

S 6 KR 2387/24

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Freiburg (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 6 KR 2387/24
Datum
05.05.2025
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Rechtsgrundlage für einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem sonstigen Leistungserbringer über die Versorgung von Versicherten mit Verbandmitteln ist [§ 55 SGB X](#), da das 4. Kapitel des SGB V dafür keine Spezialregelungen enthält und die dortigen Vorschriften darauf auch nicht entsprechend anwendbar sind.

2. Wird ein solcher Vertrag im Open-House-Verfahren abgeschlossen, besteht kein Verhandlungsanspruch entsprechend [§ 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#).

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits hat die Klägerin zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit eines Vertrags zur Versorgung mit Verbandmitteln.

Die Klägerin ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und tätig im Bereich der Wundversorgung mit Verbandmitteln und sonstigen Medizinprodukten. Mit Datum vom 25.04.2024 veröffentlichte die beklagte Krankenkasse einen neuen Vertrag über die Versorgung ihrer Versicherten mit Verbandmitteln im Sinne des [§ 31 Abs. 1a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) für sonstige Leistungserbringer – wie die Klägerin – in einem Open-House-Verfahren. Dieser sieht Abschlagssätze in Höhe von 12 % (Preisgruppen A und C) und in Höhe von 3 % (Preisgruppe B) vom gelisteten Apothekeneinkaufspreis vor sowie zwingend den Beitritt zum Vertrag im Open-House-Verfahren. Soweit ein Beitritt nicht erfolge, bestehe keine Versorgungsberechtigung mit Verbandmitteln. Die Klägerin erklärte ihren Beitritt zum Vertrag unter Vorbehalt und machte einen Verhandlungsanspruch geltend, den die Beklagte mit Schreiben vom 01.08.2024 zurückwies.

Mit ihrem anschließenden Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Verpflichtung der Beklagten auf Aufnahme von Vertragsverhandlungen blieb die Klägerin erfolglos (SG Freiburg, Beschluss vom 30.09.2024 – [S 6 KR 2378/24](#) ER; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.11.2024 – [L 11 KR 3121/24](#) ER-B).

Am 04.09.2024 hat die Klägerin zum Sozialgericht Freiburg Klage erhoben. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, dass der streitige Vertrag rechtswidrig sei, weil er nicht im Open-House-Verfahren hätte geschlossen werden dürfen, da ein solches

Vertragsverfahren im SGB V nicht geregelt sei. Sie habe entsprechend [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) einen Anspruch auf Verhandlung. Ohne neuen Vertrag seien die bisher bestehenden Vergütungsregelungen weiter anzuwenden.

Die Klägerin beantragt,

1. festzustellen, dass der von der Beklagten am 25.04.2024 veröffentlichte Vertrag über die Versorgung mit Verbandmitteln im Sinne des [§ 31 Abs. 1a SGB V](#) rechtswidrig ist,
2. die Beklagte zu verurteilen, mit der Klägerin in Vertragsverhandlungen entsprechend [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) über die Versorgung der Versicherten der Beklagten mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung einzutreten, sowie
3. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Versorgung ihrer Versicherten durch die Klägerin mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung gemäß der Anlage 5b der Ergänzungsvereinbarung Verbandstoffe in NRW zwischen Apothekerverband Nordrhein und Apothekerverband Westfalen-Lippe einerseits und der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK NordWest, dem BKK-Landesverband Nordwest, der IKK classic, der Knappschaft und der SVLFG andererseits zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass der Anwendungsbereich des [§ 127 SGB V](#) nicht eröffnet sei. Ihrem Vorgehen stehe weder das Sozial- noch das Vergaberecht entgegen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des übrigen Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die im Wege der objektiven Klagehäufung gemäß [§ 56](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zusammen verfolgten Klagen sind zulässig. Sie sind zu Ziffer 1 und 3 statthaft als Feststellungsklagen ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)), für die ein berechtigtes Feststellungsinteresse im Hinblick auf die wirtschaftlichen Interessen der Klägerin je nach Bestehen oder Nichtbestehen des Rechtsverhältnisses durch den angegriffenen Vertrag bzw. der begehrten Vergütungspflicht besteht. Zu Ziffer 2 ist die (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) statthaft, da die begehrte Aufnahme von Vertragsverhandlungen ein Verwaltungshandeln darstellt, das im Gleichordnungsverhältnis erfolgt.

Die Klage zu Ziffer 1 ist unbegründet. Ein Anspruch der Klägerin auf Feststellung der Rechtswidrigkeit des am 25.04.2024 veröffentlichten Vertrags über die Versorgung mit Verbandmitteln besteht nicht, weil dieser rechtmäßig ist. Seine Rechtsgrundlage ist [§ 55](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X), dessen Vorgaben eingehalten sind.

Ausgangspunkt für die Bestimmung der Rechtsgrundlage ist [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach stellen die Krankenkassen den Versicherten die im 3. Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Im 3. Kapitel des SGB V begründet [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) einen Sachleistungsanspruch der Versicherten auf Versorgung mit Verbandmitteln. Daher gilt [§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#), wonach die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den Leistungserbringern nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V schließen.

Im 4. Kapitel des SGB V bestimmt [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), dass dieses Kapitel abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu sonstigen Leistungserbringern regelt. Daraus wird gefolgert, dass das 4. Kapitel des SGB V einen numerus clausus

möglicher Vertragsarten begründet. Hiernach bestimmt sich in Abhängigkeit entweder vom Status des Leistungserbringers als Vertragsarzt oder Krankenhaus (vgl. §§ 72, 73, 95 sowie §§ 107, 108 SGB V), von Status und abgegebener Leistung wie für Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln (vgl. § 129 SGB V „Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung“) oder nur von der Leistung abschließend, nach welchen Maßgaben Krankenkasse und Leistungserbringer in Bezug auf die jeweilige Versorgung ihre Leistungsbeziehungen nur ordnen können und welchen Vorgaben ein Leistungserbringer bei der Einbeziehung in die betroffene Versorgung jeweils bereichsspezifisch zu genügen hat (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R, juris, Rn. 15).

Die hier in Streit stehende Vereinbarung der Krankenkasse mit einem sonstigen Leistungserbringer über die Versorgung mit Verbandmitteln ist im 4. Kapitel des SGB V nicht enthalten. Daraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass solche Verträge gar nicht vereinbart werden dürfen. Denn eine „Versorgungen ohne Vertrag mit der Krankenkasse“ sieht das SGB V regelhaft nicht vor. Entsprechende Leistungen dürften nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden und wären von ihr nicht zu vergüten (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R, juris, Rn. 14). Die Folge davon wäre, dass die Krankenkasse ihrer Aufgabe nicht nachkommen könnte, die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Zudem würde ein aus dem Fehlen einer Normierung abgeleitetes Verbot eines solchen Vertragsschlusses gerade dem gesetzlichen Auftrag zum Vertragsschluss (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V) widersprechen.

Geht man aufgrund dessen vom Bestehen einer planwidrigen Regelungslücke aus, ist die Möglichkeit einer analogen Anwendung eröffnet. Dabei wird eine Norm auf einen Sachverhalt übertragen, der vom Wortsinn der Norm zwar nicht umfasst, mit dem geregelten Sachverhalt jedoch vergleichbar ist und nach dem Grundgedanken der Norm und dem mit ihr verfolgten Zweck dieselbe rechtliche Bewertung erfordert (vgl. BSG, Urteil vom 14.11.2024 – B 1 KR 32/23 R, juris, Rn. 18 m.w.N.). Eine solche Norm vermag die Kammer im 4. Kapitel des SGB V allerdings nicht zu ersehen.

Eine entsprechende Anwendung von §§ 129 ff. SGB V hält die Kammer für ausgeschlossen, weil diese auf die Eigenarten der Beziehungen der Krankenkassen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen hinsichtlich der Abgabe von Arzneimitteln zugeschnitten sind, sodass eine hinreichende Vergleichbarkeit zu den Beziehungen gegenüber sonstigen Leistungserbringern hinsichtlich Verbandmitteln nicht gegeben ist. Allein die Regelung einer Datenübermittlungspflicht sonstiger Hersteller von Verbandmitteln in § 131 Abs. 4 Satz 3 SGB V ist nicht geeignet, die Anwendbarkeit des gesamten Regelungsregimes zu Rahmenverträgen über die Arzneimittelversorgung zu begründen (in diese Richtung allerdings LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.11.2024 – L 11 KR 3121/24 ER-B, juris, Rn. 22). Denn damit würde verkannt, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine notwendige Bedingung für die Qualität als Arzneimittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung die Arzneimitteleigenschaft im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist (vgl. BSG, Urteil vom 03.07.2012 – B 1 KR 23/11 R, juris, Rn. 12 m.w.N.). Verbandmittel sind vom Arzneimittelbegriff des § 2 AMG aber nicht umfasst, sondern davon gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 7 AMG gerade ausgeschlossen, weil es sich bei ihnen um Medizinprodukte nach der Verordnung (EU) 2017/745 (Medical Device Regulation – MDR) handelt, deren Verordnungsfähigkeit sich gesondert nach § 53 in Abschnitt P (Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung) und der Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) richtet.

Am ehesten für eine entsprechende Anwendung heranzuziehen sind §§ 126 ff. SGB V über Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern über die Versorgung mit Hilfsmitteln. Dort ist – worauf auch die Klägerin abstellt – in § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausdrücklich bestimmt, dass Krankenkassen jedem Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen haben. Zwar sind Verbandmittel keine Hilfsmittel, wie sich aus der mittlerweile vorhandenen gesetzlichen Definition für Verbandmittel in § 31 Abs. 1a SGB V einerseits und der Ausfüllung des Hilfsmittelbegriffs in § 33 SGB V andererseits ergibt (vgl. BSG, Urteil vom 28.09.2006 – B 3 KR 28/05 R, juris, Rn. 25). Jedoch hat das Bundessozialgericht die in der Aufzählung hinsichtlich des Versorgungsanspruchs nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V direkt nach den Verbandmitteln genannten Harn- und Blutteststreifen leistungserbringerrechtlich als Hilfsmittel qualifiziert (BSG, Urteil vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R, juris, Rn. 16 ff.). Der Ansicht der Klägerin, dass dasselbe daher auch für Verbandmittel zu gelten habe, folgt die Kammer indes nicht. Denn zur Qualifizierung der Teststreifen hat das Bundessozialgericht maßgeblich darauf abgestellt, dass die Testgeräte selbst Hilfsmittel seien, was bei den Teststreifen als für deren Betrieb unverzichtbares selbstständig abgegebenes Zubehör materiell ebenfalls die Hilfsmiteleigenschaft im Sinne von § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V begründe (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2023 – B 3 KR 2/23 R, juris, Rn. 16). Ein solcher Schluss ist für Verbandmittel nicht möglich, weil diese grundsätzlich ohne eine solche Verknüpfung mit einem Hilfsmittel eigenständig zur Anwendung kommen. Auch §§ 126 ff. SGB V sind daher nicht entsprechend anwendbar.

Um die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und dem gesetzlichen Auftrag zum Vertragsschluss (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V) nachzukommen, muss mangels einer speziellen Rechtsgrundlage im SGB V somit auf das allgemeine Recht zurückgegriffen werden. Die Krankenkassen als Träger öffentlicher Verwaltung können über die Krankenversorgung als öffentlicher Aufgabe öffentlich-rechtliche Verträge nach §§ 53 ff. SGB X schließen. Denn das SGB X gilt gemäß § 37 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil (SGB I) gerade für alle Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt.

Das wird auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Regelung der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu sonstigen Leistungserbringern im 4. Kapitel des SGB V als „abschließend“ bestimmt. Der Hintergrund der Regelung liegt darin, dass der Gesetzgeber das Leistungserbringungsrecht des 4. Kapitels im SGB V von der Anwendung kartellrechtlicher Vorschriften ausnehmen wollte (BSG, Urteil vom 12.05.2005 – B 3 KR 32/04 R, juris, Rn. 19). Zivilrechtliche Vorschriften sollten nicht mehr maßgebend für diese Rechtsbeziehungen sein, sondern nur noch lückenfüllend und ergänzend herangezogen werden können, und zwar stets lediglich „entsprechend“ und nicht mehr, wie bis Ende 1999 bei den Beziehungen zu den nichtärztlichen Leistungserbringern, unmittelbar. Der

Hinweis auf die „abschließende“ Regelung bedeutet somit nicht, dass die in [§ 69 SGB V](#) nicht ausdrücklich erwähnten Vorschriften des Sozialgesetzbuchs nicht mehr anwendbar sein sollten (vgl. BSG, Urteil vom 12.05.2005 – [B 3 KR 32/04 R](#), juris, Rn. 25; Becker, in: Hauck/Noftz, SGB X, 1. EL 2025, § 53, Rn. 31; Klückmann, in: Hauck/Noftz, SGB V, 4. EL 2025, § 69, Rn. 5j; Pabst, SGB 2002, 475 ff.).

Aus der „abschließenden“ Regelung im SGB V folgt hinsichtlich der Anwendbarkeit von Vorschriften des Sozialgesetzbuchs also lediglich, dass allgemeine Regeln nicht anzuwenden sind, soweit vorrangige Regelungen im SGB V bestehen. Da keine Sonderregelungen für Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern über die Versorgung mit Verbandmitteln im SGB V vorgesehen sind, ist insoweit das SGB X anzuwenden. Es wäre Sache des Gesetzgebers, entsprechende Sonderregelungen einzuführen, wenn solche für erforderlich gehalten würden.

Auswirkungen hat der Ausschluss nur auf die Anwendbarkeit der Regeln des Vergaberechts. So gelten die in [§ 69 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) aufgeführten Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gemäß [§ 69 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nicht, weil es sich bei dem Vertrag zur Verbandmittelversorgung um einen solchen handelt, zu dessen Abschluss die Krankenkasse nach [§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) gesetzlich verpflichtet ist.

Darüber hinaus sind nach [§ 69 Abs. 3 SGB V](#) auf öffentliche Aufträge nach dem SGB V die Vorschriften des Teils 4 des GWB anzuwenden. Da der öffentliche Auftrag gemäß [§ 103 Abs. 1 bis 4 GWB](#) eine Auswahl des Auftraggebers unter den zulässigen Angeboten voraussetzt (vgl. Engelmann, in: jurisPK-SGB V, Stand: 01.04.2025, § 69, Rn. 118), sind bei dem hier gewählten Open-House-Vertrag keine Vorgaben des GWB einzuhalten. Denn eine für die Anwendung des Vergaberechts erforderliche Auswahl-situation liegt nicht vor, weil alle in Betracht kommenden Leistungserbringer ein Vertragsbeitrittsrecht zu gleichen Bedingungen haben und mithin eine Vergabeentscheidung nicht getroffen wird (vgl. Engelmann, in: jurisPK-SGB V, Stand: 01.04.2025, § 69, Rn. 125).

Die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Vertrags erfolgt somit allein anhand von [§ 55 SGB X](#). Es handelt sich wie bereits gezeigt um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, in dem sich der Vertragspartner der Behörde zu einer Gegenleistung verpflichtet, mithin um einen Austauschvertrag. Nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) kann ein solcher geschlossen werden, wenn die Gegenleistung für einen bestimmten Zweck im Vertrag vereinbart wird und der Behörde zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben dient. Die Gegenleistung muss den gesamten Umständen nach angemessen sein und im sachlichen Zusammenhang mit der vertraglichen Leistung der Behörde stehen ([§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)).

In formeller Hinsicht sind Beanstandungen weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Auch hinsichtlich der materiellen Rechtmäßigkeit hat die Kammer keine Bedenken. Insbesondere im Hinblick auf die Angemessenheit der Gegenleistung ist das Vorgehen der Beklagten im Open-House-Verfahren nicht zu beanstanden, da sie damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 SGB V](#)) Rechnung trägt, das sie besonders zu beachten hat ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)).

Die Klage zu Ziffer 2 ist ebenfalls unbegründet. Ein Verhandlungsanspruch der Klägerin besteht nicht. Ein solcher folgt insbesondere nicht aus [§ 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), weil diese Norm wie dargestellt nicht anwendbar ist. Im Übrigen ist ein Verhandlungsanspruch im Open-House-Verfahren gerade ausgeschlossen. Es steht der Klägerin frei, dem Vertrag nicht beizutreten, wenn sie dessen Konditionen nicht annehmen will.

Auch die Klage zu Ziffer 3 ist unbegründet. Da eine Vergütungspflicht der Beklagten allein aus dem neuen Vertrag folgen kann, soweit diesem beigetreten wurde, ist eine Pflicht zur Vergütung nach der bisherigen Vorgehensweise ausgeschlossen.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-06-20