

L 1 KR 301/13 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1636/13 ER
Datum
19.09.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 301/13 B ER
Datum
11.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Der vom AOK Bundesverband betriebene Krankenhausnavigator ist nicht offensichtlich rechtswidrig.

2. Eine nur durchschnittliche Bewertung begründet jedenfalls dann keinen Anordnungsgrund, wenn sich bereits gezeigt hat, dass sie nicht zu einem Rückgang der Behandlungsfälle geführt hat.

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. September 2013 wird zurückgewiesen. Der Antrag zu 2) wird abgelehnt. Der Antragsteller hat auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen. Der Streitwert wird auf 10.000,- EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Zulässigkeit einer vergleichenden Bewertung von Krankenhäusern.

Der Antragsteller betreibt ein Krankenhaus, sein Träger ist eine katholische Kirchengemeinde als Anstalt des öffentlichen Rechts.

Die Antragsgegnerin unterhält eine Internetseite mit dem Titel "AOK-Gesundheitsnavigator", auf der die Versicherten Informationen zur Gesundheit und über die Eignung von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einholen können. Teil des AOK-Gesundheitsnavigators ist das Internetportal "AOK-Krankenhausnavigator", das den Versicherten Informationen über die Qualität von Krankenhäusern anbietet. Die dort erhältlichen Informationen setzen sich zusammen zunächst aus von der W gGmbH zur Verfügung gestellten Daten über Krankenhäuser, die insbesondere die nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über die einzelnen Krankenhäuser zu erstellenden Qualitätsberichte und die Ergebnisse einer Versichertenbefragung umfassen. Die W gGmbH ist eine Tochtergesellschaft der B Stiftung, die von dieser und den großen Patienten- und Verbraucherorganisationen betrieben wird. Über die W hinausgehend bietet der AOK-Krankenhausnavigator auch Informationen an, die aus dem QSR Verfahren stammen. QSR steht für Qualitätssicherung mit Routinedaten, ein vom wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen entwickeltes Verfahren der Qualitätsbewertung, das auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser und denen von sonstigen Leistungserbringern aus der vor- und nachstationären Behandlungsphase innerhalb von bis zu einem Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt beruht. Die Antragsgegnerin nimmt für sich in Anspruch, dass die Ergebnisse aus diesem Verfahren auch eine in die Zukunft gerichtete Prognose tragen.

Die Ergebnisse der Qualitätsbeurteilung von Krankenhäusern durch das QSR-Verfahren sind erstmals im Jahre 2010 im AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht worden, sie erfassen mittlerweile fünf Leistungsbereiche: Nach dem "Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß", "Ersetzen eines künstlichen Hüftgelenks nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch", "Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks bei Gelenkverschleiß" und der im Jahre 2011 erfolgten Erweiterung auf "Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen" wird seit dem 17. Juli 2013 auch eine Beurteilung der Behandlung "Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt" im AOK-Krankenhausnavigator dargestellt. In Vorbereitung ist die Bewertung des Leistungsbereichs Herzkatheteruntersuchungen.

Die Bewertung im QSR-Verfahren erfolgt anhand bestimmter Qualitätsindikatoren. Entscheidend ist, wie häufig bestimmte unerwünschte Ereignisse auftreten, beispielsweise das Versterben eines Patienten nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus. Für die Behandlung "Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt" sind als Qualitätsindikatoren ausgewiesen Sterblichkeit, Sonstige

Komplikationen, Erneuter therapeutischer Herzkatheter und Bypass-OP. Die Häufigkeit des Eintritts solcher Ereignisse nach einer Behandlung von AOK-Versicherten ist zur Vorbereitung einer Bewertung nachgehalten worden, in Bezug auf den Antragsteller im Zeitraum von 2008 bis 2010 an 252 Behandlungsfällen. Krankenhäuser mit weniger als 30 Behandlungsfällen wurden bei der Bewertung nicht berücksichtigt.

Um Unterschiede zwischen der jeweiligen Patientenlientel in den einzelnen Krankenhäusern auszugleichen, wird die Häufigkeit des Eintritts von unerwünschten Ereignissen nach Durchführung einer Risikoadjustierung beurteilt. Mittels eines statistischen Verfahrens wird die Zahl der für die Patientenlientel nach Alter, Geschlecht und Begleiterkrankungen zu erwartenden unerwünschten Ereignisse ermittelt und zu der Zahl der tatsächlich eingetretenen unerwünschten Ereignisse in das Verhältnis gesetzt. Der sich ergebende Quotient wird als SMR-Wert (SMR= standardisierte Mortalitäts- bzw. Morbiditätsratio) bezeichnet. Ist er höher als eins, blieb das Krankenhaus hinter den am Durchschnitt orientierten Erwartungen zurück, ist er geringer als eins, war das Krankenhaus entsprechend besser.

Entscheidend für die Bewertung ist indessen nicht der sich aus allen Behandlungsfällen ergebende durchschnittliche SMR-Wert, sondern ein im Wege einer mathematischen Formel berechnetes sogenanntes Konfidenzintervall, das ausdrücken soll, in welchem Bereich der SMR-Wert bei einer erneuten Behandlung mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit liegen wird. Je breiter das Konfidenzintervall ist, desto höher ist die zu erwartende Streuung bei der Behandlungsqualität im konkreten Einzelfall. Die Antragsgegnerin ordnet die 20 Prozent der Krankenhäuser mit den niedrigsten Obergrenzen der Konfidenzintervalle der Kategorie der besten Qualität und die 20 Prozent der Krankenhäuser mit der höchsten Untergrenze des Konfidenzintervall der Kategorie der schlechten Qualität zu. Die übrigen Krankenhäuser werden als durchschnittlich ausgewiesen. Krankenhäuser mit weniger als fünf Fällen eines unerwünschten Ereignisses werden jedenfalls der Kategorie der durchschnittlichen Qualität zugeordnet.

In dem Krankenhausnavigator wird für den jeweiligen Leistungsbereich eine QSR-Bewertung ausgewiesen, indem den Krankenhäusern jeweils ein, zwei oder drei AOK-Logos (Lebensbäume) zugeordnet werden. Ein Baum steht für schlechte, zwei Bäume für durchschnittliche und drei Bäume für hohe Qualität. Auch das Abschneiden des Krankenhauses bei den einzelnen Qualitätsindikatoren wird als unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich gekennzeichnet. Dem Antragsteller wurde im Leistungsbereich "Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt" insgesamt eine durchschnittliche Qualität bescheinigt, im Einzelnen bei der Sterblichkeit durchschnittlich, beim Eintreten sonstiger Komplikationen unterdurchschnittlich, bei der Häufigkeit eines erneuten therapeutischen Herzkatheters überdurchschnittlich und bei einer Bypass-OP unterdurchschnittlich.

Mit dem am 13. August 2013 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangenen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung hat der Antragsteller zunächst begehrt, dass der Antragsgegnerin bis zum Abschluss eines Verfahrens in der Hauptsache untersagt wird, Daten und Bewertungen von Krankenhäusern zu veröffentlichen, die aus dem QSR-Verfahren stammen, hilfsweise die Veröffentlichung solcher Daten zu untersagen, die sich auf die Leistungsbereiche "Therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" und "Herzkatheteruntersuchung" beziehen, höchst hilfsweise zu untersagen solche Daten zu veröffentlichen, soweit sie sich auf ihn - den Antragsteller - beziehen.

Das Sozialgericht hat durch Beschluss vom 19. September 2013 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Der Antrag sei zwar zulässig, soweit nicht erst die zukünftige Veröffentlichung der Ergebnisse für den Leistungsbereich "Herzkatheteruntersuchung" betroffen sei, aber nicht begründet. Ob der geltend gemachte Anordnungsanspruch bestehe, sei im Rahmen der in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung derzeit offen. Der geltend gemachte Unterlassungsanspruch könne sich nur aus den [§§ 823, 824, 826, 1004 BGB](#) ergeben. Offen erscheine, ob die Veröffentlichung des Qualitätsvergleichs gegen Verfassungsrecht verstoße. Da auch Bewertungen enthalten seien, dürfte jedenfalls eine grundrechtsspezifische Einwirkung auf die unternehmerische Betätigungsfreiheit vorliegen. Die Werturteile beeinflussten die Marktchancen und berührten den Ruf des Antragstellers. Erst im Hauptsacheverfahren sei aber zu klären, ob das Vorgehen der Antragsgegnerin einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedürfe und ob diese bereits in den [§§ 137 Abs. 3 Satz 4, 305 SGB V, 13, 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#) enthalten sei. Letzteres erscheine jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen. Offen erscheine weiter, ob die vom der Antragsgegnerin verbreiteten Informationen inhaltlich unzutreffend seien. Die Antragsgegnerin sei den vom Antragsteller gerügten Mängeln jeweils mit substantiiertem Vorbringen entgegen getreten. Angesichts der ungeklärten Sach- und Rechtslage sei eine Folgenabwägung anzustellen, die zu Lasten des Antragstellers ausfalle. Dabei sei insbesondere zu berücksichtigen gewesen, dass der Antragsteller durch sein Verhalten zu erkennen gegeben habe, dass ihm die Sache nicht eilig sei. Seit Veröffentlichung der ersten Bewertungen im Krankenhausnavigator habe er fast drei Jahre mit dem Antrag auf Gewährung von vorläufigem Rechtsschutz zugewartet. In dieser Zeit habe er auch nicht versucht, außergerichtlich eine Verständigung mit der Antragsgegnerin herbeizuführen. Zudem habe der Antragsteller weder dargelegt noch glaubhaft gemacht, dass er in seiner wirtschaftlichen Existenz bedroht sei oder ihm erhebliche wirtschaftliche Nachteile entstünden, wenn er das Ergebnis eines Hauptsacheverfahrens abwarten müsse. Zu berücksichtigen sei auch, dass der Antragsteller nicht nur die Veröffentlichung der ihn betreffenden Angaben sondern aller Bewertungen unterbinden wolle. Dadurch würden aber auch nicht am Verfahren beteiligte Krankenhäuser mit günstiger Bewertung betroffen. Einzubeziehen in die Abwägung sei auch das Interesse der Versicherten und Ärzte an Informationen über die Qualität von Krankenhäusern. Sollte sich herausstellen, dass die Antragsgegnerin zu einer vergleichenden Bewertung befugt gewesen sei und ihre Informationen zutreffend waren, sei das Interesse der Versicherten, von unterdurchschnittlichen Leistungen verschont zu bleiben, höher zu bewerten als das Interesse des Antragstellers, für den Fall von unzutreffenden Informationen vor wirtschaftlichen Einbußen bewahrt zu werden.

Gegen den ihm noch am 19. September 2013 bekannt gegebenen Beschluss des Sozialgerichts richtet sich die am 8. Oktober 2013 bei dem Sozialgericht eingegangene Beschwerde des Antragstellers, mit der er beantragt, der Antragsgegnerin zu untersagen, Daten und Bewertungen über Krankenhäuser aus dem QSR-Verfahren betreffend die Leistungsbereiche "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" zu veröffentlichen, hilfsweise solche Daten über ihn zusammen mit der Aussage zu veröffentlichen, dass sie valide Aussagen über Qualitätsunterschiede enthielten.

Der Antragsteller trägt vor, dass der neu formulierte Hilfsantrag zulässig sei, weil das darin formulierte Begehren der Sache nach schon vor dem Sozialgericht verfolgt worden sei. Der Streitgegenstand bestimme sich nicht nur nach dem Wortlaut der Anträge, sondern nach dem gesamten Vorbringen. Das bisherige Vorbringen habe die Fehlerhaftigkeit der QSR-Bewertung betroffen und damit auch das Wie der Veröffentlichung der Bewertung. Statt vollständiger Unterlassung der Veröffentlichung könne auch die Unterlassung der Veröffentlichung in

einer bestimmten Form verlangt werden, nämlich unter Beseitigung der bisherigen Irreführung. Der neu gestellte Hilfsantrag bleibe in seinen Auswirkungen hinter dem Hauptantrag zurück. Sehe die Antragsgegnerin das anders, könne sie statt einen Warnhinweis zu geben auch die Veröffentlichung insgesamt unterlassen. Es gehe ihm - dem Antragsteller - darum, in Bezug auf die ihn betreffende Bewertung die mangelnde Qualität des QSR-Verfahrens richtig zu stellen. Als Minus sei dieser Antrag in den im erstinstanzlichen Verfahren gestellten Anträgen bereits enthalten gewesen. Die Begründetheit des Hilfsantrags ergebe sich daraus, dass nach der Rechtsprechung des BVerfG im Rahmen staatlichen Informationshandelns auf verbleibende Unsicherheiten bei der Einschätzung tatsächlich bestehender Risiken hingewiesen werden müsse.

Für die Annahme eines Anordnungsanspruchs habe bereits auszureichen, dass erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit einer grundrechtsbeeinträchtigenden Maßnahme bestünden. Er - der Antragsteller - müsse nur das Vorliegen eines Eingriffs glaubhaft machen, die Glaubhaftmachung der Rechtfertigung dieses Eingriffs sei dagegen Sache der Antragsgegnerin. Für die Darlegungs- und Glaubhaftmachungslast spiele es keine Rolle, ob es um Tatsachen, Behauptungen oder Werturteile gehe. Jeder trage die Beweislast für die Tatsachen, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründeten. Bei Unterlassungsklagen, welche die Abwehr hoheitlicher Eingriffe zum Ziel hätten, gehe die Nichterweislichkeit der Eingriffsvoraussetzungen zu Lasten der Behörde. Nach dem OVG Nordrhein-Westfalen (Beschluss v. 9. September 2013 - [5 B 417/13](#)) müssten grundrechtsrelevante Tatsachenbehauptungen der Wahrheit entsprechen. Werturteile dürften nicht auf sachfremden Erwägungen gründen sondern müssten auf einem Tatsachenkern beruhen und sich innerhalb des sachlich gebotenen Rahmens bewegen. Rechtliche Wertungen seien auf ihre Vertretbarkeit zu überprüfen. Die von der Antragsgegnerin vorgenommene Bewertung beruhe dagegen auf sachfremden Erwägungen, sei nicht genügend valide und entspreche auch nicht wissenschaftlichen Standards.

Die Bewertung durch den Antragsgegner greife in seine - des Antragstellers - Grundrechte aus [Art 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) ein. Für das Vorliegen eines Eingriffs sei insbesondere auf den Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs v. 9. Januar 2010 - [12 CE 11.2685](#) zu verweisen. Auch das BSG habe bereits bestätigt, dass öffentliche Bewertungen eine erhebliche Belastung darstellen könnten. An der Intensität des Eingriffs ändere nichts, dass Patientenentscheidungen auch durch andere Faktoren beeinflusst würden. Ohne Behandlungsfall entstehe kein Vergütungsanspruch.

Für den Eingriff fehle eine hinreichend bestimmte Rechtsgrundlage. Die Rechtswidrigkeit des Vorgehens der Antragsgegnerin ergebe sich schon daraus, dass in den [§§ 137, 137a, 299 SGB V](#) ein besonderes Verfahren der Qualitätssicherung im Krankenhaus gesetzlich vorgegeben werde. Dem setze die Antragsgegnerin ihr eigenes QSR-Verfahren entgegen. Dieses weise jedoch methodische Mängel auf und zeige auch auffällige Abweichungen zu den Ergebnissen der gesetzlichen Qualitätssicherung. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) bestimme, dass eine Qualitätsbewertung nur auf der Basis von Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung vorgenommen werden dürfe. Die Antragsgegnerin greife dagegen mit ihren Qualitätsberichten aus dem QSR-Verfahren auf andere Daten zurück. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) sei aber eine abschließende Ermächtigungsgrundlage für Grundrechtseingriffe. Eine erweiternde Auslegung der Vorschrift komme auch im Hinblick auf die [§§ 14, 15 SGB I](#), 305 SGB V nicht in Betracht, weil [§ 137 SGB V](#) insoweit die speziellere Vorschrift sei. Der Verstoß gegen [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) könne nicht damit in Abrede gestellt werden, dass die Antragsgegnerin keine Richtlinien und Beschlüsse im Sinne des [§ 137 SGB V](#) erlasse. Der Verstoß ergebe sich aus dem Inhalt, nicht aus der Form. [§ 137 SGB V](#) sei zu entnehmen, dass die Definition des Qualitätsbegriffs ausschließlich dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) obliege. Die Antragsgegnerin dürfe nur informieren, nicht definieren. Der Sache nach nehme die Antragsgegnerin Befugnisse in Anspruch, die ausdrücklich dem Kompetenzbereich des GBA vorbehalten seien. Ebenso wenig wie die Antragsgegnerin das Recht habe, selbst Mindestmengen festzulegen, unterhalb derer die Krankenkassen Krankenhausleistungen nicht vergüten, dürfe sie die von ihr vorgenommenen Bewertungen abgeben. Auch die Beschränkung auf die eigenen Versicherten ihrer Gesellschafter könne die Rechtmäßigkeit des Vorgehens offensichtlich nicht begründen. Schon aus staatsrechtlichen Gründen dürften öffentliche Behörden nur genau die Kompetenzen ausüben, die ihnen durch ausdrückliche gesetzliche Grundlage zugestanden seien. Es reiche nicht aus, dass irgendeine Norm eine Behörde in irgendeinem Sachzusammenhang erwähne. Die Auslegung des Gesetzestextes, welche die Antragsgegnerin [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) gebe, sei unvertretbar. [§ 137 SGB V](#) enthalte abschließende spezielle Regelungen. Auf die Frage der Verbandskompetenz komme es daneben nicht an. Auch aus datenschutzrechtlichen Gründen sei die Verwendung der Abrechnungsdaten für die autonome QSR-Bewertung mangels ausdrücklicher Rechtsgrundlage unzulässig. Dem stehe [§ 299 Abs. 1a SGB V](#) zudem als speziellere Norm entgegen, der auf die Abrechnungsdaten über [§ 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) Anwendung finde und ihre Nutzung auf die Zwecke der [§§ 135a Abs. 2](#) (iVm 137 SGB V), 136 Abs. 2 SGB V beschränke. Der GBA sehe eine weitere Nutzung der Daten durch die Antragsgegnerin in seinen Richtlinien und Beschlüssen gerade nicht vor. Zwar biete die Antragsgegnerin auf der von ihr betriebenen Internetplattform seit jüngster Zeit die Möglichkeit, zwischen den Ergebnissen einer QSR-Bewertung und denen der gesetzlichen Qualitätssicherung zu vergleichen. Das ändere aber nichts daran, dass es für die PCI-Bewertungen keine Rechtsgrundlage gebe. Zumal die Antragsgegnerin nach wie vor ihre eigene Bewertung herausstelle. Ein Verstoß gegen [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) begründe auch einen Eingriff in die subjektiven Rechte des Antragstellers und nicht nur einen Rechtsreflex. Das Interesse der Krankenhäuser, vor einer falschen Bewertung geschützt zu werden, sei schon einfach-gesetzlich rechtserheblich.

Eine weitere gesetzliche Grundlage für den Eingriff gebe es nicht, insbesondere nicht in den von der Antragsgegnerin herangezogenen [§§ 13, 14, 15 SGB I](#), 305 Abs. 3 SGB V. Die Antragsgegnerin verkenne, dass die [§§ 13, 14, 15 SGB I](#), 305 Abs. 3 SGB V nicht mehr Befugnisse einräumen würden, als schon anderweitig geregelt werde. [§ 13 SGB V](#) begründe keine Informationsbefugnisse, sondern setze sie voraus. [§ 14 SGB I](#) berechne nur zur Information über bestehende Rechte und Pflichten. Es gebe aber keine Norm im SGB V, die einen Anspruch auf Information über die QSR-Bewertung begründe. [§ 15 SGB I](#) verlange eine vorliegende Anfrage. Dafür reiche die Nutzung eines Internetangebotes nicht aus. Auch setze [§ 15 SGB I](#) eine bereits bestehende Informationsbefugnis voraus. Aus [§ 305 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ergebe sich nur ein Informationsinteresse, das aber weder zusätzliche Kompetenzen einräume noch bestehende Kompetenzen durchbreche. Für den Eingriff in den Wettbewerb sei aber eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Das ergebe sich aus der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urt. v. 16. Mai 2013 - [B 3 P 5/12 R](#)). Die fehlende Legitimation durch gesetzliche konkrete Regelungen werde auch nicht durch Elemente autonomer Selbstbestimmung geheilt. Die Krankenhäuser seien an dem Bewertungsprozess nicht beteiligt gewesen.

Auch wenn man das Vorgehen der Antragsgegnerin als bloßes staatliches Informationshandeln einordne, sei die abgegebene Bewertung rechtswidrig. Die Antragsgegnerin nehme in Anspruch, sich einfachgesetzlich im rechtsfreien Raum bewegen zu dürfen. Es fehle indessen an einem Handeln im Rahmen der ihr übertragenen Aufgaben und Befugnisse. Auch halte sie wissenschaftliche Maßgaben nicht ein. Sie verstoße gegen die Verpflichtung, auf verbleibende Unsicherheiten hinzuweisen. Weiter sei eine Anhörung der betroffenen Krankenhäuser vor der Bewertung erforderlich gewesen. Das habe das BSG in seiner Entscheidung zu Pflgegetransparenzberichten auch für das Vorfeld von

Realakten so gefordert. Die Antragsgegnerin habe zudem ihre PCI-Bewertungen für über 100 Krankenhäuser ohne Angabe von Gründen wieder aus dem Netz genommen und auch sonst Änderungen bei den bewerteten Krankenhäusern vorgenommen, was die Übersichtlichkeit der vorgenommenen Bewertung beeinträchtige.

Die Antragsgegnerin habe schon nicht die Kompetenz für eine Information der Versicherten übertragen bekommen. Sie existiere nur noch aus historischen Gründen, ihre Nullkompetenz ergebe sich aus den [§§ 212-214 SGB V](#).

Jedenfalls verfehlten die von ihr abgegebenen Bewertungen das Erfordernis sachlicher Richtigkeit und verletzten die gebotenen wissenschaftlichen Standards. Die Qualität von Behandlungen sei - um den durch [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) vorgegebenen Standard einzuhalten - nach den Maßgaben der evidenzbasierten Medizin zu bewerten. Denn die vorgenommene vergleichende Bewertung könne tiefgreifende Belastungen mit sich bringen, insbesondere wenn die abgegebenen Qualitätseinstufungen keinen validen Hintergrund hätten. Es gehe nämlich nicht nur um die Einhaltung von Mindestvorgaben, sondern um die Erstellung eines Rankings, bei dem jeder Fehler den Anspruch der Patienten auf eine informierte Entscheidung verletze. Auch deswegen müsse das Ranking wissenschaftlich belegt sein, woran es aber fehle. Da die Antragsgegnerin für sich in Anspruch nehme, objektive Aussagen über die Qualität von Behandlungen vorzunehmen, müsse sie sich einer wissenschaftlichen Bewertung der von ihr getätigten Aussagen stellen. Entgegen der Einschätzung der Antragsgegnerin seien evidenzbasierte Aussagen über Behandlungsqualität durchaus möglich. Aus dem Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen ergebe sich, dass die Antragsgegnerin wissenschaftlichen Standards nicht genüge, weil sie die Verzerrungen durch Reserveursachen bei der Frage der Indikatorenentwicklung nicht berücksichtigt habe. Die Antragsgegnerin wisse offensichtlich nichts über Reserveursachen und über deren Verzerrungspotential. Sie ignoriere andere Aussagen und Einschätzungen. Eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der gesetzlichen Qualitätssicherung erweise, dass ihre Veröffentlichungen wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen.

Die ausgewählten Qualifikationsindikatoren hätten keine Aussagekraft für die Qualität einer Behandlung im Krankenhaus und seien auch durch das Krankenhaus nicht beeinflussbar. Ihre Fehlerhaftigkeit ergebe sich bereits daraus, dass sie von dem Indikatorensystem der gesetzlichen Qualitätssicherung und internationalen Standards abwichen. Das mit der Fortentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung im Rahmen des [§ 137 SGB V](#) beauftragte A-Institut habe nur einen der vier von der Antragsgegnerin ausgewählten Indikatoren übernommen. Die Auswahl der von der Antragsgegnerin benutzten Qualitätsindikatoren beruhe nur auf einem Expertenkonsens, dem empirische Grundlagen fehlten. Die von dem A-Institut ausgewählten Indikatoren seien aus Patientensicht eher geeignet, die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus zu steuern. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#)) müsse ein Qualitätszusammenhang nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinlich sein, die bloße Möglichkeit reiche nicht aus. Die Qualität der Krankenhäuser dürfe nicht auf der Basis von Aussagen verglichen werden, die nichts Gehaltvolles zur Qualität in sich trügen. Auch habe die Antragsgegnerin unter Verletzung wissenschaftlicher Standards davon abgesehen, Reserveursachen zu berücksichtigen. Die Antragsgegnerin widerlege den Vorwurf einer unzulässigen Selektivität der von ihr herangezogenen Faktoren auch nicht. Die willkürlich ausgewählten Indikatoren würden kein Urteil über die Qualität der Gesamtbehandlung für den jeweils ausgewählten Leistungsbereich erlauben.

Das Bewertungsverfahren sei intransparent und nicht überprüfbar, insbesondere für den Bereich der Risikoadjustierung. Hier würden poststationäre Ereignisse herangezogen, obwohl das Krankenhaus keinen Einfluss auf diese habe. Zudem werde nicht offen gelegt, welche Daten in die Risikoadjustierung entsprechend dem modifizierten Elixhauser-Score einfließen würden. Angesichts der unklaren Quellenlage sei zu befürchten, dass die Antragsgegnerin auf eine im Kalifornien im Jahre 1992 erstellte Studie aufbaue, in die zudem keine poststationären Daten eingeflossen seien.

Die Datenbasis sei nicht valide. Es werde auf Abrechnungsdaten zurückgegriffen ohne zu prüfen, ob die abgerechneten Daten richtig seien. Das gelte sowohl für die ambulante Nachbehandlung wie auch für die stationäre Behandlung selbst. Für die Risikoadjustierung seien auch Diagnosen herangezogen worden, die keine Entgeltrelevanz hätten. Deswegen sei nicht sicher, dass sie auch kodiert würden. Zudem sei für einige als Risikofaktoren berücksichtigte Diagnosen eine Kodierung unzulässig, weil sie keine zusätzlichen Kosten verursachen würden. So sei nicht sichergestellt, dass alle erheblichen Daten in gleicher Weise kodiert würden. Sich auf solche Ungenauigkeiten einzurichten, gehöre aber zum wissenschaftlichen Standard.

Aus den von der Antragsgegnerin ermittelten Daten würden sich auch keine statistisch signifikanten Qualitätsunterschiede ergeben. Deswegen sei die vorgenommene Differenzierung nach Qualitätsstufen nicht nachvollziehbar. Überdies sei die Zahl der in den einzelnen Krankenhäusern ausgewerteten Eingriffe ohnehin zu niedrig, um aussagekräftige Ergebnisse über die Behandlungsqualität zu erhalten. Die Antragsgegnerin verwende Daten aus der Qualitätssicherung, welche für die Qualitätsbewertung nicht tauglich seien. Ergebnisse aus der Vergangenheit hätten für die Zukunft nur eingeschränkte Aussagekraft. Zudem würden aus den Konfidenzintervallen falsche Aussagen abgeleitet. Eine Orientierung an den Obergrenzen eines Konfidenzintervalls vernachlässige zu Unrecht die Untergrenzen des Intervalls. Die Obergrenze sage etwas über das maximale Risiko aus, die Untergrenze gebe dagegen an, wie hoch die Wahrscheinlichkeit sei, überhaupt einem unerwünschten Ereignis ausgesetzt zu werden. Unklar sei schon, wie die Antragsgegnerin die Konfidenzintervalle bestimmt habe. Auch würden Krankenhäuser unterschiedlich bewertet, obwohl sich die Konfidenzintervalle überschneiden. Zudem habe die Antragsgegnerin die Wahrscheinlichkeit eines Komplikationseintritts durch die vorgenommene Kombination völlig unterschiedlicher Qualitätsfaktoren künstlich erhöht. Rechne man das heraus, zeigten sich nahezu keine statistischen Abweichungen mehr. Das Bewertungssystem der Antragsgegnerin sei nicht objektiv, sondern massiv von Wertungen geprägt.

Es sei jedenfalls sachwidrig, Fallzahlen und Patientenrisiken, die maßgebend für die Bestimmung der Konfidenzintervalle waren, in die vergleichende Bewertung mit einzubeziehen. Die von der Antragsgegnerin gewählte Bewertungsmethode führe aber dazu, dass es kleineren Kliniken, noch dazu, wenn sie Hochrisikopatienten aufnehmen, unmöglich gemacht werde, vergleichbar gut bewertet zu werden wie größere Kliniken. So würden Krankenhäuser mit kleinen Fallzahlen in einem Leistungsbereich systematisch benachteiligt. Die Fallzahl habe nämlich Bedeutung für die Obergrenze des Konfidenzintervalls. Zudem werde bei der Bewertung nicht nach der Schwere des jeweiligen unerwünschten Ereignisses differenziert.

Die der Bewertung anhaftenden Mängel würden Patienten und Ärzten verschwiegen und statt dessen formuliert, dass die Bewertungen auf der Grundlage harter Fakten erfolgten, aus einem der verlässlichsten Verfahren stammten und tatsächlich relevante Qualitätsunterschiede aufzeigen würden. Die fehlende Wissenschaftlichkeit müsse aber transparent gemacht werden, schon um den Patienten eine

selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Das widerspreche auch nicht der Schufa-Entscheidung des BGH zur Veröffentlichung der Scorewertberechnung (Urt. v. 28. Januar 2014 – VI ZR 156/1). Die von der Antragsgegnerin abgegebenen Bewertungen seien auch ungeeignet für die Herbeiführung einer Qualitätssteigerung, weil sie nicht die Möglichkeit einer Identifizierung der hinter der Bewertung stehenden Fälle bieten würden und deswegen nicht Anlass für Verbesserungsmaßnahmen sein könnten. Die Reichweite des geltend gemachten Unterlassungsanspruchs ergebe sich daraus, dass es die gravierendere Beeinträchtigung für ein Krankenhaus sei, überhaupt nicht bewertet zu werden gegenüber einer bloß schlechten Bewertung. Falls man das anders sehen wolle, sei jedenfalls dem Hilfsantrag stattzugeben.

Der Anordnungsgrund ergebe sich bereits aus der offensichtlichen Rechtswidrigkeit des Vorgehens der Antragsgegnerin. Zudem seien die Folgen der Veröffentlichung nicht wieder gutzumachen. Die Darlegung einer Gefährdung der eigenen wirtschaftlichen Existenz sei nicht erforderlich. Es müsse ausreichen, dass ein Wettbewerbsnachteil zu befürchten sei. Die Anforderungen an den Anordnungsgrund seien deswegen vermindert, weil der Anordnungsanspruch offensichtlich bestehe. Außerdem zeige die Tatsache, dass allein das Anordnungsverfahren mindestens ein Dreivierteljahr in Anspruch nehme, dass ein Hauptsacheverfahren bis zu fünf Jahre allein in der ersten Instanz dauern könne. Angesichts der vorliegenden Grundrechtsverletzungen sei ein Abwarten unzumutbar. Die im Verlauf des Verfahrens eintretenden Nachteile, das Ausbleiben von Patienten, könnten im Nachhinein nicht wieder beseitigt werden. Auch eine Interessenabwägung falle zum Vorteil des Antragstellers aus. Die Dringlichkeit entfalle nicht wegen seines vorherigen Zuwartens. Die Veröffentlichung der Bewertung für den Leistungsbereich "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" im Sommer 2013 habe ihn erstmals in seinen Rechten verletzt. Auf das Datum der schon vorher erfolgten Veröffentlichung der Bewertungsmethode könne es nicht ankommen. Für den hier betroffenen Leistungsbereich hätten sich spezifische Probleme ergeben, die zusammen mit den allgemeinen Defiziten des Bewertungsverfahrens rechtzeitig angegriffen worden seien. Auch erschöpften sich die Auswirkungen der Bewertungen nicht im Bereich der PCI-Leistungen, weil nun eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der gesetzlichen Qualitätssicherung erfolge. Die wirtschaftlichen Auswirkungen überstiegen die betroffenen Fallzahlen. Auch die Beeinträchtigung der Reputation des Antragstellers sei zu berücksichtigen. Die Patientenautonomie sei kein Gegenargument, weil sie durch falsche Bewertungen eher beeinträchtigt werde. Die Patienten würden eben nicht über Umstände, Berechnungsgrundlagen und die zweifelhafte wissenschaftliche Berechnungsmethode angemessen informiert. Nicht zu berücksichtigen seien auch die Interessen der gut bewerteten Krankenhäuser. Da die Bewertung insgesamt fehlerhaft sei, sei deren Interesse an der Aufrechterhaltung der Bewertung nicht schutzwürdig.

Gehe man davon aus, dass das Bestehen eines Anordnungsanspruchs offen sei, spreche die dann anzustellende Folgenabwägung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die Folgenabwägung müsse auch einbeziehen, dass sich die QSR-Bewertungen als falsch herausstellen könnten. Dann seien die Interessen der anderen Krankenhäuser und Patienten durch das Verweigern der begehrten einstweiligen Anordnung ebenso stark belastet wie für den Fall, dass die Anordnung ergehen und sich die QSR-Bewertungen als zutreffend erweisen würden. Sei der Schutz der Patienteninteressen also in beiden Fällen gefährdet, könne er nicht in die Waagschale geworfen werden. Deswegen seien nur die Interessen der betroffenen Krankenhäuser zu berücksichtigen. Im Übrigen werde eine vergleichende Bewertung ohnehin nur für einen Teil der untersuchten Krankenhäuser vorgenommen, nämlich für 452 Krankenhäuser von 716 untersuchten, weswegen nicht ersichtlich sei, welche negativen Folgen ausgelöst werden sollten, wenn eine Bewertung vorläufig weitergehend unterbleibe. Zumindest sei der Antragsgegnerin die Irreführung der Versicherten und Ärzte zu untersagen, welche darin liege, dass bezüglich der Bewertung eine nicht vorhandene Sicherheit vorgetäuscht werde.

Die Dringlichkeit könne auch nicht deswegen verneint werden, weil er – der Antragsteller – sich gegen die ihm bisher im QSR-Verfahren erteilten Bewertungen nicht gewehrt habe. Nach **§ 86b Abs. 2 SGG** sei ein Zuwarten rechtlich nicht erheblich. Außerdem sei zeitnah nach Veröffentlichung der Bewertung des Leistungsbereichs "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" der Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt worden. Die bisherigen Veröffentlichungen der Ergebnisse der QSR-Verfahren hätten seinen – des Antragstellers – Tätigkeitsbereich nur am Rande berührt. Auf den Leistungsbereich "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" entfielen aber mehr als 15 Prozent der Umsätze, im Hinblick auf die weiterhin angekündigte Veröffentlichung der Herzkatheterbewertungen seien über 20 Prozent der Umsätze betroffen. Außerdem seien gerade für den Leistungsbereich "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" gravierende Bewertungsmängel zu reklamieren, weil hier die Indikatoren besonders weit von der Fortentwicklung durch das A-Institut abwichen. Gegenüber den bisher von der Antragstellerin abgegebenen Bewertungen anderer Leistungsbereiche liege ein neuer Streitgegenstand vor. Das Rechtsschutzinteresse könne auch nicht deswegen verneint werden, weil es keine außergerichtlichen Einigungsversuche gegeben habe. Die Antragsgegnerin habe durch ihren Antrag auf Zurückweisung des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gezeigt, dass sie nicht zu einer Verständigung bereit sei.

Das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes sei auch geeignet für die vorliegende Auseinandersetzung. Daran ändere die Komplexität der aufgeworfenen Fragestellung nichts. Die Zivilgerichtsbarkeit habe in der Vergangenheit vergleichbar schwierige Fragestellungen bewältigen müssen. Von der Sozialgerichtsbarkeit dürfe Gleiches erwartet werden.

Der Streitwert sei in Höhe von 100.000 EUR festzusetzen. Das ergebe sich daraus, dass erhebliche Umsätze und damit Gewinnanteile betroffen seien. Tatsächlich seien die Gewinnaufschläge eher höher anzusetzen. Eine Umsatzrendite in Höhe von 3 bis 4 Prozent sei als bekannt vorauszusetzen. Jedenfalls sei ein Streitwert in Höhe von 10.000,- EUR festzusetzen.

Der Antragsteller beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. September 2013 teilweise aufzuheben und der Antragstellerin bis zum rechtskräftigen Abschluss eines Verfahrens in der Hauptsache unter Androhung eines Ordnungsgeldes bis 10.000,00 EUR zu untersagen:

1) Daten und Bewertungen aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten zu veröffentlichen oder Dritten zur Veröffentlichung bereit zu stellen, die den Leistungsbereich Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (nachfolgend: PCI-Bewertungen) betreffen, insbesondere,

PCI-Bewertungen auf der Internetplattform <http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de> zu veröffentlichen oder zur Veröffentlichung bereit zu stellen, und

eine Verlinkung von der Internetplattform <http://www.aok-gesundheitsnavi.de>, die von der Antragsgegnerin betrieben wird, auf die Internetplattform <http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de> vorzunehmen, soweit auf der Internetplattform <http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de> PCI-Bewertungen veröffentlicht werden, wobei die Verpflichtung zur Unterlassung sowohl für die Veröffentlichung von PCI-Bewertungen zu einem einzelnen Krankenhaus als auch im Rahmen eines Krankenhausvergleiches gilt,

2) hilfsweise zu untersagen, die PCI-Bewertungen des von dem Antragsteller betriebenen S-Hospital, -Str. , E zusammen mit der Aussage zu veröffentlichen oder zur Veröffentlichung bereit zu stellen, dass diese Bewertungen ausdrücklich oder sinngemäß auf harten Fakten und/oder einer objektiven Messung und Bewertung und/oder einem der verlässlichsten Qualitätssicherungsverfahren Deutschlands beruhen und/oder tatsächlich relevante Qualitätsunterschiede zeigen würden und sie ohne Hinweis darauf zu veröffentlichen, dass die Bewertungen auf einem Verfahren beruhen, dessen Aussagekraft und Bewertungen nicht wissenschaftlich nachgewiesen und nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend. Das Verfahren sei nicht dringlich, was sich daran zeige, dass der Antragsteller seit dem Jahre 2010 im Krankenhausnavigator bewertet wurde, ohne dass er sich vor August 2013 dagegen gewehrt hätte. Das habe das LG Köln zutreffend in einem Parallelrechtsstreit entschieden (Urt. v. 19. September 2013 – 88 O (Kart.) 58/13). Diese Auffassung sei von dem OLG Düsseldorf als Rechtsmittelgericht in der Sache bestätigt worden [Beschluss v. 19. März 2014 – VI – U (Kart) 44/13]. Auch in dem vorliegenden Beschwerdeverfahren trage der Antragsteller nur zögerlich vor. Es werde bestritten, dass die Leistungsbereiche "therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt" und "Herzkatheteruntersuchungen" Auswirkungen für 15- 20 Prozent des Tätigkeitsbereiches des Antragstellers hätten. Die Fallzahlen der AOK-Versicherten, die in der Kardiologie des Antragstellers behandelt würden, hätten auch nach Veröffentlichung der Ergebnisse keine unüblichen Schwankungen aufgewiesen. Auch habe kein anderes Krankenhaus in räumlicher Nähe eine bessere Gesamtnote erhalten.

Das QSR-Verfahren erfülle wissenschaftliche Standards. Die verwendeten Routinedaten seien valide und zuverlässig. Es werde auf Angaben zurückgegriffen, die von den Krankenhäusern selbst herrührten. Wenn diese die Kodierrichtlinien missachteten, sei das nicht ihr – der Antragsgegnerin – anzulasten. Daneben und im begrenzten Umfang würden auch Daten aus der ambulanten Versorgung verwendet. Das betreffe aber ausschließlich Daten aus der Dialyse- und PCI-Behandlung (=Perkutane Koronarintervention) nach bestimmten EBM-Gebührenspositionen, weil diese Folgebehandlungen auch ambulant erbracht werden könnten. Bei der Risikoadjustierung werde ebenso überwiegend auf stationäre Abrechnungsdaten zurückgegriffen. Eine Ausnahme bestehe insoweit lediglich für Dialysedaten aus dem ambulanten Bereich. Die Daten über Einschlussprozeduren stammten aus den Abrechnungen der Krankenhäuser und würden nicht im Rückschluss aus abgerechneten EBM-Gebührenspositionen bestimmt. Auch der GBA befürworte mittlerweile die Nutzung von Routinedaten für die gesetzliche Qualitätssicherung.

Die Auswahl der Qualitätsindikatoren entspreche ebenfalls den wissenschaftlichen Standards. Die Abweichung von den in der gesetzlichen Qualitätssicherung zugrunde gelegten Indikatoren belege nicht die fehlende Eignung der im QSR-Verfahren zugrunde gelegten Indikatoren. Das A-Institut halte kein wissenschaftliches Monopol. Das A-Institut habe die Indikatoren des QSR-Verfahrens schon deswegen nicht verwerfen können, weil ihm bei der Veröffentlichung des Abschlussberichtes zum Bereich PCI und Koronarangiographie noch gar nicht bekannt sein konnte, welche Indikatoren ausgesucht werden würden. Keiner der im Panelverfahren des A-Instituts verworfenen Indikatoren werde im QSR-Verfahren genutzt. Außerdem stimmten die jeweils bewerteten Leistungsbereiche nicht überein und seien die Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung noch nicht in Anwendung.

Die Ergebnisse des QSR-Verfahrens würden auch nicht dadurch entwertet, dass ein als Qualitätsindikator bewertetes Ereignis auch unabhängig von dem durchgeführten stationären Eingriff eintreten könne. Die Indikatoren würden vergleichend bewertet. Es sei nicht zu erwarten, dass es bei einem Krankenhaus zu einer auffälligen Häufung von Ereignissen komme, wenn sie nicht durch die Behandlung oder Patienteneigenschaften ausgelöst würden. In Fällen, in denen weniger als fünf Indikatorereignisse pro Krankenhaus vorliegen würden, sei eine Bewertung schlechter als durchschnittlich ohnehin ausgeschlossen. Die verwendeten Indikatoren seien auch nicht deswegen ungeeignet zur Qualitätsbewertung, weil sie "nur" durch einen Expertenkonsens bestimmt worden seien. Auf die sogenannten Evidenzstudien komme es nur bei der Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden an. Die im QSR-Verfahren zugrunde gelegten Indikatoren seien von ausgewiesenen Experten mit Blick auf ihre Beeinflussbarkeit durch die Behandlungsqualität im Krankenhaus ausgesucht worden. Es gebe keinen allgemeinen wissenschaftlichen Konsens oder eine sonstige verbindliche Festlegung dazu, welche Indikatoren berücksichtigt werden müssten, um eine "vollständige" Qualitätsbeurteilung sicherzustellen.

Auch die relevanten Faktoren für die Risikoadjustierung seien in Expertenpanels beraten worden. Soweit die Ausführungen zur Risikoadjustierung im Indikatorenhandbuch geändert worden seien, habe sich nur die Beschreibung geändert, nicht das Verfahren. Modifiziert angewandt werde der Elixhauser-Score für den Indikator "Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen" und für die Gesamtbewertung

Die Ableitung von Prognosen auf der Grundlage vergangener Ereignisse entspreche gängiger Praxis. Seien bestimmte Grenzen festgelegt, könnten auch schon geringe Unterschiede zu einer unterschiedlichen Bewertung führen. Auch die Konfidenzintervalle würden im QSR-Verfahren ihrer Funktion entsprechend angewendet. Es würden die Häuser gut bewertet, bei denen das Risiko des Eintritts einer Komplikation gering ist. Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen würden auch nicht diskriminiert. Die Verwendung von Konfidenzintervallen wirke einer solchen Diskriminierung vielmehr entgegen und entspreche auch wissenschaftlichem Standard. Dass Konfidenzintervalle mit zunehmendem Stichprobenumfang schmaler ausfielen, sei ein allgemeiner statistischer Sachverhalt und keine Diskriminierung kleinerer Krankenhäuser. Selbst die unterstellte fehlerhafte Bewertung eines Krankenhauses würde nicht die Wertigkeit aller übrigen Bewertungen in Frage stellen. Das QSR-Verfahren sei transparent, alle relevanten Informationen dem frei verfügbaren Indikatorenhandbuch zu entnehmen. Das betreffe auch die Funktion des Elixhauser-Scores. Auf Anfrage würden auch weitere Auskünfte erteilt. Die Krankenhäuser seien während der laufenden Bewertung stets informiert gewesen und seien auch beteiligt worden. Diese Beteiligung sei auch der Grund dafür, dass die Veröffentlichung der Ergebnisse zum Leistungsbereich "Herzkatheteruntersuchung" noch zurückgestellt bleibe. Über die Ergebnisse des

QSR-Verfahrens würden auch Klinikberichte erstellt, die gut geeignet als Auslöser dafür seien, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in den einzelnen Krankenhäusern zu ergreifen. Dafür sei aber der Antragsteller selbst verantwortlich.

Der Hauptantrag sei unbegründet. Es fehle an Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund. Auch eine anzustellende Folgenabwägung falle zu ihren - der Antragsgegnerin - Gunsten aus. Der Antragsteller trage die Beweislast für das Vorliegen der Tatsachen, auf die er seinen Anspruch gründe. Da vorliegend ein Unterlassungsanspruch gegen ein Werturteil geltend gemacht werde, komme es nur darauf an, ob das Werturteil auf einen im Wesentlichen zutreffend oder sachgerecht und vertretbar gewürdigten Tatsachenkern beruhe und den sachlichen Rahmen nicht überschreite. Der Antragsteller müsse also darlegen und glaubhaft machen, dass die QSR-Bewertung sachfremd sei.

Der geltend gemachte Unterlassungsanspruch bestehe nicht, weil der Antragsteller nicht in seinen eigenen Rechten verletzt werde. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) begründe keine subjektive Rechtsposition des Antragstellers. Es fehle auch an einem Eingriff in den Schutzbereich der [Art. 12 GG](#), [140 GG](#) iVm [Art 137 Abs. 3 WRV](#). Der Krankenhausnavigator biete den Versicherten lediglich zusätzliche Informationen. Weder werde die Auswahl des Krankenhauses übernommen noch den Versicherten und Ärzten eine Empfehlung für die Auswahl eines bestimmten Krankenhauses gegeben. Ein Verstoß gegen [Art. 140 GG](#) iVm [Art 137 Abs. 3 WRV](#) scheide aus, weil vorliegend ein religionsneutraler Gegenstand streitig sei. [Art. 14 GG](#) sei nicht betroffen, weil dieser nur das schon Erworbene, nicht aber die Verdienstmöglichkeiten schütze. Selbst wenn ein Eingriff vorliegen würde, ergäbe sich dafür aus den [§§ 137 Abs. 3 Satz 4](#), [305 Abs. 3](#), 1 Satz 3 SGB V, [14](#), [15 SGB I](#) eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) beschränke die Information der Versicherten nicht auf die gesetzlichen Qualitätsberichte, die nur Basis sein müssten und deswegen auch ergänzt werden dürften. Die Vorschrift wolle die allgemeinen Informationsbefugnisse der Krankenkassen auch nicht beschränken sondern erweitern. Da ein - ohnehin bloß unterstellter - Eingriff nur von geringer Intensität sei, müssten an die inhaltliche Bestimmtheit keine gesteigerten Anforderungen gestellt werden. Sie - die Antragsgegnerin - greife mit der Qualitätsbewertung nicht in dem GBA vorbehaltene Kompetenzen ein. Ihre Bewertungen hätten keine rechtlichen Folgen. Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit der Verwendung der Abrechnungsdaten ergebe sich aus [§ 67c Abs. 2 Nr. 1 SGB X](#).

Auch unter dem Aspekt eines unzulässigen staatlichen Informationshandelns ergebe sich kein Anordnungsanspruch. Dass die Information der Versicherten zu ihren - der Antragsgegnerin - Aufgaben gehöre, ergebe sich bereits aus [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#). Außerdem dürfe sie nach [§ 214 SGB V](#) zur Unterstützung der Krankenkassen tätig werden, zu deren Aufgaben auch die Information der Versicherten gehöre. Nach den Vorgaben des BVerfG müssten gegebene Informationen nur sachlich richtig und nicht herabsetzend sein. Für weitergehende Anforderungen gebe es keine Grundlage, weder aus der Rechtsprechung zu den Transparenzberichten über Pflegeheime noch aus der zu Mindestmengen im Krankenhaus. Auch aus dem Wissenschaftlichkeitsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) ergäben sich keine höheren Anforderungen. Die Anforderungen der Evidenzstufe I (randomisierte klinische Studien und systematische Übersichtsarbeiten) passten nicht für eine Qualitätsbewertung von Krankenhäusern.

Das Fehlen eines Anordnungsgrundes ergebe sich schon daraus, dass ihr - der Antragsgegnerin - Vorgehen offensichtlich rechtmäßig sei. Die Komplexität des Sachverhaltes stehe auch einer Entscheidung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes entgegen. Der Antragsteller habe zudem durch sein Zuwarten zum Ausdruck gebracht, dass ihm die Sache nicht eilig sei. Es sei weder vorgetragen noch glaubhaft gemacht, dass die angegriffenen Veröffentlichungen zu konkreten wirtschaftlichen Nachteilen für den Antragsgegner geführt hätten. Zudem werde ein erheblicher Teil der Kardiologiepatienten als Notfälle aufgenommen, bei denen sich die Frage nach dem Einfluss einer Bewertung auf die Auswahl des Krankenhauses nicht stelle. Zu berücksichtigen seien auch die Interessen der gut bewerteten Krankenhäuser und die der Versicherten daran, von unterdurchschnittlichen Leistungen verschont zu bleiben.

Soweit der Antragsteller nunmehr verlange, dass Informationen nur mit bestimmten Zusätzen weiter veröffentlicht werden dürften, seien die Anträge unzulässig. Denn damit werde ein aliud gegenüber den beim Sozialgericht gestellten Anträgen verfolgt. Die Anträge seien jedenfalls unbegründet, weil entsprechende Einschränkungen nur bei verbleibenden Unsicherheiten zu machen seien. Die Ergebnisse aus dem QSR-Verfahren genüßten aber höchsten wissenschaftlichen Anforderungen.

Der Streitwert sei auf 10.000 EUR festzusetzen. Für den pauschal behaupteten Wert des Streitgegenstandes von 100.000 EUR sei der Antragsteller jeden Nachweis schuldig geblieben. Ein tatsächlicher Rückgang der Belegungszahlen sei weder vorgetragen noch glaubhaft gemacht.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

II.

Die zulässige Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. September 2013 ist nicht begründet.

Die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit zur Entscheidung über den geltend gemachten Anspruch auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ergibt sich aus [§ 51 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Streitig ist eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung, da der Antragsteller der Sache nach geltend macht, durch das Vorgehen der Antragsgegnerin, die nach [§ 212 Abs. 1 SGB V](#) eine Einrichtung der Ortskrankenkassen ist ([§§ 143ff SGB V](#)), nachteilig in seiner Rechtsstellung als Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen zu sein. [§ 51 Abs. 3 SGG](#), wonach Verfahren nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) von der Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit auszunehmen sind, steht dem nicht entgegen. Der Antragsteller macht vorliegend keine Ansprüche auf der Grundlage des GWB geltend. Davon abgesehen hat der Senat nach den [§§ 202 Satz 1 SGG](#), [17a Abs. 5 Gerichtsverfassungsgesetz \(GVG\)](#) über die Zulässigkeit des bereits beschrittenen Sozialrechtswegs nicht mehr zu befinden, da das Sozialgericht von seiner Zuständigkeit ausgegangen ist. Dies gilt nach [§§ 98 Satz 1 SGG](#), [17a Abs. 5 GVG](#) entsprechend auch für die Frage der örtlichen Zuständigkeit.

Die Beschwerde ist mit den gestellten Anträgen zulässig. Für die Zulässigkeit des nunmehr gestellten Hilfsantrags kommt es nicht darauf an, ob sein Gegenstand schon vor dem Sozialgericht der Sache nach im Streit gewesen ist, weil eine Veröffentlichung der Krankenhausbewertungen mit weiteren Einschränkungen oder Erläuterungen als Minus gegenüber dem ursprünglichen auf vollständige Unterlassung jeglicher Bewertung gerichteten Antrag anzusehen wäre. Auch im Rechtsmittelverfahren sind entsprechend [§ 99 SGG](#)

Änderungen der gestellten Anträge nämlich noch zulässig, wenn das Gericht sie für sachdienlich hält (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig, SGG, 10. Aufl., § 99 Rn. 12). Eine solche Sachdienlichkeit sieht der Senat hier jedenfalls als gegeben an. Der vom Antragsteller mit dem Hilfsantrag verfolgte Anspruch steht seinem Gegenstand nach im engen Zusammenhang mit dem in dem Beschwerdeverfahren weiter verfolgten Hauptantrag. Beide Beteiligten haben im Beschwerdeverfahren umfassend auch zur Begründetheit des hilfsweise gestellten Antrags Stellung genommen. Danach würde es jeder Prozessökonomie widersprechen, für die Durchsetzung des Hilfsantrags die Einleitung eines weiteren Verfahrens zu verlangen, so dass seine Einbeziehung in das anhängige Beschwerdeverfahren jedenfalls sachdienlich erscheint.

Die Beschwerde ist aber nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Das gilt auch hinsichtlich des vom Antragsteller im Beschwerdeverfahren nunmehr ausdrücklich verfolgten Hilfsantrags.

Nach [§ 86b Abs. 2 S. 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eines einstweiligen Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn andernfalls die Gefahr besteht, dass die Verwirklichung eines Recht des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert wird (Sicherungsanordnung). Gemäß [§ 86 b Abs. 2 S. 2 SGG](#) kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn dies zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint (Regelungsanordnung). Voraussetzung sind jeweils das Bestehen eines Anordnungsanspruches und das Vorliegen eines Anordnungsgrundes. Der Anordnungsanspruch bezieht sich dabei auf das geltend gemachte materielle Recht, für dessen Bewahrung oder Durchsetzung der Erlass einer einstweiligen Anordnung begehrt wird. Der Anordnungsgrund betrifft die besondere Dringlichkeit, die das Eingreifen des Gerichts gerade im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes erst rechtfertigt. Die Tatsachen, die den Anordnungsgrund und den Anordnungsanspruch begründen sollen, sind darzulegen und glaubhaft zu machen ([§ 86 b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung](#)). In der Sache darf der Erlass einer einstweiligen Anordnung sowohl auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache als auch auf eine Folgenabwägung gestützt werden. Drohen ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, dürfen sich die Gerichte nur an den Erfolgsaussichten orientieren, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt ist. Ist dem Gericht dagegen eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. zuletzt Beschluss v. 28. Februar 2014 - [L 1 KR 47/14 B ER](#)- und v. 22. Mai 2014 - [L 1 KR 108/14 KL ER](#); siehe auch BVerfG, Beschluss vom 12. Mai 2005 - 1 BvR 596/05 -).

Die vom Antragsteller gestellten Anträge sind zwar zulässig. Ausgehend von seinem Vortrag, dass ein wesentlicher Teil seines Geschäftsbetriebs im Umfang von 20 Prozent beeinträchtigt ist und erhebliche dauerhafte Umsatzverluste auf der Grundlage der von der Antragsgegnerin vorgenommenen Bewertung zu erwarten sind, die er für rechtswidrig und sachlich fehlerhaft hält, kann die Erforderlichkeit einstweiligen Rechtsschutzes nicht in Frage gestellt werden. Zudem ist nicht ersichtlich, dass der vom Antragsgegner geltend gemachte Anspruch auf vorläufigen Rechtsschutz ihm unter keinen Umständen zustehen kann.

Die begehrte einstweilige Anordnung kann gleichwohl nicht erlassen werden. Schon das Bestehen eines Anordnungsanspruches ist nicht zweifelsfrei [nachfolgend (1)]. Darüber hinaus ist kein Anordnungsgrund erkennbar, so dass die vorzunehmende Interessenabwägung zu Lasten des Antragstellers ausgehen muss [nachfolgend (2)].

(1)

Nach Auffassung des Senats ist das Vorgehen der Antragsgegnerin nicht offensichtlich rechtswidrig. Der Antragsteller macht einen Eingriff in [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#) geltend. [Art. 12 GG](#) ist insoweit betroffen, als das Betreiben von Krankenhäusern Berufsausübung im Sinne der Vorschrift ist (BVerfG v. 12. Juni 1990 - [1 BvR 355/86](#) - juris Rn 79). Der Antragsteller ist auch grundrechtsfähig, obwohl sein Träger selbst eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. Das ergibt sich zumindest daraus, dass das Betreiben von Krankenhäusern traditionell zu den von den Kirchen aus ihrem Selbstverständnis als Glaubensgemeinschaft heraus übernommenen Aufgaben gehört, so dass zwar nicht die Religionsausübung als solche, wohl aber der staatsferne Bereich der eigenen Angelegenheiten der Kirchen betroffen ist.

Die Antragsgegnerin muss ihr Verhalten unabhängig von ihrer Rechtsform als BGB-Gesellschaft an den Grundrechten messen lassen. Die Bindung der Krankenkassen an die Grundrechte endet nicht dadurch, dass für ihre gemeinsame Interessenvertretung gemäß [§ 212 Abs. 1 SGB V](#) ein Privatrechtssubjekt geschaffen wird. Dieses von den Krankenkassen unterhaltene Privatrechtssubjekt unterliegt vielmehr den gleichen grundrechtlichen Zwängen wie ein öffentlich-rechtliches Handeln der Krankenkassen. Eine von Hoheitsträgern unternommene "Flucht in das Privatrecht" ändert nichts an der Verpflichtung der öffentlichen Hand, bei ihren Handlungen grundrechtlich begründete Schranken einzuhalten.

Es kann zweifelsfrei aber weder ein Eingriff in die Rechte des Antragstellers aus [Art. 12 GG](#) noch eine Verletzung des Schutzbereiches des [Art. 12 GG](#) festgestellt werden. Nach der Rechtsprechung des BVerfG (Urt. v. 26. Juni 2002 [1 BvR 558/91](#), [1 BvR 1428/91](#) - juris Rn 42, 62; Urt. v. 26. Juni 2002 - [1 BvR 670/91](#) - juris Rn 76; Urt. v. 24. Juni 2005 [1 BvR 1072/01](#) - juris Rn 50) ist hinsichtlich der Grundrechtsrelevanz von bewertenden Informationen, die öffentlich von Hoheitsträgern über berufliche bzw. gewerbliche Leistungen von Privaten vorgenommen werden, nach der Art der Bewertung zu differenzieren. Soll durch die Bewertung die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen gesteuert werden, liegt darin ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, dessen Rechtmäßigkeit eine besondere Rechtsgrundlage voraussetzt. Dagegen ist eine bloße vergleichende Information der Öffentlichkeit auch ohne besondere Rechtsgrundlage zulässig, soweit die Träger der öffentlichen Gewalt innerhalb ihrer Zuständigkeit handeln und die Anforderungen der gebotenen Sachlichkeit nicht verletzen. In diesen Fällen bestimmt das Ergebnis der Prüfung der gebotenen Sachlichkeit über die Grenzen des Schutzbereichs. Erfüllt die Information die aus dem Sachlichkeitsgebot herrührenden Anforderungen, ist sie grundrechtlich nicht erheblich.

Gegen das Vorliegen eines Eingriffs in die Berufsausübungsfreiheit des Antragstellers spricht hier zunächst, dass die von der Antragsgegnerin abgegebene Bewertung des Antragstellers keinerlei Rechtsfolgen auslöst und auch nicht auslösen kann. Sie beeinträchtigt weder die (nach [§ 108 SGB V](#) aus der Aufnahme in den Krankenhausplan folgende) rechtliche Möglichkeit des Antragstellers, Leistungen für die Versicherten der Gesellschafter der Antragsgegnerin zu erbringen, noch könnte sie - im Gegensatz etwa zu den nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) zu fertigenden Qualitätsberichten - auch nur im Rahmen der Festsetzung der Pflegesätze für die Behandlung im Krankenhaus erheblich werden. Anders als die nach [§ 115 Abs. 1a SGB XI](#) zu erstellenden Pflegetransparenzberichte im Rahmen des SGB XI (vgl. dazu

BSG Urt. v. 16. Mai 2013 – [B 3 P 5/12 R](#) – juris Rn 15) haben die vom Antragsgegner erstellten Bewertungen im QSR-Verfahren keinen Aussagegehalt für die Frage, ob und inwieweit die Leistungen des Antragstellers den Anforderungen des SGB V entsprechen. Die rechtliche Möglichkeit, Leistungen für die Versicherten der Gesellschafter der Antragsgegnerin zu erbringen, und die Festlegung der dabei verbindlich einzuhaltenden qualitativen Mindestanforderungen sind beide nicht Gegenstand der von der Antragsgegnerin vorgenommenen Bewertung.

Allerdings ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung längst anerkannt, dass ein Eingriff in die Freiheit zur Berufsausübung nicht notwendigerweise eine Beschränkung der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten zum Handeln voraussetzt, sondern auch vorliegt, wenn ein behördliches Handeln tatsächlich von gleicher Qualität ist (BVerfG Urt. v. 26. Juni 2002 [1 BvR 670/91](#) – juris Rn 77; Urt. v. 24. Mai 2005 – [1 BvR 1071/01](#) – juris Rn 52). Selbst ohne Veränderung der Rechtsposition läge danach ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit vor, wenn die Bewertungen für den Antragsteller so wirken, dass sie seine Möglichkeit und Marktchancen beschränken, die Behandlung von Versicherten zu übernehmen (vgl. BVerfG Urt. v. 18. April 1985 [3 C 34/84](#) – juris Rn 47; VG Berlin, Beschluss v. 19. März 2014 – [14 L 35.14](#) – juris Rn 25).

Dass die Bewertungen tatsächlich eine solche Wirkung haben, ist aber zumindest nicht glaubhaft gemacht. Die Antragsgegnerin hat unter Vorlage einer entsprechenden eidesstattlichen Versicherung ausgeführt, dass sich der Umfang der Inanspruchnahme des Antragstellers durch die Versicherten der Gesellschafter der Antragsgegnerin seit der Veröffentlichung der hier streitigen Bewertungen nicht wesentlich verändert hat. Der Antragsteller ist dem nicht entgegengetreten.

Es kann auch nicht festgestellt werden, dass die Antragsgegnerin eine den Zustrom der Versicherten regelnde Wirkung jedenfalls subjektiv mit ihrer Bewertung erreichen wollte. Ein Eingriff in die Berufsfreiheit kann sich zwar bereits aus der Absicht ergeben, zielgerichtet auf den Markt der Leistungserbringer einzuwirken (Bay. VGH, Beschluss v. 9. Januar 2012 – [12 CE 11.2685](#) – juris Rn 17). Es ist vorliegend aber nicht ersichtlich, dass die Antragsgegnerin mit der von ihr abgegebenen Bewertung bezweckte und noch bezweckt, die Versicherten ihrer Gesellschafter zu anderen Krankenhäusern als dem Antragsteller umzuleiten. Dagegen spricht schon, dass der von der Antragsgegnerin betriebenen Internetseite keine Äußerung des Inhalts zu entnehmen ist, von einer Inanspruchnahme des Antragstellers werde abgeraten. Es gibt dort auch keine allgemein gehaltene Empfehlung, Krankenhäuser mit nur durchschnittlichen Ergebnissen in der QSR-Bewertung oder einzelnen unterdurchschnittlichen Ergebnissen bei den verschiedenen Einzelindikatoren möglichst nicht aufzusuchen. Im Übrigen weist die Internetseite auch die Ergebnisse der Bewertungen nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) als gesetzliche Qualitätssicherung und die Ergebnisse von Patientenbefragungen aus. Nach eigener Darstellung des Antragstellers sind die Bewertungen nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) wesentlich positiver für ihn ausgefallen als die QSR-Bewertungen. Auch die Weiterempfehlungsrate des Antragstellers durch seine bisherigen Patienten ist überdurchschnittlich, die auf der Webseite über ihn mitgeteilten Beurteilungen durch bisherige Patienten zumindest durchschnittlich. Die Antragsgegnerin weist zudem auf der zu den QSR-Verfahren eingerichteten und über einen Link erreichbaren Seite auch auf die unter Umständen eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse aus dem QSR-Verfahren hin. Die Aussage, dass das Verfahren "zu den verlässlichsten Qualitätssicherungsverfahren Deutschlands gehört", beinhaltet nämlich nicht den Anspruch, dass es immer und unter allen Umständen zu zutreffenden Aussagen über die Qualität von Krankenhäusern führt. Damit spricht der Gesamthalt des Bewertungsportals eher dagegen, dass die Antragsgegnerin beabsichtigt, die Versicherten ihrer Gesellschafter vor dem Antragsteller zu warnen und sie von einer Behandlung in dessen Krankenhaus möglichst abzubringen. Im Übrigen wäre dafür die von der Antragsgegnerin abgegebene Gesamtbewertung als "durchschnittlich" auch eher ungeeignet. Angesichts der von der Antragsgegnerin mitgeteilten Bewertungsquoten stellt diese Beurteilung keinen "Negativausreißer" dar. Zudem würde eine Umverteilung der Patienten zu den als überdurchschnittlich bewerteten Krankenhäusern hin bewirken, dass 100 Prozent der Patienten von 20 Prozent der vorhandenen Krankenhäuser betreut werden müssten. Dafür wären diese aber schon von ihrer Aufnahmekapazität her nicht in der Lage. Deswegen kann eine solche Steuerung der Patientenverteilung nicht das Ziel des Vorgehens der Antragsgegnerin gewesen sein.

Der Antragsteller sieht sich zwar dadurch beeinträchtigt, dass die von der Antragsgegnerin ausgesprochene Bewertung ganz offensichtlich nicht seinem eigenen Selbstverständnis und seinem Selbstbild von der in seinem Krankenhaus angebotenen und erreichten Qualität entspricht. Der Schutz aus [Art. 12 GG](#) geht aber nicht so weit, dass öffentliche Stellen nur solche Aussagen über auf dem Markt angebotene Leistungen machen dürften, welche mit den eigenen Vorstellungen des Gewerbetreibenden über Inhalt und Qualität der Leistungen übereinstimmen (BVerfG, Beschluss v. 26. Juni 2002 – [1 BvR 558/91](#), [1 BvR 1428/91](#) – juris Rn 45). Zusammengefasst fehlt es danach an einem steuernden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Antragstellers, weil weder die rechtlichen Bedingungen der Behandlung im Krankenhaus beschnitten werden, noch tatsächlich negative Auswirkungen auf die Zahl der Patienten feststellbar sind oder sie doch zumindest als beabsichtigt angesehen werden könnten.

Als bloße Information von Versicherten und Öffentlichkeit über die Qualität von Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung setzt die Rechtmäßigkeit der von der Antragsgegnerin abgegebenen Bewertung nicht mehr voraus, als dass sie im Rahmen der der Antragsgegnerin zugewiesenen Aufgaben erfolgt ist und die gebotene Sachlichkeit und Fairness nicht verletzt. Dass die Information der Versicherten zu den der Antragsgegnerin übertragenen Aufgaben gehört, ergibt sich aus [§ 214 Satz 2 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift darf die Antragsgegnerin damit beauftragt werden, ihre Gesellschafter bei der Durchführung der der gesetzlichen Krankenversicherung obliegenden Aufgaben zu unterstützen. Die Information der Versicherten und Öffentlichkeit über gesundheitsrelevante Themen und Fragestellungen gehört zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Das wiederum ergibt sich aus [§ 305 Abs. 3 SGB V](#). Diese Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über Leistungserbringer und Leistungen zu informieren. Dies beinhaltet die Vornahme von unabhängigen Bewertungen einschließlich der Veröffentlichung von Qualitätsberichten (Luthe in Hauck/Noftz, SGB V, § 305 Rn 11). Die Antragsgegnerin informiert die Versicherten ihrer Gesellschafter auch nicht ungefragt. Deren Zugang zu den bereit gehaltenen Informationen setzt vielmehr voraus, dass die Versicherten das Internetangebot annehmen und sich durch die Seiten klicken. Dadurch demonstrieren sie ihr Informationsverlangen, dem die Antragsgegnerin durch das vorgehaltene Angebot nachkommt.

Fraglich in Bezug auf das Informationsrecht der Krankenkassen über die Qualität von Krankenhäusern kann danach nur sein, ob [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) so zu verstehen ist, dass die Krankenkassen und ihre Verbände die Versicherten über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser vergleichend nur auf der Basis der Qualitätsberichte nach [§ 137 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) informieren dürfen. Das ist der Vorschrift indessen nicht eindeutig zu entnehmen. Gegen eine solche Beschränkung spricht nämlich schon, dass [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) nicht nur die Information, sondern auch das Aussprechen von Empfehlungen erlaubt. Diese weitergehende Rechtsfolge legt es schon aus verfassungsrechtlichen Gründen wegen der einer Empfehlung möglicherweise innewohnenden Funktion, in die Freiheit zur Berufsausübung einzugreifen, nahe, genaueres über die Voraussetzungen einer solchen Empfehlung zu regeln. Das bedeutet aber nicht im Umkehrschluss

eine Absage an die bloße Verbreitung anderweitig gewonnener Informationen. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) soll die Kompetenzen der Krankenkassen und ihrer Verbände ersichtlich erweitern und nicht einschränken. Auch in der Rechtspraxis ist die Verbreitung von Informationen über Krankenhäuser in der Form des Krankenhausnavigators längere Zeit widerspruchsfrei hingenommen worden. Zudem betreibt die Antragsgegnerin unangefochten noch andere Gesundheitsnavigatoren, so für Vertragsärzte. Demnach spricht zumindest einiges für die Annahme, dass die Verbreitung von Informationen über die Qualität von Krankenhäusern auch neben der Regelung in [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) zu den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben des Antragsgegners gehört.

Die Rechtsauffassung der Antragsgegnerin, wonach [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) ihr ausdrücklich auch die Veröffentlichung von Informationen (und Aussprache von Empfehlungen?) auf der Grundlage anderer Qualitätsbewertungen erlaube, hält der Senat hingegen für offensichtlich fehlerhaft. [§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) erklärt nämlich nur die Qualitätsberichte nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) für maßgeblich ("auf der Basis"). Damit wäre nicht zu vereinbaren, andere Qualitätsberichte als Basis für Information und Empfehlung zu verwenden, die eigene Parameter benutzen und entsprechend auch zu abweichenden Ergebnissen kommen. Das bedingt indessen – wie gerade ausgeführt – nicht notwendig eine Sperrwirkung für die reine Information der Versicherten, die aufgrund einer anderen Rechtsgrundlage erfolgt.

Gehört die Information über die Qualität von Krankenhäusern danach zu den Aufgaben der Krankenkassen, dürfte diese Aufgabe nach [§ 214 Satz 2 SGB V](#) auch der Antragsgegnerin zur Wahrnehmung übertragen werden. Dies konnte, da für die Antragsgegnerin die Rechtsform einer BGB-Gesellschaft verwendet wird, gegebenenfalls auch konkludent ohne ausdrückliche Änderung oder Erweiterung eines bestehenden (schriftlichen) Gesellschaftsvertrages erfolgen. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Antragsgegnerin die Bewertung von Krankenhäusern entgegen dem Willen ihrer Gesellschafter betreibt.

Die vorgenommene Bewertung der Krankenhäuser im QSR-Verfahren ist auch nicht offensichtlich verfahrensfehlerhaft erfolgt. Eine Anhörung der Krankenhäuser entsprechend [§ 24 SGB X](#) war entbehrlich, weil die Information der Versicherten – wie oben ausgeführt – keinen Eingriff in die Rechte der Krankenhäuser beinhaltet. Die Verwendung der Routinedaten zur Qualitätssicherung verstößt auch nicht zwingend und offensichtlich gegen Grundsätze des Datenschutzes. Zwar weist der Antragsteller aus Sicht des Senats zutreffend darauf hin, dass [§ 299 SGB V](#) hier keine Rechtsgrundlage für die Verwendung der Abrechnungsdaten bietet. Die Verwendung der erhobenen Daten für Zwecke der Qualitätssicherung kann aber nach den allgemeinen Vorschriften gemäß § 67c Abs. 2 Nr. 1 SGB X oder [§ 67c Abs. 3 Satz 1 SGB X](#) zulässig sein. Dafür spricht, dass sich die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung aus dem von der Antragsgegnerin verfolgten Zweck der Information der Versicherten ergeben kann und das Bemühen um Qualitätssicherung möglicherweise als Erscheinungsform der in der letztgenannten Vorschrift angesprochenen Aufsichts- und Kontrollbefugnisse anzusehen ist. Im Übrigen könnte die begehrte einstweilige Anordnung ohnehin nur zum Schutz der Rechte des Antragstellers erlassen werden, nicht zum Schutz des Rechts der betroffenen Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung.

Materiell setzt die Rechtmäßigkeit der von der Antragsgegnerin ausgehenden Informationen voraus, dass sie inhaltlich zutreffend sind und unter Wahrung des Gebots der Sachlichkeit und mit angemessener Zurückhaltung formuliert sind (BVerfGE Urt. v. 26. Juni 2002 [1 BvR 558/91](#), [1 BvR 1428/91](#) – juris Rn 59). Zu unterscheiden ist zwischen Tatsachen und Werturteilen. Die vom Antragsteller angegriffene Bewertung der Qualität seiner Leistungen enthält Werturteile und keine Tatsachen. Werturteile sind nach der zivilgerichtlichen Rechtsprechung erst dann unzutreffend, wenn bewusste Fehlwurteile oder Verzerrungen vorliegen, die sachlich nicht mehr vertretbar sind (BGH, Urt. v. 10. März 1987 – [VI ZR 144/86](#)). Bei der Bestimmung der Grenzen ist vorliegend das von den Krankenkassen verfolgte Ziel der Aufklärung ihrer Versicherten mit dem Interesse des Antragstellers daran abzuwägen, von negativen Bewertungen verschont zu bleiben. Allgemein gesprochen kann der Inhaber eines Gewerbebetriebes nicht mehr verlangen als eine neutrale und von dem Bemühen um Objektivität durchdrungene Bewertungsmethode (LG München, Urt. v. 13. Januar 2014 – [9 O 25477/13](#) – juris Rn 154-156 [Ritter Sport]).

Ausgehend von dieser Prämisse kann der Senat nicht feststellen, dass die Antragsgegnerin die Grenzen einer zulässigen informierenden Bewertung überschritten hat. Sie hat nicht willkürlich Bewertungen für die einzelnen Krankenhäuser ausgeworfen, sondern ein wissenschaftliches System entwickelt, um Aussagen über die Qualität von Behandlungen treffen zu können. Das ergibt sich aus den von ihr vorgelegten Unterlagen und eidesstattlichen Versicherungen. Die von dem Antragsteller erhobenen Einwände gegen die "Richtigkeit" der Bewertungskriterien greifen nicht durch. Der Antragsteller übersieht, dass es keine aus der Natur der Sache heraus feststehenden oder vom Gesetzgeber vorgegebenen Kriterien für die Bewertung der Qualität einer Behandlung im Krankenhaus gibt. Auch die Ergebnisse einer (von dem Antragsteller eingeforderten) randomisierten Studie stellen nicht die einzige Art einer im Rahmen des SGB V erheblichen wissenschaftlichen Erkenntnis dar (vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 2 Rn 64). Das Fehlen verbindlicher Vorgaben ist vorliegend auch aus verfassungsrechtlicher Sicht solange hinzunehmen, wie sich aus der Bewertung von Qualität keine einschneidenden Rechtsfolgen oder solchen gleichstehende Auswirkungen für die Leistungsanbieter und damit auch den Antragsteller ergeben. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe einer "nur" der Information der Versicherten dienenden Bewertung der Leistungserbringer in die Hände der gesetzlichen Krankenkassen gelegt, ohne ihnen zugleich nähere Vorgaben für die Maßstäbe zu machen. Mit dieser Aufgabenzuweisung ist notwendig die Gewährung eines Spielraums für die Ausgestaltung der Bewertungsverfahren verbunden. Denn eine Bewertung kann nur erfolgen, nachdem entsprechende Kriterien dafür aufgestellt worden sind. Der vom Gesetzgeber gelassene Gestaltungsspielraum ist erst dann überschritten, wenn die Krankenkassen Kriterien heranziehen, denen nach wissenschaftlichen Kriterien jegliche Aussagekraft fehlt. Entsprechend kann Aufgabe der Rechtsprechung nur sein, die Einhaltung dieser äußersten Grenzen zu überwachen, nicht aber, die denkmöglichste Optimierung des verwendeten Bewertungsverfahrens einzufordern. Dies gilt insbesondere in dem vorliegenden Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes, weil es dem Senat ohne sachverständige Hilfe kaum möglich ist, den Stand der medizinischen und statistischen Wissenschaft zu Fragen der Qualitätsbewertung zu bestimmen.

Nach diesen Maßstäben ist es dem Antragsteller nicht gelungen, die Ungeeignetheit des von der Antragsgegnerin verwendeten Bewertungsverfahrens darzulegen und glaubhaft zu machen. Routinedaten sind nicht deswegen ohne jeden Aussagegehalt, weil die Krankenhäuser auch fehlerhaft kodiert haben könnten. Es ist nämlich nicht offensichtlich unwissenschaftlich, wenn die Antragsgegnerin grundsätzlich davon ausgeht, dass die Krankenhäuser die Kodierung ihrer Leistungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vornehmen. Der Antragsteller hat nur auf die Möglichkeit einer Verfälschung hingewiesen, aber weder vorgetragen noch glaubhaft gemacht, dass die Codierung tatsächlich in einem Ausmaß fehlerhaft erfolgt, der jeglichen Rückschluss von den abgerechneten auf die tatsächlich erbrachten Leistungen verbietet. Der Antragsgegnerin kann auch nicht vorgeworfen werden, dass die von ihr verwendeten Qualitätsindikatoren völlig ohne Aussagegehalt sind. Dass bei anderen Qualitätsuntersuchungen auch andere Indikatoren verwendet werden, ändert daran ebenso wenig etwas wie der Umstand, dass es möglicherweise sogar aussagekräftigere Indikatoren gibt. Auch die theoretische Möglichkeit von

Reserveursachen beseitigt die Relevanz der ausgewählten Indikatoren nicht, solange davon ausgegangen werden kann, dass sich die Indikatoren jedenfalls häufiger in Abhängigkeit von der Qualität der Krankenhausleistung verwirklichen. Für die Risikoadjustierung gilt, dass die von der Antragsgegnerin verwendeten Korrekturfaktoren für ihr Bemühen um Objektivität und Wissenschaftlichkeit spricht. Auf die Frage, ob es ein anderes oder besseres Ausgleichssystem gibt, kommt es dagegen nicht an. Ähnliches gilt für die von dem Antragsteller bemängelte zu geringe Zahl der untersuchten Behandlungsfälle. Die Antragsgegnerin will diesen Zufälligkeiten durch die Ausweisung von Konfidenzintervallen begegnen. Das belegt ihr Bemühen um eine wissenschaftliche Auswertung ihrer Ergebnisse. Der Anspruch der Wissenschaftlichkeit ist bereits erfüllt, wenn auf der Hand liegenden Fehlerquellen entgegen gewirkt wird. Das geht nicht so weit, dass alle theoretisch möglichen Fehlerquellen mit Sicherheit beseitigt sein müssen, ehe ein Ergebnis formuliert werden darf. Auch die Orientierung der Antragsgegnerin an der oberen Grenze der sich ergebenden Konfidenzintervalle ist nicht offensichtlich verfehlt, weil diese die höchste realistischer Weise in Betracht zu ziehende Wahrscheinlichkeit ausweist, Opfer eines Qualitätsmangels zu werden. Warum dieser Wert für die Versicherten nicht von Interesse sein soll, erschließt sich dem Senat nicht. Der Antragsteller mag andere Werte für aussagekräftiger halten. Das ändert nichts daran, dass die Wahl der Antragsgegnerin in der Sache nicht unvertretbar erscheint. Damit fällt auch der Vorwurf des Antragstellers zusammen, dass sich keine statistisch relevanten Unterschiedlichkeiten zwischen den Krankenhäusern zeigen, wenn man sich an einer Überschneidung der Konfidenzintervalle orientiert. Die Antragsgegnerin hat sich nämlich – in der Sache vertretbar – an einem anderen Maßstab orientiert. Selbst die vom Antragsteller bemängelte Folge, dass mit steigender Behandlungszahl das Konfidenzintervall enger und damit die obere Grenze tendenziell auch niedriger wird, widerlegt die von der Antragsgegnerin vorgenommenen Bewertungen nicht. Die Annahme, dass die häufigere Durchführung einer Behandlung zu einer höheren Qualität führt, liegt nämlich ebenso der für die Vornahme bestimmter Operationen nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) bestehenden Möglichkeit zugrunde, bestimmte Mindestfallzahlen einzufordern, und steht daher nicht mit den Vorgaben des SGB V in einem Widerspruch.

Allerdings verlangt die gebotene Transparenz, in geeigneten Fällen darauf hinzuweisen, dass eine Bewertung nach Kriterien vorgenommen worden ist, die in der Wissenschaft nicht unumstritten sind und deren Aussagekraft von anderen Stellen möglicherweise nur eingeschränkt anerkannt wird. Aber auch insoweit ist der Antragsgegnerin keine offensichtliche Überschreitung der gezogenen Grenzen vorzuwerfen, weil sie auf ihrer Webseite auch die abweichenden Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätsbewertung nach [§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) ausweist und so die Relativität der Erkenntnisse aufgrund des QSR-Verfahrens deutlich macht. Dass zurückhaltendere Formulierungen in Bezug auf den Aussagegehalt des QSR-Verfahrens vorstellbar sind und möglicherweise nach Auffassung des Senats auch angemessener wären, führt noch nicht zur offensichtlichen Rechtmäßigkeit der von der Antragsgegnerin gewählten Darstellung. Auch insoweit gilt nämlich, dass der Senat nur die Einhaltung der sich aus dem Gebot der Sachlichkeit ergebenden Grenzen überprüfen kann. Für die von dem Antragsteller begehrte ausdrückliche Feststellung, dass die Bewertungen auf einem Verfahren beruhen, dessen Aussagekraft und Bewertungen wissenschaftlich nicht nachgewiesen und wissenschaftlich nicht anerkannt sind, ist erst Recht kein Raum.

Weitergehende Rechte des Antragstellers sind nicht ersichtlich. [Art. 14 GG](#) ist nicht einschlägig, weil [Art. 14 GG](#) das Erworben und nicht erst zukünftige Erwerbsaussichten schützt. Auf die Frage, ob das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb Schutzgut des [Art. 14 GG](#) ist, kommt es vorliegend schon deswegen nicht an. [Art. 14 GG](#) schützt jedenfalls nicht die Umsatz- und Gewinnchancen eines Unternehmens (BVerfG 26. Juni 2002 – [1 BvR 558/91](#), [1 BvR 1428/91](#) – juris Rn 79/80).

(2)

Ist das Vorgehen der Antragstellerin nach den unter (1) dargestellten Erwägungen jedenfalls nicht offensichtlich rechtswidrig, setzt der Erlass einer einstweiligen Anordnung einen entsprechenden in die Folgenabwägung einzustellenden Anordnungsgrund voraus, an dem es aber fehlt. Messbare Auswirkungen der von der Antragsgegnerin abgegebenen Bewertung auf die Fallzahlen des Antragstellers sind nicht ersichtlich. Der Vortrag der Antragsgegnerin, dass sich die Fallzahlen des Antragstellers seit der im Juli 2013 erfolgten Veröffentlichung der Bewertung des Leistungsbereichs "therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt" nicht signifikant verändert hätten, ist von dem Antragsteller nicht bestritten worden. Der stattdessen erfolgte Hinweis, dass aber auch eine Zunahme der Behandlungsfälle ausgeblieben sei, reicht für die Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes nicht aus. Abgesehen von der sich damit stellenden Frage, ob auch die Beeinträchtigung bloßer Erwerbsaussichten den Erlass einer einstweiligen Anordnung rechtfertigen kann, reicht der Vortrag des Antragstellers nicht annähernd aus, um mit hinreichender Sicherheit eine Annahme zu tragen, welche Umsatzsteigerungen ohne eine Veröffentlichung der Bewertung in dem Krankenhausnavigator zu erwarten gewesen wären.

Im Kern erschöpft sich der Vortrag des Antragstellers zur Dringlichkeit in dem Hinweis, dass die von der Antragsgegnerin veröffentlichten negativen bzw. nicht uneingeschränkt positiven Bewertungen geeignet seien, seine Reputation als Krankenhaus zu beschädigen, was eine Abwendung von potenziellen Patienten befürchten lasse, die ihn in wirtschaftlicher Hinsicht erheblich belaste, da die angegriffene Bewertung wesentliche Teile der von ihm angebotenen Behandlungsleistungen betreffe. Der Senat lässt ausdrücklich dahingestellt sein, ob diese Zusammenhänge ausreichen würden, um die Dringlichkeit einer einstweiligen Anordnung zu begründen, die vor oder unmittelbar nach der Veröffentlichung einer negativen Qualitätsbewertung erlassen werden soll. Vorliegend stellt sich die Sachlage jedenfalls so dar, dass seit der Veröffentlichung der Bewertung zum Leistungsbereich "Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt" im Juli 2013 bis zur Entscheidung des Senats im Juni 2014 bereits ein Zeitraum von 11 Monaten verstrichen ist. Angesichts dieses doch schon erheblichen Zeitraums reicht ein Hinweis auf zu besorgende negative Folgen der von der Antragsgegnerin vorgenommenen Bewertung nicht mehr aus. Wenn diese tatsächlich durch die Bewertung ausgelöst würden, müssten sie nämlich schon eingetreten sein.

Dass 20 Prozent der vom Antragsteller erbrachten Behandlungsleistungen einen sachlich-thematischen Bezug zu den von der Antragsgegnerin bewerteten Leistungsbereichen haben, begründet nur eine potenzielle Bedeutung der Bewertung für den Umfang der Inanspruchnahme des Antragstellers durch die Versicherten. Die vom Antragsteller vorgetragene Überlegung, dass eine nicht uneingeschränkt positive Bewertung geeignet sei, die Versicherten nach Alternativen suchen zu lassen, ist grundsätzlich durchaus nachvollziehbar. Das belegt aber noch nicht einen tatsächlich ausgelösten Einfluss. Welche Bedeutung die abgegebene Bewertung für die seit ihrer Veröffentlichung erfolgten Auswahlentscheidungen der Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus hatte, ist völlig ungeklärt. Die im Wesentlichen unveränderten Belegungszahlen sprechen gegen ein erhebliches aktuelles Gewicht. Dies könnte sich etwa dadurch erklären, dass die Antragsgegnerin auf ihrer Webseite noch weitere und andere Informationen über den Antragsteller anbietet, die möglicherweise für die Versicherten wichtiger sind als die QSR-Bewertung. Überdies gibt es jedenfalls am Sitz des Antragstellers keine anderen Krankenhäuser mit signifikant besseren Bewertungen für den hier betroffenen Leistungsbereich. Die räumliche Nähe des Krankenhauses zu den Versicherten ist nach [§ 7 Abs. 1 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien](#) aber ein wesentlicher Faktor für die Auswahl

des auf der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung anzugebenden Krankenhauses. Auch die Versicherten selbst werden regelmäßig auf die räumliche Nähe des Krankenhauses zu ihrem Wohnsitz achten, schon um den Umgang mit ihren Familienangehörigen aufrechtzuerhalten. Im Übrigen hält der Senat die Annahme für naheliegend, dass – wie in der mündlichen Verhandlung erörtert – den stärksten Einfluss auf die Auswahl des Krankenhauses durch die Versicherten die Empfehlung oder Verordnung des behandelnden Arztes hat. Einem fachkundigen Arzt stehen aber noch andere Informationsquellen über Krankenhäuser als die von der Antragsgegnerin in ihren Bewertungsverfahren vorgenommene Zuordnung von "Lebensbäumen" zur Verfügung. Gerade wenn der Antragsteller – wie von ihm vorgetragen – in der Fachwelt einen überdurchschnittlichen Ruf auch im Hinblick auf den hier streitigen Leistungsbereich genießt, ist eher zu erwarten, dass die behandelnden Vertragsärzte ihre Krankensempfehlung nicht im Wesentlichen an der von der Antragstellerin vorgenommenen Bewertung ausrichten.

Der Senat hat auch erwogen, ob ein Anordnungsgrund besteht, soweit der Antragsteller mit seinem Hilfsantrag eine Korrektur der Aussagen der Antragsgegnerin in Bezug auf die Validität des QSR-Verfahrens begehrt. Dagegen spricht aber, dass die Art und Weise der Selbstdarstellung des Bewertungsverfahrens durch die Antragsgegnerin in ihrer gegenwärtigen Form keine besondere Eignung erkennen lässt, negative Wirkungen auszulösen, die durch Umformulierungen zu beseitigen wären. Zwar mag es der Selbstvergewisserung des Antragstellers dienen, wenn seine – nicht gänzlich von der Hand zu weisenden – Vorbehalte gegen die Aussagekraft der QSR-Bewertungen deutlicher als bisher in dem von der Antragsgegnerin zum QSR-Verfahren angebotenen Informationstext formuliert wären. Konkrete Erwartungen für die Auswirkungen solcher Änderungen auf die Auswahlentscheidung der Patienten lassen sich daraus aber schon deswegen nicht ableiten, weil – wie oben ausgeführt – bereits keine besonderen Auswirkungen der von der Antragsgegnerin erteilten Bewertung auf das Nachfrageverhalten überhaupt feststellbar sind. Die vorliegenden Zahlen über Behandlungsfälle sprechen für geringe bis gar keine Auswirkungen. Im Übrigen geht der Senat davon aus, dass Versicherte, sofern sie sich überhaupt an den durch die Antragsgegnerin vorgenommenen Bewertungen orientieren, dafür eher auf die griffige in der Zahl von Lebensbäumen ausgedrückte Gesamtbewertung zurückgreifen statt sich an detaillierten Erläuterungen über den Wissenschaftlichkeitsanspruch des Verfahrens zu orientieren.

Demnach vermag der Senat nicht zu erkennen, dass der Antragsteller schwer und unerträglich belastet wäre, wenn er darauf verwiesen wird, die von ihm aufgeworfenen Rechtsfragen in einem Hauptsacheverfahren klären zu lassen. Eine gegenwärtig bestehende erhebliche Beeinträchtigung seiner Interessen, die nur durch den Erlass einer einstweiligen Anordnung abgewendet werden kann, ist jedenfalls zurzeit nicht erkennbar. Deswegen besteht kein Anlass, seine Interessen mit denen der Versicherten abzuwägen.

Nach alledem war die Beschwerde zurückzuweisen und der hilfsweise gestellte zusätzliche Antrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§§ 197a Abs. 1 SGG, 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz. Hinreichende Anhaltspunkte für die Festsetzung eines abweichenden Streitwertes sind nicht vorhanden gewesen. Der Senat hat deshalb für die beiden gestellten Anträge jeweils den Regelstreitwert angesetzt. Angesichts der dem Verfahren von den Beteiligten beigemessenen Bedeutung und dem Umfang der Sache hat der Senat auch davon abgesehen, einen Abschlag wegen des Vorliegens eines Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes vorzunehmen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-07-03