschriebene Versorgungsablauf betrifft hingegen nicht die Versorgung mit CPAP-Geräten außerhalb der polysomnographischen Diagnostik bzw. Überwachung. Der dort dargestellte Verfahrensablauf ist also nach Überzeugung der Kammer für die hier aus den Unterlagen ersichtliche Versorgung mit CPAP-Geräten im häuslichen Bereich der Versicherten der Beklagten ohne Relevanz. Für die hier allein streitige Versorgung mit CPAP-Geräten enthält Anlage 8 zum LV unter Nr. 3 hinsichtlich der Pflicht zur Vorlage eines Kostenvorschlages vor Versorgung keine von § 2 Nr. 1 Satz 1 LV "abweichende Regelung in den Anlagen", sodass es bei der dort enthaltenen Pflicht zur Vorlage eines Kostenvorschlages für jede geplante Versorgung bleibt. Gegen diese Verpflichtung hat der Kläger - wie bereits dargelegt - verstoßen.

Soweit der Kläger darauf verweist, dass aus der Überschrift der Anlage 8 zum LV ("Versorgungsabläufe", "Geräte zur Schlafapnoebehandlung") deutlich werde, dass die gesamten in Anlage 8 zum LV enthaltenen Regelungen für die Versorgung mit CPAP-Geräten gelten, übersieht er, dass die hier relevante Nr. 3 zu Anlage 8 zum LV aufgrund der dort enthaltenen Einschränkung nur für die Versorgung mit CPAP-Geräten im Rahmen der Polysomnographie gilt. Eine Ausweitung der dort enthaltenen Regelung auf den gesamten Bereich der Versorgung mit CPAP-Geräten scheidet damit aus.

Soweit der Kläger darauf verweist, die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des GBA gelte auch für ihn und sein Verhalten

entspreche den dortigen Vorgaben ist dies nicht zutreffend. Nach § 2 dieser Richtlinie ist diese Richtlinie nach [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, für die gesetzlichen Krankenkassen und deren Versicherte verbindlich. Nach [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nehmen hingegen an der vertragsärztlichen Versorgung lediglich Ärzte und medizinische Versorgungszentren, nicht jedoch Leistungserbringer wie der Kläger teil. Im Unterschied zu § 2 der Hilfsmittel-Richtlinien werden Leistungserbringer wie der Kläger in § 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gerade nicht erwähnt. Auch zeigt die dort näher beschriebene Stufendiagnostik gerade, dass die dort enthaltenen Vorgaben sich ausdrücklich nur an Ärzte wendet, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Aufgrund des dargelegten Vertragsverstoßes besteht somit auch im Zeitraum vom 01.11.2010 bis 31.12.2011 kein vertraglicher Vergütungsanspruch.

Ob darüber hinaus auch die weiteren von der Beklagten in der Klageerwiderung aufgeführten Beanstandungen durchgreifen, bedarf keiner Entscheidung. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass bei Durchsicht der gesamten Unterlagen auffallend ist, dass die MIP-Abfrage zum selben Zeitpunkt wie der Kostenvoranschlag erfolgt ist. Dies dürfte nicht den Vorgaben in § 6 Nr. 2 LV entsprechen, wonach vorrangig vor Neulieferung eine Versorgung aus dem Lagebestand der DAK zu erfolgen hat. Dieser Verpflichtung kann der Kläger nach Auffassung der Kammer nur dann nachkommen, wenn vor Versorgung eine MIP-Abfrage erfolgt.

Auch aus anderen Rechtsgründen kann vorliegend der Kläger keine Vergütung von der Beklagten verlangen.

Einem Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung in entsprechender Anwendung der Vorschriften der [§§ 812 ff.](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches stehen übergeordnete Gesichtspunkte entgegen. In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Deshalb kann z.B. der Vertragsarzt, der Apotheker oder ein sonstiger Leistungserbringer auch bereicherungsrechtlich die Abgeltung von Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, selbst dann nicht beanspruchen, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind. Nur soweit bestimmte Vorschriften reine Ordnungsfunktion haben, besteht kein Grund, dem Leistungserbringer trotz der Entlastung der Krankenkasse eine Entschädigung zu versagen (vgl. BSG, Urteil vom 10.04.2008, [a.a.O.](#), m.w.N.). Eine solche bloße Ordnungsfunktion haben die Vorschriften zur Notwendigkeit der Einreichung eines Kostenvorschlags indes nicht. Vielmehr dient das Kostenvorschlagsverfahren jeweils mit den weiteren für eine Genehmigung einzureichenden Unterlagen der vollständigen Prüfung eines Sachleistungsanspruchs des Versicherten und der Prüfung, ob es sich um eine wirtschaftliche Versorgung ([§ 12 SGB V](#)) handelt. Die Einreichung des Kostenvorschlags ist mithin zwingendes Element des einzuhaltenden Beschaffungsweges zur Erlangung eines Vergütungsanspruchs des Hilfsmittelerbringers. Die Missachtung dieses Verfahrens schließt das Entstehen eines Vergütungsanspruches aus. Der Zweck des Genehmigungsverfahrens würde unterlaufen, wenn Versorgungen auch dann abzugelten wären, wenn sie ohne diese Voraussetzungen durchgeführt werden (BSG, Urteil vom 10.04.2008, [a.a.O.](#)). Nach diesen zutreffenden Ausführungen scheidet auch ein Vergütungsanspruch des Klägers aus ungerechtfertigter Bereicherung aus.

Entgegen dem Vorbringen des Klägers steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass ihm gegenüber seitens der Beklagten keine telefonische Zusage im Jahr 2011 abgegeben wurde, auch die Altfälle in vollem Umfang zu vergüten. Zu dieser Überzeugung gelangt die Kammer aufgrund der Aussagen von Herrn ... in der mündlichen Verhandlung, an deren Richtigkeit für die Kammer keinerlei Zweifel besteht. Herr ... hat angegeben, keine telefonische Zusage an den Kläger gemacht zu haben, dass rückwirkend Altfälle vergütet würden. Auch habe es kein Gespräch mit Frau H. hinsichtlich einer Vergütung von Altfällen gegeben. Zudem ist das Vorbringen des Klägers im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren hinsichtlich der von ihm behaupteten telefonischen Zusage widersprüchlich. Während der Kläger im Verwaltungsverfahren und auch im Gerichtsverfahren angegeben hat, Herr ... habe nach telefonischer Rücksprache mit Frau H. telefonisch zugesagt, die Altfälle würden vergütet, hat der Kläger im Schriftsatz vom 21.12.2012 ausgeführt, Frau H. habe ihm telefonisch zugesichert, dass auch alle Altfälle übernommen werden. Vor diesem Hintergrund und der Aussagen von Herrn ... in der mündlichen Verhandlung konnte die Kammer nicht die Überzeugung gewinnen, dass dem Kläger eine Vergütung von Altfällen im Jahr 2011 von der Beklagten telefonisch zugesagt wurde.

Soweit der Kläger darauf verweist, sein Verhalten entspreche der gängigen Praxis, ergibt sich hieraus kein Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten. Selbst wenn das Vorbringen des Klägers zutreffend sein sollte, widerspricht diese Praxis wie dargelegt den vertraglichen Grundlagen. Sollte gleichwohl die Beklagte unter Verstoß gegen die vertraglichen Grundlagen anderen Leistungserbringern gegenüber erbrachte Leistungen vergüten, rechtfertigt dies nach dem Grundsatz "keine Gleichheit im Unrecht" keinen Vergütungsanspruch des Klägers.

Soweit er darauf verweist, sein Verhalten entspreche den Vorgaben in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des GBA, rechtfertigt auch dies keine abweichende Entscheidung. Wie bereits ausgeführt, gilt diese Richtlinie nicht für den Kläger.

Soweit der Kläger darauf verweist, die Beklagte habe in der Vergangenheit teilweise von ihm erbrachte Leistungen vergütet, mag dies durchaus zutreffend sein und wird auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt. Hieraus ergibt sich jedoch entgegen der Ansicht des Klägers weder eine Bindung der Beklagten noch ein dahingehender Vertrauensschutz des Klägers, dass ihm die Beklagte auch alle übrigen hier streitigen Leistungen zu vergüten hat. Entsprechende Anhaltspunkte für einen entsprechenden Rechtsbindungswillen bzw. für einen Vertrauensschutz des Klägers liegen nicht vor.

Ebenso wenig führt die - unzweifelhaft gegebene - Tatsache, dass ab dem Jahr 2012 die vom Kläger erbrachten Leistungen wieder von der Beklagten vergütet werden, zu keinem Vergütungsanspruch für die Vergangenheit.

Zwar weist der Kläger zutreffend darauf hin, dass bei unaufschiebbaren Leistungen eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse zur Versorgung ihrer Versicherten mit einem Hilfsmittel ausnahmsweise entbehrlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 10.04.2008, [a.a.O.](#)). Vorliegend ist allerdings für die Kammer nicht zu erkennen, dass hier die Versorgung mit CPAP-Geräten eine unaufschiebbare Leistung war. Eine Leistung ist im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Alternative SGB V nur dann unaufschiebbar, wenn es dem Versicherten angesichts der

Gesamtumstände nicht zumutbar ist, mit dem Beginn einer Behandlung bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse zu warten. Die Leistung muss im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich sein, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes besteht. Weder aus dem Vorbringen des Klägers noch aus den vorliegenden Unterlagen ist zu ersehen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Eine "Eilbedürftigkeit" im dargestellten Sinn ist nicht zu erkennen.

Wie dargelegt besteht somit weder ein vertraglicher Vergütungsanspruch des Klägers noch ein Anspruch auf Vergütung aus anderen Rechtsgründen.

Lediglich der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass Vergütungsansprüche aus dem Jahr 2007 ohnehin verjährt sind (vgl. zu der hier maßgebenden vier-jährigen Verjährungsfrist BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 7/07 R](#) - juris m.w.N.).

Aufgrund des nicht gegebenen Vergütungsanspruches besteht auch der geltend gemachte Zinsanspruch nicht, da er von diesem abhängig ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Kläger noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-04