

L 9 KR 389/11 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 36 KR 2242/11 ER
Datum
25.11.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 389/11 B ER
Datum
20.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1.) Der Gesetzgeber hat durch [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) die Vertragsfreiheit der Krankenkassen hinsichtlich ihr „Vertragspartner“ eingeschränkt.
2.) Jeder beitrittswillige Leistungserbringer, der die Voraussetzungen der [§§ 126, 127 Abs. 2a SGB V](#) erfüllt, kann einem Versorgungsvertrag über Hilfsmittel durch die Abgabe einer einseitigen, empfangsbedürftigen Willenserklärung beitreten.
3.) Die Beitrittserklärung führt bei Vorliegen der weiteren gesetzlichen Beitrittsvoraussetzungen zwischen dem bei-trittswilligen Hilfsmittel-Leistungserbringer und der Krankenkasse zu einem vom („Muster“-)Versorgungsvertrag in seinem Bestand unabhängigen öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnis, dessen Inhalt (grundsätzlich vollständig) dem Versorgungsvertrag zwischen der Krankenkasse und ihren Vertragsabschlusspartnern entspricht.
4.) [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) ist unter Berücksichtigung der [Art. 3 Abs. 1, 12 Abs. 1 GG](#) dahin auszulegen, dass Leistungserbringer den Verträgen nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) auch teilweise für klar abgegrenzte Versorgungsbereiche beitreten können.
Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 25. November 2011 geändert. Auf ihren Antrag wird im Wege einstweiliger Anordnung (vorläufig) festgestellt, dass sie dem Vertrag über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin bei enteraler Ernährung, bei Tracheotomie und bei Laryngektomie, bei ableitender Inkontinenz und bei Stomaanlagen für den Versorgungsbereich Tracheostoma wirksam beigetreten ist. Diese einstweilige Anordnung wird bis zum 31. Dezember 2012, längstens jedoch bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die beim Sozialgericht Berlin am 22. Dezember 2011 zum Aktenzeichen [S 36 KR 2242/11](#) erhobene Klage befristet.

Im Übrigen wird die Beschwerde zurückgewiesen.

Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Verfahrens zu $\frac{3}{4}$, die Antragstellerin zu $\frac{1}{4}$.

Der Wert des Verfahrensgegenstandes wird für beide Instanzen auf 14.608,95 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.
Die Antragsgegnerin, eine in N ansässige Betriebskrankenkasse mit rund 770 000 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, schloss im September 2011 mit zwei Leistungserbringern der Hilfsmittelversorgung den Vertrag über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin bei enteraler Ernährung, bei Tracheotomie und bei Laryngektomie, bei ableitender Inkontinenz und bei Stomaanlagen. Gegenstand dieses Vertrages ist die bundesweite Beratung und Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin zur Versorgung bei enteraler Ernährung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 03 inklusive der Verbandstoffe und Sondennahrung, Versorgung mit Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz, Versorgung tracheotomierter Versicherter mit Hilfsmitteln, Versorgung laryngektomierter Versicherter mit Hilfsmitteln und die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie (Colostomie, Urostomie und Ileostomie).

Die Antragstellerin erklärte mit Schreiben vom 19. September 2011 den Beitritt zu diesem Vertrag, beschränkt auf die Versorgung tracheotomierter bzw. laryngektomierter Versicherter der Antragsgegnerin mit Hilfsmitteln. Eine Bestätigung dieses Vertragsbeitrittes lehnte die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 22. September 2011 und 07. Oktober 2011 ab und begründete dies ausschließlich damit, dass ein Teilbeitritt, beschränkt auf die Bereiche Tracheotomie und Laryngektomie, nicht möglich sei.

Die hiergegen gerichteten Anträge auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes blieben erfolglos. Das Sozialgericht Berlin lehnte den Erlass

einer einstweiligen Anordnung durch Beschluss vom 25. November 2011 mit der Begründung ab, dass es im Hinblick auf eine vorgetragene Umsatzeinbuße von ca. 97.000 EUR durch den Ausschluss von der Hilfsmittelversorgung der Versicherten der Antragsgegnerin in dem Bereich der Tracheotomie und Laryngektomie bei einem Gesamtumsatz der Antragstellerin von ca. 13,9 Mio. EUR im Jahre 2010 (= Umsatzeinbuße von 0,75%) an der Eilbedürftigkeit der begehrten Anordnung und damit an einem Anordnungsgrund fehle. Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde der Antragstellerin.

II. Die Beschwerde der Antragstellerin ist gemäß [§§ 172 Abs. 1, 173](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, aber nur in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet.

1.) Soweit die Antragstellerin mit ihrem vorläufigen Rechtsschutzbegehren beantragt, die Antragsgegnerin im Wege einstweiliger Anordnung bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache zu verpflichten, sie zur Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin mit Hilfsmitteln im Versorgungsbereich "Tracheotomie und Laryngektomie" gegen Zahlung der vertraglich vereinbarten Vergütung zuzulassen (Hauptantrag zu 1.b)), hilfsweise festzustellen, dass die Antragsgegnerin verpflichtet ist, das in der Beitrittserklärung der Antragstellerin zum Ausdruck gebrachte Angebot der Antragstellerin auf Abschluss eines entsprechenden Hilfsmittellieferungs- und -versorgungsvertrages anzunehmen, sind Antrag und Hilfsantrag allerdings unzulässig. Denn hierfür fehlt der Antragstellerin ein schutzwürdiges rechtliches Interesse. Das gilt auch - allerdings aus anderen Gründen - für den ausdrücklich gestellten Antrag (Hauptantrag zu 1.a)), die Antragsgegnerin einstweilen so zu behandeln, als wäre ihr Beitritt zu dem Vertrag vom September 2011 wirksam erfolgt. Insoweit hat das Sozialgericht die Anträge der Antragstellerin rechtsfehlerfrei zurückgewiesen.

a) Nach [§ 126 Abs. 1 Satz 1 und 2](#) Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach [§ 127 Abs. 1, 2 und 3](#) SGB V abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsgängen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen ([§ 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungsgängen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig ([§ 127 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht durchgeführt werden, schließen die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern 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 ([§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Den Verträgen nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) können Leistungserbringer gemäß [§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Ergänzend zum Recht der Leistungserbringer bestimmt [§ 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) für das Leistungsrecht der gesetzlich Versicherten, dass diese alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.

b) Die vorgenannten gesetzlichen Bestimmungen beschränken das Recht der gesetzlichen Versicherten bei der Versorgung mit Hilfsmitteln auf die Inanspruchnahme der diesbezüglichen Vertragspartner ihrer Krankenkasse. Der Abschluss eines Vertrages nach [§§ 126, 127 SGB V](#) bzw. eines Vertragsurrogats tritt damit an die Stelle einer Zulassung zur Leistungserbringung, wie sie etwa für Vertragsärzte in [§ 76 Abs. 1 Satz 1, 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) als Voraussetzung zur Erbringung ärztlicher Leistungen im Gesetz vorgesehen ist. Hat die Krankenkasse mit einem Hilfsmittel-Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag abgeschlossen oder ist dieser wirksam einem solchen Vertrag beigetreten, bedarf es keiner zusätzlichen Entscheidung der Krankenkasse über eine entsprechende Zulassung mehr. Dementsprechend kann ein Leistungserbringer, der einem Versorgungsvertrag nach [§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) beigetreten kann oder bereits beigetreten ist, auch von der Krankenkasse keine Zulassung zur Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln verlangen. Denn allein durch seine Entscheidung, dem Vertrag beizutreten, erhält er unmittelbar kraft Gesetzes die Berechtigung zur Leistungserbringung bezüglich des Versorgungsvertrages (in diesem Sinne auch BSG, Urteil vom 10. März 2010, [B 3 KR 26/08 R](#), RdNr. 14, zitiert nach juris). Für eine darüber hinausgehende auch nur deklaratorische Zulassungsentscheidung ist nach den [§§ 126, 127 SGB V](#) kein Raum, zumal die Krankenkassen ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner zu informieren haben und auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen können ([§ 127 Abs. 5 SGB V](#)). Die Antragstellerin konnte sich deshalb schon durch ihren Beitritt zu dem im September 2011 geschlossenen Versorgungsvertrag die Berechtigung zur vertraglichen Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin selbst ohne eine weitere Verwaltungsentscheidung der Antragsgegnerin beschaffen, weil die materiellen Beitrittsvoraussetzungen unstreitig gegeben waren; dies machte den Hauptantrag zu 1.b) unzulässig.

c) Aus diesem Grund war die Antragstellerin nach [§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) zur Erlangung der Berechtigung zur Versorgung der Versicherten im Versorgungsbereich Tracheotomie und Laryngektomie auch nicht auf den Abschluss eines entsprechenden Hilfsmittellieferungs- und -versorgungsvertrages mit der Antragsgegnerin angewiesen. Auch der Hilfsantrag ist deshalb unzulässig, weil die Antragstellerin allein schon durch ihre Beitrittserklärung dem Versorgungsvertrag unmittelbar beigetreten ist; einer Annahme der Beitrittserklärung durch die Antragsgegnerin bedurfte es nicht (wie hier wohl auch BSG, Urteil vom 17. Juli 2008, [B 3 KR 23/07 R](#), RdNr. 26; dagegen: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15. März 2011, [L 11 KR 4724/10](#) Er-B, RdNr. 29 ff. unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 24. Januar 2008, [B 3 KR 2/07 R](#) RdNr. 24; offengelassen: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15. April 2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#), RdNr. 28, alle zitiert nach juris). Dies ergibt sich aus folgendem: Liegt einem Hilfsmittellieferungs- und -versorgungsvertrag keine Ausschreibung zu Grunde, sondern wird der Vertrag freihändig von der Krankenkasse mit einem oder mehreren Leistungserbringern geschlossen, steht jedem anderen Hilfsmittel-Leistungserbringer nach [§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) das Recht zu, diesem Vertrag als Vertragspartner beizutreten. Denn die Krankenkassen haben nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) keine Befugnis, Leistungserbringer durch den Abschluss von Versorgungsverträgen vom Leistungsgeschehen schlechthin auszuschließen. Die [§§ 127 Abs. 2 und Abs. 2a SGB V](#) sollen lediglich sicherstellen, dass den Krankenkassen keine für sie schlechteren Bedingungen zur Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln aufgezwungen werden können, als sie in den von ihnen zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität der Leistungsgewährung ([§§ 12 Abs. 1, 71 Abs. 1 SGB V](#)) geschlossenen Versorgungsverträgen mit ihren Vertragspartnern vereinbart haben. Den Krankenkassen steht damit nur eine grundsätzlich unbeschränkte Wahl ihrer Vertragsabschlusspartner, jedoch nicht das Recht zu, durch Verträge nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) die Berechtigung zur Hilfsmittelversorgung auf bestimmte (etwa wenige und große) Leistungserbringer zu konzentrieren. Vielmehr müssen sie als Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich neben ihren Vertragsabschlusspartnern jeden anderen Leistungserbringer als "Vertragspartner" akzeptieren, der die Voraussetzungen nach [§ 126 Abs. 1](#)

[Satz 2 SGB V](#) erfüllt und sich durch eine Beitrittserklärung verpflichtet, die Hilfsmittelleistungen nach den Bestimmungen des Versorgungsvertrages zu erbringen. Denn weder eine an der Wirtschaftlichkeit noch an der Beitragssatzstabilität orientierte Leistungsgewährung durch die Krankenkassen erfordert eine Beschränkung auf einige wenige Leistungserbringer als Vertragspartner; eine solche Beschränkung ist deshalb durch keine Rechtfertigung getragen, die Rechte der Konkurrenten der Vertragsabschlusspartner einer Krankenkasse zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten der Krankenkasse aus [Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) einzuschränken. Um letztgenannte Rechte zu wahren, hat der Gesetzgeber sich entschieden, durch [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) die Vertragsfreiheit der Krankenkassen hinsichtlich ihrer "Vertragspartner" aufzuheben. Die Krankenkassen müssen - ohne eine eigene Willensentscheidung treffen zu können - jeden anderen Leistungserbringer als Vertragspartner akzeptieren, der die Voraussetzungen der [§§ 126](#) und [127 Abs. 2a SGB V](#) erfüllt und dem Versorgungsvertrag "beitritt". Es erscheint gekünstelt, diesen "Beitritt" als Antrag auf Abschluss eines neuen Versorgungsvertrages anzusehen, den die Krankenkasse annehmen müsste. Denn der Gesetzgeber hat die Beteiligung anderer Leistungserbringer als der Vertragsabschlusspartner gerade nicht von einer vertraglichen Regelung, sondern von einem Beitritt als einseitiger empfangsbedürftiger Willenserklärung abhängig gemacht, der auch gegen den ausdrücklichen Willen der Krankenkasse ein Vertragsverhältnis zwischen den Beteiligten schafft. Dies ergibt sich auch aus der Formulierung, dass der weitere Leistungserbringer "als Vertragspartner beitritt", woraus zu schließen ist, dass ein "Vertragsverhältnis" zwischen ihm und der Krankenkasse allein durch seine Beitrittserklärung geschaffen wird. Die Beitrittserklärung führt deshalb bei Vorliegen der weiteren gesetzlichen Beitrittsvoraussetzungen zwischen dem beitriftswilligen Hilfsmittel-Leistungserbringer und der Krankenkasse zu einem vom ("Muster"-)Versorgungsvertrag in seinem Bestand unabhängigen öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnis, dessen Inhalt (grundsätzlich vollständig) dem Versorgungsvertrag zwischen der Krankenkasse und ihren Vertragsabschlusspartnern entspricht.

d) Vor diesem Hintergrund ist schließlich auch der Hauptantrag zu 1.a) unzulässig. Für einen Antrag, einen Antragsteller so zu behandeln, als ob ein Beitritt zum Versorgungsvertrag wirksam erfolgt wäre, wäre nur dann Raum, wenn man der in der Rechtsprechung vertretenen, hier aber verworfenen "Vertragslösung" folgte. Denn zur Wahrung der Vorläufigkeit einer einstweiligen Anordnung wäre es in einem solchen Fall nicht angezeigt, die Antragsgegnerin zu verpflichten, ein in der Beitrittserklärung der Antragstellerin liegendes Angebot zum Abschluss eines Versorgungsvertrages (vor Abschluss des Hauptsacheverfahrens) anzunehmen, weil damit die Hauptsache vollständig vorweggenommen und der Antragsgegnerin im Falle ihres Obsiegens in der Hauptsache eine Lösung vom Vertragsverhältnis unter Umständen erheblich erschwert würde. In einem solchen Fall wäre die Verpflichtung der Antragsgegnerin, die Antragstellerin so zu behandeln, als ob ein Vertrag zustande gekommen wäre, der zulässige Antrag, um dem besonderen Charakter des einstweiligen Rechtsschutzes Rechnung zu tragen. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn das Recht, auf das der Anordnungsanspruch gestützt wird, allein von einer Abgabe einer einseitigen empfangsbedürftigen Willenserklärung durch die Antragstellerin abhängt und die Antragstellerin vom Recht zur Abgabe einer solchen Erklärung schon Gebrauch gemacht hat. Denn dann ist die Gestaltung der Rechtslage durch die Antragstellerin bereits eingetreten und der Antrag ist wie im Hauptsacheverfahren auf die Feststellung der Wirksamkeit des Beitritts zu richten. Dass dadurch zumindest teilweise die Hauptsache vorweggenommen wird, ist unvermeidbar und durch entsprechend hohe Anforderungen an den Anordnungsgrund auszugleichen. Ein solcher Antrag lässt sich dem Begehren der Antragstellerin auch ohne weiteres entnehmen, weil sie nach ihrem Vorbringen in ihren Schriftsätzen ab dem 1. Oktober 2011 an der Versorgung tracheotomierter bzw. laryngektomierter Versicherter der Antragsgegnerin mit entsprechenden Hilfsmitteln teilnehmen will. Der Senat hat deshalb über diesen Antrag zu entscheiden, weil er sich damit im Rahmen des zur Entscheidung gestellten Streitgegenstandes hält; an die Fassung der Anträge ist er hingegen nicht gebunden ist ([§ 123 SGG](#)) und kann gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 938 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) im vorliegenden Verfahren nach freiem Ermessen bestimmen, welche Anordnungen zur Erreichung des Zwecks erforderlich sind.

2.) Die Antragstellerin hat für ihr Begehren festzustellen, dass ihr Beitritt zu dem im September 2011 abgeschlossenen Versorgungsvertrag für die Versorgungsbereiche Tracheostoma und Laryngektomie wirksam ist, sowohl einen Anordnungsanspruch als auch einen Anordnungsgrund mit der für die Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht ([§§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#)).

a) Nach der ständigen Rechtsprechung des für das Vertragsarztrecht zuständigen 7. Senats des LSG Berlin-Brandenburg (vgl. zuletzt Beschlüsse vom 27. Januar 2012, [L 7 KA 87/11 B ER](#), vom 11. Dezember 2009, [L 7 KA 143/09 ER](#), vom 27. Januar 2010, [L 7 KA 139/09 B ER](#) sowie vom 18. März 2011, [L 7 KA 39/11 B ER](#), jeweils zitiert nach juris) besteht in aller Regel kein eiliges Regelungsbedürfnis und damit kein Anordnungsgrund für eine einstweilige Anordnung, mit der einem Antragsteller ein vertragsärztlicher Status - z. B. eine Zulassung oder Ermächtigung - zugesprochen werden soll. Denn ein Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes zielt darauf ab, vorläufige Regelungen herbeizuführen, während Statusentscheidungen stets endgültigen Charakter haben und damit die Hauptsache vorwegnehmen; zumindest die während der Dauer ihrer vorübergehenden Geltung erbrachten Leistungen können nachträglich nicht vollständig rückabgewickelt werden. Allerdings hat der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG in diversen Entscheidungen, in denen um eine (rückwirkende) Statusentscheidung bzw. Genehmigung gestritten wurde, anklingen lassen, dass er eine nur vorläufig erteilte Genehmigung auch in diesen Angelegenheiten nicht für ausgeschlossen hält (so Urteile vom 31. Mai 2006, [B 6 KA 7/05 R](#) - für die Verlegung des Vertragsarztsitzes -, vom 5. November 2003, [B 6 KA 11/03 R](#) - für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes -, vom 11. September 2002, [B 6 KA 41/01 R](#), und Beschluss vom 28. September 2005, [B 6 KA 19/05 B](#) - jeweils für die Zulassung als Psychotherapeut -, außerdem in einer kostenrechtlichen Entscheidung: Urteil vom 17. Oktober 2007, [B 6 KA 4/07 R](#); alle veröffentlicht in juris). Diese höchstrichterliche Rechtsprechung legt es nahe, als Ausnahme zur in der Rechtsprechung des 7. Senats entwickelten o.g. Regel einen vertragsärztlichen Status im Wege einstweiligen Rechtsschutzes dann zuzuerkennen, wenn der geltend gemachte materiell-rechtliche Anspruch völlig unzweifelhaft besteht (Fallkonstellation 1) oder die Interessenlage zu Gunsten eines Antragstellers so eindeutig ist, dass eine Vorwegnahme der Hauptsache geboten erscheint (Fallkonstellation 2). Die Fallkonstellation 1 ist nur dann gegeben, wenn sich der vom Antragsteller zur Begründung seines Begehrens geltend gemachte Anordnungsanspruch sowohl in tatsächlicher als auch rechtlicher Hinsicht ohne aufwändige Prüfung feststellen lässt. Dies setzt auf der Tatsachenebene voraus, dass sämtliche tatsächlichen Voraussetzungen des Anspruchs zwischen den Beteiligten unstreitig sind oder sich aus dem Vortrag der Beteiligten oder den Verwaltungsvorgängen des Antragsgegners ohne weiteres feststellen lassen, so dass an ihrem Vorliegen kein vernünftiger Zweifel bestehen kann. In rechtlicher Hinsicht ist zu verlangen, dass die entscheidungserheblichen Rechtsfragen geklärt sind oder die Einwände des Antragsgegners so wenig Substanz haben, dass sie ohne weiteres widerlegt werden können. Die Fallkonstellation 2 ist nur dann gegeben, wenn die Interessenlage jede andere Entscheidung als die zugunsten des Antragstellers als sachwidrig und damit willkürlich erscheinen ließe. Nur bei Vorliegen so gearteter Fallkonstellationen erscheint eine Berufung auf ein Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache als bloße Förmerei und würde den verfahrensrechtlichen Wirkungen der [Art. 12](#) und [Art. 3 GG](#) widersprechen. Diese Rechtsprechung ist auch zur Entscheidung über den vorliegenden Fall heranzuziehen, auch wenn es nicht um eine Statusentscheidung geht. Denn hier wird wie im vertragsärztlichen

Statusstreit um die Berechtigung der Antragstellerin zur Teilnahme an der Versorgung mit Hilfsmitteln gestritten, die es ihr jedenfalls für die Dauer der Geltung der einstweiligen Anordnung ermöglicht, Versicherte der Antragsgegnerin wegen der Vielzahl der erbrachten Leistungen der Hilfsmittelversorgung faktisch regelmäßig ohne Möglichkeit der Rückabwicklung und damit endgültig zu versorgen.

b) Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe sind Anordnungsanspruch und -grund gegeben. Der Anspruch der Antragstellerin auf Teilnahme an der Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin besteht unzweifelhaft. Die tatsächlichen Voraussetzungen des Anspruchs sind zwischen den Beteiligten unstrittig. Streitig ist allein, ob die Antragstellerin dem von der Antragsgegnerin im September 2011 geschlossenen Hilfsmittellieferungs- und -versorgungsvertrag nur für den Teilbereich der Versorgung tracheotomierter bzw. laryngektomierter Versicherter mit Hilfsmitteln (Versorgungsbereich Tracheostoma) wirksam beigetreten ist. Die bisherige Rechtsprechung der Landessozialgerichte hat Teilbeiträge zu Versorgungsverträgen in dem vorliegenden Fall vergleichbaren Fallgestaltungen für wirksam gehalten, wenn der betreffende Leistungserbringer gerade die für die fragliche Produktgruppe geltenden Bedingungen akzeptiert (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15. April 2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#), LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15. März 2011, [L 11 KR 4724/10 Er-B](#), zitiert nach juris), wie dies die Antragstellerin getan hat. Die dagegen erhobenen Einwände der Antragsgegnerin vermögen nicht zu überzeugen. Für einen Ausschluss eines Teilbeitritts reicht es nicht aus, dass es nach der Auffassung der Antragsgegnerin sinnvoll erscheint, die in dem Versorgungsvertrag zusammengefassten Versorgungsbereiche einer einheitlichen vertraglichen Gestaltung zu unterwerfen, weil es aus der Sicht der Versicherten eine Überschneidung der Versorgungsbereiche gibt und deshalb "ein Markt" für die kombinierten Versorgungsbereiche existiert. Auch wenn die Antragsgegnerin beim Vertragsschluss nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich nicht gehindert ist, mit ihren Vertragsabschlusspartnern mehrere Versorgungsbereiche in einem Vertrag zusammenzufassen, muss sie es in einem solchen Fall hinnehmen, dass andere Leistungserbringer dem Vertrag nur für einen Teil der Versorgungsbereiche beitreten. Andernfalls könnte die Antragsgegnerin beim Vertragsschluss nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) durch die Einbeziehung mehrerer oder im Extremfall nahezu aller Versorgungsbereiche der Hilfsmittelversorgung ihre Vertragspartner auf einige wenige große Hilfsmittelerbringer beschränken und den Beitritt kleiner Leistungserbringer gegen die Intentionen des Gesetzgebers ausschließen und deren Beitrittsrecht nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) leer laufen lassen. Die Zusammenfassung mehrerer Versorgungsbereiche in einem Versorgungsvertrag darf nicht dazu führen, dass die Antragsgegnerin auf diese Weise die Möglichkeit erhält, bestimmte Leistungserbringer von vornherein als Vertragspartner auszuschließen; entsprechende Vertragsgestaltungen erwiesen sich vor dem Hintergrund des [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) als sachwidrig, würden die Freiheit der Berufsausübung der ausgeschlossenen Leistungserbringer unverhältnismäßig beschränken und damit gegen [Art. 3 Abs. 1](#), [12 Abs. 1 GG](#) verstoßen, solange durch den Teilbeitritt die Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin nicht gefährdet würde. Dass dies im vorliegenden Fall bei einem Teilbeitritt der Antragstellerin für den Versorgungsbereich Tracheostoma der Fall wäre, hat die Antragsgegnerin weder behauptet noch sind dafür sonstige Anhaltspunkte ersichtlich. In Fallgestaltungen wie der vorliegenden ist [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) deshalb unter Berücksichtigung der [Art. 3 Abs. 1](#), [12 Abs. 1 GG](#) dahin auszulegen, dass Leistungserbringer den Verträgen nach [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) auch teilweise für klar abgegrenzte Versorgungsbereiche beitreten können.

3.) Zumindest ist der Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung aber unabhängig von den vorstehenden Erwägungen jedenfalls nach einer Interessenabwägung in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu [§ 32 Bundesverfassungsgerichtsgesetz](#) auszusprechen. Die Sozialgerichte dürfen sich auch bei der Prüfung des Anordnungsanspruchs in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, in denen Ansprüche von Leistungsbringern gegen eine gesetzliche Krankenkasse streitig sind, nicht schlechthin auf die summarische Prüfung der Erfolgsaussichten eines Rechtsbehelfes im Hauptsacheverfahren beschränken. Drohen dem Antragsteller ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre, verlangt [Art. 19 Abs. 4 S. 1 GG](#) von den Sozialgerichten bei der Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache grundsätzlich eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage, die sich von der im Hauptsacheverfahren nicht unterscheidet (vgl. [BVerfGE 79, 69 \(74\)](#); [94, 166 \(216\)](#); [NJW 2003, 1236f.](#)). Ist die Entscheidung von der Klärung grundsätzlicher Rechtsfragen anhängig, etwa weil es um die Verfassungsmäßigkeit einer Norm oder ihrer Auslegung geht, dürfen die Sozialgerichte die Klärung dieser Fragen im vorläufigen Rechtsschutzverfahren jedoch offen lassen und sich bei der Entscheidung an einer Abwägung der widerstreitenden Interessen orientieren ([BVerfG NJW 2003, 1236f.](#)). Abzuwägen sind dabei die Folgen, die eintreten würden, wenn die Anordnung nicht erginge, obwohl dem Antragsteller der streitbefangene Anspruch zusteht, gegenüber den Nachteilen, die entstünden, wenn die begehrte Anordnung erlassen würde, obwohl er hierauf keinen Anspruch hat (vgl. hierzu Umbach/Clemens, Bundesverfassungsgerichtsgesetz, Mitarbeiterkommentar und Handbuch, § 32 Rdnr. 177 mit umfassendem Nachweis zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts; ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. Beschluss vom 10. Juni 2009, [L 9 B 482/08 KR ER](#), juris).

Diese Interessenabwägung geht klar zu Gunsten der Antragstellerin aus. Denn sie muss durch den zeitweisen Ausschluss von der Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin gewärtigen, bisher von ihr versorgte Versicherte als Kunden endgültig zu verlieren, weil diese sich zur Weiterversorgung an die Vertragsabschlusspartner der Antragsgegnerin wenden und dann auch bei diesen die erforderlichen Leistungen weiterbeziehen werden, wenn die Antragstellerin nach einem Obsiegen im Hauptsacheverfahren für diesen Personenkreis wieder Leistungen anbieten könnte. Dabei soll es sich nach ihrem Vorbringen um etwa 43 Versicherte mit einem Umsatzvolumen von 97.393 EUR handeln. Auch wenn dem Sozialgericht darin beizupflichten ist, dass der dargelegte Schaden bei einem Gesamtumsatz der Antragstellerin von 13,9 Mio. EUR die Existenz der Antragstellerin nicht gefährden kann, stehen diesen Nachteilen der Antragstellerin auf Seiten der Antragsgegnerin überhaupt keine messbaren Nachteile gegenüber: Denn durch den Beitritt zum Versorgungsvertrag mit der Antragsgegnerin muss die Antragstellerin die Leistungen im Versorgungsbereich Tracheostoma zu den gleichen Bedingungen erbringen wie die Vertragsabschlusspartner der Antragsgegnerin. Für die Antragsgegnerin können deshalb insbesondere keine höheren Aufwendungen für die Hilfsmittelleistungen entstehen, als wenn diese durch ihre Vertragsabschlusspartner erbracht würden. Dass durch die Leistungserbringung durch die Antragstellerin höhere Verwaltungskosten entstünden, hat sie weder vorgetragen noch glaubhaft gemacht; außerdem müsste sie diese als Folge der Beitrittsrechte der Leistungserbringer, die den Versorgungsvertrag mit der Antragsgegnerin nicht abgeschlossen haben, nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) hinnehmen. Überwiegen die Nachteile für die Antragstellerin die Interessen der Antragsgegnerin so eindeutig, ist eine begehrte einstweilige Anordnung auch dann im Rahmen einer Interessenabwägung zu erlassen, wenn die Nachteile für den Antragstellerin - wie im vorliegenden Fall - für sich genommen hinnehmbar erscheinen.

Um das Interesse an einer zügigen und endgültigen Klärung der Rechtsbeziehungen zwischen der Antragstellerin und der Antragsgegnerin aufrechtzuerhalten und um eine vollständige Vorwegnahme der Hauptsache zu vermeiden, wird zudem die Dauer der einstweiligen Anordnung bis zum 31. Dezember 2012 befristet. Sollte das bis dahin in Gang gesetzte Hauptsacheverfahren noch nicht abgeschlossen sein, käme die erneute Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz in Betracht.

Die Nebenentscheidungen folgen aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) sowie aus §§ 52 und 53 i.V.m. einer entsprechenden Anwendung von [§ 50 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG). In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG und der bereits zitierten Beschlüsse der Landessozialgerichte für Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen hält es der beschließende Senat für richtig, auf Verfahren der vorliegenden Art die Regelung in [§ 50 Abs. 2 GKG](#) entsprechend anzuwenden. Maßgeblich ist das durchschnittliche jährliche Umsatzvolumen der Antragstellerin aus der Versorgung der Versicherten der Antragsgegnerin in Höhe von 97.393 EUR. Hiervon 5% sind 4.869,65 EUR. Da die Antragstellerin eine Regelung mit Dauerwirkung anstrebt, ist eine drei Jahre umfassende Vorausschau anzunehmen (Sächsisches LSG, Beschluss vom 1. Dezember 2010, [L 1 KR 99/10 B ER](#), zitiert nach juris), so dass sich ein Betrag von 14.608,95 EUR ergibt. Da in der Sache um die Vorwegnahme der Hauptsache gestritten wird, besteht kein Anlass für eine Streitwertreduzierung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren (Sächsisches LSG, Beschluss vom 1. Dezember 2010, [aaO](#)).

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-04-23