



LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

L 4 KR 244/10

S 10 KR 755/08 Sozialgericht Hannover

Verkündet am: 25. November 2014

A.

Justizangestellte

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

1. B.
2. C.
3. D.

- Kläger und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:
zu 1-3: Rechtsanwälte E.

gegen

F.

- Beklagte -

Prozessbevollmächtigte:
Assessoren G.

H.

- Beigeladene und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwälte I.

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 25. November 2014 in Celle durch den Vorsitzenden Richter am

Landessozialgericht J., die Richterin am Landessozialgericht K., den Richter am Landessozialgericht L. sowie die ehrenamtlichen Richter M. und N. für Recht erkannt:

- 1. Die Berufung der Beigeladenen wird zurückgewiesen.**
- 2. Die Beigeladene trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.**
- 3. Der Streitwert des Berufungsverfahrens beträgt 5.000,00 EURO.**
- 4. Die Revision wird zugelassen.**

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Berechtigung der Beklagten zum Abschluss eines Individualrabattvertrages mit der Beigeladenen über die Vergütungshöhe dentaltechnischer Leistungen.

Die Klägerin zu 2. ist ein dentaltechnisches Labor, der Kläger zu 3. ist Inhaber dieses Labors. Die Klägerin zu 1. ist die für Niedersachsen zuständige Innung.

Am 21. August 2008 schlossen die Beklagte und die Beigeladene einen Rabattvertrag, der auszugsweise den folgenden Inhalt hat:

§ 1 Preise

- 1) *Die Firma O. gewährt den Versicherten der P. einen Rabatt von mindestens 20% auf die mit der Niedersächsischen Zahntechniker Innung abgeschlossenen Vereinbarung zur BEL II (Netto-Höchstpreise) sowie auf die Leistungen nach BEB. Dies gilt für vollständig in Deutschland hergestellten Zahnersatz.*
- 2) *Für im Ausland hergestellte Produkte ist Grundlage für die Rechnungslegung die offizielle Preisliste der Firma O.. Diese Preise liegen durchschnittlich 40-60% unterhalb der in Niedersachsen geltenden Netto-Höchstpreise nach BEL II. Die BEB-Preisliste entspricht der BEL II-Preisliste. Auf diese Listenpreise erhalten P. Versicherte einen Preisnachlass von 5%.*

(...)

§ 5 Vermarktung

- 1) *Die P. wird Ihre Versicherten in geeigneter Weise über die Inhalte dieser Vereinbarung informieren. Die Information erfolgt insbesondere im Internet, über Presse und Mitgliederzeitschriften sowie Flyer.*
- 2) *Die Firma Q. informiert ihre zahnärztlichen Kunden über den Inhalt dieser Vereinbarung in geeigneter Weise. Die Informationen erfolgen objektiv und vollständig.*

(...)

§ 9 Preisbindung

Die in diesem Vertrag vereinbarten Preise sind zur Wahrung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit an die Voraussetzung gebunden, dass anderen Kostenträgern bei vergleichbaren Leistungen keine günstigeren Konditionen eingeräumt werden. Sollte dies dennoch der Fall sein, erfolgt eine dahingehende Preisanpassung.

(...)

Über die bestehenden Rabattmöglichkeiten betrieb die Beklagte Werbemaßnahmen. Sie erstellte eine Werbebroschüre, in der sie die Beigeladene sowie weitere Vertragspartner namhaft machte, mit denen sie Rabattverträge geschlossen hatte. Sie veröffentlichte ferner eine Pressemitteilung, wonach insgesamt fünf ausgewählte Dentallabore in Hannover, Salzgitter-Bad, Westerstede, Esens und Bremen vertragliche Rabatte zwischen 20 und 65 % gewährten. Es erfolgte ferner ein Bericht in der Nordseezeitung am 28. Juni 2007.

Am 22. Oktober 2008 haben die Kläger Klage vor dem Sozialgericht (SG) Hannover erhoben. Sie haben die Ansicht vertreten, dass die Beklagte nicht zum Abschluss derartiger Individualrabattverträge berechtigt sei. Das System des SGB V gehe von Kollektivverträgen aus. Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern sehe das SGB V nur in Ausnahmen vor. Verträge zwischen den Dentallaboren und Krankenkassen seien dort nicht vorgesehen. Eine Öffnungsklausel sei nicht vorhanden. Zum Abschluss von Einzelverträgen fehle es an einer auf Zahnersatz bezogenen Ermächtigungsgrundlage. Der Gesetzgeber sei davon ausgegangen, dass es eine allgemeine Ermächtigung für den Abschluss von Einzelverträgen nicht gebe. Hätte der Gesetzgeber eine grundsätzliche Abkehr vom Kollektivvertragsrecht gewollt, so hätte er hierfür die generellen Grundlagen geschaffen. Aus der historischen Entwicklung der Vertragsarten für zahntechnische Leistungen in den einzelnen Gesundheitsreformen lasse sich schließen, dass eine Ermächtigungsgrundlage für Einzelverträge nicht geschaffen werden sollte. Schon in früheren Jahren hätte es nicht an Versuchen gefehlt, die Krankenkassen zum Abschluss von Einzelverträgen mit Dentallaboren zu ermächtigen, jedoch habe der Bundestag dies bis heute unter Beibehaltung des Kollektivvertragssystems des § 88 SGB V kontinuierlich abgelehnt. Die Klägerin hat eine Stellungnahme des Rechtsanwalts Prof. Dr. R. vom 2. Oktober 2007 überreicht, die an den Verband der Zahntechnikerinnen gerichtet war. Hiernach würden die §§ 57 und 88 SGB V keine Rechtsgrundlage für den Abschluss von Einzelverträgen enthalten. Die Klägerin hat ferner ein Schreiben des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 3. März 2004 überreicht. Hierdurch sieht sie ihre Ansicht gestärkt, wonach es § 88 SGB V und (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis (BEL) der Beklagten verbieten würde, Rabattverträge abzuschließen. Nach Ansicht der Klägerin sei der Wortlaut des § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V eindeutig. Dort sei lediglich von einem Informationsrecht der Krankenkasse die Rede, nicht jedoch von einer Vertragskompetenz. Da diese Regelung auch keine Pflicht der Krankenkassen zur Information

beinhalte, könne daraus auch nicht geschlossen werden, dass die Krankenkassen das Recht hätten, die Voraussetzungen für die Erfüllung dieser Pflicht zu haben. Die Beigeladene importe Zahnersatz u.a. aus China. Dieser sei naturgemäß preiswerter als in Deutschland hergestellter Zahnersatz. Durch die Verwendung eines solchen Zahnersatzes verstoße jedoch nicht nur die Beigeladene, sondern auch die Beklagte gegen das Medizinproduktegesetz (MPG). Die Beigeladene stelle die erforderliche Konformitätserklärung selbst aus, was jedoch gravierend fehlerhaft sei. Es handele sich damit zwar um eine preisgünstigere Versorgung, nicht jedoch um eine ordnungsgemäße Versorgung. Der gesetzliche Auftrag der Beklagten laute jedoch auf eine ordnungsgemäße Versorgung. Unabhängig davon habe ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz gravierende Mängel bei der Versorgung von Zahnersatz im Ausland festgestellt. Die Klägerin hat ferner ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 3. Mai 2005 überreicht, wonach § 57 Abs. 2 SGB V keine positive Regelung zum Abschluss von zusätzlichen Einzelverträgen vorsehe. Ferner hat sie ein Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 31. Juli 2009 überreicht, das sich in grundsätzlicher Weise mit der Kooperation gesetzlicher Krankenkassen und privatwirtschaftlicher Unternehmen auseinandersetzt. Hiernach handele es sich bei Werbemaßnahmen zu Gunsten privater Rabattpartner um aktive Absatzförderung für privatwirtschaftliche Unternehmen. Ein solches Verhalten trage dem besonderen Status einer gesetzlichen Krankenkasse nicht hinreichend Rechnung und sei generell unzulässig. Es solle künftig konsequent gegen derartige Angebote vorgegangen werden.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Das SGB V verbiete es ihr nicht, Rabattverträge mit Dentallaboren abzuschließen. Privatrechtliche Beziehungen bestünden zwar grundsätzlich nur zwischen den zahntechnischen Unternehmen und den Vertragsärzten als Auftraggeber, zwischen denen ein Werklieferungsvertrag nach § 651 BGB zustande käme. Dies bedeute jedoch nicht, dass die Möglichkeit einer einzelvertraglichen Regelung bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherungen ausgeschlossen sei. Denn die Beklagte dürfe die Versicherten neben den allgemeinen Informationsrechten aus §§ 13 ff. SGB I, § 1 Satz 3, 73 Abs. 8 Satz 1 SGB V auch aus der Spezialnorm des § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V über unterschiedliche Preise der einzelnen Leistungserbringer, insbesondere zahntechnischer Unternehmen, informieren. Hierbei dürfe sie im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens von sich aus durch Informationen initiativ tätig werden. Um das Informationsrecht ausüben zu können, sei es notwendig, preisgünstige Leistungsanbieter auf dem Markt zu bestimmen und für die Versicherten mit verbindlichen Angeboten zu binden. Außerdem lasse sich die Möglichkeit zum Abschluss eines Individualvertrages auch aus allgemeinrechtlichen Grundsätzen herleiten. Denn die Unternehmen unterlägen dem Grundsatz der Privatautonomie und könnten selbst bestimmen, ob und mit welchem Inhalt sie mit anderen einen Vertrag abschließen wollten. Die Handlungskompetenz der Beklagten erstrecke sich im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben und aufgrund ihres

Selbstverwaltungsrechtes auf die ihr zugewiesenen Aufgabenkreise, in deren Rahmen sie eigenverantwortlich handeln dürfe. Sie sei folglich zum Vertragsschluss berechtigt, soweit sich ihr gesetzlicher Aufgabenbereich auf die zu regelnde Sache erstrecke. Ferner folge eine Befugnis zum Vertragsschluss auch aus dem allgemeinen Sicherstellungsauftrag. Inhalt des Sicherstellungsauftrages sei, für eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Erbringung zahntechnischer Leistungen Sorge zu tragen. Diesbezüglich sei dem SGB V kein eindeutig formuliertes Verbotsgesetz zu entnehmen. Durch den Vertrag mit der Beigeladenen werde lediglich der bestehende Versicherungsschutz bezüglich zahntechnischer Leistungen modifiziert, in dem der Versicherte über Angebote unterhalb der Höchstpreisversorgung informiert werde. Die Beklagte bewege sich damit im Bereich ihres öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages. Auf den Gesetzesvorbehalt komme es nicht an, da sich Krankenkassen und Leistungserbringer nicht im Über/Unterordnungsverhältnis befänden. Die Vorgehensweise der Beklagten sei bisher vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gebilligt worden. Diverse Eingaben an das Bundeskartellamt seien bisher erfolglos geblieben. Es werde mit Nichtwissen bestritten, dass die für das Inverkehrbringen erforderlichen Konformitätserklärungen gravierend fehlerhaft seien. Darüber hinaus würden die streitbefangenen zahntechnischen Leistungen allesamt dem anerkannten Stand der Zahn-technik entsprechen und die Vorgaben des MPG erfüllen. Es sei im Übrigen sogar die Gewährleistungsfrist im Rahmen des Rabattvertrages auf fünf Jahre erweitert worden.

Durch Beschluss vom 14. September 2009 hat das SG die S. zum Verfahren beigeladen. Die Beigeladene hat sich zum Verfahren nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Das SG hat den Rabattvertrag vom 21. August 2008 nebst eines Mustervertragsentwurfes beigezogen.

Mit Urteil vom 23. April 2010 hat das SG festgestellt, dass die Beklagte nicht befugt war, mit der Beigeladenen die Vereinbarung zur Umsetzung des Informationsrechtes über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten gemäß § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V vom 21. August 2008 abzuschließen. Dem Abschluss des streitbefangenen Vertrages hätten die §§ 57 Abs. 2, 88 Abs. 2 SGB V entgegengestanden. Zwar könnten sich die Krankenkassen grundsätzlich auch des Abschlusses eines Verwaltungsvertrages bedienen. Dies könne jedoch nur soweit gelten, als nicht Rechte Dritter betroffen seien. Bei Drittbetroffenheit folge aus der Aufgabenzuweisung nur die Durchsetzung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebotes, nicht jedoch die Befugnis, sich aller rechtlich möglichen Mittel zu bedienen. Unabhängig davon seien die gesetzlichen Regelungen zu den Kollektivverträgen in den §§ 57 Abs. 2 und 88 Abs. 2 SGB V abschließende Regelungen, die daneben Einzelverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern ausschließen würden. Dies folge aus dem Wortlaut der Normen, aus ihrer Entstehungsgeschichte und aus einer systematischen Auslegung.

Gegen das am 30. April 2010 zugestellte Urteil hat die Beigeladene am 28. Mai 2010 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Das angefochtene Urteil sei aus formellen und materiellen Gründen aufzuheben. Das SG sei nicht ordnungsgemäß besetzt gewesen. Der Rechtsstreit habe eine Angelegenheit des Kassenzahnarztes betroffen. Die beteiligten ehrenamtlichen Richter seien jedoch keine Vertragszahnärzte. In materieller Hinsicht sei keine spezielle Ermächtigungsgrundlage zum Abschluss des streitbefangenen Rabattvertrages erforderlich. Die Regelung des § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V reiche aus. Es liege auch kein Eingriff in die Rechte Dritter vor. Die geschlossene Vereinbarung führe bloß zu einer faktischen Beeinträchtigung durch Vereitelung künftiger Erwerbschancen der Konkurrenten der Beigeladenen. Eine entsprechende vertragliche Bindung sei weder kartellrechtlich noch lauterkeitsrechtlich zu beanstanden, denn aus der Empfehlung der günstigeren Versorgung folge nicht zugleich eine verbindliche Anweisung der die Leistung nachfragenden Versicherten und Zahnärzte. Der Wettbewerb werde nicht missbräuchlich beeinträchtigt, denn die unverbindliche Empfehlung folge allein dem legitimen Zweck der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die BEL II sei nicht auf den Ausschluss von Wettbewerb gerichtet, sondern zielen allein auf die Kostendeckelung ab. Selbst wenn man eine Ermächtigungsgrundlage für erforderlich halten würde, so müsse man eine solche in § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V hineinlesen. Die Möglichkeit des Hinweises auf preisgünstigere Versorgungsmöglichkeiten beinhalte, dass eine Unterschreitung der Höchstpreisgrenze zulässig sei. Die normierte Informationsbefugnis richte sich auf bestehende Preisvereinbarungen, weshalb die Krankenkassen auch zum Abschluss solcher Preisvereinbarungen ermächtigt sein müssten.

Die Beigeladene beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. April 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten die angefochtene Entscheidung für zutreffend und schließen sich den dort genannten Gründen an. Sie vertiefen einzelne Aspekte ihres erstinstanzlichen Vorbringens und stehen zusammenfassend weiterhin auf dem Standpunkt, dass der Abschluss des streitbefangenen Vertrages nicht zulässig gewesen sei.

Die Beklagte,

stellt keinen Antrag.

Sie hat im Berufungsverfahren keine Stellungnahme abgegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beigeladenen ist form- und fristgemäß eingelegt worden und auch im Übrigen zulässig.

Sie ist jedoch unbegründet. Denn das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. April 2010 ist rechtmäßig und hält der rechtlichen Überprüfung durch den erkennenden Senat stand. Das SG hat zu Recht festgestellt, dass die Beklagte nicht berechtigt war, mit der Beigeladenen den streitbefangenen Rabattvertrag vom 21. August 2008 abzuschließen.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts (SG) Hannover ist formell rechtmäßig zustande gekommen. Ein Verfahrensfehler liegt nicht vor.

In Art. 101 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz (GG) und in § 16 des Gerichtsverfassungsgesetzes ist das Recht auf den gesetzlichen Richter geregelt. Hiernach darf niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden. Dieses Recht erfordert eine fehlerfreie Besetzung des erkennenden Spruchkörpers und ist vorliegend nicht verletzt. Denn die streitbefangene Angelegenheit ist eine solche des allgemeinen Krankenversicherungsrechtes (KR) und keine Angelegenheit des Vertrags(zahn)arztrechtes (KA).

Nach § 12 Abs. 3 SGG wirken in den Kammern für Angelegenheiten des Vertragsarztrechtes je ein ehrenamtlicher Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychotherapeuten mit.

Um eine solche spezialgesetzliche Ausnahme zu begründen ist es nicht ausreichend, dass - wie die Beigeladene meint - die Zahntechniker in das Regulationssystem des Kassenzahnarztrechts einbezogen sind. Erforderlich sind vielmehr nach § 10 Abs. 2 SGG Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Vertragszahnärzten. Eine solche spezielle Beziehung ist vorliegend jedoch nicht gege-

ben, da es sich um eine Angelegenheit des allgemeinen Leistungserbringerrechts handelt, welches dem Krankenversicherungsrecht zugeordnet ist.

Das angefochtene Urteil des SG ist auch materiell rechtmäßig. Das SG hat die streitbefangene Feststellung zu Recht ausgesprochen. Die hierauf gerichtete Klage war zulässig und begründet.

Mit der Feststellungsklage kann nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden. Es muss sich in der Regel um ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis handeln (Keller in Meyer-Ladewig, SGG, 11. Aufl., § 55 Rn. 4). Ein Rechtsverhältnis in diesem Sinne ist ein durch öffentlich-rechtliche Regelungen gestalteter konkreter Sachverhalt, aus dem rechtliche Beziehungen zwischen mindestens zwei Personen entspringen, wobei die rechtlichen Beziehungen auch durch eine Sache vermittelt werden können. Kennzeichnend für die Beziehungen ist das Bestehen von Rechten und Pflichten.

Zwischen den Leistungserbringern nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und ihren Verbänden auf der einen Seite und den gesetzlichen Krankenversicherungen bestehen nach § 69 Abs. 1 SGB V öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnisse, weil die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Versicherten Leistungen im Grundsatz als Sach- und Dienstleistung durch Leistungserbringer gewähren (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. September 2001, B 3 KR 3/01 R; Krauskopf in derselbe, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Stand März 2011, § 69 Rn. 2, 4). Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

Die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses im Sinne des § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG umfasst auch die Feststellung von einzelnen Rechten und Berechtigungen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 9. September 1982, 11 RA 72/81; Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 29. Januar 1973, I C 38.68).

Zur Vermeidung einer Popularklage ist auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG heranzuziehen, nach dem bei einer Rechtsverfolgung eigene Rechte betroffen sein müssen. Ausreichend ist die Möglichkeit einer Verletzung eigener subjektiver Rechte, was nur zu verneinen ist, wenn das geltend gemachte Recht dem Betroffenen unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zustehen kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Oktober 2009, B 1 KR 4/09 R mit weiteren Nachweisen).

Hiernach kommt eine Verletzung der Rechte der Kläger zu 2. und 3. in ihrer Wettbewerbsfreiheit in Betracht. Denn der zwischen der Beklagten und der Beigeladenen bestehende Rabattvertrag ist grundsätzlich geeignet, Wettbewerbsnachteile zu Lasten der Kläger zu 2. und 3.

zur Folge zu haben. Die Klägerin zu 1. kann dabei subjektive Rechte ihrer Mitglieder geltend machen. Denn die Handwerksinnungen haben u. a. die Aufgabe, die gemeinsamen gewerblichen Interessen ihrer Mitglieder zu fördern (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Handwerksordnung) und sind daher berechtigt, diese Interessen auch im gerichtlichen Verfahren in Prozessstandschaft zu verfolgen (BSB, Urteil vom 24. November 2004, B 3 KR 16/03 R).

Die Klage war auch begründet. Das SG hat die streitbefangene Feststellung zu Recht ausgesprochen.

Die Beklagte war nicht berechtigt, den streitbefangenen Rabattvertrag mit der Beigeladenen abzuschließen, da hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage erforderlich gewesen wäre und eine solche Grundlage keiner in Betracht kommenden Norm entnommen werden kann.

Nach § 30 Abs. 1 SGB IV dürfen Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen. Diese Vorschrift stellt mithin einen klaren und uneingeschränkten Gesetzesvorbehalt hinsichtlich der Aktivitäten von Sozialversicherungsträgern dar (Steinbach in: Hauck/Haines K § 30 RZ. 5). Daraus folgt, dass Krankenkassen lediglich Geschäfte führen dürfen, die gesetzlich vorgeschrieben oder zugelassen sind. Jede außerhalb des gesetzlichen Rahmens liegende Tätigkeit ist daher auch dann unzulässig, wenn sie nicht ausdrücklich untersagt ist. Dies gilt unabhängig davon, ob mit einer Tätigkeit finanzielle Aufwendungen verbunden sind (Krauskopf-Baier § 30 SGB IV, Rz.3).

Eine solche gesetzlich zugewiesene Aufgabe der Krankenversicherung besteht zwar in der Beachtung und Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V. Hierauf hat die Beklagte im Klageverfahren zu Recht hingewiesen. Diese Aufgabenzuweisung berechtigt und verpflichtet die Krankenkasse jedoch ausschließlich zu einem entsprechenden Handeln innerhalb des ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgabenkreises, nicht jedoch zu einer Ausweitung dieses Aufgabenkreises ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll das Verwaltungshandeln der Krankenversicherung ausfüllen, jedoch ohne dabei ihre grundlegenden Kompetenzen zu erweitern.

Als Ermächtigungsgrundlage in diesem Sinne sind die §§ 57 Abs. 2 und 88 Abs. 2 SGB V nicht ausreichend. Die letztgenannte Norm lautet wie folgt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.“

Diese im 3. Satz enthaltene Ergänzung lautete im Entwurf des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 9.11.1998 (BT-Drucksache 14/24, S. 6):

„Die Krankenkassen können mit Einzellaboren oder Gruppen von Laboren günstigere Verträge abschließen und die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstigere Versorgungsmöglichkeiten informieren.“

In der Begründung des Entwurfs hierzu heißt es (S. 19):

„In Absatz 2 wird klargestellt, dass die Krankenkassen mit Leistungserbringern Einzelverträge schließen können und dies den Versicherten und Zahnärzten mitteilen können.“

Die Ergänzung, dass Krankenkassen mit Einzellaboren oder Gruppen von Laboren günstigere Verträge abschließen können, ist indessen nicht Gesetz geworden.

Der Entwurf und seine Begründung zeigen eindeutig, dass dem Gesetzgeber die Problematik von Einzelverträgen neben Kollektivverträgen bekannt war. Sowohl im politischen Raum als auch unter Sachverständigen (vgl. etwa Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 zu Nr. 397) gab es zuvor seit längerem die Überlegung und Forderung, dass Krankenkassen neben den Kollektivverträgen auch individuelle Leistungsverträge - und zwar auf der unteren Ebene von Kasse und Einzellabor - abschließen dürfen sollten.

Das Problem war also hinreichend bekannt. Dennoch ist die im Entwurf enthaltene Einzelvertragsabschluss-Kompetenz nicht Gesetz geworden. Der Gesetzgeber hat also eine Abwägung getroffen und sich bewusst gegen eine Aufnahme der Abschlusskompetenz von Einzelverträgen ausgesprochen und damit eine klare Rechtslage geschaffen (Henninger/Nicolay, SGB 6/2001, 300, 301).

Schließlich spricht auch eine systematische Auslegung für eine abschließende Regelung der §§ 57 Abs. 2, 88 Abs. 2 SGB V (vgl. Henninger/Nicolay, a.a.O.). In einer Vielzahl von Leistungsbereichen sind im SGB V Einzelverträge vorgesehen, so etwa für Heilmittel in § 125 Abs. 2 SGB V, für Hilfsmittel in § 127 Abs. 1 SGB V, im Bereich der häuslichen Krankenpflege in § 132a Abs. 2 SGB V und für Arzneimittel in § 130a Abs. 8 SGB V. In den Bereichen, in denen sie nicht ausdrücklich vorgesehen sind, dürfen Einzelverträge demnach nicht abgeschlossen werden, wenn sie Rechte Dritter betreffen können.

Aus diesen Gründen kommt es nicht mehr darauf an, ob der streitbefangene Vertrag nicht möglicherweise noch aus einem weiteren Gesichtspunkt unzulässig ist. Der Senat kann ausdrücklich offen lassen, ob die in § 5 des Vertrages geregelten Vermarktungs- und Informationspflichten ggf. auch gegen die Neutralitätspflicht der Beklagten verstoßen.

Die den Krankenkassen in § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V eingeräumte Informationsbefugnis und die darauf beruhenden Informationsaktivitäten finden ihre Grenze anhand des gesetzlichen Auftrags und der zu seiner Verwirklichung erlassenen Regelungen des SGB V sowie des dazu ergangenen untergesetzlichen Rechts, an die die Krankenkassen als Träger mittelbarer Staatsverwaltung - anders als private Wirtschaftsunternehmen - gebunden sind. Sämtliche Informationsaktivitäten einer Krankenkasse müssen daher auf das Ziel gerichtet sein, eine zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung aller Versicherten zu den gesetzlich festgelegten Bedingungen zu gewährleisten. Beschränkungen hinsichtlich Form und Inhalt von Informationsaktivitäten ergeben sich hierbei insbesondere aus der Pflicht zur Aufklärung, Beratung und Information der Versicherten (§§ 13 - 15 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - SGB I -) sowie aus dem Gebot, bei der Erfüllung dieser und anderer gesetzlicher Aufgaben mit den übrigen Sozialversicherungsträgern zusammenzuarbeiten (§ 15 Abs. 3 SGB I, § 86 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches). Hieraus folgen verschiedene Stimmen in Rechtsprechung und Kommentarliteratur, dass die der Krankenkasse nach § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V eingeräumte Informationsbefugnis über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten nicht mit Empfehlungen zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer verbunden werden darf (vgl. Hess in Kasseler Kommentar, § 88 SGB V, Rz. 4; SG Stuttgart, Beschluss vom 24. Mai 2006 – S 10 KA 2369/06 ER –, juris).

Im Ergebnis kann diese Frage jedoch ebenso dahingestellt bleiben, wie die Frage nach der Konformität des Vertrags mit dem MPG oder nach den haftungsrechtlichen Folgen bei fehlerhaftem ZE-Material.

Die Berufung kann hiernach keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung zum Streitwert folgt gem. § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG) aus dem Auffangstreitwert, da die Sache für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet. Hierzu bezieht sich der Senat ergänzend auf den Beschluss über die Streitwertbeschwerde vom heutigen Tage, L 4 KR 208/10 B.

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist gegeben (§ 160 Abs. 2 SGG), da der Senat der Rechtssache grundsätzlich Bedeutung beimisst.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen

zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Revision in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewährt, die nach den Maßgaben der „Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht“ in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammen-

schlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Revision ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass die angefochtene Entscheidung auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

J.

K.

L.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Revision beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Revisionschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.