Sozialgericht Nürnberg

Beschluss (rechtskräftig)

Sozialgericht Nürnberg S 11 KR 55/14 ER
Bayerisches Landessozialgericht L 4 KR 300/14 B ER

I. Der Antragsgegner wird vorläufig verpflichtet, es zu unterlassen,

1. vertragsärztliche Verordnungen bzw. Bescheinigungen von Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen von Versicherten der Antragstellerin für Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 (incl. Beratung und Reparaturen) anzunehmen, soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Antragstellerin abgeschlossen hat,

2. Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 an Versicherte der Antragstellerin abzugeben, die diese durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bzw. Bescheinigung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung als Sachleistung im Sinne des SGB V beziehen wollen, soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Antragstellerin abgeschlossen hat,

3. den Versicherten der Antragstellerin die unter 1. und 2. benannten Hilfsmittel und weitere in diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen in Rechnung zu stellen.

II. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die Anordnungen unter I Ziffern 1. bis 3. wird dem Antragsgegner ein Ordnungsgeld bis zu 10.000,00 Euro und für den Fall, dass dieses nicht beigetrieben werden kann, Ordnungshaft bis zu sechs Monaten angedroht.

III. Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens.

IV. Der Streitwert des Verfahrens wird auf 5.000,00 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Der Antragsgegner (Ag) ist Orthopädieschuhmachermeister. Am 13.02.2014 stellte die Antragstellerin (Ast) beim Sozialgericht N. (SG) Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz.

Zur Begründung trägt die Ast mit Schriftsätzen vom 13.02.2014, 24.03.2014, 07.04.2014, 16.04.2014 und 02.05.2014 insbesondere Folgendes vor:

Mit Schreiben vom 20.05.2008 sei der Rahmenvertrag über die Versorgung der Anspruchsberechtigten der Krankenkassen durch Orthopädieschuhmacher mit der Landesinnung B. für Orthopädieschuhtechnik (mit Geltung ab 01.11.1981) gegenüber dem Ag gekündigt worden. Das Kündigungsschreiben sei nicht als unzustellbar zurückgekommen. Die Fortgeltung dieses Vertrages habe zum 30.04.2013 geendet, weil sie mit Wirkung vom 01.05.2013 einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Landesinnung B. für Orthopädieschuhtechnik über die Versorgung mit Hilfsmitteln mit der Produktgruppe 02 "Adaptionshilfen", 08 "Einlagen", 10 "Gehhilfen" und 31 "Schuhe" durch die Meisterbetriebe des Orthopädie-Schuhmacherhandwerks abgeschlossen habe. Dieser Vertrag sei als sogenannter Beitrittsvertrag auf der Internetseite der Ast "www.aok-gesundheitspartner.de" veröffentlicht worden. Der Ag sei diesem Vertrag nicht beigetreten.

Im Rahmen der üblichen Sachbearbeitung habe sie feststellen müssen, dass der Ag nach dem 30.04.2013 gleichwohl Kostenvoranschläge für Leistungen, die in diesem Vertrag geregelt seien, eingereicht habe. Genehmigungen seien nicht erteilt worden, weil kein wirksames Vertragsverhältnis im Sinne von § 126 Abs. 1 S. 1 SGB V vorgelegen habe. Im Rahmen eines Telefongesprächs (Telefonnotiz vom 04.06.2013) mit der Mitarbeiterin Frau S. habe der Ag angegeben, dass er dem Vertrag nicht beitreten werde, da er nicht über eine Iso-Zertifizierung und eine Präqualifizierung verfüge. Ein Individualvertrag werde nicht angestrebt. Nach einem nachgehenden telefonischen Kontakt, der nicht weiter aktenkundig gemacht worden sei, habe der Ag mit Schreiben vom 25.07.2013 einen von ihm entworfenen Vertrag übersandt und angekündigt, dass er die Unterzeichnung durch die Ast erwarte, ansonsten werde er die Versicherten der Ast wie Privatkunden behandeln. Daraufhin habe sie mit Schreiben vom 09.08.2013 die gesetzlichen und möglichen vertraglichen Grundlagen nochmals erläutert und deshalb eine Verhandlung über den vorgelegten Vertrag abgelehnt, jedoch Vertragsverhandlungen und die Möglichkeit des Vertragsbeitritts nach § 127 Abs. 2 a SGB V ausdrücklich aufrechterhalten. Im Oktober seien bei ihr mehrere Versicherte erschienen, die vom Ag Privatrechnungen über Hilfsmittel, die seit dem 01.05.2013 von diesem erbracht worden seien, erhalten hätten. Diesen Rechnungen habe ein Brief mit folgendem Inhalt beigelegen: "Liebe Kundin, lieber Kunde!
Wir bedauern es sehr, Ihnen mitteilen zu müssen, dass Ihre Krankenkasse ihrer Pflicht nicht nachkommt und die Abrechnung des Ihnen verordneten Hilfsmittels mit uns verweigert. Wir sehen uns deshalb gezwungen, Ihnen unsere erbrachte Leistung persönlich in Rechnung zu stellen. Selbstverständlich können Sie diese Rechnung Ihrer Krankenkasse zur Erstattung vorlegen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne persönlich oder telefonisch zur

Verfügung."
Dies habe sie zum Anlass genommen, mit Schreiben vom 06.11.2013 eine Unterlassungserklärung vom Ag zu fordern. Die Unterlassungserklärung sei vom Ag nicht unterzeichnet worden. Im Nachgang zu der Aufforderung vom 06.11.2013 sei nur noch eine Rechnung bekannt, die jedoch auf den 25.10.2013 datiert gewesen sei. Sie habe daher zunächst davon abgesehen, den Unterlassungsanspruch gerichtlich geltend zu machen. Ihre Versicherten habe sie davon informiert, dass gegen sie ohne privatrechtlichen schriftlichen Vertrag ein Zahlungsanspruch nicht bestehe. Nunmehr habe die Versicherte H. H. unter dem 31.01.2014 vom Ag eine Zahlungserinnerung zur Rechnung vom 25.10.2013 erhalten. Für die Versicherte H. H. habe der Ag auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung vom 29.04.2013 für zwei Paar Schuhe Schuherhöhungen von 4 cm gefertigt. Diese habe er mit Rechnung in Höhe von 227,36 Euro am 25.10.2013 der Versicherten persönlich in Rechnung gestellt. Mit Schreiben vom 31.01.2014 habe er die Bezahlung der Rechnung angemahnt. Daraufhin habe sich die Versicherte an sie gewandt, weil sie keine Privatleistung, sondern eine Kassenleistung gewünscht habe. Diese Zahlungserinnerung habe sie zum Anlass genommen, mit Schreiben vom 06.02.2014 erneut die Abgabe einer Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung unter Fristsetzung bis 12.02.2014 zu fordern. Die Aufforderung sei dem Ag vorab per Fax am 06.02.2014 übermittelt worden. Daraufhin habe der Ag sich telefonisch sehr emotional gegen die Aufforderung zur Unterlassung geäußert und angekündigt, weiterhin Rechnungen und Mahnungen an die Versicherten zu schreiben (Telefonnotiz vom 06.02.2014). Die Zustellung des Schreibens per Einschreiben/Rückschein sei fehlgeschlagen, weil der Ag die Annahme des Schreibens im Original verweigert habe. Eine Erklärung des Ag sei nicht bei ihr eingegangen. Für den Versicherten G. V. habe der Ag auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung vom 20.06.2013 für ein Paar Schuhe Schuherhöhungen von 2 cm recht gefertigt. Dies habe er mit Rechnung in Höhe von 61,84 Euro am 25.10.2013 dem Versicherten persönlich in Rechnung gestellt. Mit Schreiben vom 02.12.2013 habe sie den Ag darauf hingewiesen, dass sie den Versicherten davon informiert habe, dass kein Zahlungsanspruch bestehe. Mit Schreiben vom 31.01.2014 habe der Ag die Bezahlung der Rechnung angemahnt. Daraufhin habe sich der Versicherte wiederum persönlich an sie gewandt, weil er keine Privatleistung, sondern eine Kassenleistung gewünscht habe. Ihr lägen weitere Rechnungen vom 25.10.2013 an verschiedene Versicherte vor. Es sei damit zu rechnen, dass diese auch in den nächsten Tagen Mahnungen vom Ag erhalten werden oder schon erhalten hätten und sich an sie wendeten. Mit Schriftsatz vom 26.02.2014 an das Gericht habe der Ag eingeräumt, dass er von Versicherten der Ast vertragsärztliche Verordnungen zur Versorgung annehme, obwohl er derzeit keinen Vertrag mit der Ast habe. Aus diesem Gesamtablauf sei offensichtlich, dass der Ag nicht darauf verzichten werde, Versicherten, die sich im Glauben, eine Kassenleistung zu erhalten, von ihm insbesondere mit orthopädischen Schuhen und Schuhzurichtungen versorgen ließen, Privatrechnungen zu stellen.

Der Rechtsweg zum Sozialgericht sei nach § 51 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eröffnet. Da sich der hier geltend gemachte Unterlassungsanspruch aus der Weigerung, ein Vertragsverhältnis gemäß § 69 SGB V einzugehen, ableite, sei er gleichfalls dem öffentlichen Recht zugeordnet. Sollte das Gericht diese Auffassung nicht teilen, bestehe die Zuständigkeit nach § 51 Abs. 2 SGG. Die örtliche Zuständigkeit richte sich nach § 57 Abs. 1 S. 2 SGG. Anträge nach § 86 b SGG seien auch bereits vor Klageerhebung zulässig.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sei auch begründet. Der Anspruch auf Unterlassung beruhe auf der entsprechenden Anwendung des § 1004 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i. V. m. § 823 Abs. 2 BGB i. V. m. § 126 Abs. 1 S. 1 SGB V als Schutzgesetz für die Gewährleistung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten und Verpflichtung der Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung. Die kostenfreie Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln als Sachleistung gehöre als Teil der Verpflichtung, Leistungen nach § 11 SGB V zu gewährleisten, zu ihren zentralen gesetzlichen Aufgaben. Mit seinem Verhalten verhindere der Ag diese Aufgabenerfüllung. Störungshandlungen seien falsche Beratung, gesetzeswidrige Versorgung und finanzielle Inanspruchnahme der Versicherten, soweit sie sich vom Ag als Kassenpatienten versorgen lassen wollten. Nach der rechtswidrigen Versorgung verweise der Ag die Versicherten auf einen Kostenerstattungsanspruch. Die Wahl der Kostenerstattung durch die Versicherten nach § 13 Abs. 2 SGB V berechtige diese weder dazu, ohne Zustimmung der Krankenkasse Leistungen bei nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, noch sei es möglich, die Kostenerstattung nur hinsichtlich einer bestimmten Leistung, hier hinsichtlich eines bestimmten Hilfsmittels, zu wählen. Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V scheide für die Versicherten bei den hier in Rede stehenden Hilfsmittelversorgungen ebenfalls aus, da die Versicherten jederzeit durch die Vertragspartner der Ast zeitnah und ordnungsgemäß versorgt werden könnten. Allein schon der Hinweis des Ag an die Versicherten über die angeblich bestehenden Kostenerstattungsansprüche gegenüber der Ast sei irreführend.

§ 126 Abs. 1 SGB V solle den einzelnen Versicherten davor schützen, von Lieferanten Leistungen zu erhalten, die keine unmittelbare Abrechnungsbefugnis mit der Krankenkasse hätten, bei der der Versicherte Mitglied sei. Mit der Versorgung durch Dritte erwerbe der Versicherte keinen Sachleistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, sondern sehe sich zunächst behaupteten, für ihn unübersehbaren Zahlungsaufforderungen ausgesetzt. Die Norm solle daher unmittelbar die Versicherten vor unberechtigten Forderungen und vor Störungen des gesetzlich im Rahmen der Hilfsmittelversorgung regelhaft vorgegebenen Sachleistungssystems schützen. Daneben solle sie aber auch die Krankenkassen davor schützen, mit unberechtigten Leistungsanforderungen sowohl von Lieferanten als auch von Versicherten überhäuft zu werden. Verträge nach § 127 SGB V hätten neben der Funktion, den Zugang zum Sachleistungssystem zu verschaffen, auch den Sinn, die Versorgung im Massengeschäft der Leistungsbewilligung und -gewährung so zu strukturieren, dass Versicherte die Leistungen schnell und in der gebotenen Qualität unter Beachtung auch formaler Anforderungen sowie des Datenschutzes erhalten könnten und deren Abrechnung den Anforderungen der §§ 284 ff SGB V entsprächen. Zwar sei § 126 Abs. 1 SGB V nicht als Verbot der Abgabe von Hilfsmitteln durch Nichtvertragspartner formuliert. Er enthalte jedoch die Formulierung, dass nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V versorgt werden dürfe. Damit sei gleichzeitig auch die

Aussage verbunden, dass ohne diese Verträge nicht versorgt werden dürfe. Es handele sich also um eine Verbotsnorm im Sinne des § 134 BGB.

§ 127 Abs. 3 SGB V enthalte keine generelle Erlaubnis, dass sich Leistungserbringer ohne vertragliche Bindung an der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Hilfsmitteln beteiligten dürften, sondern erlaube lediglich in dem besonderen Fall, dass eine Versorgung durch vertraglich gebundene Leistungserbringer nicht möglich oder zumutbar sei, eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer. Dies berechtige Leistungserbringer ohne Vertrag jedoch gerade nicht, jede vertragsärztliche Verordnung anzunehmen, die Versicherten zu versorgen und - wenn die Krankenkasse die Abrechnung mangels Vertrags oder Einzelfallvereinbarung verweigere - die Kosten von den Versicherten zu verlangen. Die Versorgung der Versicherten sei durch die bestehenden Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V vollumfänglich abgesichert, außerdem sei die Versorgung der Versicherten durch Vertragspartner in einer für sie zumutbaren Weise möglich, sodass hier eine Einzelfallentscheidung nach § 127 Abs. 3 SGB nicht in Betracht kommen könne. Da der Ag keinen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V oder § 127 Abs. 2 a SGB V mit ihr abgeschlossen habe, habe er die Verpflichtung, den Versicherten mitzuteilen, dass er eine kostenfreie Versorgung auf die vertragsärztliche Verordnung nicht leisten dürfe. Stattdessen nehme er Verordnungen von Versicherten entgegen und stelle im Nachgang an die Versicherten Privatrechnungen. Hilfsmittel dürften jedoch nur von Vertragspartnern abgegeben werden, dem Ag als Nichtvertragspartner sei dies verboten. Dabei begründe der Ag weder mit den Versicherten noch mit der Ast Vertragsbeziehungen. Dies scheitere schon daran, dass der Versicherte keinen Rechtsbindungswillen habe. Unterstelle man diesen Willen, seien etwaig geschlossene Verträge gleichwohl nichtig, weil sie gegen ein gesetzliches Verbot verstießen.

Zwar seien für die Produktgruppen 08 "Einlagen" und 17 (nicht 23) "Kompressionshilfen" Festbeträge (nicht Festpreise) gemäß § 36 SGB V vom GKV-Spitzenverband festgesetzt worden. Festbeträge seien allerdings lediglich die Preisobergrenze und könnten in Verträgen nach § 127 SGB V jederzeit unterschritten werden (vgl. § 127 Abs. 4 SGB V). Festbeträge selbst stellten keine vertragliche Regelung dar. Auch für festbetragsgeregelte Produkte sei eine Versorgung der Versicherten gem. § 126 Abs. 1 SGB V nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V möglich.

Ein Anordnungsgrund sei gleichfalls gegeben, weil ein Zuwarten auf eine Entscheidung der Hauptsache nicht zumutbar sei. Hinsichtlich der Rechtsverletzungen drohe Wiederholungsgefahr. Dem Ag sei bereits seit dem 26.03.2013 bekannt, dass ab 01.05.2013 ein neuer Vertrag für die Versorgung der Versicherten der Ast gelten werde. Hierüber sei der Ag mittels Rundschreiben der Landesinnung B. für Orthopädie-Schuhtechnik informiert worden. Zum Zeitpunkt der Annahme der ärztlichen Verordnung für die Versicherte H. H. sei dem Ag also bekannt gewesen, dass er - soweit er die Verordnung nicht vor dem 01.05.2013 ausführen könne - ohne Vertrag nicht mehr abrechnen könne. Im Mai und im Juni 2013 hätten Mitarbeiter der Ast mehrfach Kontakt mit dem Ag gehabt, um den Beitritt zu den bestehenden Verträgen zu klären. Gleichfalls im Juli 2013 habe der Ag mindestens eine Mitteilung zu einem Kostenvoranschlag für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen erhalten, dass eine Genehmigung mangels Vertrags nicht erteilt werden könne (vgl. Gesprächsnotiz vom 04.06.2013). Nach Zugang des Schreibens der Ast vom 06.02.2014 habe sich der Ag per Fax telefonisch gemeldet und geäußert, er habe eine andere rechtliche Auffassung und werde weiterhin Versicherte auch ohne Vertrag versorgen. Die betroffenen Versicherten seien derzeit teilweise noch nicht bekannt, ihre Zahl wachse aber. Sollte der Ag mit seinem Verhalten durchdringen, sei das Sachleistungssystem als Ganzes gefährdet, weil dann auch andere Hilfsmittellieferanten geneigt sein könnten, das Sachleistungssystem zu verlassen. Alle Versicherten, die gutgläubig beim Ag Schuhe oder Schuhzurichtungen als Kassenleistung in Auftrag gegeben hätten oder geben werden, würden fortlaufend mit Rechnungen und Mahnungen überzogen, die offensichtlich rechtswidrig seien. Sollten Versicherte auf die Rechnungen und Mahnungen bezahlen, hätten sie ihr gegenüber keinen Kostenerstattungsanspruch und würden dauerhaft in ihrem Vermögen geschädigt. Es werden durch den Ag also in jedem Einzelfall bereits vollendete Tatsachen geschaffen. Diese durch den Ag verursachten Vermögensverletzungen der Versicherten würden ihr auch in der Außenwirkung zugerechnet, weil der Ag sie durch das verwendete Schreiben an die Kunden für diese Verletzungen des Sachleistungsprinzips verantwortlich mache.

Die Ast beantragt noch (Schriftsatz vom 16.04.2014),

den Ag vorläufig zu verpflichten, es zu unterlassen,

a) vertragsärztliche Verordnungen bzw. Bescheinigungen von Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen von Versicherten der Ast für Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 (incl. Beratung und Reparaturen) anzunehmen, soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Ast abgeschlossen hat,

b) Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 an Versicherte der Ast abzugeben, die diese durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bzw. Bescheinigung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung als Sachleistung im Sinne des SGB V beziehen wollen,

c) den Versicherten der Ast die unter a) und b) benannten Hilfsmittel und weitere in diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen in Rechnung zu stellen,

für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen diese Unterlassungsverpflichtungen Ordnungsgeld bis zu einer in das Ermessen des Gerichts gestellten Höhe, ersatzweise Ordnungshaft in entsprechender Höhe im Falle der Nichtbeitreibbarkeit, festzusetzen.

Demgegenüber beantragt der Ag,

den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung kostenpflichtig zurückzuweisen.

Zur Begründung trägt der Ag mit Schriftsätzen vom 26.02.2014, 12.03.2014, 31.03.2014, 25.04.2014 und 07.05.2014 insbesondere vor, dass der Antrag auf Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung weder zulässig noch begründet sei.

Er sei Mitglied der Orthopädie-Schuhtechniker Innung, die mit der Ast einen Rahmenvertrag abgeschlossen habe, der allerdings durch diese gegenüber der Innung bereits im Jahr 2008 gekündigt worden sei. Faktisch sei dieser Rahmenvertrag jedoch durch die Ast und die zuständige Innung weitergeführt worden, jedenfalls habe Einigkeit bestanden, dass die Konditionen dieses Rahmenvertrags weiter gelten sollten, bis ein neuer Vertrag mit den Leistungserbringern geschlossen werde. Dieser neue Vertrag sei zwischen der Ast und der Orthopädie-Schuhtechniker Innung B. für die Zeit ab dem 01.05.2013 geschlossen worden. Unstreitig sei er, der dem früheren Vertrag im Jahr 1995 beigetreten sei, dem neuen Vertragsverhältnis, beginnend ab 01.05.2013, nicht beigetreten. Zwischen der Ast und ihm bestehe somit keine vertragliche Beziehung.

Am 29.04.2013 habe ihm die Kundin H. H., die Mitglied der Ast sei, ein Rezept vom 29.04.2013 vorgelegt. Aufgrund dieses Rezepts habe er die verordneten Leistungen gefertigt und diese Leistung mit seiner Mai-Abrechnung 2013 über eine Abrechnungsgesellschaft mit der Ast abgerechnet. Zunächst sei der abgerechnete Betrag von der Ast ordnungsgemäß ausbezahlt worden. Erst am 20.07.2013 sei der Betrag bezüglich H. H. ihm gegenüber zurückbelastet worden mit der Begründung, er sei kein Vertragspartner. Erstmals an diesem Tage habe er erfahren, dass die Ast nicht bereit sei, die von ihm eingereichten Rechnungen zu begleichen. Bis zum 20.07.2013 habe er ca. 20 Mitglieder der Ast mit Hilfsmitteln aufgrund der ihm vorgelegten Rezepte versorgt. Diese Rezepte seien dann durch die Ast nach dem 20.07.2013 an ihn zurückgeschickt worden mit dem Hinweis, dass er kein Vertragspartner der Ast sei. Zu diesem Zeitpunkt habe er die Leistungen bereits aufgrund der vorgelegten - nicht genehmigungspflichtigen Rezepte - erbracht und daraufhin an seine sämtlichen Kunden unter dem 25.10.2013 die Rechnungen verschickt. Hierbei habe es sich um Leistungen gehandelt, die er ausschließlich im Zeitraum vom 01.05. bis 20.07.2013 auf der Basis des ursprünglichen Vertrages erbracht habe einschließlich der in diesem Vertrag vereinbarten Preise. Er habe sämtliche zurückgeschickten Original-Rezepte und Rechnungen zusammen jeweils am 25.10.2013 seinen Kunden zurückgeschickt, inklusive seiner Rechnung, damit diese die Aufwendungen gegenüber der Ast geltend machen könnten. Die Ast habe weder ihre Mitglieder von den Rechnungen freigestellt, noch ihren Mitgliedern Kosten erstattet. Vielmehr habe die Ast ihren Mitgliedern gegenüber sich dahingehend geäußert, dass sie seine Rechnungen nicht bezahlen sollten. Aufgrund eines Rezepts vom 20.06.2003 habe er bei G. V. an einem Paar Schuhe Schuherhöhungen von 2 cm gefertigt. Er habe G. V. seine Tätigkeit persönlich in Rechnung gestellt, allerdings nur auf der Basis des vereinbarten Kassensatzes. Nachdem er am 20.07.2013 durch Rückbelastung seiner Rechnung bezüglich seiner Kundin H. H. zur Kenntnis genommen habe, dass die Ast keinerlei Leistungen an ihn mehr abrechne, habe er seine Kunden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ast mit ihm nicht mehr abrechne, solange mit ihm kein Vertrag zu den Bedingungen der Ast bestehe. Seit dem 20.07.2013 habe er kein Rezept der Ast mehr angenommen und abgerechnet, wohl aber Privatleistungen an Mitglieder der Ast erbracht sowie konkrete Kostenvoranschläge geschrieben und eingereicht. So habe er hinsichtlich seines Kunden E. E., Mitglied der Ast, unter dem 17.01.2014 einen Kostenvoranschlag bei der Ast eingereicht, der in modifizierter Weise von der Ast auch unter dem 24.01.2014 genehmigt worden sei. Entgegen der Darstellung der Ast liefen derzeit immer noch Vertragsverhandlung- en zwischen ihm und der Ast über den Abschluss eines Vertrages im Sinne von § 126 SGB V.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sei unzulässig, da die Voraussetzungen des § 86 b Abs. 2 S. 1 und 2 SGG nicht vorlägen und darüber hinaus der Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung eine unzulässige Vorwegnahme der Hauptsache wäre. Hinsichtlich der Ziffer 1 des Antrags sei kein Recht der Ast in Gefahr, zumal diese sich bekanntlich seit dem 20.07.2013 weigere, Versicherungsleistungen an ihn auszubezahlen. Auch hinsichtlich der Ziffer 2 des Antrags sei kein Recht der Ast in Gefahr. Vielmehr seien deren Versicherte mit Hilfsmitteln versorgt, wobei hier die Frage der Vergütung im Rahmen eines Hauptsacheprozesses jederzeit geklärt werden könne. Auch beim dritten Antrag sei kein Recht der Ast in Gefahr, das vereitelt werden könnte, da auch dieser Komplex im Wege eines Hauptsacheprozesses geklärt werden könne und auch geklärt werden müsse. Die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung seien auch gemäß § 86 b Abs. 2 S. 2 SGG unzulässig. Es liege kein streitiges Rechtsverhältnis zwischen den Parteien zugrunde, sondern überhaupt kein Rechtsverhältnis, wie die Ast selbst vortrage, da - unstreitig - der ursprüngliche Vertrag zum 30.04.2013 geendet habe.

Die Ast meine offensichtlich, er sei ihm Rahmen der §§ 126 ff. SGB V verpflichtet, mit ihr einen Vertrag abzuschließen, konkreter gesagt, einen Vertrag zu ihren Bedingungen. Wäre die Rechtsauffassung der Ast richtig, so könne diese massiv in sein Grundrecht gemäß Art. 12 Grundgesetz (GG) auf freie Berufsausübung eingreifen.

Die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung seien darüber hinaus auch unbegründet. Der von der Ast geltend gemachte Anspruch scheitere bereits daran, dass § 126 Abs. 1 S. 1 SGB V kein Schutzgesetz im Sinne von § 823 Abs. 2 BGB sei und darüber hinaus kein Verstoß gegen § 126 Abs. 1 S. 1 SGB V vorliege. Die Annahme einer ärztlichen Verordnung, die Abgabe von Hilfsmitteln und Abrechnung derartiger Hilfsmittel stellten keine Verletzungshandlungen dar, die in irgendeiner Weise Schadensersatzansprüche der Ast auslösen könnten. Letztendlich regele das SGB V die Rechtsverhältnisse in und um die gesetzliche Krankenversicherung, jedenfalls

nicht das Schadensersatzrecht.

Dies scheine selbst die Ast so zu sehen, da sie zutreffend ausführe, dass § 126 Abs. 1 SGB V nicht ein Verbot der Abgabe von Hilfsmitteln durch Nicht-Vertragspartner formuliere. Allerdings sei die weitere Rechtsauffassung der Ast, dass ohne diese Verträge nicht versorgt werden dürfe, falsch und durch das Gesetz selbst widerlegt. Nachdem unstreitig zwischen den Parteien kein Vertragsverhältnis bestehe, sei er jederzeit berechtigt, im Rahmen des § 127 Abs. 3 S. 1 SGB V Leistungen zu erbringen und andererseits die Ast verpflichtet, Einzelfallentscheidungen über die erfolgte Leistung zu treffen. Die Argumentation der Ast, wonach § 127 Abs. 3 SGB V den Leistungserbringer ohne Vertrag "jedoch gerade nicht (... berechtigt ...), jede vertragsärztliche Verordnung anzunehmen", sei vom Gesetzeswortlaut nicht gedeckt. Hier sei darüber hinaus zu bedenken, dass es sich nach dem eigenen Sachvortrag der Ast lediglich - noch - um die Fälle der Versicherten G. V. und B. handele, sodass hier nicht von einer generellen Handhabung des § 127 Abs. 3 SGB V auszugehen sei, sondern tatsächlich von Einzelfällen. Die Berechtigung, nach § 127 Abs. 3 S. 1 SGB V Leistungen zu erbringen, setze zwingend voraus, dass er berechtigt sein müsse, vertragsärztliche Verordnungen anzunehmen, Hilfsmittel abzugeben und Hilfsmittel gegenüber der Ast im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zu berechnen, was andererseits wieder mit dem Recht des Mitglieds der Ast gemäß § 13 Abs. 2 S. 1 SGB V korrespondiere, wonach der Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen könne. Dem stehe auch nicht die Bestimmung des § 13 Abs. 3 SGB V entgegen. Hierbei handele es sich um einen völlig anderen Fall, der die objektive Nichtprüfbarkeit einer Leistung im Voraus betreffe bzw. eine schuldhafte Ablehnung der Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Herangezogen werden könnte allerdings im Wege der Analogie § 13 Abs. 4 SGB V zu Gunsten der Versicherten der Ast, sich vom Orthopädieschuhmacher ihres Vertrauens, bei dem sie jahrelanger Kunde gewesen seien, versorgen zu lassen. Wenn schon Versicherte im Ausland sich bei Leistungserbringern behandeln/versorgen lassen dürften, die keinen Vertrag mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung hätten, so müsse das Mitglied, das einen inländischen Leistungserbringer mit der Durchführung der verordneten Leistung beauftrage, auch das Recht haben, einen solchen zu wählen, unabhängig davon, ob dieser mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung einen Vertrag habe oder nicht.

Letztendlich fehle es auch an einem Verfügungsgrund für die beantragte einstweilige Anordnung. In der Zeit zwischen dem Schreiben vom 06.11.2013, mit dem er aufgefordert worden sei, eine Unterlassungserklärung abzugeben, und dem Schreiben vom 06.02.2014 mit einer entsprechenden Aufforderung wäre jederzeit Zeit und Gelegenheit gewesen, ein Hauptsacheverfahren einzuleiten. Dies sei erkennbar nicht geschehen. Auch sei nicht absehbar, ob bzw. wann ein derartiges Hauptsacheverfahren eingeleitet werde. Offensichtlich handele es sich im vorliegenden Verfahren lediglich um einen "Versuchsballon", ob das Gericht die Rechtsauffassung der Ast teile. Ein derartiges Verhalten sehe das Gesetz jedenfalls nicht vor.

Eine Anspruchsgrundlage für die beantragte einstweilige Anordnung sei nicht ersichtlich. Die Funktionsfähigkeit des Sachleistungssystems des SGB V sei durch sein Verhalten nicht gefährdet. Ganz abgesehen davon, dass er seine Rechte gegenüber der Ast als Teilsozialsystems wahrnehme, habe sein Verhalten keine messbare Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Sozialsystems zur Folge. Zum Zeitpunkt der Annahme der ärztlichen Verordnung durch ihn im Fall H. H. habe das Vertragsverhältnis noch gegolten. Ob dieses irgendwann einmal später weggefallen sei oder geendet habe, sei hier nicht relevant. Nach wie vor bestehe zwischen ihm und der Ast ein - zumindest faktisches - Vertragsverhältnis. Er habe persönlich niemals eine Kündigung des bestehenden Vertrags erhalten, allerdings ergebe sich aus der Handhabung zwischen der Ast und den Leistungserbringern, dass - solange kein neuer Vertrag zustande gekommen sei - der ursprüngliche Vertragszustand weiterhin so gehandhabt werde.

Abschließend sei noch darauf hinzuweisen, dass die Regelungen aus dem Hilfsmittelverzeichnis Produktgruppe 08 und 23 (Einlage und Kompressionsstrümpfe) bundeseinheitlich im Rahmen eines Festpreises geregelt seien, sodass sämtliche Kassen im Bundesgebiet für diese Hilfsmittel die gleichen Festpreise bezahlten. Nur bei Bandagen und Schuhen bzw. Schuhzurichtungen gebe es insoweit keine bundeseinheitliche Regelung. Hier seien Preise Verhandlungssache. Dies bedeute letztlich, dass ein Kunde, der z. B. bei der AOK B.-W. versichert sei, hier ohne Probleme die Kosten für die Schuhe und Schuhzurichtungen von seiner Krankenkasse bezahlt bekomme. Er habe auch kein Problem damit, Mitglieder der Ast im Einzelfall Kostenvoranschläge zur Vorlage und Genehmigung bei der Ast vorzulegen. Jedenfalls sehe er keinen generellen Anspruch der Ast, dass er derartige Kunden wegschicke, zumal die Kunden erst nach erfolgter Beratung mitteilten, bei welcher Krankenkasse sie versichert seien.

Das Gericht hat die Akten der Ast (Band I und II) beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Gerichtsakte verwiesen.

II.

Der Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes durch eine Regelungsanordnung im Sinne des § 86 b Abs. 2 S. 2 SGG ist zulässig und begründet.

Der Antrag unter Ziffer 2 ist gemäß § 123 SGG sinngemäß um die Formulierung "soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Ast abgeschlossen hat" zu ergänzen. Das Gericht ist nach dieser Vorschrift nicht an die Fassung der Anträge gebunden, sondern hat den Antrag i. S. des von der Ast verfolgten Ziels auszulegen, § 133 BGB entsprechend. Der Antrag unter Ziffer 2 bezieht sich nach dem Begehren der Ast - ebenso wie der Antrag unter Ziffer 1 - auf den Zeitraum, in dem der Ag und die Ast nicht Vertragspartner sind, sodass der

Antrag unter Ziffer 2 entsprechend zu ergänzen war.

1. Der Rechtsweg zum Sozialgericht ist nach § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG eröffnet. Für Streitigkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Hilfsmittellieferanten über die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen an gesetzliche Krankenversicherte ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln sind spätestens seit dem 01.01.2000 durch § 69 SGB V und die Ausgestaltung der §§ 124-127 SGB V dem öffentlichen Recht zugewiesen (so auch Landessozialgericht B.-W., Beschluss vom 08.12.2009, L 11 KR 5031/09 ER-B). Ferner sind die Rechtsbeziehungen und somit auch das Abrechnungsverhältnis des einzelnen Leistungserbringers mit der jeweiligen Krankenkasse seit dem 01.01.2000 nicht mehr dem Privatrecht, sondern dem öffentlichen Recht zugeordnet (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2001, B 3 KR 3/01 R = SozR 3-500 § 69 Nr. 1). Zu den öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehungen zwischen der Ast und dem Ag ist insbesondere auch die Verpflichtung der Ast zu rechnen, Leistungen nach § 11 SGB V i. V. m. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V, so auch Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V als Sachleistungen kostenfrei den Versicherten zur Verfügung zu stellen und Störungshandlungen durch Leistungserbringer, z. B. durch falsche Beratung, gesetzeswidrige Versorgung oder finanzielle Inanspruchnahme der Versicherten, zu beseitigen. Im Übrigen wäre der Rechtsweg zum Sozialgericht auch nach § 51 Abs. 2 SGG eröffnet. Danach entscheiden die Sozialgerichte über privat-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit Dritte davon betroffen sind. Der Ag ist als Nicht-Vertragspartner der Ast Dritter im Sinne dieser Vorschrift (s. hierzu die Gründe unter II 2.). Auch die Voraussetzung "in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung" ist hier erfüllt, denn die Anträge der Ast beruhen auf einer Verletzung des § 126 SGB V. Die örtliche Zuständigkeit des SG ergibt sich aus § 57 Abs. 1 S. 2 SGG.

Der Zulässigkeit des Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz steht auch nicht entgegen, dass die Ast noch keine Klage erhoben hat. Dies ist unmittelbar § 86 b Abs. 3 SGG zu entnehmen. Danach sind Anträge nach den Absätzen 1 und 2 schon vor Klageerhebung zulässig.

Soweit der Ag in diesem Zusammenhang einwendet, es handele sich im vorliegenden Verfahren lediglich um einen "Versuchsballon", weil sie noch in Vertragsverhandlungen stünden und nicht absehbar sei, ob die Ast überhaupt Klage erhebe, ist das Rechtsschutzbedürfnis für den einstweiligen Rechtsschutz mit dieser Argumentation nicht zu verneinen. Einer "verfrühten" Antragstellung hätte der Ag mit einem "sofortigen Anerkenntnis" (mit der Kostenfolge des § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 156 Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) begegnen können. Ob Vertragsverhandlungen zwischen dem Ag und der Ast noch andauern bzw. ein Versorgungsvertrag überhaupt zustande kommt, ist für die unter Ziffern 1 bis 3 geltend gemachten Unterlassungsansprüche entgegen der Auffassung des Ag ohne rechtliche Relevanz. Denn die Anordnungen unter Ziffern 1 und 2 beziehen sich gerade auf den Zeitraum vor Abschluss des Versorgungsvertrages, für die Anordnung unter Ziffer 3 wäre der Abschluss eines Versorgungsvertrags rechtlich unerheblich.

2. Der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ist auch begründet.

Rechtsgrundlage für den von der Ast begehrten einstweiligen Rechtsschutz ist § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des Abs. 1 nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis erlassen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung).

Das ist dann der Fall, wenn dem Ast ohne eine solche Anordnung schwere oder unzumutbare, nicht anders abwendbare Nachteile entstehen, zu deren Beseitigung eine Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre. Eine solche Regelungsanordnung setzt voraus, dass der Ast einen Anordnungsgrund, das ist in der Regel die Eilbedürftigkeit, und einen Anordnungsanspruch, das ist der materiell-rechtliche Anspruch, auf den sich das Begehren stützt, glaubhaft gemacht hat, § 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG i. V. m. §§ 920 Abs. 2, 294 Abs. 1 Zivilprozessordnung (ZPO).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung begründet. Die Ast hat sowohl einen Anordnungsanspruch als auch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

a. Ein Anordnungsanspruch ist glaubhaft gemacht, wenn das Gericht zu der Überzeugung gelangt ist, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass der Ast ein Rechtsanspruch auf die begehrte Leistung zusteht und sie deshalb in einem Hauptsacheverfahren mit dem gleichen Begehren voraussichtlich Erfolg haben wurde.

Gemäß § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V regeln das 4. Kapitel des SGB V sowie die §§ 63 und 64 abschließend u.a. die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Für diese Rechtsbeziehungen gelten nach § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind. Materiell-rechtlich beruht damit der Unterlassungsanspruch auf einem allgemeinen, aus § 1004 Abs. 1 BGB abzuleitenden Rechtsgrundsatz, dass der Inhaber eines Rechts, sofern ein Eingriff in ein absolutes Recht oder in ein ansonsten geschütztes Recht droht, die Unterlassung des Eingriffs verlangen kann, wenn er nicht zu dessen Duldung verpflichtet ist. Voraussetzung für die Begründetheit eines öffentlich-rechtlichen Unterlassungsanspruchs ist somit zum einen eine durch öffentlich-rechtliche Vorschriften begründete und im Verhältnis zu anderen Rechtsträgern geschützte Rechtsposition, zum anderen das Drohen eines Eingriffs in diese

Position (vgl. BSG, Urteil vom 15.11.1995, 6 RKa 17/95 - juris Rn. 16; LSG B.-W., Urteil vom 09.12.2000, L 11 KR 776/07 - juris Rn. 37). Die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und ihren Leistungserbringern sind darauf ausgelegt, die den Versicherten zur Verfügung stellenden Leistungen ausreichend und zweckmäßig und in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich zu erbringen, vgl. § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind, § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Die von der Ast gestellten Anträge unter Ziffern 1 bis 3 sind begründet, denn die Ast hat jeweils einen Unterlassungsanspruch gegen den Ag gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 1004 BGB i. V. m. § 823 Abs. 2 BGB entsprechend i. V. m. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V glaubhaft gemacht.

Der Ag hat die unter Ziffern 1 und 2 von der Ast beanstandeten Verhaltensweisen zu unterlassen, denn er stört damit die Erfüllung der Sachleistungsansprüche der Versicherten durch die Ast.

Nach § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden.

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB für die Gewährleistung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten gegen die gesetzliche Krankenkasse in Form der Verpflichtung der Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung darstellt, Hilfsmittel als Sachleistung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Voraussetzung für die Schutzgesetztauglichkeit einer Norm ist, dass sie den Charakter einer Ge- bzw. Verbotsnorm haben muss. Rechtsnormen, die nur allgemeine Grundsätze aufstellen, scheiden daher als Schutzgesetz aus. Kennzeichnend für eine solche Ge- oder Verbotsnorm ist, dass sie einen an den Normadressaten gerichteten, bestimmten Verhaltensbefehl enthält (J. Lange/Schmidtbauer in jurisPK - BGB 6. Aufl. 2012, § 823 BGB, Rn. 170 m. w. N.). Die Rechtssprechung fordert daher für die Schutzgesetztauglichkeit einer Norm nur, dass sie nach ihrem Zweck und Inhalt auch dem Individualschutz dient (J. Lange/Schmidtbauer, a. a. O., Rn. 171).

Die Aufgabe, Hilfsmittel als Sachleistung kostenfrei zur Verfügung zu stellen, gehört zu den zentralen gesetzlichen Aufgaben der Ast. Satz 1 des § 126 Abs. 1 SGB V löst das bisherige Zulassungsverfahren für Hilfsmittellieferanten durch ein in § 127 ausgestaltetes System öffentlich-rechtlicher Vertragsschlüsse der Krankenkasse mit entsprechenden Leistungserbringern ab (s. FraktE BT - Drucks 16/3100 S. 141). Diese Vorschrift dient auch dem Individualschutz, denn sie soll den einzelnen Versicherten davor schützen, von Lieferanten aufgrund vertragsärztlicher Verordnung Leistungen zu erhalten, die keine unmittelbare Abrechnungsbefugnis mit der Krankenkasse haben, bei der der Versicherte Mitglied ist. Hingegen ist es rechtlich unerheblich, ob das von der Ast beanstandete Verhalten des Ag das Sachleistungssystem insgesamt gefährdet und der Ag ein "Teilsozialsystem" ist; maßgeblich ist vielmehr die Gewährleistung des Sachleistungssystems gegenüber den einzelnen Versicherten, d. h. der Individualschutz der Versicherten.

Dass § 126 Abs. 1 SGB V ein Schutzgesetz i. S. d. § 823 Abs. 2 BGB für die Versicherten und die gesetzliche Krankenkasse darstellt, ergibt sich auch aus Satz 2 der Vorschrift. Danach können nur Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkasse sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Damit definiert Satz 2 die grundsätzlichen Voraussetzungen an die Qualifikation potentieller Vertragspartner (Eignungskriterien) im Wesentlichen identisch mit den allgemeinen Anforderungen an Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV nach §§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 (Nolte in Kasseler Kommentar, Band 1, § 126 Rn. 4a). Diese Vorschrift bezweckt den Schutz der Versicherten dadurch, dass auch nach Abschaffung des Zulassungsverfahrens Vertragspartner der Krankenkassen nur sein kann, wer bestimmte Mindeststandards gewährleistet. Im Rahmen des Sachleistungsanspruches des Versicherten gegen seine Krankenkasse muss er sich - wenn er mit einer vertragsärztlichen Hilfsmittelverordnung zu einem Hilfsmittellieferanten kommt - darauf verlassen können, dass dieser - soweit er die vertragsärztliche Hilfsmittelverordnung entgegen nimmt - die konkrete Hilfsmittelversorgung im Namen seiner Krankenkasse durchführt und im Gegenzug das Hilfsmittel in der gebotenen Qualität abgegeben wird und für ihn kostenfrei ist. Der eindeutige Wortlaut des § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V verbietet dem Hilfsmittellieferanten, der nicht Vertragspartner (im Sinne des § 127 Abs. 1, 2 und 3 SGB V) der Krankenkasse ist, dessen Mitglied der Versicherte ist, Hilfsmittel aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen im Sinne des SGB V an den Versicherten abzugeben.

Der Schutzbereich dieser Norm begründet aus den dargelegten Gründen einen Unterlassungsanspruch der Ast gegen den Ag, vertragsärztliche Verordnungen bzw. Bescheinigungen von Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen von Versicherten der Ast für Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 (incl. Beratung und Reparaturen) anzunehmen, soweit und so lange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Ast abgeschlossen hat. Denn nach § 126 SGB V darf die Versorgung mit Hilfsmitteln nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V durchgeführt werden.

Die Ast hat insoweit glaubhaft gemacht, dass der Ag Verordnungen von Versicherten entgegennimmt und anschließend an die Versicherten Privatrechnungen stellt. Beispielsweise hat der Ag bezüglich der Versicherten H. H. eine vertragsärztliche Verordnung vom 29.04.2013 für zwei Paar Schuhe, Schuherhöhungen von 4 cm entgegen genommen und seine Leistung der Versicherten am 25.10.2013 persönlich in Rechnung gestellt (Rechnung in

Höhe von 227,36 Euro). Für den Versicherten G.V. hat er auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung vom 20.06.2013 für ein Paar Schuhe Schuherhöhungen von 2 cm rechts gefertigt und dies dem Versicherten mit Rechnung in Höhe von 61,84 Euro am 25.10.2013 persönlich in Rechnung gestellt. Der Ag hat den genannten Versicherten auch entsprechende Mahnschreiben zukommen lassen (Schreiben vom 31.01.2014).

Zum Zeitpunkt der Annahme der ärztlichen Verordnungen für die Versicherte H. H. und den Versicherten G. V. war dem Ag bekannt, dass er - soweit er die Verordnung nicht vor dem 01.05.2013 ausführen kann - die Hilfsmittelleistungen nicht mehr mit der Ast abrechnen kann, weil ab dem 01.05.2013 zwischen dem Ag und der Ast keine vertraglichen Beziehungen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V oder § 127 Abs. 2a SGB V mehr bestehen und er mittels Rundschreiben der Landesinnung B. für Orthopädie-Schuhtechnik vom 26.03.2013 darüber informiert worden war, dass ein neuer Vertrag für die Versicherten der Ast gilt. Der Ag ist dem von der Ast mit der Landesinnung B. für Orthopädieschuhtechnik über die Versorgung mit Hilfsmitteln mit der Produktgruppe 02 "Adaptionshilfen", 08 "Einlagen", 10 "Gehhilfen" und 31 "Schuhe" mit Wirkung vom 01.05.2013 abgeschlossenen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V nicht beigetreten. Dieser Vertrag wurde als sog. Beitrittsvertrag auf der Internetseite der Ast "www.aok-gesundheitspartner.de" veröffentlicht. Der Einwand des Ag, er habe erst am 20.07.2013 erfahren, dass die Ast nicht bereit sei, die von ihm eingereichten Rechnungen zu begleichen, ist demgegenüber unbeachtlich. Darüber hinaus hat er auch im sich anschließenden Zeitraum auf seinem Standpunkt beharrt, er dürfe die Versicherten der Ast wie "Privatkunden" versorgen (s. hierzu unter 2 b).

Soweit der Ag mit Schriftsätzen vom 25.04.2014 und 07.05.2014 einwendet, er habe niemals das Kündigungsschreiben vom 20.05.2008 bezüglich des Rahmenvertrags über die Versorgung der Anspruchsberechtigten der Krankenkassen durch Orthopädieschuhmacher mit der Landesinnung B. für Orthopädieschuhtechnik mit Geltung ab 01.11.1981 erhalten, aus seiner Sicht bestehe nach wie vor ein - zumindest faktisches - Vertragsverhältnis, setzt er sich damit in Widerspruch zu seinem Vortrag im Schriftsatz vom 26.02.2014, in dem er selbst davon ausging, dass nach Kündigung des Rahmenvertrags im Jahr 2008 die Konditionen dieses Vertrags weiter gelten sollten, bis ein neuer Vertrag mit den Leistungserbringern geschlossen werde; ab dem 01.05.2013 bestehe zwischen ihm und der Ast keine vertragliche Beziehung mehr. Somit ist der Einwand des Ag, er habe kein Kündigungsschreiben bezüglich des Rahmenvertrags (a. a. O.) erhalten, bereits nach seinem eigenen Vortrag nicht glaubhaft.

Das vom Ag mit Schriftsatz vom 25.04.2014 vorgelegte Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in B. vom 20.05.2008 an Hr. J. B. beinhaltet zwar ein Angebot, die Versorgung der Versicherten zu den Bedingungen des gekündigten Vertrags weiterhin durchzuführen, soweit bis 01.01.2009 keine neuen Verträge nach § 127 Abs. 1 oder 2 SGB V geschlossen werden. Adressat dieses Schreibens war jedoch zum einen nicht der Ag; zum anderen kann dieses Angebot aus der Sicht eines vernünftigen Empfängers nicht in dem Sinne verstanden werden, dass die Bedingungen des gekündigten Vertrags gegenüber einem Leistungserbringer auch dann weiter gelten sollen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt als dem 01.01.2009 ein neuer Rahmenvertrag geschlossen wird und der Leistungserbringer diesem Vertrag nicht beitritt.

Mit der Versorgung von Hilfsmitteln durch einen Hilfsmittellieferanten, der nicht Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkasse ist, bei der der Versicherte Mitglied ist, wird weder der Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse erfüllt noch erwirbt der Versicherte dadurch einen Sachleistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, sondern er wird - wie im vorliegenden Fall - Zahlungsaufforderungen ausgesetzt, mit denen er nicht zu rechnen brauchte. Die Verträge nach § 127 SGB V haben neben der Funktion, den Zugang zum Sachleistungssystem zu verschaffen, auch den Sinn, die Versorgung im Massengeschäft der Leistungsbewilligung und -gewährung so zu strukturieren, dass der Versicherte die Leistungen schnell und in der gebotenen Qualität unter Beachtung auch formaler Anforderungen sowie des Datenschutzes erhält und deren Abrechnung den Anforderungen der §§ 284 ff. SGB V entspricht.

Entgegen der Rechtsauffassung des Ag begründet dieser mit der Entgegennahme der vertragsärztlichen Verordnung und Abgabe der Hilfsmittel weder mit den Versicherten noch mit der Ast Vertragsbeziehungen. Dies scheitert schon daran, dass der Versicherte gerade keinen Rechtsbindungswillen hat, sondern aufgrund der Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung davon ausgeht, dass ihm das Hilfsmittel kostenfrei im Rahmen des Sachleistungsprinzips zur Verfügung gestellt wird. Ein Vertrag zwischen dem Ag und der Ast kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil sich der Ag nicht innerhalb des Sachleistungssystems bewegt und er deshalb nicht Adressat einer durch einen Versicherten vermittelten Willenserklärung der Ast sein kann.

Eine andere rechtliche Beurteilung ergibt sich entgegen der Rechtsauffassung des Ag auch nicht aus § 127 Abs. 3 SGB V.

Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend, § 127 Abs. 3 Satz 1 SGB V.
Diese Vorschrift enthält keine generelle Erlaubnis, dass sich Leistungserbringer ohne vertragliche Bindung an der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Hilfsmitteln beteiligen dürfen. Nach § 127 Abs. 3 Satz 2 SGB V ist lediglich in dem besonderen Fall, dass eine Versorgung des Versicherten mit Hilfsmitteln durch vertraglich gebundene Leistungserbringer nicht möglich oder zumutbar ist, eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer erlaubt.

Im vorliegenden Fall lagen Einzelfallvereinbarungen der Ast mit dem Ag vor Abgabe der Hilfsmittel nicht vor. Überdies steht dem Ag auch kein Anspruch auf (zukünftige) Einzelfallvereinbarungen über die Abgabe von Hilfsmitteln zu, denn die Versorgung der Versicherten ist - worauf die Ast zu Recht hinweist - durch die bestehenden Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V vollumfänglich abgesichert und in einer für die Versicherten zumutbaren Weise möglich. Einzelfallentscheidungen zwischen der Ast und dem Ag nach § 127 Abs. 3 Satz 1 SGB V als Rechtsgrundlage für die Abgabe der Hilfsmittel an die Versicherten durch den Ag kommen daher nicht in Betracht. Dass die Versicherten ein berechtigtes Interesse hatten, ausnahmsweise einen anderen (nicht-vertraglichen) Leistungserbringer zu wählen, § 127 Abs. 3 Satz 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V, hat der Ag weder vorgetragen noch sind Anhaltspunkte dafür aus den Akten ersichtlich. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass ein berechtigtes Interesse nur dann besteht, wenn die Inanspruchnahme des von der Krankenkasse benannten Anbieters dem Versicherten aus triftigen persönlichen Gründen nicht zugemutet werden kann; die dadurch entstehenden Mehrkosten muss der Versicherte selbst tragen, § 33 Abs. 6 Satz 3 HS 2 SGB V.

Auch den unter Ziffer 3 geltend gemachten Unterlassungsanspruch hat die Ast glaubhaft gemacht. Der Ag hat es zu unterlassen, den Versicherten der Ag die unter 1. und 2. genannten Hilfsmittel und weitere in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen in Rechnung zu stellen. Rechtsgrundlage auch dieses Unterlassungsanspruchs ist § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 1004 BGB i. V. m. § 823 Abs. 2 BGB entsprechend i. V. m. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Der Schutzbereich des § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V gewährleistet den Sachleistungsanspruch der Versicherten gegen die Ast und die Verpflichtung der Ast, Versicherte vor unberechtigten Zahlungsforderungen von Hilfsmittellieferanten zu schützen.

Ein privatrechtlicher Vertrag kommt zwischen den Versicherten der Ast, die die Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der Sachleistung beanspruchen, und dem Ag nicht zustande. Entgegen der Rechtsauffassung des Ag ist es ohne rechtliche Relevanz, ob für Produktgruppen (z. B. 08) gemäß § 36 SGB V vom GKV-Spitzenverband Festbeträge festgesetzt worden sind. Denn diese stellen keine vertraglichen Regelungen dar. Auch für festbetragsgeregelte Produkte ist eine Versorgung der Versicherten gemäß § 126 Abs. 1 SGB V nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V möglich. Der Ag kann gegenüber den Versicherten der Ast auch keine Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung geltend machen. Ein Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag scheitert an § 683 Satz 1 BGB, denn es entspricht weder dem wirklichen noch dem mutmaßlichen Willen noch dem Interesse der Versicherten der Ast, ein Hilfsmittel außerhalb des Sachleistungsanspruchs in Anspruch zu nehmen, weil damit die Verpflichtung verbunden ist, die entstehenden Kosten selbst zu tragen. Eine Leistungskondition gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 Alternative 1 BGB ist schon deshalb ausgeschlossen, weil aufgrund des Sachleistungsprinzips nur eine Leistungsbeziehung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bestehen kann. Ebenso wenig sind die Voraussetzungen der Nichtleistungskondition gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 Alternative 2 BGB gegeben, denn es besteht schon keine Zahlungsverpflichtung der Versicherten der Ast gegenüber dem Ag, sodass eine Befreiung von einer Zahlungsverpflichtung nicht in Betracht kommt.

Ein Versicherter, der mit einer vertragsärztlichen Hilfsmittelverordnung zu einem Hilfsmittellieferanten kommt, muss sich darauf verlassen können, dass der Hilfsmittellieferant als Vertragspartner seiner Krankenkasse die konkrete Versorgung im Namen seiner Krankenkasse durchführt und damit im Gegenzug die Lieferung für ihn kostenfrei ist. Der Leistungserbringer muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen (BSG, Urteil vom 09.10.2001, B 1 KR 6/01 R = BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 25).

Die Erfüllung der Verpflichtung der Ast, den Sachleistungsanspruch ihrer Versicherten störungsfrei zu gewährleisten, wird durch das Verhalten des Ag in schwerwiegender und unzumutbarer Weise beeinträchtigt. Insbesondere durch die von der Ast im Schriftsatz vom 13.02.2014 in Bezug genommenen Schreiben des Ag, die den Privatrechnungen an die Versicherten seit dem 01.05.2013 beigefügt waren (s. unter I) und Falschinformationen enthalten, hindert er die Ast in schwerwiegender und unzumutbarer Weise daran, ihrer Fürsorgepflicht gegenüber ihren Versicherten nachzukommen und deren Ansprüche gegen sie auf störungsfreie Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der Sachleistung zu erfüllen. Entgegen der Behauptung des Ag in diesen Schreiben hat die Ast seit 01.05.2013 gerade keine Pflicht mehr, die an die Versicherten der Ast vom Ag abgegebenen Hilfsmittel diesem gegenüber abzurechnen.

Auch der Hinweis auf die Möglichkeit, von der Ast Erstattung der Kosten zu verlangen, die durch die Bezahlung der Rechnungen des Ag entstanden sind, ist irreführend. Entgegen der Rechtsauffassung des Ag stehen den Versicherten der Ast keine Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder § 13 Abs. 3 SGB V gegen die Ast zu.

Nach § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen, Satz 2.

Im vorliegenden Fall verkennt der Ag, dass der Versicherte auch dann, wenn er Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt hat, nicht berechtigt ist, bei nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern Leistungen in Anspruch zu nehmen. § 13 Abs. 2 SGB V erlaubt auch nicht, Kostenerstattung nur hinsichtlich bestimmter Leistungen, d. h. hier hinsichtlich eines bestimmten Hilfsmittels, zu wählen. Im Übrigen trägt der Ag insoweit schon nicht vor, dass er nur an Versicherte seit dem 01.05.2013 Hilfsmittel abgegeben hat, die gemäß § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben. Die Wahl von Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V durch den Versicherten hat zudem - entgegen der Rechtsauffassung des Ag - vor der Inanspruchnahme der Leistungen zu

erfolgen.

Den Versicherten der Ast steht nach Abgabe der Hilfsmittel durch den Ag gegenüber der Ast auch kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V zu.

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, § 13 Abs. 3 SGB V.

Ein Kostenerstattungsanspruch der Versicherten der Ast, an die der Ag Hilfsmittel abgegeben hat, ist gemäß § 13 Abs. 3 SGB V schon deshalb nicht gegeben, weil der Ag seit dem 01.05.2013 kein vertraglich gebundener Leistungserbringer mehr ist, sodass diese Vorschrift nicht anwendbar ist.

Soweit der Ag einwendet, ein Kostenerstattungsanspruch der Versicherten der Ast ergebe sich im Wege der Analogie zu § 13 Abs. 4 SGB V, da sie einen Anspruch hätten, sich vom Orthopädieschuhmacher ihres Vertrauens, bei dem sie jahrelang Kunde gewesen seien, versorgen zu lassen, vermag diese Argumentation eine Analogie zu § 13 Abs. 4 SGB V nicht zu begründen.

Nach § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- und Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Satz 2.

"Leistungserbringer" im Sinne des Satz 1 des § 13 Abs. 4 SGB V können somit nur dann in Anspruch genommen werden, wenn bei ihnen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder sie im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (Satz 2).

Satz 2 dieser Vorschrift spricht gegen eine Analogie zu § 13 Abs. 4 S. 1 SGB V aufgrund einer planwidrigen Regelungslücke, denn sie knüpft die Berechtigung, Leistungserbringer zu sein, an Voraussetzungen, die in Rechtsnormen enthalten sind. Aus § 13 Abs. 4 SGB V lässt sich kein Argument dafür herleiten, den eindeutigen Regelungsgehalt der §§ 126 Abs. 1 Satz 1, 127 Abs. 1, 2 und 3 in sein Gegenteil zu verkehren.

Die durch den Ag verursachten Vermögensverletzungen der Versicherten werden der Ast auch zugerechnet, weil der Ag sie durch das verwendete Schreiben (a. a. O.) an die Versicherten für die Nichterfüllung des Sachleistungsprinzips verantwortlich macht.

Somit ist der Ag verpflichtet, es zu unterlassen, die Versicherten der Ast - zu Unrecht - darauf hinzuweisen, dass sie die Rechnungen ihrer Krankenkasse - wegen angeblicher rechtswidriger Weigerung der Abrechnung durch die Ast - zur Erstattung vorlegen können. Dieser Hinweis enthält eine Irreführung der Versicherten der Ast dahingehend, dass auch ein entsprechender Erstattungsanspruch der Versicherten gegen die Ast gegeben sei.

b) Die Ast hat auch einen Anordnungsgrund bezüglich der Anträge unter Ziffern 1-3 glaubhaft gemacht. Eine besondere Eilbedürftigkeit ist im vorliegenden Fall zu bejahen, denn es besteht insoweit eine Wiederholungsgefahr. Dies ergibt sich sowohl aus dem Verhalten und den schriftsätzlichen Äußerungen des Ag gegenüber der Ast (s. Schriftsatz vom 25.07.2013) als auch aus seinen schriftsätzlichen Äußerungen gegenüber dem Gericht (s. Schriftsatz vom 26.02.2014).

Der Ag hat weder die Aufforderung der Ast vom 06.11.2013 noch die vom 06.02.2014 auf Unterlassung hinsichtlich der unter Ziffern 1-3 beanstandeten Verhaltensweisen unterschrieben.

Gegen die besondere Eilbedürftigkeit des unter Ziffer 1 von der Ast geltend gemachten Unterlassungsanspruchs spricht auch nicht der vom Ag vorgetragene Umstand, dass er seit dem 20.07.2013 keine vertragsärztlichen Verordnungen von Versicherten der Ast entgegen genommen habe. Denn der Ag vertritt nach wie vor die Auffassung, dass er jederzeit berechtigt sei, im Rahmen des § 127 Abs. 3 Satz 1 SGB V Leistungen zu erbringen und andererseits die Ast verpflichtet sei, Einzelfallentscheidungen über die erfolgte Leistung zu treffen. Darüber hinaus hat der Ag telefonisch geäußert (Telefonvermerk vom 06.02.2014), dass der alte Vertrag weiterhin gelte und er als Handwerker im Rahmen eines Werkvertrages durchaus befugt sei, private Rechnungen an Versicherte der Ast zu stellen. Trotz Hinweis der Ast, dass er dazu nicht berechtigt sei, wenn der Versicherte das Hilfsmittel als Sachleistung beziehen wolle, beharrte der Ag auf seinem Standpunkt. Auch mit Schriftsatz vom 25.07.2013 hatte der Ag als Alternative zum Zustandekommen des von ihm angebotenen Vertrags bzw. zum "Weiterlaufen" des alten Vertrags in Aussicht gestellt, die Versicherten der Ast wie Privatkunden zu behandeln und diesen die von ihm erbrachte Arbeit in Rechnung zu stellen. Die Verpflichtung der Ast, Einzelfallentscheidungen zu treffen, setze nach seiner Rechtsauffassung wiederum zwingend voraus, dass er berechtigt sein müsse, vertragsärztliche

Verordnungen anzunehmen, Hilfsmittel abzugeben und Hilfsmittel gegenüber der Ast im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zu berechnen. Dies korrespondiere nach seiner Auffassung wiederum mit dem Recht der Versicherten nach § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V, anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung zu wählen (s. Schriftsatz vom 26.02.2014).

Die besondere Eilbedürftigkeit folgt somit hier aus dem Umstand, dass die Versicherten der Ast vor ungerechtfertiger Inanspruchnahme durch den Ag geschützt werden müssen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Versicherte - auch in Zukunft - tatsächlich ungerechtfertigte Zahlungen an den Ag leisten.

Somit hat der Ag eindeutig zu erkennen gegeben, dass er auch in Zukunft vertragsärztliche Verordnungen der Versicherten der Ast entgegen nehmen wird, Hilfsmittel an diese abgeben wird und diese auch fortgesetzt auf einen vermeintlichen, jedoch nicht bestehenden Kostenerstattungsanspruch gegen die Ast verweisen wird.

Ob zwischen dem Ag und der Ast Vertragsverhandlungen über den Abschluss eines Vertrags im Sinne von § 126 SGB V bzw. über Einzelvereinbarungen stattfinden oder nicht bzw. ein solcher Vertrag jemals zustande kommt, ist für die Unterlassungsansprüche der Ast gegen den Ag gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 1004 BGB i. V. m. § 823 Abs. 2 BGB entsprechend i. V. m. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V - entgegen der Rechtsauffassung des Ag - ohne rechtliche Relevanz. Unerheblich ist daher auch, ob die Ast dem Ag "unfaire" Vertragsbedingungen stellt, wie vom Ag behauptet. Der Hinweis der Ag auf das Grundrecht auf freie Berufsausübung gemäß Art. 12 GG ist im Hinblick auf den der Ast zustehenden Unterlassungsanspruch gegen den Ag ebenso unbehelflich. Weder hat der Ag substantiiert vorgetragen, dass der Schutzbereich des Art. 12 GG tangiert ist, noch ergibt sich hierfür ein Anhaltspunkt aus den Akten. Der Hinweis des Ag, die Annahme einer ärztlichen Verordnung, die Abgabe und Abrechnung der Hilfsmittel stellten keine Verletzungshandlungen dar, die in irgendeiner Weise Schadensersatzansprüche der Ast auslösen könnten, geht schon deshalb fehl, weil die Ast im vorliegenden Fall nicht einen Schadensersatzanspruch, sondern Unterlassungsansprüche gegen den Ag geltend macht.

Aus den dargelegten Gründen und im Interesse der Effektivität des Rechtsschutzes wäre es für die Ast unzumutbar, sie auf eine Entscheidung in einem Hauptsacheverfahren zu verweisen. Daher ist die Vorwegnahme der Hauptsache im vorliegenden Verfahren ausnahmsweise zulässig.

Die Androhung des Ordnungsgeldes für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die Anordnung unter Ziffern 1 bis 3 sowie die Androhung von Ordnungshaft beruhen auf § 198 SGG i. V. m. § 890 Abs. 1 und 2 ZPO. Die Androhung des Ordnungsgeldes konnte gemäß § 890 Abs. 2 ZPO bereits im Beschluss ausgesprochen werden.

Der Ast war hier keine Frist zur Klageerhebung gemäß § 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG i. V. m. § 926 ZPO zu setzen, weil der Ag dies nicht beantragt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 154 Abs. 1 VwGO.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 1. HS SGG i. V. m. §§ 52 Abs. 2, 53 Abs. 2 Nr. 4, 63 Abs. 2 des Gerichtskostengesetzes (GKG). Bietet der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwertes keine genügenden Anhaltspunkte, ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro (Auffangstreitwert) anzunehmen. Hiervon ist vorliegend auszugehen, da das wirtschaftliche Interesse der Ast nicht beziffert werden kann und genügend tatsächliche Anhaltspunkte für eine Schätzung fehlen. Es war nicht geboten, den Streitwert im vorliegenden einstweiligen Rechtsschutzverfahren zu reduzieren, weil das Antragsbegehren auf eine faktische Vorwegnahme der Hauptsache gerichtet ist.