

## B 3 KR 12/98 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
11.11.1996  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-

Datum  
22.09.1998  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 12/98 R

Datum  
05.08.1999  
Kategorie  
Urteil

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 22. September 1998 wird zurückgewiesen. Der Beklagte hat dem Kläger auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger ist Hörgeräte-Akustiker und betreibt mehrere Geschäfte in Nordrhein-Westfalen. Im Sommer 1993 beantragte er bei dem beklagten Krankenkassen - Landesverband die Zulassung zur Versorgung der bei den Betriebskrankenkassen Versicherten für ein Geschäft in K. Der Beklagte wies darauf hin, daß die Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker, in welcher der Kläger Mitglied ist, den Rahmenvertrag mit ihm (dem Beklagten) zum 31. Dezember 1992 gekündigt und keinen neuen Vertrag vereinbart habe; er bot deshalb vor der Zulassung den Abschluß eines Vertrages über die Einzelheiten der Versorgung an, der dem Verbands-Rahmenvertrag inhaltlich weitgehend entsprach. Der Kläger lehnte dies ab. Daraufhin erteilte der Beklagte für das Geschäft die Zulassung zur Lieferung und Reparatur von Hörhilfen einschließlich Zubehör, jedoch mit dem Bescheid beigefügten ca 40 "Auflagen" für die Auswahl, Anpassung und Lieferung von Hörhilfen einschließlich Nachbetreuung, Reparaturen und sonstiger Leistungen für Versicherte der Betriebskrankenkassen sowie die Vergütung und Abrechnung (Bescheid vom 7. Januar 1994 und Widerspruchsbescheid vom 26. Mai 1994).

Auf die gegen die Auflagen gerichtete Klage hat das Sozialgericht (SG) die Bescheide insgesamt aufgehoben und einen Anspruch auf Zulassung des Geschäfts verneint, weil der Kläger den Abschluß eines Einzelvertrages zu Unrecht abgelehnt habe (Urteil vom 11. November 1996). Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG abgeändert, die Zulassung bestätigt und die Auflagen aus dem Bescheid sowie den Widerspruchsbescheid insgesamt aufgehoben (Urteil vom 22. September 1998). Das LSG hat ausgeführt, der Kläger habe nicht die Zulassung, sondern nur die Auflagen als Nebenbestimmungen des Verwaltungsaktes angefochten; er habe ein Rechtsschutzinteresse allein an der Beseitigung der Auflagen. In der Sache seien sämtliche Auflagen rechtswidrig und aufzuheben: Zum Teil seien es keine Auflagen im Rechtssinne, weil sie nicht an den Kläger - sondern an die jeweilige Krankenkasse - gerichtet seien oder keine Anordnung eines Tuns, Duldens oder Unterlassens enthielten. Die restlichen Auflagen seien nicht auf Sicherstellung der gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsakts der Zulassung, sondern unzulässigerweise auf die Modalitäten der künftigen Leistungserbringung gerichtet. Die Voraussetzungen der Zulassung würden allein durch das Berufsrecht bestimmt; der Kläger erfülle diese Voraussetzungen. Die Auflagen beträfen auch nicht die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen, weil der bisherige Vertrag gekündigt sei, auch nicht einstweilen weitergelte und eine mit anderen Verbänden getroffene Regelung unmaßgeblich sei.

Mit der Revision rügt der Beklagte die Verletzung materiellen Rechts. Die Auflagen dienten dazu, die Erfüllung einer gesetzlichen Voraussetzung des Verwaltungsakts der Zulassung abzusichern, und zwar derjenigen der "Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen". Dazu zählten auch die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen Rahmenempfehlungen.

Der Beklagte beantragt,  
das Urteil des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 22. September 1998 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 11. November 1996 zurückzuweisen, soweit die Auflagen angefochten worden sind.

Der Kläger beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision des Beklagten ist unbegründet. Wie das LSG zutreffend entschieden hat, waren die der Zulassung beigefügten Auflagen rechtswidrig und deshalb aufzuheben. Der Kläger hat Anspruch auf eine auflagenfreie Zulassung seines Geschäfts zur Hilfsmittelerbringung für die Versicherten der in dem beklagten Landesverband zusammengeschlossenen Krankenkassen.

1. Die bei sinngemäßer Auslegung allein auf Aufhebung der dem Bescheid vom 7. Januar 1994 beigefügten ca 40 Nebenbestimmungen gerichtete Klage ist als Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Dem Kläger geht es nicht um die Beseitigung des ihn begünstigenden Verwaltungsaktes der Zulassung, sondern allein um die Beseitigung der dieser Zulassung beigefügten Auflagen über die Einzelheiten der Leistungserbringung für die Versicherten. Das LSG ist zu Recht nicht der Auffassung des SG gefolgt, der Kläger sei nur mit den vorgenommenen Einschränkungen zugelassen und könne nur mit der Verpflichtungsklage die Erteilung einer auflagenfreien Zulassung erreichen. Es handelt sich nicht um sog modifizierende Auflagen, deren Beseitigung im Wege der Verpflichtungsklage auf auflagenfreie Zulassung geltend zu machen wäre (vgl [BSGE 61, 235](#), 236 = SozR 2200 § 355 Nr 8; zum Streitstand auch Kopp, *Verwaltungsverfahrensgesetz*, 6. Aufl 1996, § 36 RdNr 46 mwN). Die Auffassung des SG beruht anscheinend auf der Vorstellung, daß eine Zulassung nur in Verbindung mit einer Regelung der Einzelheiten der Versorgung sinnvoll sei und die Zulassung deshalb nicht als isolierter Akt ausgesprochen werden dürfe. Diese Vorstellung trifft nicht zu.

Gemäß [§ 126 Abs 1 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist zur Hilfsmittelerbringung zuzulassen, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und "die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen" anerkennt; damit sind die Vereinbarungen nach [§ 127 Abs 1 SGB V](#) gemeint ([BSGE 79, 33](#), 36 = [SozR 3-2500 § 126 Nr 2](#)). Nach dieser Vorschrift schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit Leistungserbringern oder den Verbänden der Leistungserbringer Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie über die Abrechnung der Festbeträge. Nach Abs 2 dieser Vorschrift können sich Leistungserbringer bereiterklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben; soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit einzelnen Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise. Es handelt sich also jeweils um Verträge mit den Leistungserbringern, nicht aber um Vereinbarungen der Krankenkassen untereinander, so daß eine Anerkennung der Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom einzelnen Leistungserbringer nicht verlangt werden kann.

Die vom erkennenden Senat für den Bereich der Heilmittelerbringer nach [§ 124 SGB V](#) getroffene Feststellung, daß die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern auch nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) als in drei Ebenen gegliedert zu verstehen sind ([BSGE 79, 28](#), 29 = [BSG SozR 3-2500 § 125 Nr 5](#)), gilt auch für den Bereich der Hilfsmittelerbringer. Demnach ist auch hier zwischen der - öffentlich-rechtlichen - Zulassung nach [§ 126 Abs 1 SGB V](#) (erste Ebene), den öffentlich-rechtlichen Rahmenvereinbarungen zwischen den Kassenverbänden und den Leistungserbringern oder deren Verbänden nach [§ 127 SGB V](#) (zweite Ebene) sowie den privatrechtlichen Einzelverträgen zwischen Einzelkasse und einzelner Leistungserbringer über die jeweilige Leistung an den Versicherten (dritte Ebene) zu unterscheiden. Dem Kläger ging es mit seinem Antrag lediglich um eine Entscheidung auf der ersten Ebene, der öffentlich-rechtlichen Zulassung nach [§ 126 Abs 1 Satz 2 SGB V](#). Diese Zulassung ist ihm auch nach dem Wortlaut des Bescheides unbeding und ohne Einschränkung erteilt worden. Der Beklagte hat ersichtlich die persönlichen und sächlichen Voraussetzungen bei dem Kläger, die im wesentlichen durch das Berufsrecht festgelegt sind, als erfüllt angesehen. Er hat die Zulassung ausgesprochen, obwohl [§ 126 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) ferner verlangt, daß die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkannt werden. Da eine solche Vereinbarung zwischen der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker, der der Kläger angehört, und dem Beklagten nicht mehr bestanden hat, hätte sich für den Beklagten die Frage stellen können, ob wegen Unmöglichkeit der Erfüllung dieser Voraussetzung die Zulassung zu versagen oder vom Kläger die Anerkennung anderweitiger Rahmenverträge, etwa mit dem Landesverband der Orts- oder Innungskrankenkassen, zu verlangen war. Der Beklagte hat darin jedoch kein Hindernis gesehen, die Zulassung auszusprechen, so daß nicht darauf einzugehen ist, ob die Ablehnung der Zulassung aus diesen Gründen rechtmäßig gewesen wäre (zu den wettbewerbsrechtlichen und verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Pflicht zur Anerkennung von Rahmenverträgen, insbesondere für sog Außenseiter, vgl Heinze in Schulin, *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 40 RdNr 30 ff sowie Neumann, ebendort, Bd 4 Pflegeversicherungsrecht, § 21 RdNr 76 ff). Mit der insoweit für den Beklagten bindenden Zulassung ist der Kläger berechtigt, die Versicherten der verbandsangehörigen Kassen mit Hörhilfen zu versorgen. Aufgrund dieser Zulassung steht allerdings nicht fest, wie die Versorgung der Versicherten im einzelnen zu erfolgen hat und welche Vergütung der Kläger dafür verlangen kann. Daraus folgt aber nicht, daß dafür der Abschluß eines Rahmenvertrages auf Verbandsebene oder als Einzelvertrag zwingend notwendig wäre. Beim Fehlen solcher Rahmenvereinbarungen, die funktionell allgemeinen Geschäftsbedingungen im Privatrechtsverkehr entsprechen, bleibt vielmehr die Möglichkeit, in jedem Versicherungsfall zwischen der einzelnen Kasse und dem Kläger die Art der Leistung und die Höhe der Vergütung zu vereinbaren. Dies kann dazu führen, daß aufgrund einer ständigen Praxis sich ausdrückliche Vereinbarungen in jedem Einzelfall weitgehend erübrigen, insoweit also stillschweigende Vereinbarungen zustande kommen. Wie die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung übereinstimmend erklärt haben, ist der Kläger für die Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen auf einer solchen Grundlage tätig und erhält von den Kassen dafür eine Vergütung. Da sich somit die Zulassung von den den Verwaltungsakt beigefügten Auflagen trennen läßt, ohne daß sie ihren Sinn verlieren oder in ihrem Wesen verändert würde, die Zulassung auch keine Ermessensentscheidung ist, konnte sich der Kläger darauf beschränken, die Belastung durch die Auflagen allein anzufechten.

2. Sämtliche dem Bescheid beigefügten "Auflagen" sind rechtswidrig und aufzuheben; der Kläger hat Anspruch auf eine auflagenfreie Zulassung. Nach [§ 32 Abs 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) darf ein Verwaltungsakt, auf den ein Rechtsanspruch besteht, wie es bei der Zulassung der Fall ist, nur dann mit einer Nebenbestimmung versehen werden, wenn dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist oder wenn dadurch sichergestellt werden soll, daß die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsaktes erfüllt werden. Eine Rechtsvorschrift, welche im Rahmen des Zulassungsverfahrens den Erlaß von Nebenbestimmungen vorsieht, besteht nicht. Was als Nebenbestimmung im einzelnen in Betracht kommt, wird in [§ 32 Abs 2 SGB X](#) aufgeführt, nämlich Befristungen, Bedingungen, Widerrufsvorbehalte und Auflagen. Auflagen sind nach der Legaldefinition in Nr 4 dieses Absatzes Bestimmungen, durch die dem Begünstigten ein Tun, Dulden oder Unterlassen vorgeschrieben wird. Das LSG hat zu Recht ausgeführt, daß nicht alle der als Anlage zur Zulassung beigefügten Bestimmungen in diesem Sinne als Auflagen einzuordnen sind, weil sie dem Kläger keine Verpflichtungen auferlegen, sondern Regelungen enthalten, oder umgekehrt der einzelnen Kasse Verpflichtungen auferlegen. So enthält Ziffer 8 der Anlage Haftungsregelungen und Ziffer 9 Vergütungsregelungen, während Ziffer 19 Haftungsregelungen für die Kasse enthält. Aber unabhängig davon, ob die einzelnen

Bestimmungen als Auflagen im Sinne der Legaldefinition zu bezeichnen sind, die als einseitige hoheitliche Regelungen notfalls im Wege der Zwangsvollstreckung durchgesetzt werden könnten, oder ob es sich um sonstige belastende Nebenbestimmungen handelt, dürfen sie nicht nach pflichtgemäßem Ermessen erlassen werden, sondern mangels besonderer gesetzlicher Zulassung nur, wenn sie sicherstellen sollen, daß die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsaktes erfüllt werden. Der Revision kann nicht gefolgt werden, daß dies hier der Fall sei. Der Beklagte hält die einseitige Auferlegung der Verpflichtungen für erforderlich, um die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Diese sind aber nicht gesetzliche Voraussetzungen des Verwaltungsaktes der Zulassung, sondern nur die Folge, die sich daraus ergibt. Die gesetzlichen Voraussetzungen der Zulassung sind allein die erwähnten persönlichen Eigenschaften des Leistungserbringers und seine sächliche Ausstattung sowie die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen. Der Auffassung des Beklagten, mangels Anerkennung solcher Vereinbarungen durch den Kläger vor der Zulassung - und sei es auch nur deshalb, weil solche Vereinbarungen fehlen - dürften die mit dieser Zulassungsvoraussetzung verfolgten Zwecke auch in der Weise durchgesetzt werden, daß sie der Zulassung als Auflage beigelegt werden, ist nicht zu folgen. [§ 32 Abs 1 SGB X](#) erlaubt es nicht, anstelle der Versagung eines Verwaltungsaktes wegen Nichterfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen den Verwaltungsakt zu erteilen, aber gleichzeitig mit Auflagen zu versehen, die dem Gesetzeszweck auf andere Weise dienen sollen (BSG [SozR 3-1300 § 32 Nr 1](#)). Aber unabhängig davon hat der Beklagte mit den der Zulassung beigelegten Auflagen nicht versucht, den Kläger bestehenden Verbandsvereinbarungen zu unterwerfen, sondern ihm wegen seiner Weigerung, einen Einzel-Rahmenvertrag über die Modalitäten der Leistungserbringung abzuschließen, anstelle der freiwilligen Übernahme diese Verpflichtungen durch hoheitliche Verfügung einseitig auferlegt. Der Senat hat bereits entschieden, daß die Zulassung nicht vom Abschluß einer Einzelvereinbarung über Preise abhängig gemacht werden darf ([BSGE 79, 33, 36 = SozR 3-2500 § 126 Nr 2](#)). Nichts anderes gilt für einen Einzel-Rahmenvertrag über die sonstigen Modalitäten der Leistungserbringung. Der Gesetzgeber hat Regelungen dieser Art vertraglichen Vereinbarungen der Kassen und ihrer Verbände einerseits und der Leistungserbringer und ihrer Verbände andererseits überlassen. Lediglich die Zulassung darf durch einseitigen Hoheitsakt der Krankenkassenverbände - im Unterschied zur Zulassung von Krankenhäusern nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) - erfolgen. Der Gesetzgeber hat damit in Kauf genommen, daß es beim Nichtzustandekommen von Vereinbarungen zu einem Regelungsdefizit kommen kann. Er hat insbesondere keine Zwangsschlichtung durch Schiedsstellen vorgesehen. Der Gesetzgeber hat somit darauf vertraut, daß die Krankenkassen und der einzelne Leistungserbringer die Bedingungen der Leistungserbringung, insbesondere der Preisgestaltung in Einzelverträgen im freien Spiel konkurrierender Kräfte aushandeln, weil beide Seiten den Gesetzen von Markt und Wettbewerb unterworfen sind. Dieses gesetzgeberische Konzept schließt es aus, eine Ermächtigung der Krankenkassen anzunehmen, notfalls einseitig hoheitlich gegen die Leistungserbringer vorzugehen und die Bedingungen der Leistungserbringung vorzuschreiben. Die Befugnis zur Regelung durch Verwaltungsakt beschränkt sich allein auf die Zulassung der Hilfsmittelerbringer und setzt auch dort schon eine Kooperation des Leistungserbringers im Sinne eines mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsaktes voraus, indem er sich verpflichtet, die bestehenden Verträge auf Verbandsebene anzuerkennen. Bei Weigerung, eine solche Erklärung abzugeben, kann allenfalls die Ablehnung der Zulassung die Folge sein, nicht aber - wie der Beklagte gemeint hat - eine Zulassung mit einseitiger hoheitlicher Auferlegung derjenigen Pflichten, die anzuerkennen sich der Leistungserbringer verweigert hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-27