

S 18 KR 142/07 ER

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 142/07 ER
Datum
02.04.2007
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Zum Erlass einer Sicherungsanordnung unter Auflagen, durch die einem Lieferanten nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte vorläufig die weitere Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren mit den Krankenkassen gestattet wird

I. Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, die Antragstellerin weiterhin zur Direktabrechnung des von der Antragstellerin an Vertragsärzte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gelieferten nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs für Mitglieder und Familienversicherte der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zuzulassen.

II. Die Anordnung ergeht unter der Auflage, dass es die Antragstellerin bis zur einer anderslautenden rechtsverbindlichen Feststellung durch eine die Beteiligten bindende vertragliche Vereinbarung oder eine voll-ziehbare sozialgerichtliche Hauptsacheentscheidung unterlässt, im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sterilisierungs-pflichtige Sprechstundenbedarfsartikel, die nicht einzeln sterilisiert sind, in nicht oder nur insgesamt sterilisierten OP-Sets (insbesondere im OP-Komponentensystem K-pack®) zu liefern und gegenüber der Antragsgegnerin als Sprechstundenbedarf abzurechnen. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung wird die Antragstellerin verpflichtet, an die Antragsgegnerin einen Betrag von 5.000,00 EUR zur Verrechnung mit den Ausgaben für an Vertragsärzte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gelieferten nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarf für Mitglieder und Familienversicherte der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zu zahlen. Das Gericht kann bei Zuwiderhandlung gegen die Auflage die Anordnung unter Ziffer I auf Antrag aufheben oder ändern.

III. Im Übrigen wird der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz abgelehnt.

IV. Von den Kosten des Verfahrens trägt die Antragsgegnerin 3/4, die Antragstellerin 1/4.

V. Der Streitwert wird auf 455.490,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin produziert und vertreibt, eingebunden in einen international tätigen Konzern, ein breites Sortiment an Medizinprodukten, unter anderem nicht apothekenpflichtigen Praxis- und Sprechstundenbedarf für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte.

Im Freistaat Sachsen ist nach § 1 Abs. 1 der für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen teilnehmenden Ärzte geltenden Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 01.01.1998 (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) der für die ambulante Behandlung von Mitgliedern und Familienversicherten der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen ärztlich verordnete Sprechstundenbedarf zu Lasten der Antragsgegnerin zu verordnen. Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gelten als Sprechstundenbedarf nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung in der Sprechstunde angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Berechtigten zur Verfügung stehen müssen.

Nach § 1 Nr. 1.6 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach [§ 302 Abs. 2 SGB V](#) über Form und Inhalt des

Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" sowie Hebammen und Entbindungspflegern ([§ 301a SGB V](#)) zählen zu den "Sonstigen Leistungserbringern" auch Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln einschließlich von Sprechstundenbedarf. Die Abrechnung der Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln und von Sprechstundenbedarf erfolgt entsprechend dem Verfahren gemäß der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß [§ 300 SGB V](#) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. Diese Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß [§ 300 SGB V](#) regelt unter Anderem Einzelheiten der Direktabrechnung zwischen Apotheken und Krankenkassen (vgl. insbesondere § 6 und § 8).

Auf Grundlage dieser oder vergleichbarer Regelungen in anderen Ländern hat die Antragstellerin in der Vergangenheit einen wesentlichen Teil ihres Umsatzes an Sprechstundenbedarfsartikeln im Wege der Direktlieferung an die verordnenden Ärzte und Direktabrechnung mit den hierfür zuständigen Krankenkassen - in Sachsen für den Ersatzkassenbereich die Antragsgegnerin - erzielt.

Seit Mitte 2005 ermittelt die Staatsanwaltschaft K. gegen Mitarbeiter der Antragstellerin sowie bundesweit gegen 527 Ärzte. Den Mitarbeitern der Antragstellerin wird vorgeworfen, Ärzten die als Sprechstundenbedarf geordneten Artikel in OP-Sets, sog. K-packs® (vgl. die Produktbeschreibung unter [http://www.\[\].html](http://www.[].html) und die Lieferübersicht unter [http://www.\[\].pdf](http://www.[].pdf) Seite 163 ff.), geliefert zu haben, die sowohl Praxisbedarf als auch Sprechstundenbedarf enthielten, wobei jedoch Verbandsmaterial aus nichtsterilen Großpackungen beige packt und anschließend die K-packs® im Ganzen sterilisiert worden seien. Nach Einlassung eines Beschuldigten soll die Antragstellerin den Sprechstundenbedarf nach der Lauer-Taxe abgerechnet haben (Pressemitteilung der Staatsanwaltschaft K. vom 06./10.11.2006). Die Antragsgegnerin beanstandet, dass nach Öffnen eines solchen K-packs® für einen Patienten der Inhalt nicht mehr steril sei, damit nicht mehr für andere Patienten verwendet werden könne, deshalb nicht als Sprechstundenbedarf gelte und nicht als solcher abgerechnet werden dürfe (Schreiben der Antragsgegnerin vom 05.03.2007 an die O. GmbH E. in der Anlage AS 15 zum Schriftsatz der Bevollmächtigten der Antragstellerin vom 29.03.2007).

Mit Schreiben vom 15.02.2007 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, auf Grund der strafrechtlichen Ermittlungen sei das Vertrauensverhältnis gestört. Deshalb beende sie das Direktabrechnungsverfahren bei der Belieferung von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit Artikeln des nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs zum 31.03.2007. Die Antragsgegnerin möge ab dem 01.04.2007 mit den von ihr belieferten Vertragsärzten abrechnen.

Dem widersprach die Antragstellerin unter dem 15.02.2007 und forderte die Antragsgegnerin auf, die Beendigungserklärung zurückzunehmen. Die Erklärung diskriminiere die Antragstellerin gegenüber anderen Lieferanten und greife so in ihren eingerichteten Gewerbebetrieb ein. Die Direktabrechnung stehe nicht zur Disposition der Antragsgegnerin. Der Antragstellerin stünden gegenüber der Antragsgegnerin Zahlungsansprüche aus Kaufverträgen über Sprechstundenbedarfsartikel zu, welche die Vertragsärzte mit ihr als Vertreter der Krankenkassen abschlossen (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 17.01.1996, Az. [3 RK 26/94](#)). Die Antragsgegnerin wies dieses Verlangen mit Schreiben vom 28.02.2007 zurück. Mangels entgegenstehender Vereinbarung in Sachsen sei die Antragsgegnerin jederzeit zur Kündigung der Direktabrechnungsbeziehung berechtigt. Auf Grund der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen, welche gerade die Ordnungsgemäßheit des Abrechnungsverhaltens der Antragstellerin betreffen, könne den beteiligten Trägern nicht angesonnen werden, weiterhin direkt abzurechnen.

Die Antragstellerin bat die Antragsgegnerin daraufhin mit Schreiben vom 07.03.2007 ihr Schreiben vom 22.02.2007 als Widerspruch gegen den Bescheid vom 15.02.2007 zu behandeln. Nach fruchtlosem Ablauf eines der Antragsgegnerin zugleich gesetzten Frist für die Erklärung eines Vollziehungsverzichts reichte sie am 12.03.2007 beim Sozialgericht Koblenz einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ein. Nach ihrer Auffassung handelt es sich bei dem Schreiben der Antragsgegnerin vom 15.02.2007 um einen rechtswidrigen Verwaltungsakt. Der selektive Boykott der Antragsgegnerin durch die Antragstellerin sei diskriminierend und verletze deren aus [Artikel 12 Abs. 1](#) und [Artikel 3 Abs. 1 GG](#) abgeleiteten Anspruch auf gleichberechtigte Teilnahme am Markt. Der Anteil der OP-Sets am Geschäft mit Sprechstundenbedarf belaufe sich bundesweit auf lediglich 10,4 %. Die Antragsgegnerin sei durchaus in der Lage, Lieferungen von K-packs® an Hand der Kennzeichnung auf dem Verordnungsvordruck zu identifizieren und von der Abrechnung auszunehmen. Strafrechtliche Ermittlungen gegen einzelne Mitarbeiter - nicht gegen die Antragstellerin als solche - rechtfertigten auf Grund der rechtsstaatlichen Unschuldsvermutung nicht die Ungleichbehandlung der Antragstellerin. Der bloße Verdacht sei ein willkürliches Kriterium. Der Ausschluss von der marktüblichen Direktabrechnung laufe faktisch auf eine Liefersperre hinaus, weil die Ärzte den verordneten Praxisbedarf regelmäßig nicht vorfinanzieren könnten und auch eine Rechtsgrundlage für eine Abrechnung der Ärzte gegenüber den Kassen fehle. In diesem Fall sei mit einem Marktanteil- bzw. Umsatzverlust von mindestens 90 % zu rechnen. Der Anteil des direkt abgerechneten Sprechstundenbedarfs habe sich 2006 auf ca. 99 % belaufen. 44 % ihres Umsatzes habe die Antragstellerin im Direktvertrieb über Ärzte erzielt, wofür sie 118 Mitarbeiter im Direktvertrieb vorhalte. Der Jahresumsatz der Direktbelieferung niedergelassener Arztpraxen belaufe sich bundesweit auf über 21 Mio. EUR, davon in Nordrhein, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ca. 2,7 Mio. EUR, bei einem Gesamtumsatz einschließlich über Tochterunternehmen von 205 Mio. EUR, im Inland 105 Mio. EUR. Der Anteil des Sprechstundenbedarfs am Direktgeschäft belaufe sich im Durchschnitt auf ca. 50 % (Beweis: eidesstattliche Versicherung in Anlage AS 13 und AS 14 zu den Schriftsätzen der Antragstellerin vom 23.03.2007 und vom 29.03.2007). Durch die Beendigung der Direktabrechnung würden gefestigte Kundenbeziehungen irreparabel geschädigt. Eine Kompensation der Verluste über andere Vertriebskanäle sei unrealistisch. Der Direktvertrieb betreffe Bereiche, in denen entweder eine adäquate Händlerstruktur fehle oder in denen eine direkte Wettbewerbssituation zu Apothekern und Händlern vorliege, deren Inanspruchnahme deshalb nicht zu einem Ausgleich der Umsatzeinbußen führen werde. Viele Artikel seien gegen Produkte anderer Hersteller austauschbar.

Die Antragstellerin beantragt,

festzustellen, dass ihr Widerspruch vom 22.02.2006 gegen die mit Schreiben der Antragsgegnerin vom 15.02.2007 erklärte Beendigung des Abrechnungsverfahrens bei der Belieferung von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit Artikeln des nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs aufschiebende Wirkung hat,

hilfsweise: festzustellen, dass die Antragsgegnerin bis zur Entscheidung in der Hauptsache grundsätzlich verpflichtet ist, den von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach Maßgabe der gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung der Antragsgegnerin zu Lasten der Antragsgegnerin verordneten Sprechstundenbedarf wie bisher mit der Antragstellerin abzurechnen; hiervon

unberührt besteht nach wie vor das Recht der Antragsgegnerin, die Abrechnung von Sprechstundenbedarfsverordnungen, die ihrer Ansicht nach nicht ordnungsgemäß sind - insbesondere im Falle der Lieferung von Sprechstundenbedarf im Rahmen von OP-Sets - bis zur rechtskräftigen Klärung der Abrechenbarkeit im Einzelfall zu verweigern.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag zurückzuweisen.

Ihr Schreiben vom 15.02.2007 sei kein Verwaltungsakt. Einem Anordnungsanspruch stehe das Fehlen einer anspruchsbegründenden Rechtsbeziehung entgegen. Die Befugnis zur Direktabrechnung sei der Antragstellerin nicht vertraglich eingeräumt worden, die Regelung und Durchführung der Direktabrechnung sei vielmehr der Antragsgegnerin eigenverantwortlich überlassen. Der Vertragsarzt handle nicht als Vertreter der Antragsgegnerin. Als Herstellerin von Medizinprodukten sei die Antragstellerin - anders als Apotheken - kein Leistungserbringer im Sinne des Sozialgesetzbuchs. Zudem liege ein sachlicher Grund für die Beendigung der Direktabrechnung in der fortgesetzten Lieferung von Sprechstundenbedarf in K-packs®, auch wenn diese (erst) seit Januar 2007 als solche deklariert würden. Gleichwohl sei das Vertrauen in eine Direktabrechnung durch die Falschlieferungen, die unterbliebene Offenlegung des in der Vergangenheit in K-packs® erbrachten Lieferumfangs und die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen zerstört. Ein Anteil von mehr als 10 % sei durchaus relevant und rechtfertige die Aussetzung der Geschäftsbeziehung. Zudem fehle es an einem Anordnungsgrund. Vertragsärzte könnten den bislang von der Antragstellerin bezogenen Sprechstundenbedarf entweder selbst von der Antragsgegnerin erstattet bekommen oder über Apotheken und andere Händler beziehen, die ihrerseits direkt abrechnen dürfen, ohne dass der Arzt vorleisten müsse. Der Geschäftsbetrieb der Antragstellerin sei nicht nachhaltig betroffen, zumal ihr Kerngeschäft in der Herstellung von Medizinprodukten liege, nicht im Handel damit. Der an Hand der Mitgliederzahlen auf Sachsen entfallende Anteil von schätzungsweise 16,87 % bzw. 455.490,00 EUR am Umsatz mit Sprechstundenbedarf im Direktvertrieb entspreche nur 0,22 % des Gesamtumsatzes. Die Kennzeichnung der Lieferung von Sprechstundenbedarf in OP-Sets ändere nichts daran, dass die Fortsetzung des Direktabrechnungsverfahrens unzumutbar sei, weil alle Abrechnungen einer manuellen Vollprüfung unterzogen werden müssten, was sich faktisch nicht durchführen lasse.

II.

Die Zuständigkeit des Sozialgerichts Dresden für die Entscheidung über den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ergibt sich gemäß [§ 17a Abs. 2 Satz 3 GVG](#) in Verbindung mit [§ 98 Satz 1 SGG](#) aus der bindenden Verweisung mit Beschluss des Sozialgerichts Koblenz vom 20.03.2007, Az. S 5 ER 85/07 KR. Das Gericht entscheidet als Kammer für Krankenversicherungsrecht, weil der Rechtsstreit - entgegen der Begründung des Verweisungsbeschlusses - nicht den in [§ 10 Abs. 2 SGG](#) erwähnten Angelegenheiten des Vertragsarztrechts zuzurechnen ist. Maßgebend hierfür ist der Gegenstand des von der Antragstellerin geltend gemachten Rechtsschutzbegehrens. Die Antragstellerin stützt ihren Anspruch auf Rechte, die sie aus den zwischen ihr als Direktlieferantin von Sprechstundenbedarf und der Antragsgegnerin als Krankenkasse bestehenden Rechtsbeziehungen und gerade nicht aus Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten herleitet. Damit ist für die Sonderzuständigkeit der in [§ 10 Abs. 2 SGG](#) genannten Kammern für Vertragsarztrechtsangelegenheiten kein Raum. Der Verweisungsbeschluss bindet das Gericht nur hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit, nicht hinsichtlich der Abgrenzung zwischen den Kammern für Angelegenheiten der Krankenversicherung und den Kammern für Vertragsarztrechtsangelegenheiten.

Der Antrag vom 12.03.2007 auf einstweiligen Rechtsschutz ist nur im Rahmen des Hilfsantrags statthaft, insoweit aber begründet.

Der Hauptantrag der Antragstellerin, die aufschiebende Wirkung ihres Widerspruchs gegen das von ihr als Verwaltungsakt qualifizierte Schreiben der Antragsgegnerin vom 15.02.2007 festzustellen, ist unzulässig. Für eine solche Feststellung wäre nur Raum, wenn geltend gemacht wird, dass die Antragsgegnerin unter Missachtung der aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs oder einer Klage ([§ 86a Abs. 1 SGG](#)) einen Verwaltungsakt als vorläufig vollziehbar behandelt. Bei dem Schreiben vom 15.02.2007 handelt es sich aber nach dem Antragsbegehren gerade nicht um einen Verwaltungsakt. Ein Verwaltungsakt ist gemäß [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf eine unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Diese Voraussetzung ist weder unter formellem noch unter materiellem Aspekt erfüllt. Formell hat das Schreiben vom 15.02.2007 nicht die einseitige Inanspruchnahme hoheitlicher Regelungsbefugnisse zum Inhalt. In materieller Hinsicht ist für eine solche einseitige Regelungskompetenz, egal, ob sie zu Recht oder zu Unrecht in Anspruch genommen wird, nur in einem öffentlich-rechtlichen Subordinationsverhältnis Raum, das hier weder vorliegt noch nach der Antragsbegründung als bestehend geltend gemacht wird. Vielmehr nimmt die Antragstellerin für sich die Position eines gleichberechtigten Leistungserbringers gegenüber der Antragsgegnerin in Anspruch. Für das Verhältnis zwischen Krankenkassen und nichtärztlichen Leistungserbringern ist indessen ein Gleichordnungsverhältnis zwischen den Beteiligten prägend, das gleichzeitig eine einseitig hoheitliche Regelung der handelnden Behörde durch Verwaltungsakt gegenüber dem Adressaten ausschließt. Eine gesetzliche Ermächtigung der Krankenkassen zum Erlass von Verwaltungsakten gegenüber den privaten Leistungserbringern besteht ebenso wie ein Über-Unterordnungs-Verhältnis nicht (Bundessozialgericht, Urteil vom 24.01.1990, Az. [3 RK 11/88](#)).

Der auf den Erlass einer Sicherungsanordnung nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) gerichtete Hilfsantrag hat dagegen Erfolg. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht der Hauptsache einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Ein solcher Antrag ist gemäß [§ 86b Abs. 3 SGG](#) auch schon vor der Klageerhebung zulässig.

Voraussetzung für den Erlass einer derartigen Anordnung ist gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 920 Abs. 2 ZPO](#) die Glaubhaftmachung eines auf die vorläufige Aufrechterhaltung eines streitigen Rechtsverhältnisses gerichteten Anordnungsanspruch sowie eines Anordnungsgrundes. Beides ist hier gegeben.

1. Der Antragstellerin steht als Anordnungsanspruch ein Anspruch gegen die Antragsgegnerin auf gleichberechtigte Teilhabe an einem von Verzerrungen freien Wettbewerb bei der Versorgung der Versicherten mit nicht apothekenpflichtigem Sprechstundenbedarf im Rahmen einer Direktlieferbeziehung als nichtärztlicher Leistungserbringer zur Seite, der seinerseits seine Grundlage in ihrem Recht auf freie Berufsausübung nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) und auf Gleichbehandlung nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) findet (vgl. zur Rechtsgrundlage solcher Ansprüche

die Urteile des Bundessozialgerichts vom 25.09.2001, Az. [B 3 KR 3/01 R](#), und des Bundesgerichtshofs vom 23.02.2006, Az. [I ZR 164/03](#)).

Die Antragstellerin als Direktlieferantin von Sprechstundenbedarf für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und die Antragsgegnerin als gemäß § 1 Abs. 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verpflichtete Abrechnungsstelle der Kostenträgerin für die Versorgung der Ersatzkassenversicherten in Sachsen mit Sprechstundenbedarf stehen nicht im Wettbewerb miteinander. Der Antragsgegnerin kommt aber als zur Direktabrechnung für alle Ersatzkassen beauftragte Kasse gegenüber den Lieferanten von Sprechstundenbedarf eine beherrschende Schlüsselposition bei der Gewährung des gleichberechtigten Zugangs zur Versorgung der Vertragsarztpraxen mit Sprechstundenbedarf gegenüber den in diesem Marktsegment am Wettbewerb teilnehmenden Apotheken, Händlern und Direktlieferanten zu. In der Ausübung ihrer Rechte und Pflichten als zentrale Abrechnungsstelle für den Bereich der Ersatzkassen ist sie grundrechtsgebunden und hat den Marktteilnehmern gleiche Bedingungen beim Zugang zur Versorgung der Versicherten über die belieferten Vertragsärzte zu gewähren. Differenzierungen zwischen den verschiedenen Anbietern bedürfen eines sachlichen Grundes und müssen verhältnismäßig sein. Auf die Einhaltung dieses rechtlichen Rahmens haben die Leistungserbringer einen gerichtlich einklagbaren Anspruch.

Die Antragsgegnerin hat diesen rechtlichen Rahmen bei der Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zu den Anbietern von Sprechstundenbedarf zu Lasten der Antragstellerin überschritten. Der Ausschluss der Antragstellerin vom Direktabrechnungsverfahren ist - trotz nachvollziehbarer Anlässe - nicht von einem sachlichen Grund gedeckt und benachteiligt die Antragstellerin gegenüber anderen Lieferanten von Sprechstundenbedarf unverhältnismäßig. Daraus erwächst der Antragstellerin ein Anspruch auf Fortsetzung der Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren.

Klarzustellen ist zunächst, dass die bisherige Teilnahme der Antragstellerin am Direktabrechnungsverfahren nicht etwa nur auf einer rechtsgrundlosen Duldung oder Kulanz der Antragsgegnerin beruht. Die Antragstellerin ist als Direktlieferantin von Sprechstundenbedarf ein "weiterer Leistungserbringer" im Sinne von [§ 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), dem gesetzlich die Möglichkeit zur Teilnahme am unmittelbaren Kassenabrechnungsverfahren eingeräumt ist. Dies wird ausdrücklich in § 1 Nr. 1.6 der auf [§ 302 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) beruhenden Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach [§ 302 Abs. 2 SGB V](#) über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" sowie Hebammen und Entbindungspflegern ([§ 301a SGB V](#)) festgestellt, wo des Weiteren auf das für Apotheken geltenden Abrechnungsverfahren verwiesen wird. Es ergibt sich zudem daraus, dass hinsichtlich der Belieferung der Vertragsärzte mit nicht apothekenpflichtigem Sprechstundenbedarf kein Apothekenzwang und damit kein Grund zur Differenzierung zwischen Apothekern und anderen Anbietern besteht, Apotheker, anderen Händler und Direktlieferanten also gleichberechtigt Leistungen zu Gunsten der Versicherten erbringen dürfen.

Leistungsempfänger sind dabei nicht etwa die Vertragsärzte, sondern die gemäß § 1 Abs. 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung von der Antragsgegnerin im Rahmen der Abrechnung vertretenen Krankenkassen, welche nach Umlage der zentral abgerechneten Aufwendungen endgültig als Kostenträger für die Sachleistungen einzustehen haben, die von den Vertragsärzten an die Versicherten als Sprechstundenbedarf abgegeben werden.

Zu Recht verweisen die Bevollmächtigten der Antragstellerin insoweit auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17.01.1996, Az. [3 RK 26/94](#). Diese Entscheidung betraf zwar in erster Linie das Verhältnis zwischen Krankenkasse, verordnendem Arzt und Apotheke hinsichtlich der Bereitstellung eines Arzneimittels. Ein Unterschied zur vorliegenden Konstellation liegt darin, dass die besondere vertragsärztliche Befugnis, die Apotheke zur Bereitstellung eines verordneten Arzneimittels zu Lasten der Krankenkasse zu verpflichten, in der Regel durch Vereinbarungen in Arzneimittellieferverträgen abgesichert wird, welche dem Apotheker ausdrücklich - allerdings mit Ausnahmen - die Befugnis absprechen, die Recht- und Zweckmäßigkeit ärztlicher Verordnungen zu überprüfen und die Abgabe des verordneten Mittels abzulehnen. In der Rechtsprechung ist jedoch anerkannt, dass die Grundzüge dieser Rechtsbeziehungen auch hinsichtlich der Versorgung der Versicherten mit Sprechstundenbedarf bestehen. Danach gilt für den Sprechstundenbedarf nichts anderes als für die versichertenbezogene Verordnung von Arzneimitteln; der Unterschied zwischen beiden besteht allein darin, dass die über den Sprechstundenbedarf verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte wegen der Art ihrer Verwendung nicht für den einzelnen Versicherten, sondern pauschal zu Lasten bestimmter Kostenträger und Versichertengruppen verordnet werden (Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 65/03 R](#), in Bezug auf einen Schadensregress gegen den Arzt).

Mit der Verordnung von Sprechstundenbedarf verpflichtet der Vertragsarzt die nach der Sprechstundenvereinbarung für die Abrechnung zuständige Krankenkasse, die vom jeweiligen Anbieter gelieferten nicht apothekenpflichtigen Produkte zu bezahlen. Diese Wirkung der Verordnung beruht auf der spezifischen vertragsärztlichen Schlüsselstellung des Arztes. Die Verordnung von Sprechstundenbedarf hat - ähnlich wie die Abrechnungssammelerklärung des Arztes hinsichtlich seiner im Quartal erbrachten Leistungen - im Rahmen des Sachleistungssystems der Krankenversicherung eine Garantiefunktion. Mit der Verordnung erklärt der sie ausstellende Arzt schlüssig, dass er die verordneten Produkte korrekt ausgewählt hat und diese für die Untersuchung oder Behandlung seiner Patienten geeignet und - auch dem Umfang nach - notwendig sind. Diese besondere Verantwortung des Vertragsarztes besteht gerade deshalb, weil die Krankenkasse, die zur Begrenzung des Verwaltungsaufwandes die Sprechstundenbedarfsverordnungen für alle Kostenträger in einem bestimmten KÄV-Bezirk abwickelt, keine Prüfungsmöglichkeiten hinsichtlich des Bedarfs an Sprechstundenbedarf in der einzelnen Praxis hat und angesichts der großen Zahl von Verordnungen pro Tag und der notwendigen sofortigen Bedarfsdeckung in den einzelnen Praxen vorab keine Kontrollen vornehmen kann. Das System des Bezuges von Sprechstundenbedarf funktioniert - nicht anders als dasjenige der Abrechnung ärztlicher Leistungen - nur, wenn und soweit der einzelne Vertragsarzt die geltenden Vorschriften beachtet und die systembedingten Kontrolldefizite nicht durch strafbare Manipulationen wie Falschabrechnungen oder fiktive oder unnötige Verordnungen ausnutzt. Die mit der zentralen Abrechnung beauftragte Krankenkasse ist deshalb auf Grund der jeweiligen Sprechstundenbedarfsvereinbarung verpflichtet, die Kosten des von Vertragsärzten verordneten Sprechstundenbedarfs gegenüber den Händlern bzw. Herstellern der verordneten Instrumente und Produkte zu begleichen (Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 41/03 R](#)).

Das Bundessozialgericht hat zwar in seinem Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 41/03 R](#), die Frage offen gelassen, ob die Verpflichtung zur Einlösung von Sprechstundenbedarfsverordnungen endet, wenn Produkte verordnet werden, die für jedermann auf den ersten Blick erkennbar nicht als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig sein können. Es hat eine solche Fallgestaltung jedoch für den dortigen Fall - in dem Injektionskanülen als Infusionsinstrumente umetikettiert und 15-fach überteuert als Sprechstundenbedarf geordert wurden - verneint und festgestellt, dass, solange über die Verordnungsfähigkeit bestimmter für Diagnose und/oder Therapie benötigter Arzneimittel oder

Medizinprodukte gestritten wird, die in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung als zuständig bestimmte Krankenkasse im Regelfall nicht befugt ist, die Kosten der von Vertragsärzten ausgestellten Verordnungen nicht zu übernehmen.

Eine solche Offensichtlichkeit, dass ein Produkt schon seiner Art nach kein Sprechstundenbedarf sein kann, ist auch in den von der Antragsgegnerin beanstandeten Fällen der Auslieferung von nur als Paket sterilisierten K-packs® nicht gegeben. Daran ändert auch die Rechtswidrigkeit der Abrechnung als Sprechstundenbedarf nichts, die sich daraus ergibt, dass mit Öffnen des K-packs® die Sterilisierung als Voraussetzung für eine Verwendung des Inhalts für eine Vielzahl (weiterer) Patienten, wie für Sprechstundenbedarf gefordert, verloren geht. Die Verantwortung dafür, Sprechstundenbedarf in nicht als Sprechstundenbedarf verwendbaren OP-Sets zu ordern, und das Risiko eines Schadensregresses liegt damit bis zur - immer noch ausstehenden - verbindlichen Klärung der Verordnungsfähigkeit grundsätzlich beim verordnenden Arzt.

Vor diesem Hintergrund ist die Antragsgegnerin zur Beendigung der Direktabrechnung nicht befugt. Der Arzt ist nicht selbst Leistungsempfänger, sondern konkretisiert lediglich den Leistungsinhalt im Beschaffungsverhältnis zwischen Lieferant und Krankenkassen. Die Direktabrechnung stellt sich deshalb als Vertragserfüllung im originären Leistungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Lieferant dar. Die Antragsgegnerin darf die Antragstellerin deshalb nicht auf eine Abrechnung bei den außerhalb dieses Leistungsverhältnisses stehenden Ärzten verweisen.

Zu erwägen wäre zwar, ob nicht die Antragsgegnerin befugt ist, durch Erklärung gegenüber der Antragstellerin den Vertragsärzten in direkter oder entsprechender Anwendung von [§ 167 Abs. 1 Alt. 2](#) in Verbindung mit [§ 186 Satz 3 BGB](#) die Rechtsmacht zu entziehen, überhaupt zu Lasten der Krankenkassen Sprechstundenbedarf bei der Antragsstellerin direkt zu ordern. Indem aber die Antragsgegnerin erklärt hat, die Antragstellerin möge den Sprechstundenbedarf bei den Vertragsärzten liquidieren, hat sie zu erkennen gegeben, dass sie gar nicht gewillt ist, die Antragstellerin generell von der Belieferung auszuschließen, sondern dass sich die Beendigungserklärung lediglich isoliert auf ein Element der zwischen ihr und der Antragstellerin bestehenden Lieferbeziehung - nämlich die Abrechnung - beschränken soll. Dies ist jedoch nicht möglich. Die Abrechnung mit der Antragstellerin kann gegen deren Willen der Antragsgegnerin auch keine andere Stelle abnehmen.

Daraus folgt zugleich, dass der isolierte Ausschluss vom Direktabrechnungsverfahren zum Erreichen des von der Antragstellerin angestrebten Zwecks ungeeignet ist. Würde es der Antragsgegnerin tatsächlich darum gehen, zu verhindern, dass die Antragstellerin den Inhalt von K-packs® als Sprechstundenbedarf liefert und vergütet erhält, müsste sie, um sicher zu gehen, generell alle Produkte der Antragstellerin, egal auf welchem Vertriebsweg geordert und abgerechnet, von der Abrechnung als Sprechstundenbedarf ausschließen. Die von ihr vorgeschlagene Variante, der Arzt möge den bei der Antragstellerin geordneten Sprechstundenbedarf selbst bezahlen und sich den vorauslagten Abrechnungsbetrag anschließend von ihr erstatten lassen, ist nicht geeignet, die von ihr beanstandete Lieferung und (Falsch-) Abrechnung des Inhalts von OP-Sets als Sprechstundenbedarf zu unterbinden. Damit wird keine effektive Kontrolle des Liefer- und Abrechnungsverhaltens erreicht. Durch den Ausschluss der Direktabrechnung wird lediglich der Verwaltungsaufwand und die mit der daraus resultierenden Vorleistungspflicht verbundene finanzielle Belastung der Ärzte, die Sprechstundenbedarf bei der Antragstellerin direkt beziehen wollen, prohibitiv erhöht, und zwar unabhängig davon, ob und in welchem Umfang die Ärzte tatsächlich Sprechstundenbedarf beziehen, der in K-packs® geliefert wird.

Von der Beschaffung ausgeschlossen wird also weder die nach Meinung der Antragsgegnerin diskreditierte Person der Antragstellerin als Lieferant noch die Gruppe von Produkten, bei denen die Gefahr besteht, dass sie falsch geliefert und abgerechnet werden könnten. Die Sanktion der Antragstellerin knüpft vielmehr allein an den gewählten Abrechnungsweg an, der jedoch als solcher keinen spezifischen Bezug zu dem inkriminierten Verhalten der Antragstellerin aufweist. Der Maßnahme fehlt damit ein ausreichender sachlicher Bezug zu den von der Antragsgegnerin benannten Gründen für ihre Maßnahme und wirkt damit objektiv diskriminierend.

Die Antragsgegnerin bzw. die von ihr im Rahmen des Abrechnungsverfahrens repräsentierten Kostenträger hätten es zudem in der Hand gehabt, durch eine zügige Klärung der Eigenschaft des Inhalts von OP-Sets als Sprechstundenbedarf im Wege der Einleitung von Regressverfahren gegen Ärzte, die Sprechstundenbedarf in K-packs® geordert und mit Wirkung zu Lasten der Krankenkassen als Erfüllung entgegen genommen haben, und ggf. die Erwirkung einer präventiven Untersagungsverfügung gegen die Antragstellerin als mildere Mittel auf ein rechtmäßiges Liefer- und Abrechnungsverhalten hinzuwirken.

Dies allein ist ausreichend, um der Antragstellerin die weitere Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren zu gewähren. Es bedarf vor diesem Hintergrund keiner näheren Erörterungen, unter welchen Voraussetzungen die Antragsgegnerin überhaupt befugt ist, durch Erklärung mit Wirkung für alle Ersatzkassen bestimmte Lieferanten von der Leistungserbringung insgesamt oder speziell von der Direktabrechnung auszuschließen. Aus der Übertragung der Aufgabe, den für den Ersatzkassenbereich verordneten Sprechstundenbedarf zentral mit befreiender Wirkung für alle Ersatzkassen abzurechnen (§ 1 Abs. 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung) lässt sich jedenfalls nicht die Ermächtigung ableiten, in eigener Verantwortung über den actus contrarius zu der übertragenen Aufgabe zu entscheiden. Ob es hierzu in zwingenden Fällen (z.B. nachgewiesenem Abrechnungsbetrug) des Einverständnisses aller Ersatzkassen oder einer Ermächtigung durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und den Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. bedarf, kann offen bleiben, da die Antragsgegnerin weder das eine noch die andere vorweisen kann. Solange verbleibt es bei der drittbegünstigenden Wirkung der Abrechnungsvereinbarung auch gegenüber der Antragstellerin.

2. Der Antragstellerin steht auch ein Anordnungsgrund zu Seite. Die Sicherung der Teilnahme der Antragstellerin am Direktabrechnungsverfahren ist zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig. Unter Abwägung des von der Antragsgegnerin vorgetragenen öffentlichen Interesses am Ausschluss der Antragstellerin vom Direktabrechnungsverfahren auf der einen und des Interesses der Antragstellerin an der weiteren Teilnahme daran auf der anderen Seite überwiegt letzteres.

Da der generelle Ausschluss vom Direktabrechnungsverfahren die Rechte der Antragstellerin verletzt und ohnehin weder geeignet noch ausreichend ist, die unzutreffende Abrechnung des Inhalts von K-packs® als Sprechstundenbedarf zu Lasten der Ersatzkassen zu verhindern, fehlt ein legitimes öffentliches Interesse an der isolierten Beendigung des Direktabrechnungsverfahrens mit der Antragstellerin.

Dem gegenüber würde der Ausschluss auf Seiten der Antragstellerin wesentliche und nur schwer oder nicht wieder auszugleichende Folgen

entfalten. Abgesehen davon, dass den verordnenden Ärzten innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung keine originäre Vorleistungspflicht für die Finanzierung des Sprechstundenbedarfs obliegt, würde die Belastung der Ärzte, die bei einem Ausschluss weiterhin Produkte bei der Antragstellerin ordern würden, mit dem Aufwand für die Vorfinanzierung und Abrechnung des verordneten Sprechstundenbedarfs jene voraussichtlich zum Wechsel des Anbieters veranlassen. Zu Recht macht die Antragstellerin geltend, es sei zu erwarten, dass in diesem Fall die durch bestehende Lieferbeziehungen geprägte Marktstellung der Antragstellerin durch dauerhaftes Ausweichen auf konkurrierende Anbieter irreparabel geschädigt würde. Da es sich bei nicht apothekenpflichtigem Sprechstundenbedarf um substituierfähige Produkte handelt und die Antragstellerin insoweit kein Monopol innehat, würden sich die zu erwartenden Nachteile nicht nur auf die Vertriebspartei der Antragstellerin, sondern auch auf den Absatz eigener bzw. von anderen Konzernunternehmen hergestellter Artikel und damit auf die Produktionspartei auswirken. Diese Folgen ergeben sich direkt aus den Gesetzen des Marktes und bedürfen, entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin keines weiteren Beweises.

Da die Antragstellerin glaubhaft gemacht hat, Sprechstundenbedarf fast ausschließlich direkt abzurechnen, die Lieferung von Sprechstundenbedarf die Hälfte des Direktgeschäfts und das Direktgeschäft 44 % Umsatzanteil ausmacht, würde ein genereller Ausschluss der Antragstellerin vom Direktabrechnungsverfahren diese auch in wirtschaftlicher Hinsicht erheblich treffen. Dies wird nicht dadurch relativiert, dass nach der Berechnung der Antragsgegnerin an Hand der Mitgliederzahlen der Ersatzkassen der Umsatz der Antragstellerin mit Sprechstundenbedarf im Direktvertrieb in Sachsen auf 455.490,00 EUR zu schätzen ist, was nur 0,22 % des angegebenen Konzernumsatzes entspreche. Der Anteil am Konzernumsatz ist für die Beurteilung des Anordnungsgrundes ohne Belang. Die Antragsgegnerin selbst hat bereits den Anteil von 10 % in K-packs® gelieferten Sprechstundenbedarfs als relevant erachtet und zum Anlass für die Aussetzung der Direktabrechnung genommen. Darüber hinaus stellt sich die Beendigung der Direktabrechnung mit der Antragstellerin im KV-Bezirk Sachsen nur als komplementärer Teil eines bundesweiten Ausschlusses der Antragstellerin aus den Geschäftsbeziehungen zu allen Kassen und in allen Bezirken dar, in denen die Antragsgegnerin eine dahin gehenden Verfügungsbefugnis für sich in Anspruch nimmt.

Es spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle, dass die Antragstellerin neben dem Direktvertrieb von Sprechstundenbedarf Medizinprodukte (nicht nur Sprechstundenbedarf) auch herstellt und diese Erzeugnisse und die anderer konzernangehöriger Unternehmen auch auf anderen Absatzwegen neben dem Direktvertrieb in den Verkehr bringt. Es ist für die Rechtsstellung und die Betroffenheit der Lieferanten nicht apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarfs ohne Bedeutung, ob sie als Apotheker, sonstige Händler oder als zugleich produzierender Direktvertreiber am Verkehr mit diesen Produkten teilnehmen. Zum Einen werden die Auswirkungen der faktischen Einschränkung des Marktzugangs auf den Direktvertrieb von Sprechstundenbedarf durch die Antragstellerin nicht dadurch geringer, dass die Antragstellerin daneben in weiteren Sparten und auf weiteren Absatzwegen noch anderweitige Umsätze erzielt. Zum Anderen ist zu berücksichtigen, dass die Beeinträchtigung der Marktstellung der Antragstellerin im Bereich des Direktvertriebs mit Sprechstundenbedarf zugleich ihren Kredit in anderen Produktions- und Absatzfeldern gefährdet.

3. Gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 938 Abs. 1 ZPO](#) bestimmt das Gericht nach freien Ermessen, welche Anordnungen zur Erreichung des Zweckes der einstweiligen Anordnung erforderlich sind.

Das Gericht beschränkt sich dabei nicht darauf, antragsgemäß sicherzustellen, dass die Antragstellerin weiterhin zur Direktabrechnung zugelassen wird. Vielmehr hat es auch dem insoweit berechtigten Anliegen der Antragsgegnerin Rechnung zu tragen, dass bei einer weiteren Teilnahme der Antragstellerin an der Belieferung von Vertragsärzten mit Sprechstundenbedarf und der direkten Abrechnung gegenüber der Antragsgegnerin effektiv Vorsorge gegen eine Schädigung der Versichertengemeinschaft durch Falschlieferung und -abrechnung getroffen wird. Die Anordnung kann deshalb nur unter Auflagen ergehen. Die Auflage sichert im Sinne des [§ 938 Abs. 1 ZPO](#) die Erreichung des Zweck der stattgebenden Anordnung, weil sie die Bedingungen sicherstellt, unter denen die Antragstellerin dem Grunde nach überhaupt zur weiteren Teilnahme am Wettbewerb als Leistungserbinger und damit auch am Direktabrechnungsverfahren zuzulassen ist.

Das Gericht kann, im Gegensatz zur Antragsgegnerin, schon jetzt - d.h. ohne den Ausgang eines Hauptsacheverfahren abzuwarten - aus eigener Kompetenz feststellen, dass die Lieferung und Abrechnung von nicht einzeln sterilisierten Sprechstundenbedarfsartikeln in nur als Gesamtpackung sterilisierten OP-Sets als Sprechstundenbedarf rechtswidrig ist, weil deren Inhalt auf Grund der Desterilisierung beim Öffnen nicht mehr für (weitere) Patienten vorgehalten werden kann und ihm deshalb die von § 1 Abs. 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vorausgesetzte Eignung als Sprechstundenbedarf fehlt.

Zu Recht trägt die Antragsgegnerin vor, dass eine durchgehende manuelle Kontrolle aller eingereichten Verordnungen wegen der Vielzahl der eingereichten Verordnungen praktisch nicht durchführbar ist. Die Unzumutbarkeit einer Einzelkontrolle wird von der Rechtsprechung bestätigt (Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2004, Az. [B 6 KA 41/03 R](#)). Eine solche Kontrolle liefe zudem dem Sinn der den Direktlieferanten eingeräumten Teilnahme am automatisierten Abrechnungsverfahren nach [§ 300 SGB V](#) zuwider.

Zur Abwendung weiterer Schäden durch Fortsetzung der bisherigen Lieferung von Sprechstundenbedarf in K-packs® kann die Antragstellerin deshalb nur als Leistungserbringer zugelassen werden, wenn sie es bis zur einer anderslautenden rechtsverbindlichen Feststellung durch eine die Beteiligten bindende vertragliche Vereinbarung oder eine vollziehbare sozialgerichtliche Hauptsacheentscheidung unterlässt, im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sterilisierungspflichtige Sprechstundenbedarfsartikel, die nicht einzeln sterilisiert sind, in OP-Sets zu liefern und gegenüber der Antragstellerin als Sprechstundenbedarf abzurechnen. Die Auflage beschränkt sich auf das Verbot einer Direktabrechnung des betreffenden Sprechstundenbedarfs, da sie keine Beschwer zu Lasten der Antragstellerin enthalten darf, die über die Nachteile hinausgehen, die aus dem streitigen Rechtsverhältnis im Falle des Unterliegens resultieren würden.

Die Anordnung einer Poenale für jeden Fall der Zuwiderhandlung hat präventive Funktion, da eine vollständige Kontrolle aller Abrechnungen nicht möglich ist. Sie ist dem entsprechend so zu bemessen, dass die Antragstellerin wirksam gehalten ist, auf die richtige Auslieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs im KV-Bezirk zu achten. Weil die damit sanktionsbewehrte Zuwiderhandlung zugleich indiziert, dass weitere Lieferungen falsch geliefert und abgerechnet wurden, jedoch praktisch nicht alle Verstöße aufgedeckt werden können, fließt die Poenale als pauschalisierte Abschöpfung unrechtmäßig in Empfang genommener Erstattungszahlungen den Kostenträgern zu.

Der Vorbehalt einer Änderung der Entscheidung für den Fall, dass die Antragstellerin der Auflage zuwiderhandelt, beruht auf einer

entsprechenden Anwendung des [§ 927 Abs. 1 ZPO](#). Danach steht dem Gericht auf Antrag eine Abänderungsbefugnis zu, wenn sich die Verhältnisse wesentlich ändern. Diese Regelung gilt im Antragsverfahren nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#) analog (Meyer-Ladewig/ Keller/Leitherer-Keller, Sozialgerichtsgesetz, 8. Aufl., [§ 86b SGG](#) Rn. 45 f.). Die ausdrückliche Anordnung in der Beschlussformel dient lediglich der Klarstellung, dass auch das Zuwiderhandeln gegen die Auflage einen nachträglichen Umstand darstellt, der die Aufhebung des stattgebenden Anordnungsbeschlusses rechtfertigen kann.

Im Übrigen, d.h. hinsichtlich der Ablehnung des Hauptantrags und soweit eine nicht mit Auflagen versehene Anordnung beantragt war, ist der Antrag abzulehnen.

Von einer Anordnung der Klageerhebung ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 926 Abs. 1 ZPO](#)) hat das Gericht abgesehen, da die Antragsgegnerin keinen dahin gehenden Antrag gestellt hat. Gegenstand des Rechtsstreits ist zudem kein in Bestandskraft erwachsender Verwaltungsakt, so dass aus einer Perpetuierung der Anordnung keine unzumutbaren Rechtsfolgen resultieren, die nur durch eine unverzügliche Klärung in einem Hauptsacheverfahren vermieden werden können.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#) und berücksichtigt das Verhältnis des beiderseitigen Obsiegens bzw. Unterliegens.

Der Streitwert bemisst sich gemäß [§ 53 Abs. 3 Nr. 4](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 1 GKG](#) nach dem geschätzten Jahresumsatz, den die Antragstellerin mit Sprechstundenbedarf im Wege der Direktabrechnung im Ersatzkassenbereich erwirtschaftet und der, wie sie glaubhaft gemacht hat, im Falle eines Ausschlusses vom Direktabrechnungsverfahren nicht mehr erzielt werden könnte. Grundsätzlich ist gemäß [§ 42 Abs. 3 Satz 1 GKG](#) für die Bemessung ein Zeitraum von drei Jahren maßgeblich. Um der Vorläufigkeit des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung Rechnung zu tragen, bleibt es jedoch bei der Streitwertberechnung nach dem einfachen Jahresumsatz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2007-05-04