

S 31 KR 617/11 ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
31
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 31 KR 617/11 ER
Datum
28.03.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.
Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens.
Der Streitwert wird auf 7.500,00 Euro festgesetzt.

Gründe:

I. Streitig ist, ob die Antragstellerin einem zwischen der Antragsgegnerin und einem Dritten geschlossenen und ausdrücklich eine bundesweite Versorgung vorsehenden Hilfsmittelliefervertrag nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) teilweise, nämlich im Hinblick auf bestimmte Produktgruppen und bestimmte Postleitzahlenbereiche, beitreten kann.

Die Antragstellerin ist als Einzelunternehmerin im Bereich der Hilfsmittelversorgung tätig. Sie verfügt über eine sogenannte Präqualifizierung für die Versorgungsbereiche 15 A (Inkontinenzhilfen) und 29 A (Stomaartikel). Eine weitere Person ist für sie als "freie Mitarbeiterin" tätig. Sie versorgte bis September 2011 ca. 110 Personen, von denen 15 bei der Antragsgegnerin gesetzlich versichert waren. Der Gesamtumsatz der Antragstellerin belief sich 2010 auf knapp 250.000,00 EUR, bis September 2011 auf gut 230.000,00 EUR. Davon entfielen auf die bei der Antragsgegnerin Versicherten 2010 knapp 25.000,00 EUR, bis September 2011 knapp 40.000,00 EUR.

Mit Schreiben vom 27.06.2011 kündigte die Antragsgegnerin die zuvor mit der Antragstellerin über die Versorgung ihrer Versicherten abgeschlossene Vereinbarung zum 30.09.2011. Die Antragsgegnerin legte in der Folge drei unterschiedliche Vertragstypen auf: zwei über eine bundesweite Versorgung mit vier Versorgungsbereichen und entweder einer umsatzabhängigen (Vertragsnummer 1001) oder einer festen Vergütung (Vertragsnummer 1002) sowie einen über eine regionale Versorgung mit drei Versorgungsbereichen und einer festen, aber im Vergleich mit den beiden vorgenannten Verträgen abgesenkten Vergütung (Vertragsnummer 1003). Unter dem 08.09.2011 bot die Antragsgegnerin der Antragstellerin den Beitritt zum Vertrag Nr. 1002 an. Über die bundesweite Versorgung und die Versorgung mit Hilfsmitteln mehrerer Versorgungsbereiche hinaus sieht der Vertrag in Anlage 3 je nach Versorgungsbereich eine Mindestmitarbeiterzahl pro Standort von zwei, im Bereich der enteralen Ernährung und der ableitenden Inkontinenz von drei vor. Des Weiteren wird eine Service-Hotline gefordert.

Unter dem 09.09.2011 erklärte die Antragstellerin den Beitritt zum Vertrag Nr. 1002, beschränkt auf die Produktgruppen 15 und 29, die Postleitzahlen 44 -47 als Liefergebiet und mit dem Hinweis, dass nur zwei Mitarbeiter vorhanden seien. Am 19.09.2011 lehnte die Antragsgegnerin einen solchen beschränkten Beitritt ab. Außerdem fehle eine Service-Hotline.

Am 28.09.2011 beantragte die Antragstellerin die Zuteilung einer Rufnummer für entgeltfreie Mehrwertdienste.

Am gleichen Tag hat die Antragstellerin den vorliegenden Eilantrag gestellt, mit dem sie zunächst beantragt hat, die Antragstellerin zu verpflichten sie so zu behandeln, als sei sie einem zwischen der Antragsgegnerin und der Firma S&W GmbH abgeschlossenen Vertrag im Hinblick auf die o.g. Produktgruppen beigetreten. Zwischenzeitlich hat die Antragsgegnerin mit der Firma S&W GmbH einen ihrer neuen Verträge abgeschlossen (Nr. 1003).

Seit dem 01.10.2011 lässt die Antragsgegnerin mehrere bei ihr versicherte frühere Kunden der Antragstellerin durch andere Leistungserbringer versorgen.

Die Antragstellerin trägt vor, ein Teilbeitritt sei nach dem Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen. Ein sachlicher Grund für das Erfordernis

einer bundesweiten Versorgung sei nicht ersichtlich, zumal es sich im Wesentlichen um ein Versandgeschäft handele. Ebenfalls sei nicht ersichtlich, warum eine Versorgung mit allen in den Verträgen genannten Produkten erfolgen müsse. Dass einzelne Versicherte Hilfsmittel mehrerer Produktgruppen bedürften, rechtfertige noch nicht den Zwang zur Versorgung mit allen genannten Produktgruppen. Das Erfordernis, für bestimmte Versorgungsbereiche drei Mitarbeiter vorzuhalten, sei mit dem Urteil des BSG vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#) nicht vereinbar. Im Ergebnis führe die Praxis der Antragsgegnerin zur Verdrängung kleiner Unternehmen. Die Antragstellerin verweist auf die Entscheidungen SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15.04.2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15.03.2011, [L 11 KR 4724/10 ER-B](#).

Die Antragstellerin beantragt nunmehr,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, sie so zu behandeln, als hätte sie durch das mit Schreiben vom 09.09.2011 abgegebene Angebot auf Beitritt zum "Hilfsmittelliefervertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Versorgung der Versicherten bei enteraler Ernährung, bei Tracheotomie und bei Laryngektomie, bei ableitender Inkontinenz und bei Stomaanlagen" gemäß Anlage 1 zwischen der Antragsgegnerin und der GHD Gesundheits-GmbH (Ahrensburg) mit Wirkung ab dem 01.10.2011 für die Postleitzahlenbereiche 44, 45, 46 und 47 den Status als Vertragspartner in Bezug auf die Versorgung mit Hilfsmitteln der ableitenden Inkontinenz (PG 15) sowie mit Hilfsmitteln zur Stomatherapie (PG 29 – Colostomie, Urostomie und Ileostomie) erlangt.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Die Antragsgegnerin trägt vor, die Zusammenfassung der Versorgungsbereiche sei sinnvoll und jedenfalls nicht willkürlich. Bei 13,5 % der Versicherten erfolge eine Versorgung mit Hilfsmitteln mehrerer Produktgruppen. Das höhere Vergütungsniveau für Verträge mit bundesweiter Versorgung ergebe sich aus betriebswirtschaftlichen Nachteilen für Leistungserbringer in umsatzschwachen Regionen, was nicht zuletzt mit den Erfordernissen einer entsprechenden Infrastruktur zur Wahrnehmung von Service- und Beratungsaufgaben zusammenhänge. Das BSG habe in seinem Urteil vom 21.07.2011 lediglich entschieden, dass es rechtswidrig sei, wenn von der Krankenkasse die Qualifikation als Stomatherapeut gefordert werde. Für das vorliegende Verfahren ergebe sich daraus nichts. Die Antragsgegnerin verweist wegen der Unzulässigkeit eines Teilbeitritts zu einem bundesweiten Vertrag auf die Entscheidung SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Antragsgegnerin Bezug genommen.

II. Der zulässige Antrag ist unbegründet.

Die Rechtswegzuständigkeit ergibt sich aus [§ 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#). Ein Fall von [§ 51 Abs. 3 SGG](#) liegt nicht vor. Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich aus [§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Eine abweichende örtliche Zuständigkeit ergibt sich auch nicht nach [§ 57a Abs. 4 SGG](#). Denn es ist vorliegend kein Vertrag auf Bundesebene "betroffen" (vgl. SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); krit. auch SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#), Rdnr. 25; vgl. zur restriktiven Auslegung dieses Merkmals Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG., 10. Aufl. 2012, § 57a Rdnr. 5).

Nach [§ 86 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) kann das Gericht der Hauptsache eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt voraus, dass das geltend gemachte Begehren im Rahmen der beim einstweiligen Rechtsschutz allein möglichen und gebotenen summarischen Prüfung begründet erscheint (Anordnungsanspruch) und erfordert zusätzlich die besondere Eilbedürftigkeit der Durchsetzung des Begehrens (Anordnungsgrund) (vgl. hierzu Keller, a.a.O., § 86b Rdnr. 27 ff.).

Hier ist ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht.

Die Antragstellerin begehrt im Ergebnis einen sogenannten Teilbeitritt zum Vertrag Nr. 1002, beschränkt auf bestimmte Postleitzahlen- und Produktbereiche. Der Beitritt zu Verträgen über die Versorgung mit Hilfsmitteln ist geregelt in [§ 127 Abs. 2a SGB V](#). Danach können Leistungserbringer den Verträgen nach Abs. 2 Satz 1 zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (vgl. zur Einbettung dieser Norm in das Konzept der §§ 126, 127 SGB und deren Entwicklung BSG, Urteile vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#), Rdnr. 9 ff.; 10.03.2010, [B 3 KR 26/08 R](#), Rdnr. 15 ff.).

Ob mit dem Beitritt direkt ein Vertrag mit der Krankenkasse zustande kommt oder ob der Beitritt ein Angebot darstellt, das von der Krankenkasse noch angenommen werden muss, kann dahinstehen (vgl. hierzu SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#), Rdnr. 28; SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#), Rdnr. 40; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15.04.2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15.03.2011, [L 11 KR 4724/10 ER-B](#), Rdnr. 29 ff.; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.07.2010, [L 11 KR 1313/10 ER-B](#)).

Aus Sicht der Kammer ist ein Teilbeitritt entgegen einer verbreiteten Auffassung (vgl. SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15.04.2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15.03.2011, [L 11 KR 4724/10 ER-B](#); Weber, [NZS 2010, S. 53](#), 56; a.A. hinsichtlich des örtlichen Geltungsbereichs SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#)) grundsätzlich nicht statthaft. Entgegen der vorgenannten verbreiteten Auffassung stehen Wortlaut und Systematik einem solchen Teilbeitritt gerade entgegen.

Der Wortlaut sieht vor, dass "den Verträgen " nur "zu den gleichen Bedingungen" beigetreten werden kann. Ein Beitritt zu einem (bestimmten) Vertrag kann deshalb nur ein solcher zum gesamten Vertrag sein, da andernfalls ein völlig neuer Vertrag mit anderem Inhalt entstünde (vgl. SG Hamburg, Beschluss vom 26.02.2009, [S 34 KR 164/09 ER](#), juris, Rdnr. 8, 20, 22, 24). Dann würde nicht mehr "dem

Vertrag" bzw. "den Verträgen" beigetreten. Das LSG Baden-Württemberg weist allerdings in seinem Beschluss vom 15.03.2011 ([L 11 KR 4724/10 ER-B](#), Rdnr. 30 f.) darauf hin, dass ohnehin ein eigener Vertrag zwischen Beitretendem und Krankenkasse entstehe, da ersichtlich keine Gesamtschuldnerschaft gewollt sei. Aber auch dann entsteht nur insofern ein anderer Vertrag, als andere Vertragspartner vorliegen. Dies könnte Anlass dafür gewesen sein, dass die Formulierung "zu den gleichen Bedingungen" in das Gesetz aufgenommen wurde. Jedenfalls liegt es aus Sicht der Kammer nahe, dass mit "den gleichen Bedingungen" der gleiche – und zwar der gesamte – Vertragsinhalt gemeint ist (vgl. zur fehlenden Möglichkeit der Einwirkung des Beitretenden auf den Inhalt LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.07.2010, [L 11 KR 1313/10 ER-B](#)).

Gleiches ergibt die historisch/systematische Auslegung. Es ist nicht ersichtlich, dass mit der Einführung von [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) beabsichtigt war, den Kassen Verträge aufzuzwingen, die inhaltlich von den bereits geschlossenen abweichen, wobei eine inhaltliche Abweichung eben schon dann vorliegt, wenn die Versorgungsbereiche in sachlicher oder örtlicher Hinsicht abweichend geregelt sind.

In der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 16/10609, S. 57](#)) heißt es: "Mit der Schaffung eines Beitrittsrechts zu Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 wird die weitere Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer, die bisher noch keine Verträge mit den Krankenkassen abschließen konnten, über den 31. Dezember 2008 hinaus sichergestellt. Dadurch wird auch verhindert, dass Leistungserbringer willkürlich von ausgehandelten Verträgen ausgeschlossen werden. Das Beitrittsrecht gilt für alle Leistungserbringer, die bereit und in der Lage sind, sich zu den gleichen Bedingungen an der Versorgung zu beteiligen, und ist nicht auf bestimmte Verträge beschränkt." Wenn dort von "ausgehandelten" Verträgen gesprochen wird, so bestätigt dies, dass der Inhalt der Verträge unangetastet bleiben soll. Sachlicher und örtlicher Versorgungsbereich sind aber Teil des Inhalts.

Bereits das mit dem GKV-WSG eingeführte Regelungskonzept sollte vor allem dazu dienen, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern. Abweichend vom bis dahin gültigen Verfahren sollte die Frage der Wirtschaftlichkeit nunmehr Gegenstand der Verträge nach [§ 127 SGB V](#) sein (vgl. BSG, Urteil vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#), Rdnr. 16 f., 20). In der Gesetzesbegründung wird gleich mehrfach vom "Preiswettbewerb" bzw. dem "preisgünstigsten" Anbieter gesprochen (vgl. [BT-Drs. 16/3100, S. 141](#) zu [§§ 126, 127 SGB V](#)). Dem Vertragspartnermodell liegt die Überzeugung zugrunde, dass sachgerechte Versorgungslösungen dem freien Spiel der (Markt-) Kräfte überantwortet werden sollen (vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2010, [B 3 KR 26/08 R](#), Rdnr. 21; SG Hamburg, Beschluss vom 24.04.2009, [S 2 KR 87/09 ER](#), Rdnr. 4). Die Funktion des zum 01.01.2009 hinzugekommenen [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) besteht (allein) darin, ein Korrektiv für die fehlende Ausschreibung des Vertrags zu liefern (vgl. SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#), Rdnr. 28; krit. zu [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) vor dem Hintergrund des gesetzgeberischen Ziels einer Kosteneinsparung SG Hamburg, Beschluss vom 26.02.2009, [S 34 KR 164/09 ER](#), juris, Rdnr. 18 a.E.).

Mit der Eröffnung eines Teilbeitritts würde die vom Gesetzgeber den Vertragsparteien zugewiesene zentrale Aufgabe der Preisbestimmung (vgl. SG Hamburg, Beschluss vom 26.02.2009, [S 34 KR 164/09 ER](#), juris, Rdnr. 22) konterkariert und die Funktion von [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) überspannt. Denn die potentiell (teilweise) Beitretenden werden einen Beitritt zu demjenigen Vertrag mit dem höheren Vergütungsniveau anstreben. So auch hier: Die Antragstellerin hat ausdrücklich klargestellt, dass es ihr um den Beitritt zum Vertrag Nr. 1002 geht, obwohl mit dem Vertrag Nr. 1003 ein Vertrag zur Verfügung steht, der gerade die von der Antragstellerin angestrebte nur regionale Versorgung vorsieht – nur eben zu einer geringeren Vergütung. Wäre ein Teilbeitritt der Antragstellerin zum Vertrag Nr. 1002 zulässig, müsste die Antragsgegnerin eine Vergütung zahlen, die sie für die konkrete Gegenleistung – wie aus den angebotenen Verträgen ersichtlich – so nie vereinbart hätte. Wenn verschiedentlich zumindest indirekt Erwägungen zum Zustandekommen der Versorgungspauschalen angestellt und Zweifel am Vorliegen bzw. der Berechtigung von "Mischkalkulationen" vorgebracht werden (vgl. etwa SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15.04.2011, [L 16 KR 7/11 B ER](#); Weber, [NZS 2010, S. 53](#), 56), hält die Kammer dies insofern für bedenklich, als es nach dem soeben beschriebenen Konzept gerade nicht Aufgabe der Gerichte ist, eine Preiskontrolle vorzunehmen. Der Vortrag der Antragsgegnerin zum Zustandekommen der unterschiedlichen Versorgungspauschalen in ihren Verträgen ist jedenfalls durchaus nachvollziehbar.

Gleichwohl bestehen zumindest in Teilen erhebliche Bedenken gegen das Vorgehen der Antragsgegnerin. Das BSG hat ausgeführt, dass es zwar zulässig sei, die Hilfsmittelversorgung mit anderen Leistungsbereichen zu verbinden. Gleichzeitig könne aber demjenigen, der keine solchen zusätzlichen Leistungen anbiete, nicht allein deswegen ein Vertrag generell versagt werden (vgl. BSG, Urteil vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#), Rdnr. 20; vgl. auch Urteil vom 10.03.2010, [B 3 KR 26/08 R](#), Rdnr. 23, 35). Gleiches dürfte für die Verbindung von Versorgungsbereichen bzw. Vorgaben hinsichtlich des Versorgungsgebiets gelten. Die Antragsgegnerin dürfte daher gehindert sein, ausschließlich solche Verträge zu schließen, die die gleichzeitige Versorgung mit allen von ihr genannten Produktgruppen und/oder nur eine bundesweite Versorgung vorsehen. Der von der Antragsgegnerin beschriebene sachliche Zusammenhang der in ihren Verträgen gebündelten Versorgungsbereiche ist schon angesichts der vorgetragenen Überschneidung bei (lediglich) 13,5 % Prozent ihrer Versicherten kein durchschlagendes Argument (gegen einen zwingenden Zusammenhang der Versorgungsbereiche in den dortigen Fällen auch SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#), Rdnr. 36; SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#), Rdnr. 34 f.).

Rechtsschutz gegen ein solches Vorgehen ist aber nicht darüber sicherzustellen, dass – gleichsam als Sanktion – der Krankenkasse im Wege eines Teilbeitritts ein so nicht gewollter (inhaltlich) neuer Vertrag aufgezwungen wird. Im Ergebnis würde über die Zulassung eines Teilbeitritts der Grundsatz umgangen, dass kein Anspruch auf Abschluss bestimmter Verträge besteht (vgl. BSG, Urteil vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#), Rdnr. 8; Urteil vom 10.03.2010, [B 3 KR 26/08 R](#), Rdnr. 21). Sollte ein Vertrag, wie er von dem jeweiligen Leistungserbringer gewünscht ist, noch nicht existieren, ist er auf entsprechende Verhandlungen zu verweisen. Soweit die Krankenkasse dann aus den zuvor genannten Gründen rechtswidrigerweise einen Vertragsabschluss ablehnt, ist Rechtsschutz wie in den vom BSG entschiedenen Fällen über entsprechende Feststellungsklagen zu suchen (vgl. BSG, Urteil vom 21.07.2011, [B 3 KR 14/10 R](#), Rdnr. 8).

Jedenfalls ist es nach der beschriebenen gesetzlichen Konzeption aus Sicht der Kammer ausgeschlossen, dass der Leistungserbringer sich denjenigen Vertrag mit dem höchsten Vergütungsniveau aussucht und diesem dann nur im Hinblick auf die gewünschten Versorgungsbereiche (inhaltlich wie örtlich) beitrifft. Der Gesetzgeber wollte mit [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) allein einen "willkürlichen" Ausschluss verhindern (vgl. [BT-Drs. 16/10609, S. 57](#)), nicht aber ein Recht auf einseitige Vertragsgestaltung für die Leistungserbringer schaffen.

Die von der Antragsgegnerin im Vorfeld durchgeführte Abfrage zum Versorgungsbereich ist erst recht nicht geeignet, die Zulässigkeit des

begehrten Teilbeitritts zu begründen (vgl. SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#), Rdnr. 42).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 3. HS SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Zulässigkeit der Beschwerde ergibt sich daraus, dass der Wert der Beschwerde 750,00 EUR übersteigt ([§§ 172 Abs. 3 Nr. 1](#), 1. HS; 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG). Der Streitwert wird in analoger Anwendung von [§ 50 Abs. 2 GKG](#) in Höhe von 5% des zuletzt mit den bei der Antragsgegnerin versicherten Kunden der Antragstellerin erzielten Jahresumsatzes, gerechnet auf drei Jahre, angesetzt (vgl. SG Dortmund, Beschluss vom 13.12.2011, [S 12 KR 1300/11 ER](#); SG Berlin, Beschluss vom 01.12.2011, [S 81 KR 2085/11 ER](#), Rdnr. 49; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 15.03.2011, [L 11 KR 4724/10 ER-B](#), Rdnr. 37; Sächsisches LSG, Beschluss vom 01.12.2010, [L 1 KR 99/10 B ER](#), Rdnr. 49; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.07.2010, [L 11 KR 1313/10 ER-B](#); SG Dresden, Beschluss vom 01.06.2010, [S 15 KR 119/10 ER](#); SG Hamburg, Beschluss vom 24.04.2009, [S 2 KR 87/09 ER](#); teilweise a.A. SG Berlin, Beschluss vom 22.11.2011, [S 210 KR 2084/11 ER](#), Rdnr. 46: 5 % des Umsatzes nur eines Jahres und Abschlag von 50% wegen Eilverfahren; für letzteres auch SG Hamburg, Beschluss vom 24.04.2009, [S 2 KR 87/09 ER](#), Rdnr. 14). Der entsprechende Jahresumsatz der Antragstellerin wird angesichts einer steigenden Umsatzentwicklung auf 50.000 EUR geschätzt. Dies ergibt einen Streitwert von 7.500,00 EUR (5% von 50.000,00 EUR = 2.500,00 EUR mal drei = 7.500,00 EUR).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2012-04-04