

## L 5 KR 141/14 ER-B

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 4074/13 ER  
Datum  
13.12.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 141/14 ER-B  
Datum  
04.11.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

Eine Klinik, die in Rahmenvereinbarungen für von ihr als „vor- bzw. nachstationäre Auftragsleistungen“ bezeichnete Leistungen niedergelassenen Ärzten Komplexgebühren zusichert, obwohl es sich bei diesen Leistungen um Leistungen handelt, die der Vertragsarzt ohnehin im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen müsste (und von der KV vergütet bekäme), verspricht in Wirklichkeit eine rechtswidrige Zuweiservergütung. Eine entgeltliche Zuweisung von Versicherten liegt auch dann vor, wenn dem Vertragsarzt für das Ausfüllen statistischer Erhebungsbögen Gebühren zugesichert werden, die außer Verhältnis zum Arbeitsaufwand stehen. Der Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13.12.2013 wird geändert. Den Antragsgegnerinnen zu 1) und zu 2) wird im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines vom Gericht für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 250.000,00 EUR - ersatzweise Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, im Wiederholungsfall Ordnungshaft bis zu zwei Jahren - untersagt, mit niedergelassenen Vertragsärzten Vereinbarungen über deren Beauftragung zur Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen für die A. Klinik und die A. Sportklinik mit Sitz in Pf., R. in Form der Rahmenvereinbarungen Modell OS, Modell OT und Modell AI zu schließen.

Im Übrigen wird die Beschwerde zurückgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens in beiden Instanzen tragen die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2).

Der Streitwert wird für beide Instanzen endgültig auf 15.000 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Antragstellerinnen begehren im Wege der einstweiligen Anordnung den Antragsgegnerinnen zu untersagen, mit niedergelassenen Vertragsärzten Kooperationsverträge über vor- und nachstationäre Leistungen der niedergelassenen Ärzte für in den Kliniken der Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) behandelte Patienten abzuschließen und darin eine pauschale Vergütung solcher Leistungen zu vereinbaren, bzw. solche Vertragsabschlüsse zu unterstützen.

Die Antragstellerinnen sind Trägerinnen jeweils nach [§ 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch -SGB V](#) - zugelassener Krankenhäuser (Kliniken C. mit Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie; F.-St.-Klinik B. mit Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie).

Die Antragsgegnerin zu 1) ist ebenfalls Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses (A. Klinik), die Antragsgegnerin zu 2) ist Trägerin einer konzessionierten Privatkrankenanstalt gemäß [§ 30 GewO](#) (A. Sportklinik). Beide Kliniken haben einen gemeinsamen Sitz in Pf., ebenso wie das gemäß [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Medizinische Versorgungszentrum (A. MVZ), dessen Trägerin die Antragsgegnerin zu 3) ist.

Die Antragsgegnerinnen warben bei niedergelassenen Vertragsärzten um eine Kooperation hinsichtlich vor- und nachstationärer Leistungen nach [§ 115 a SGB V](#) im Rahmen der Endoprothesenversorgung. Die Antragsgegnerin zu 3) trat - unter dem Briefkopf der Antragsgegnerin zu 1) - mit Schreiben vom 16.10.2013 an niedergelassene Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und mit Schreiben vom 30.10.2013 an niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin heran und lud diese zu verschiedenen Informationsveranstaltungen in den Monaten November

2013 bis Januar 2014 ein, in denen verschiedene Kooperationsmodelle vorgestellt wurden.

Nach den von den Antragstellerinnen vorgelegten Präsentationsübersichten und Vertragsmustern der Antragsgegnerinnen handelt es sich um Rahmenvereinbarungen für die A.-Kooperationsmodelle "OT" (im Folgenden A.-Vertrag OT) und "OS" (im Folgenden A.-Vertrag OS) für Vertragsärzte/MVZ - Fachärzte aus dem Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie als Einweiser sowie um ein A.-Kooperationsmodell für Fachärzte für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (im Folgenden A.-Vertrag AI).

In allen drei Vertragsmustern (Rahmenvereinbarungen) waren die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) - Kliniken - als Vertragspartner auf der einen Seite, der jeweilige Arzt - Kooperationsarzt - auf der anderen Seite genannt. Die Präambeln der Rahmenvereinbarungen lauten:

"[§ 115a Abs. 2](#) und 3 SGB V eröffnet ab dem 01.01.2012 die Möglichkeit für Krankenhäuser, niedergelassene Vertragsärzte zu beauftragen, in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis vor- und nachstationäre Behandlung gemäß [§ 115a Abs. 1 S. 2 SGB V](#) zu erbringen. In Erfüllung dieser Regelung beabsichtigen die Kliniken, den Kooperationsarzt mit der Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen in der Praxis des Arztes zu beauftragen. Zur Regelung der vertraglichen Bedingungen, unter welchen die vorgenannten Beauftragungen erfolgen, treffen die Vertragspartner die folgende Vereinbarung."

Der A.-Vertrag OT enthält u.a. folgende Regelungen:

§ 1 Vertragszweck (1) Der Arzt verpflichtet sich, nach jeweiliger Beauftragung in seinem Fachgebiet die von der jeweiligen Klinik angeforderten vor- und/oder nachstationären Leistungen bei Patienten der Kliniken zu erbringen. (2) Vorstationäre Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind: Einweisung mit begründeter Stellungnahme, ausführlicher Arztbericht (inkl. Anamnese, Befund, Diagnose), Ausfüllen des präoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit dem Patienten, Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die betreffende Klinik, Bereitstellung der für den Eingriff erforderlichen Röntgenbilder an die betreffende Klinik. (3) Nachstationäre Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind: Nachsorge des Patienten (nach ca. 6-8 Wochen sowie nach ca. 1 Jahr) inkl. Röntgenkontrolle, Ausfüllen des postoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit dem Patienten in den vom behandelnden Klinikarzt vorgegebenen Zeiträumen (nach ca. 6-8 Wochen sowie nach ca. 1 Jahr), Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die jeweilige Klinik.

§ 4 Vergütung (1) Der Arzt erhält für seine vorstationären Leistungen pro Fall eine Komplexgebühr in Höhe von EUR 85,00 (ohne Röntgen) bzw. EUR 100,00 (mit Röntgen). (2) Der Arzt erhält für seine nachstationären Leistungen pro Fall eine Komplexgebühr in Höhe von EUR 100,00 sowohl für die erste Nachsorge nach ca. 6-8 Wochen als auch für die zweite Nachsorge nach ca. 1 Jahr.

Der A.-Vertrag OS enthält u.a. folgende Regelungen:

§ 1 Vertragszweck (1) Der Arzt verpflichtet sich, nach jeweiliger Beauftragung in seinem Fachgebiet die von der jeweiligen Klinik angeforderten nachstationären Leistungen bei Patienten der Kliniken zu erbringen. (2) Nachstationäre Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind: Wundkontrolle, Verbandwechsel, Fadenzug (innerhalb von zwei Wochen)

§ 4 Vergütung (1) Der Arzt erhält für seine nachstationären Leistungen pro Fall eine Komplexgebühr in Höhe von EUR 60,00.

Die entsprechenden Regelungen des A.-Vertrags AI lauten wie folgt:

§ 1 Vertragszweck (1) Der Arzt verpflichtet sich, nach jeweiliger Beauftragung in seinem Fachgebiet die von der Klinik angeforderten vor- und/oder nachstationären Leistungen bei Patienten der Klinik zu erbringen. (2) Vorstationäre Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind: Einweisung mit begründeter Stellungnahme, ausführlicher Arztbericht (inkl. Anamnese, präoperativer Abklärung der Narkosefähigkeit, Begleiterkrankungen inkl. Therapie) sowie ggf. Labor und EKG (ausschließlich auf ausdrückliche Anforderung durch A. bei Patienten ab 50 Jahren und bei jüngeren Patienten mit kardiologischer Anamnese). (3) Nachstationäre Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind: Wundkontrolle, Verbandwechsel, Fadenzug (innerhalb von zwei Wochen)

§ 4 Vergütung (1) Der Arzt erhält für seine vorstationären Leistungen pro Fall eine Komplexgebühr in Höhe von EUR 50,00 (ohne Labor und EKG) bzw. EUR 90,00 (mit Labor und EKG auf Anforderung A.). (2) Der Arzt erhält für seine nachstationären Leistungen pro Fall eine Komplexgebühr in Höhe von EUR 60,00.

Am 25.11.2013 beantragten die Antragstellerinnen beim Sozialgericht Karlsruhe den Erlass einer einstweiligen Anordnung gerichtet auf Untersagung des Abschlusses derartiger Kooperationsverträge (Antragsgegnerinnen zu 1) und 2)) bzw. der Unterstützung beim Abschluss solcher Verträge (Antragsgegnerin zu 3)).

Sie ließen zur Begründung im Wesentlichen ausführen, der Rechtsweg zu den Sozialgerichten sei eröffnet, weil es sich um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung handele, zu denen auch Rechtsbeziehungen der Leistungserbringer untereinander gehörten. Dies gelte auch hinsichtlich der Antragsgegnerin zu 2). Auch wenn diese keine Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses sei, wirke sie mit den beabsichtigten Verträgen auf niedergelassene Vertragsärzte ein, so dass auch diese Rechtsbeziehung nach [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) zu beurteilen sei. Die Antragstellerinnen einerseits und die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) andererseits stünden als konkurrierende Leistungserbringer in einem konkreten Wettbewerbsverhältnis zueinander und würden als solche den allgemeinen Regelungen des Wettbewerbsrechts unterliegen. Konkuriert werde im Bereich der stationären orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungen um die gleichen vertragsärztlichen Einweiser. Die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) betrieben unlauteren Wettbewerb durch Missachtung der Vorgaben aus den [§§ 115a Abs. 1](#) und 73 Abs. 7 SGB V. Dabei handele es sich um Marktverhaltensregelungen. [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) bezwecke unter anderem, dass sich das Verhältnis von Krankenhäusern zu einweisenden Vertragsärzten ausschließlich nach medizinischen Kriterien bestimme und ordne damit auch das Verhältnis der Krankenhäuser untereinander. [§ 115a SGB V](#) regle das Auftreten der Krankenhäuser am Markt, indem es den Kreis vor- und nachstationärer Behandlung bestimme sowie die Heranziehung von niedergelassenen Vertragsärzten für solche Behandlungen regle. Die von den Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) unterbreiteten Angebote zum Abschluss von Rahmenverträgen würden gegen die Regelung des [§ 115a SGB V](#) verstoßen. Sie beträfen keine vor- und nachstationäre Leistungen im Sinne dieser Regelung, die deshalb einer Beauftragung an niedergelassene Ärzte nicht zugänglich seien. Die den Fachärzten

für Allgemeinmedizin/Innere Medizin übertragenen Aufgaben (A.-Vertrag AI) stellten vertragsärztliche Leistungen dar, die von der kassenärztlichen Vereinigung zu vergüten seien. Dies ergebe sich schon aus dem Anschreiben der Antragsgegnerinnen zu 1) und 3) vom 30.10.2013. Gleiches gelte für die nachstationären Leistungen der Wundkontrolle, Verbandswechsel und Fadenzug für Fachärzte der Orthopädie/Unfallchirurgie (A.-Vertrag OS). Die vom A.-Vertrag OT erfassten Leistungen stellten ebenfalls nahezu vollständig vertragsärztliche Leistungen dar (Einweisung, Arztbericht, Röntgenaufnahme), bzw. seien von dieser nicht erfasst (Ausfüllen des prä- und postoperativen Endoprothesenregisterbogens zur Qualitätssicherung im Rahmen des EndoCert-Verfahrens). Kriterien für eine ausnahmsweise Zuordnung dieser Leistungen zum stationären Versorgungsbereich fänden sich in der Rahmenvereinbarung nicht. Die nachstationären Leistungen dieses Kooperationsmodells beträfen zudem einen nicht mehr von [§ 115a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) erfassten Zeitraum. Darüber hinaus enthielten die Rahmenvereinbarungen keine ausdrückliche, konkrete Beauftragung, sondern bezögen sich auf eine völlig unspezifische "Nachsorge des Patienten". Im vorstationären Bereich bleibe unklar, unter welchen Voraussetzungen Röntgenleistungen vom einweisenden Arzt zu erbringen seien. Die Rahmenvereinbarungen würden zudem gegen das Verbot entgeltlicher Zuweisung von Versicherten gemäß [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) verstoßen. Dieses Verbot schütze das Vertrauen des Patienten darauf, dass der Arzt sich in seinem therapeutischen Verhalten nicht von kommerziellen Interessen, sondern ausschließlich von medizinischen Notwendigkeiten leiten lasse. Eine überhöhte Vergütung niedergelassener Vertragsärzte für Auftragsleistungen gemäß [§ 115a Abs. 1 S. 2 SGB V](#) stelle einen Verstoß gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) dar. Die Höhe der angemessenen Vergütung für solche Auftragsleistungen könne nur unter Rückgriff auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ermittelt werden. Denn dem pauschalierenden, auf § 17b Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) beruhenden stationären Vergütungssystem (DRG-System) ließen sich wegen der pauschalen Erfassung des gesamten Behandlungsfalls keine Bewertungsrelationen für vor- und nachstationäre Leistungen entnehmen. Für Kooperationsverträge zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus habe sich als Vergütungsbasis für die Auftragsleistungen die GOÄ mit ihrem Einfachsatz als allgemein anerkannte Basis zur angemessenen Bewertung der Arztleistung durchgesetzt. Eine Überschreitung des 1,0 fachen GOÄ-Satzes sei nur in besonders erschwerten Sonderfällen berechtigt. Auch die Muster-Vertragsentwürfe der KVBW und der MediVerbund AG würden eine solche Vergütung für Auftragsleistungen im vor- und nachstationären Bereich vorsehen. Die in den drei Rahmenverträgen der Antragsgegnerinnen vorgesehenen Vergütungspauschalen würden die entsprechende Vergütung nach GOÄ um ein Mehrfaches überschreiten. In dieser Mehrvergütung liege eine unzulässige Einweiservergütung. Die Antragstellerinnen verweisen auf die auf Bundesebene erlassene "Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#)". Diese enthalte für vorstationäre Leistungen auf dem Gebiet der Orthopädie eine Vergütungsempfehlung in Höhe von 133,96 EUR und für die Unfallchirurgie i.H.v. 82,32 EUR. Im nachstationären Bereich sei für den Bereich der Orthopädie eine Pauschale in Höhe von 20,96 EUR und im Bereich der Unfallchirurgie von 21,47 EUR vorgesehen. Auch diese Beträge seien mit den in den Rahmenvereinbarungen der Antragsgegnerinnen enthaltenen Pauschalbeträgen überschritten. Da es sich bei den in den drei Rahmenvereinbarungen beschriebenen Leistungen zudem um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handele, die von der kassenärztlichen Vereinigung zu vergüten sei, stelle jede weitere Vergütung ohnehin und unabhängig von ihrer Höhe eine unerlaubte Zuweisungsprovision im Sinne von [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) dar. Im Übrigen habe auch die Bezirksärztekammer Nordbaden mit Schreiben vom 08.11.2013 zumindest angedeutet, dass sich die Rahmenvereinbarungen auch in berufsrechtlicher Hinsicht als problematisch erweisen könnten. § 31 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg enthalte ebenfalls ein Verbot der unerlaubten Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt. Dringlichkeit sei gegeben. Bei Fortführung des unzulässigen Verhaltens der Antragsgegnerinnen würde nicht nur den Antragstellerinnen, sondern allen im Einzugsbereich der A.-Kliniken liegenden orthopädisch-unfallchirurgisch tätigen Krankenhäusern ein nicht wieder gut zu machender Schaden infolge eines zu Gunsten der A. Kliniken geänderten Zuweisungsverhaltens der niedergelassenen Vertragsärzte drohen. Einweisungen in Kliniken für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgten nahezu ausschließlich durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie durch Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin). Es sei ein allgemeiner wettbewerbsrechtlicher Erfahrungssatz, dass im Nachhinein durch die Geltendmachung von Schadensersatz der tatsächlich entstandene Schaden nicht mehr ausgeglichen werden könne. Die Antragstellerinnen hätten sich daher zur Inanspruchnahme vorläufigen Rechtsschutzes veranlasst gesehen.

Die Antragsgegnerinnen traten dem entgegen und ließen erwidern, der Rechtsweg zu den Sozialgerichten erscheine zumindest betreffend die Antragsgegnerin zu 2) zweifelhaft, da diese kein Leistungserbringer im sozialrechtlichen Sinn sei. Auch das gemeinsame Auftreten mit den übrigen Antragsgegnerinnen begründe kein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis für die Antragsgegnerin zu 2). Für die begehrte einstweilige Anordnung fehle es den Antragstellerinnen bereits an einem Anordnungsgrund. Die Kooperation zwischen den Antragsgegnerinnen und niedergelassenen Ärzten im Bereich vor- und nachstationärer Leistungen sei nach [§ 115a Abs. 1 S. 2 und S. 3 SGB V](#) grundsätzlich zulässig. Die Antragstellerinnen würden sich deshalb ausschließlich gegen die inhaltliche Ausgestaltung dieser grundsätzlich erlaubten Kooperation wenden. Es fehle jedoch an Ausführungen dazu, wieso die vermeintlichen Mängel in der Ausgestaltung dieser Kooperation für die Antragstellerinnen zu derart schwerwiegenden Nachteilen führen sollten, dass ihnen ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache nicht zumutbar sei. Es werde lediglich unsubstantiiert behauptet, dass dauerhaft auf den Wettbewerb Einfluss genommen werde. Die Kooperation begründe aber keine dauerhaften Nachteile, da im Falle einer späteren Untersagung die Geschäftsbeziehung/das Rechtsverhältnis zwischen den Antragsgegnerinnen und den niedergelassenen Vertragsärzten beendet werden müsse. Eine Bindung an die Einrichtungen der Antragsgegnerinnen bestehe für die Einweiser dann nicht mehr. Insoweit erfordere es eine Darlegung, welche Nachteile in der Zwischenzeit durch die Kooperation entstehen sollten. Auch die Gefahr einer Rechtsverletzung bzw. Erschweris der Rechtsverwirklichung und unzumutbare wesentliche Nachteile bei Abwarten des Hauptsacheverfahrens seien nicht dargelegt. Die schlichte Behauptung eines nicht wiedergutmachenden Schadens infolge des zu Gunsten der A. Klinik geänderten Zuweisungsverhaltens genüge insoweit nicht. Die Antragsgegnerinnen ließen darauf hinweisen, dass in ihren Einrichtungen Vollausslastung bestehe. Für endoprothetische Leistungen an Knien und Hüften bestünden Wartezeiten von 2-3 Monaten, für sonstige Eingriffe an Schultern, Ellenbogen und Knien liege die Wartezeit bei rund 6-8 Wochen. Schon deshalb sei nicht damit zu rechnen, dass aufgrund der angegriffenen Rahmenverträge die darin vorgesehenen "Beauftragungen im Einzelfall" während der Dauer eines Hauptsacheverfahrens in größerem Umfang stattfinden würden. Die Rahmenverträge seien derzeit von 200 niedergelassenen Ärzten unterzeichnet worden. Eine Vergütung sei bislang in drei Fällen ausgezahlt worden. Es bestehe auch kein Anordnungsanspruch. Entgegen der Auffassung der Antragstellerinnen würden die Rahmenvereinbarungen nicht gegen [§ 115a SGB V](#) verstoßen. Der von den Antragstellerinnen erhobene Vorwurf eines Verstoßes gegen den Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung vor Krankenhausbehandlung, den das BSG herausgearbeitet habe, treffe nicht zu. Der Rahmenvertrag sei eindeutig und lediglich als Grundlage für eine im Einzelfall notwendige Beauftragung der notwendigen Leistungen durch das Krankenhaus. Es bestehe kein Anlass für die Antragstellerinnen zu vermuten, dass die Antragsgegnerinnen im Einzelfall gegen den von Gesetz und Rechtsprechung erlaubten Aktionsrahmen verstoßen würden. Dies scheine eine bloße Unterstellung zu sein, um unliebsame Folgen eines erlaubten Wettbewerbs zu unterbinden. Im Schreiben vom 30.10.2013 werde lediglich die tatsächliche Vergütungssituation beschrieben. So würden Mitglieder der KV BW seit langem an die Krankenhäuser verwiesen, wenn es um die Vergütung von ambulanten Leistungen gehe, die im Zusammenhang mit stationären Behandlungen erbracht worden seien. Dieses Thema sei schon lange ein

Streitpunkt zwischen den Kliniken und der kassenärztlichen Vereinigung. Der Vorstoß der Antragsgegnerinnen werde von der KVBW ausdrücklich begrüßt. Mit den vorliegenden Rahmenverträgen und dem Herangehen an die niedergelassenen Ärzte beabsichtigten die Antragsgegnerinnen den bestehenden gesetzlichen Spielraum zu nutzen, nicht mehr aber auch nicht weniger. Es sei auch kein Verstoß gegen [§ 115a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) wegen Überschreitung des von der Regelung erfassten Zeitraums für nachstationäre Leistungen gegeben. Die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) seien derzeit in ein spezielles Zertifizierungsverfahren im Bereich der Endoprothesenversorgung (EndoCert) eingebunden. Es finde sich kein gesetzliches Verbot - auch nicht in [§ 115a SGB V](#) - niedergelassene Ärzte in die für die Zertifizierung notwendige Dokumentation einzubeziehen. Diese Kooperation habe rechtlich betrachtet mit [§ 115a SGB V](#) nichts zu tun. Die Rahmenvereinbarungen würden auch nicht gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) verstoßen. Aufgrund der dargelegten Wartezeiten seien die Einrichtungen der Antragsgegnerinnen nicht auf eine Beeinflussung des Zuweiserverhaltens angewiesen. Ausgangspunkt für die Kooperation sei ursprünglich allein die angestrebte Zertifizierung und die daraus resultierenden erhöhten Dokumentationspflichten gewesen. Unter der Voraussetzung, dass nur medizinisch notwendige und unter Beachtung sozialrechtlicher Vorranggrundsätze erbrachte Leistungen sowie für das Zertifizierungsverfahren notwendige überobligate Dokumentationsleistungen Gegenstand der Kooperation seien, könne nicht allein die Höhe des dafür gezahlten Entgelts die Widerrechtlichkeit indizieren. Vielmehr müsse hinsichtlich der Höhe der vorgesehenen Vergütung ein gewisser Spielraum für Krankenhäuser bestehen. Die hier in Rede stehenden Leistungsentgelte seien im Verhältnis zur Leistung eher gering bemessen und würden den einzelnen Arzt kaum dazu bewegen, eine medizinisch angezeigte Entscheidung anders zu treffen. Selbst wenn dies anders wäre, rechtfertigte dies nicht die von den Antragstellerinnen geltend gemachten Unterlassungsansprüche, da die Antragsgegnerin zu 2) als Privatklinik außerhalb des GKV-Systems agiere und für sie die Regelung des [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) nicht einschlägig sei. Auch verschaffe ein Verstoß gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) den Antragstellerinnen keinen Anspruch auf vollständige Unterlassung eines Herangehens an Vertragsärzte und von Kooperationen mit diesen, sondern allenfalls einen eingeschränkten Unterlassungsanspruch auf eine Kooperation unter rechtlich hinnehmbaren Bedingungen.

Das Sozialgericht lehnte den Antrag mit Beschluss vom 13.12.2013 ab. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten sei eröffnet, auch hinsichtlich der Antragsgegnerin zu 2), da es sich um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung i.S.v. [§ 51 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) - handle, zu denen auch Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern gehörten. Die Antragstellerinnen stützten ihr Begehren auf [§ 115a SGB V](#) und [§ 73 Abs. 7 SGB V](#), so dass die von ihnen geltend gemachten Rechtsfolgen ihre Grundlage in den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung habe. Diese Argumentation betreffe ausdrücklich auch die Antragsgegnerin zu 2), so dass der Rechtsweg auch insoweit eröffnet sei, da es dafür nicht darauf ankomme, ob der Antrag begründet sei. Für den Erlass einer einstweiligen Anordnung fehle es aber an dem erforderlichen Anordnungsgrund. Die Antragstellerinnen hätten nicht glaubhaft gemacht, dass ihnen das Abwarten der Hauptsache unzumutbar sei. Entgegen des Vortrages der Antragstellerinnen sei nicht fraglich, ob der Abschluss eines Kooperationsvertrages zu verstärkten Einweisungen durch den Kooperationsarzt führe. Dieser verordne nur die Krankenhausbehandlung, über die Notwendigkeit vor- oder nachstationärer Behandlung entscheide der Krankenhausarzt. Sofern dieser die Behandlung für indiziert halte, könne er deren Durchführung einem niedergelassenen Arzt übertragen, was nach [§ 115 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) einen ausdrücklichen Auftrag erfordere. Der rahmenvertraglich verbundene Vertragsarzt habe daher keine gesicherte Aussicht darauf, bei Verordnung von Krankenhausbehandlung in der A. Klinik als Gegenleistung einen Auftrag über vor- und nachstationäre Leistungen zu erhalten. Das begrenze den von den Antragstellerinnen unterstellten Anreiz. Die Antragstellerinnen hätten auch keinen Schaden bei einem Zuwarten bis zur Entscheidung in der Hauptsache glaubhaft gemacht. Dies könnte allenfalls bei einem erheblichen und kurzfristig eintretenden Rückgang der Patientenzahlen der Fall sein. Davon könne aber nicht die Rede sein. Nach den Angaben der Antragsgegnerinnen hätten bisher nur 200 Ärzte die Vereinbarung unterzeichnet. Bei 727 in Baden-Württemberg zugelassenen Orthopäden und 7.108 Hausärzten seien dies nur knapp 2,6 % der Gesamtzahl der Orthopäden und Hausärzte, wenn alle 200 Unterzeichner überhaupt in Baden-Württemberg zugelassen seien. Alle anderen Vertragsärzte könnten Einweisungen in die Häuser der Antragstellerinnen vornehmen. Es bestehe daher kein realistischer Grund für die Annahme, die Vorgehensweise der Antragsgegnerinnen sei geeignet, die Zahl der Patienten der Antragstellerinnen wesentlich und spürbar kurzfristig zu verringern. Auch der Eintritt eines wesentlichen, nicht wiedergutmachenden Schadens sei nicht glaubhaft gemacht worden. Der Hinweis auf einen allgemeinen wettbewerbsrechtlichen Erfahrungssatz genüge hierfür nicht.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 18.12.2013 zugestellten Beschluss haben die Antragstellerinnen am 13.01.2014 Beschwerde eingelegt. Sie machen geltend, es fehle entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Karlsruhe nicht an einem Anordnungsgrund. Nach dem Urteil des BSG vom 23.03.2011 - [B 6 KA 11/10 R](#) - seien wettbewerbsrechtliche Grundsätze auf ein wettbewerbsrelevantes Streitverhältnis zwischen Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung heranzuziehen. Dem folgend wäre mit der Dringlichkeitsvermutung aus [§ 12 Abs. 2](#) des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) ein Anordnungsgrund ohne weiteres gegeben. Ein solcher Anordnungsgrund folge unabhängig von der Anwendbarkeit wettbewerbsrechtlicher Grundsätze aber auch daraus, dass die einstweilige Anordnung hier erforderlich sei, um einen bis zur Hauptsacheentscheidung zu befürchtenden, nur schwer rückgängig zu machenden Schaden abzuwenden. Das Sozialgericht verkenne insoweit, dass aufgrund der streitgegenständlichen Rahmenvereinbarungen und den darin ausgewiesenen nicht leistungsproportionalen Vergütungen ein Zusammenspiel zwischen Kliniken und einweisenden Vertragsärzten entstehe, und zwar dergestalt, dass ein von Seiten der Klinik vermehrt beauftragter Vertragsarzt mit vermehrten stationären Einweisung in die Klinik reagiere und diese ihrerseits auf ein entsprechendes Einweisungsverhalten mit vermehrten Anforderungen im Sinne von [§ 115a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) "belohnend" reagiere. Für Wettbewerbsverbote sei deren schnelle Auswirkung auf den betroffenen "Markt" geradezu typisch. Die Antragsgegnerinnen beabsichtigten ein äußerst "großflächiges" Vorgehen und hätten nach zwei von sechs geplanten Informationsveranstaltungen bereits ca. 200 unterzeichnete Rahmenvereinbarungen erzielt. Dies spreche für die wettbewerbsrechtliche Relevanz ihres Vorhabens. Die Inbezugnahme des Sozialgerichts zu der Zahl der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Orthopäden und Hausärzte in ganz Baden-Württemberg sei deshalb verfehlt, weil die Antragstellerinnen jeweils nur über einen deutlich kleineren Einzugsbereich verfügten, der sich auf den zuständigen Landkreis und die unmittelbar angrenzenden Land- und Stadtkreise beschränke. Darüber hinaus erfolgten die Einweisungen nicht von allen Vertragsärzten im Einzugsbereich in gleichmäßigem Umfang, sondern von einer eher kleinen Anzahl von Praxen in vergleichsweise hoher Patientenzahl. So kämen etwa zwei Drittel der Patienten der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in C. aus 25 Praxen. Bei dieser Struktur des vertragsärztlichen Einweiserkreises wirke sich der Wegfall einzelner Einweisungspraxen in erheblichem Umfang aus. Unter dem Aspekt der Dringlichkeit bei Geltendmachung eines Wettbewerbsverstoßes sei daher maßgeblich, dass aufgrund des Vorgehens der Antragsgegnerinnen die aktuelle Gefahr eines Patientenverlustes in Folge eines geänderten Zuweisungsverhaltens im Einzugsbereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniken der Antragstellerinnen bestehe. Da die in Rede stehenden endoprothetischen Eingriffe typischerweise zeitnah erfolgen müssten, sei ein Ausgleich der mit dem Rückgang der Patientenzahlen verbundenen Schäden nach Abschluss des Hauptsacheverfahrens nicht mehr möglich. Es seien erhebliche Beeinträchtigungen für die gesamte Infrastruktur einer Klinik einschließlich ihrer personellen und apparativen

Ausstattung zu befürchten bis hin zur Gefahr der Klinikschließung. Auch die Nachweisschwierigkeiten bei der Geltendmachung eines finanziellen Schadens wegen Wettbewerbsverstößen, denen sich die Antragstellerinnen ausgesetzt sähen, begründeten die Eilbedürftigkeit. Hinsichtlich des Anordnungsanspruchs verweisen die Antragstellerinnen erneut darauf, dass Gegenstand der Beauftragungen aufgrund der Rahmenvereinbarungen ganz überwiegend Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung seien. Ein Entgelt dafür könne von der Kassenärztlichen Vereinigung beansprucht werden, so dass die Pauschalvergütung aufgrund der Rahmenvereinbarungen unabhängig von ihrer Höhe eine unerlaubte Zuweisungsprovision im Sinne von [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) darstelle. Im Übrigen seien die vorgesehenen Pauschalen für ein Kooperationsmodell zwischen Arzt und Krankenhaus unangemessen hoch bzw. für Leistungen vorgesehen, für die es an einem Vergütungsanspruch gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung fehle.

Die Antragstellerinnen beantragen,

den Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13.12.2013 aufzuheben und

im Wege der einstweiligen Anordnung - wegen besonderer Dringlichkeit ohne mündliche Verhandlung jeweils bei Meidung eines für jeden Fall der Zuwiderhandlung fälligen Ordnungsgeldes bis zu 250.000,00 EUR, ersatzweise Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, im Wiederholungsfall Ordnungshaft bis zu zwei Jahren,

a) es den Antragsgegnerinnen Ziff. 1 und Ziff. 2 zu untersagen mit Vertragsärzten vertragliche Vereinbarungen über deren Beauftragung zur Erbringung vor- oder nachstationärer Leistungen für die A. Klinik sowie die A. Sportklinik mit Sitz jeweils in Pf., R., abzuschließen oder diesen entsprechende Vertragsangebote zu unterbreiten, wenn dies geschieht,

aa) entsprechend dem aus der dem Schreiben der Antragsgegnerin Ziff. 3 vom 16.10.2013 der Überschrift "A. Kooperationsmodell für mehr Qualität" beigefügten Rahmenvereinbarung zur Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) unter § 1 Abs. 2 und Abs. 3 sich ergebenden Umfang und der dort aus § 4 Abs. 1 und Abs. 2 sich ergebenden Vergütung,

bb) entsprechend dem aus der dem Schreiben der Antragsgegnerin Ziff. 3 vom 16.10.2013 mit der Überschrift "A. Kooperationsmodell für mehr Qualität" beigefügten Rahmenvereinbarung zur Erbringung nachstationärer Leistungen gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) unter § 1 Abs. 2 sich ergebenden Umfang und der dort aus § 4 Abs. 1 sich ergebenden Vergütung,

cc) entsprechend dem aus der dem Schreiben der Antragsgegnerinnen Ziff. 1 und Ziff. 3 vom 30.10.2013 mit der Überschrift "A. Kooperationsmodell für mehr Qualität" beigefügten Rahmenvereinbarung zur Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) unter § 1 Abs. 2 und Abs. 3 sich ergebenden Umfang und der dort aus § 4 Abs. 1 und Abs. 2 sich ergebenden Vergütung,

b) es der Antragsgegnerin Ziff. 3 zu untersagen, die Antragsgegnerinnen Ziff. 1 oder Ziff. 2 bei Handlungen gemäß vorstehend Buchst. a) zu unterstützen.

Die Antragsgegnerinnen beantragen,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie lassen entgegnen, es fehle bereits an einem Anordnungsgrund. Dieser könne nicht aus [§ 12 UWG](#) hergeleitet werden, da diese Regelung im sozialgerichtlichen Verfahren keine Anwendung finde. Die Antragstellerinnen beriefen sich zu Unrecht auf das Urteil des BSG vom 23.03.2011 - [B 6 KA 11/10 R](#) -. Dieses behandle ausschließlich die Frage der Anwendung materiellen Wettbewerbsrechts, nicht aber Fragen des Prozessrechts. Maßgeblich sei daher die obergerichtliche Rechtsprechung der Landessozialgerichte Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ([L 11 B 6/08 KR ER](#) und [L 11 KR 3727/09 ER-B](#)), die eine Anwendung des [§ 12 UWG](#) im sozialgerichtlichen Verfahren abgelehnt und auf die spezialgesetzlichen Regelungen des SGG abgestellt hätten. Die Antragstellerinnen hätten auch im Übrigen keinen Anordnungsgrund substantiiert dargelegt. Der Hinweis auf die wettbewerbstypischen schnellen Auswirkungen auf den betroffenen Markt stelle lediglich den Versuch dar, die wettbewerbsrechtliche Vermutung des [§ 12 UWG](#) auf Umwegen zur Anwendung zu bringen. Die Antragstellerinnen hätten die Gefahr eines relevanten Patientenrückgangs nicht hinreichend konkret dargetan. Weder seien die Entwicklung der Einweisungszahlen noch Veränderungen bei den Top-Einweisern beschrieben worden. Es fehle an konkreten Zahlen, so dass von einer Kausalität durch das Vorgehen der Antragsgegnerinnen nicht ausgegangen werden könne. Unwiederbringliche schwerwiegende Verluste bei Abwarten der Hauptsache seien auch nicht dadurch begründet, dass ein erfolgreich bei den Antragsgegnerinnen operierter Patient nicht einer zweiten Operation durch die Antragstellerinnen bedürfe. Diese könnten nach einem etwaigen erfolgreichen Hauptsacheverfahren die Beziehung zu zwischenzeitlich verlorenen Einweisern ohne weiteres wieder aufnehmen. Die Gefahr einer Klinikschließung sei schon deshalb nicht gegeben, weil zum Behandlungsspektrum der Kliniken der Antragstellerinnen in großer Zahl auch andere Operationen gehörten (z.B. Schrittmacher- und Defibrillatoreingriffe, endokrine Chirurgie, Magen-Darm-Chirurgie), die in den Kliniken der Antragsgegnerinnen nicht durchgeführt würden. Es bestehe auch kein Anordnungsanspruch, da die Antragsgegnerinnen mit dem Abschluss der Kooperationsverträge keine Steuerung des Zuweiserverhaltens und keine Steigerung der Einweisungen beabsichtigen. Die Kliniken der Antragsgegnerinnen seien ausgelastet und es bestünden Wartezeiten. Gemessen an der bundesweiten durchschnittlichen Verweildauer bei orthopädisch/unfallchirurgischen Eingriffen (2013: 7,3 Tage) und dem durchschnittlichen Auslastungsgrad von 76,9 % (2013) müsste bei einer Zahl von 50 Planbetten in der Klinik der Antragsgegnerin zu 1) eine stationäre Fallzahl von 1.916 behandelt werden. Tatsächlich seien dort aber im Jahr 2013 5.190 stationäre Fälle behandelt worden. Dies beruhe auf einer Ablaufoptimierung und einer Kürzung der Verweildauer auf drei Tage sowie der optimalen Auslastung der Kapazitäten. Um bei derart hoher Auslastung eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten, seien große Anstrengungen erforderlich. Zu diesem Zwecke hätten die Antragsgegnerinnen 1) und 2) ein sogenanntes Endoprothesenregister auf eigene Kosten eingerichtet. Dieses erfordere zusätzliche Untersuchungen prästationär sowie zweimal nachstationär (A.-Vertrag OT), welche unbedingt durch Ärzte durchzuführen seien. Da Ärzte und Kapazitäten bei A. knapp seien, haben man sich zu einer Delegation über die Kooperationsmodelle entschieden, die auch politisch gewünscht seien. Die Antragsgegnerinnen gaben an, im Modell OT seien zum 03.02.2014 42 Ärzte eingeschrieben, 70% davon auch im Modell OS. Am Modell AI nahmen 279 Ärzte teil. Die KV habe die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme an derartigen Kooperationsmodellen aufgefordert (Schreiben vom 07.03.2013). In den Informationsveranstaltungen sei stets auf die freie Arzt- und Krankenhauswahl der Patienten sowie auf die gesetzlichen Pflichten des Arztes bei der Krankenhausempfehlung hingewiesen worden. Bis zum 03.02.2014 seien erst 27 Auszahlungen von Pauschalen gebucht worden. Ein

steuernder Effekt der Kooperationen sei auch deshalb nicht anzunehmen, weil erst nach der Einweisung vom Krankenhausarzt in seiner medizinischen Verantwortung entschieden werde, ob eine Beauftragung mit der Durchführung vor- und nachstationärer Leistungen im Einzelfall erfolge. Es liege auch kein Verstoß gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) vor. Die in den Rahmenverträgen vorgesehenen Vergütungspauschalen seien nicht überhöht. Für diese Vergütungen gebe es keine rechtlich verbindliche Abrechnungsgrundlage, da die GOÄ für stationäre Leistungen nicht greife und der EBM für Kooperationen der vorliegenden Art nicht einschlägig sei, obwohl auch er den Wert der ärztlichen Leistung bemesse. Die Leistungserbringer seien daher gehalten, eine für die Kooperation passende Abrechnungsgrundlage zu finden und Honorarhöhen zu bestimmen. Die Antragsgegnerinnen lassen hierzu auf einen Vertrag der Mediverbund GmbH zur integrierten Versorgung nach [§§ 140a ff SGB V](#) verweisen, der die optimierte Versorgung von Patienten mit der Indikation "Endoprothetischer Ersatz von großen Gelenken" betreffe. Darin seien für vergleichbare prä- und nachstationäre Leistungen (§ 5 des Integrationsversorgungsvertrages) Komplexvergütungen in gleicher Höhe vorgesehen (§ 10b des Integrationsversorgungsvertrages i.V.m. Anlage 6). Von einer überhöhten Vergütung durch die Rahmenvereinbarungen der Antragsgegnerinnen könne daher nicht die Rede sein. Im Übrigen wiederholen die Antragsgegnerinnen ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren, wonach ein Verstoß gegen [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) - Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung vor Krankenhausbehandlung - nicht gegeben sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze und die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde der Antragstellerinnen ist gem. [§§ 172 ff Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere nicht nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, und auch sonst zulässig.

Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist im angegriffenen Beschluss vom Sozialgericht festgestellt worden. Diese Entscheidung ist für den Senat nach [§ 17a Abs. 5 Gerichtsverfassungsgesetz \(GVG\)](#) bindend (vgl. auch BSG, Urteil vom 23.03.2011 - [B 6 KA 11/10 R](#) - und LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 02.11.2009 - [L 11 KR 3727/09](#) - jeweils in Juris), so dass den Einwendungen der Antragsgegnerinnen bezüglich der Eröffnung des Rechtswegs für das Verfahren gegen die Antragsgegnerin zu 2) als Privatklink nicht weiter nachzugehen ist.

Die Beschwerde ist auch ganz überwiegend - aus dem im Tenor ersichtlichen Umfang - begründet. Das Sozialgericht hätte den Erlass der beantragten einstweiligen Anordnung gegenüber den Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) nicht versagen dürfen.

Der Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz richtet sich hier nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#). Danach kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des [§ 86b Abs. 1 SGG](#) (Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage) nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung des Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Satz 1, Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2, Regelungsanordnung). Mit der Sicherungsanordnung soll die Rechtsstellung des Antragstellers vorläufig gesichert, mit der Regelungsanordnung soll sie vorläufig erweitert werden. Voraussetzung ist jeweils die Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrunds ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#)). Unter dem Anordnungsanspruch ist der materielle Anspruch zu verstehen, den der Antragsteller als Kläger im Hauptsacheverfahren geltend macht. Der Anordnungsgrund besteht in der Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung muss gerechtfertigt sein. Daher müssen Gründe vorliegen, aus denen sich ihre besondere Dringlichkeit ergibt.

Bei Auslegung und Anwendung des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) sind das Gebot der Gewährung effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) und die Pflicht zum Schutz betroffener Grundrechte zu beachten, namentlich dann, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Versagung vorläufigen Rechtsschutzes Grundrechte des Antragstellers erheblich, über den Randbereich hinaus und womöglich in nicht wieder gut zu machender Weise verletzen könnte. Ferner darf oder muss das Gericht ggf. auch im Sinne einer Folgenbetrachtung bedenken, zu welchen Konsequenzen für die Beteiligten die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes bei späterem Misserfolg des Antragstellers im Hauptsacheverfahren einerseits gegenüber der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes bei nachfolgendem Obsiegen in der Hauptsache andererseits führen würde. Schließlich kann im Wege einstweiligen Rechtsschutzes grundsätzlich nur eine vorläufige Regelung getroffen und dem Antragsteller daher nicht schon in vollem Umfang, und sei es nur für eine vorübergehende Zeit, gewährt werden, was er nur im Hauptsacheverfahren erreichen könnte. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung ist gleichwohl möglich, wenn dies zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) geboten ist (zu alledem etwa Puttler, in NK-VwGO § 123 Rdnr. 94 ff.; Kopp/Schenke, VwGO 14. Aufl. § 123 Rdnr. 13 ff. m.N. zur Rechtsprechung).

Nach diesen Maßstäben war hier der Erlass einer Untersagungsverfügung gegenüber den Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) im Wege der einstweiligen Anordnung geboten. Den Antragstellerinnen steht sowohl ein Anordnungsanspruch (1.) als auch ein Anordnungsgrund (2.) für die beantragte Untersagungsverfügung zu.

1. Der Anordnungsanspruch der Antragstellerinnen beruht auf [§§ 3, 8 Abs. 1 Satz 1](#) des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) i.V.m. [§§ 73 Abs. 7, 115a SGB V](#). Die Anwendung allgemeiner wettbewerbsrechtlicher Grundsätze auch auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringern untereinander ist allgemein anerkannt und vom BSG ausdrücklich im Urteil vom 23.03.2011 ([B 6 KA 11/10 R](#), a.a.O.) bestätigt worden. [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) verbietet die Vereinbarung von Zuweiservergütungen für Vertragsärzte und dient damit dem Schutz konkurrierender Leistungsanbieter. Ein Verstoß gegen dieses Verbot stellt eine unlautere geschäftliche Handlung im Sinne von [§ 3 UWG](#) dar, die zu einem Unterlassungsanspruch nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 UWG](#) führt.

Die von den Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) angebotenen Rahmenvereinbarungen mit niedergelassenen Vertragsärzten enthalten nach Auffassung des Senats unzulässige Zuweiservergütungen und verstoßen damit gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) mit der Folge, dass den Antragstellerinnen ein Unterlassungsanspruch auf Abschluss derartiger Verträge mit niedergelassenen Vertragsärzten zusteht.

a.) Der A.-Vertrag OT enthält in § 4 eine Vergütungsregelung für Leistungen, die entgegen der vertraglichen Bezeichnung keine vor- und

nachstationären Leistungen i.S.v. § 115a Abs. 1 S.1 Ziff. 1 und 2 darstellen. Vorstationäre Behandlungen nach dieser gesetzlichen Regelung sind Leistungen zur Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder zu deren Vorbereitung. Nachstationäre Behandlungen sind diejenigen Behandlungsmaßnahmen, die im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorgenommen werden, um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Derartige Leistungen kann das Krankenhaus nach [§ 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entweder selbst als ambulante Leistung erbringen, oder nach Satz 2 dieser Regelung durch beauftragte niedergelassene Vertragsärzte erbringen lassen.

Bei den in § 1 des A.-Vertrages OT genannten Leistungen handelt es sich aber ersichtlich nicht um vor- und nachstationäre Leistungen i.S.v. [§ 115a SGB V](#). § 1 Abs. 2 des Vertrages definiert als vorstationäre Leistungen im Modell OT die Einweisung des Patienten mit begründeter Stellungnahme, ausführlicher Arztbericht (inkl. Anamnese, Befund, Diagnose), Ausfüllen des präoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit dem Patienten, Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die betreffende Klinik und die Bereitstellung der für den Eingriff erforderlichen Röntgenbilder an die betreffende Klinik. Nach § 1 Abs. 3 des Vertrages sind als nachstationäre Leistungen im Sinne des Vertrages genannt die Nachsorge des Patienten (nach ca. 6-8 Wochen sowie nach ca. 1 Jahr) inkl. Röntgenkontrolle, Ausfüllen des postoperativen Endoprothesenregisterbogens gemeinsam mit dem Patienten in den vom behandelnden Klinikarzt vorgegebenen Zeiträumen (nach ca. 6-8 Wochen sowie nach ca. 1 Jahr) sowie die Übermittlung des Endoprothesenregisterbogens an die jeweilige Klinik.

aa.) Die in § 1 Abs. 2 vertraglich vorgesehenen Leistungen sind keine vorstationären Leistungen nach [§ 115a SGB V](#), sondern - mit Ausnahme des Ausfüllens und Übermittels des Endoprothesenregisterbogens - Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die als solche vom Vertragsarzt zu leisten und von der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragsarztleistungen zu vergüten sind. Eine zusätzliche Vergütung als Auftragsleistungen nach [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist daneben nicht zulässig. Das BSG hat im Urteil vom 17.09.2013 ([B 1 KR 21/12 R](#), in Juris) grundlegende Kriterien für die Abgrenzung zwischen vor- und nachstationären Krankenhausleistungen nach [§ 115 a Abs. 1 SGB V](#) von den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung aufgestellt und dabei den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung herausgestellt. Vor- und nachstationäre Leistungen sind danach nur in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig (Juris RdNr. 22). Das Krankenhaus hat die Erforderlichkeit vorstationärer Leistungen zu prüfen, kann dabei aber auf die Unterstützung des Vertragsarztes zurückgreifen. So setzt die Verordnung von Krankenhausbehandlung eine Begründung des Vertragsarztes für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung voraus, wie das BSG mehrfach betont (Juris RdNr. 11 und 20), und der Vertragsarzt ist verpflichtet, zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus seiner Verordnung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorliegen (BSG a.a.O., RdNr. 25 unter Bezugnahme auf § 6 der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Die in § 1 Abs. 2 des A.-Vertrages OT beschriebenen Leistungen des Vertragsarztes, der Einweisung eine begründete Stellungnahme und einen ausführlichen Arztbericht sowie die für den Eingriff erforderlichen Röntgenbilder beizufügen sind danach Leistungen, die dem Vertragsarzt bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegen und von ihm ohnehin im Zusammenhang mit einer Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung zu erbringen sind. Das BSG (a.a.O.) hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Krankenhaus die Durchführung derartiger Leistungen als vorstationäre Leistungen ablehnen kann, wenn der Vertragsarzt seiner Pflicht zur Vorlage entsprechender Befundunterlagen nicht nachgekommen ist, und den Versicherten hierzu auf den Vertragsarzt verweisen kann. Um vorstationäre Leistungen, die nach [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Krankenhaus bei einem niedergelassenen Arzt in Auftrag gegeben werden können, handelt es sich damit eindeutig nicht. Die hierfür in [§ 4 Abs. 1 SGB V](#) des A.-Vertrages OT vorgesehene Pauschalvergütung von 85 EUR bzw. 100 EUR ist schon aus diesem Grunde nicht zulässig und stellt eine gegen [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) verstoßende Zuweiservergütung dar.

bb.) Die in § 1 Abs. 3 genannten nachstationären Leistungen (Nachsorge des Patienten inkl. Röntgenkontrolle) können schon deshalb nicht als nachstationäre Leistungen i.S.v. [§ 115a Abs. 1 Satz Nr. 2 SGB V](#) qualifiziert werden, da sie außerhalb der Frist des [§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) vorgenommen werden sollen, der für nachstationäre Leistungen grundsätzlich einen zeitlichen Rahmen von 14 Tagen nach dem Ende der stationären Krankenhausbehandlung einräumt. Die im A.-Vertrag OT vorgesehenen Nachsorgeleistungen sollen erst nach ca. 6-8 Wochen bzw. nach ca. einem Jahr erbracht werden. Sie können schon deshalb nicht Gegenstand einer Beauftragung im Sinne von [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sein, so dass auch eine Vergütung hierfür (§ 4 Abs. 2 A.-Vertrag OT) von Seiten der Kliniken nicht erfolgen kann, ohne zu einer Doppelvergütung neben der Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung zu führen. Auch die in § 4 Abs. 2 des Vertrages vorgesehenen Pauschalen sind daher nicht zulässig und verstoßen gegen das Verbot der Zuweiservergütung in [§ 73 Abs. 7 SGB V](#).

cc.) Die in § 4 Abs. 1 und 2 des A.-Vertrages OT vorgesehenen Vergütungen entfallen allerdings auch auf das als vorstationäre Leistung (§ 1 Abs. 2 des Vertrages) definierte Ausfüllen und Übermitteln eines Endoprothesenregisterfragebogens sowie auf die postoperativen Erhebungen durch Ausfüllen und Übermitteln weiterer Endoprothesenregisterfragebögen nach 6 bis 8 Wochen und nach einem Jahr als nachstationäre Leistungen (§ 1 Abs. 3 des Vertrages). Das Ausfüllen von Endoprothesenregisterfragebögen gehört weder zu den Pflichten des Vertragsarztes im Rahmen seines Versorgungsauftrags, noch stellt diese Tätigkeit eine vor- bzw. nachstationäre Leistung i.S.v. [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V](#) dar. Diese Tätigkeit dient weder zur Vorbereitung oder Abklärung der Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung noch zur Sicherung des Behandlungserfolges oder zu dessen Festigung. Derartige Erhebungen stellen schon überhaupt keine Behandlungsmaßnahmen dar, sondern dienen allein der statistischen Erfassung der endoprothetischen Behandlungsmaßnahmen und letztlich Zwecken der Qualitätssicherung. Damit erfolgen sie aber in allererster Linie im Interesse der Antragsgegnerinnen an der Aufrechterhaltung und am Ausbau ihrer Konkurrenzfähigkeit und unterfallen damit deren eigener Verantwortung, so dass entsprechende Erhebungen auch von den Antragsgegnerinnen zu finanzieren sind. Sie stellen keine Leistungen der Krankenhausbehandlung geschweige denn der vertragsärztlichen Versorgung dar. Die Antragsgegnerinnen haben im Rahmen der Antragserwiderung auch selbst eingeräumt, dass diese Erhebungen nichts mit [§ 115a SGB V](#) zu tun haben. Unklar bleibt indes, zu welchem Zweck die Erhebungen überhaupt vorgenommen werden sollen. Der Vortrag der Antragsgegnerinnen zu diesem Punkt ist nämlich erheblich divergierend. So haben sie zunächst vor dem Sozialgericht geltend gemacht, sie seien in das Zertifizierungsverfahren EndoCert eingebunden. Dabei handelt es sich um ein Zertifizierungsverfahren zur Sicherung der Versorgungsqualität mit verpflichtender Teilnahme am bundesweiten Endoprothesenregister ([www.endocert.de](http://www.endocert.de); [www.eprd.de](http://www.eprd.de)). Die jeweiligen Erhebungen sind von den die Zertifizierung anstrebenden Einrichtungen vorzunehmen, wobei die Datenübermittlung an das Endoprothesenregister nur einen geringen zeitlichen Aufwand erfordert, da überwiegend Routinedaten benötigt werden, die von den Kliniken ohnehin erhoben werden (vgl. [www.eprd.de](http://www.eprd.de): "Wenig Aufwand, großer Nutzen"). Die Antragsgegnerinnen haben abweichend von ihren Angaben im erstinstanzlichen Verfahren im Beschwerdeverfahren hingegen vorgetragen, ein Endoprothesenregister auf eigene Kosten eingerichtet zu haben und dafür die entsprechenden Erhebungen zu benötigen. Von der Teilnahme am EndoCert-Verfahren war nicht mehr die Rede. Aufgrund knapper

ärztlicher Ressourcen an den Kliniken der Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) habe man sich für eine Delegation im Rahmen von Kooperationsmodellen entschieden, die auch politisch gewünscht seien. Der Annahme vermag sich der Senats nicht anzuschließen. Soweit Kooperationsmodelle für eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten gewünscht und unterstützt werden, gilt dies ausschließlich für die gesetzlich vorgesehenen Formen der Zusammenarbeit, die etwa [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) eröffnet, nicht aber für im Interesse der Kliniken liegende Maßnahmen zur Steigerung ihrer Konkurrenzfähigkeit. Zwar mag es den Antragsgegnerinnen durchaus möglich sein, für die zu ihrer Qualitätssicherung erforderlichen Maßnahmen auch auf die Mitarbeit niedergelassener Ärzte zurückzugreifen und eine solche Mitarbeit dann auch privatrechtlich zu vergüten. Sofern dies wie hier aber unter dem Etikett einer Kooperation über vor- und nachstationäre Leistungen nach [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) erfolgt, sind die dazu getroffenen Rahmenvereinbarungen jedoch in erheblicher Weise irreführend. Die dafür in § 4 Abs. 1 und 2 des A.-Vertrages OT vorgesehenen Vergütungspauschalen (von immerhin 100 EUR für jede der postoperativen Erhebungen) erwecken bereits aufgrund dieser irreführenden Gestaltung den Anschein der Verschleierung einer unzulässigen Zuweiservergütung nach [§ 73 Abs. 7 SGB V](#).

b.) Der A.-Vertrag OS enthält in § 4 Abs. 1 eine Pauschalvergütung in Höhe von 60 EUR für nachstationäre Leistungen (Komplexgebühr). Diese beinhalten nach § 1 Abs. 2 die Wundkontrolle, Verbandwechsel und Fadenzug (innerhalb von zwei Wochen). Nach Auffassung des Senats handelt es sich hierbei nicht um Krankenhausleistungen zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolgs i.S.v. [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#), die als ambulante Leistung vom Krankenhaus erbracht werden dürfen, sondern vielmehr um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die als typische Nachsorgeleistungen vom niedergelassenen Vertragsarzt zu erbringen und von der KV zu vergüten sind. Das BSG hat auch für den Bereich der nachstationären Behandlungen entschieden, dass eine solche nicht erforderlich ist, wenn vertragsärztliche Versorgung ausreicht (Urteil vom 17.09.2013 - [B 1 KR 51/12 R](#) -, in Juris). Nach dem Regelungssystem des [§ 115a SGB V](#) ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen, sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser. Die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung erfolgt deshalb auch nicht aus der vertragsärztlichen Versorgung. Nach Auffassung des BSG ist mit diesem Regelungssystem ein Vorrang vertragsärztlicher vor stationärer Versorgung angelegt, der im Kern letztlich im Wirtschaftlichkeitsgebot wurzelt (a.a.O. Juris-RdNr. 21). Nachstationäre (Krankenhaus-)Behandlung ist also nur dann zulässig, wenn sie als solche erforderlich ist, vertragsärztliche Versorgung mithin nicht ausreicht. Maßgeblich kommt es bei der Zuordnung ambulanter Leistungen zur nachstationären Versorgung darauf an, ob diese Leistungen nach Art und Schwere der Erkrankung die medizinische Versorgung des Versicherten in einem Krankenhaus erfordern, insbesondere unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden müssen und eine ansonsten notwendige stationäre Leistung ersetzen oder überflüssig machen (BSG, a.a.O. Juris-RdNr. 23). All diese Anforderungen erfüllen die im A.-Vertrag OS vorgesehenen Leistungen nicht. Weder die Wundkontrolle noch der Verbandwechsel und der Fadenzug sind in der Verantwortung eines Krankenhausarztes zu erbringen und erfordern keine Krankenhausbehandlung. Es handelt sich um typische Nachsorgebehandlungen, die von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden können und auch üblicherweise von diesen durchgeführt werden. Auch diese Leistungen gehören zum Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung, so dass die von den Antragsgegnerinnen stattdessen vorgenommene Zuordnung zum Bereich nachstationärer Behandlung zu Doppelzahlungen führt, die durch das Regelungssystem des [§ 115a SGB V](#) gerade vermieden werden sollen (hierzu ebenfalls BSG, a.a.O.). Vor diesem Hintergrund unterfällt auch die im A.-Vertrag OS vorgesehene Vergütung dem Verbot der Zuweiservergütung nach [§ 73 Abs. 7 SGB V](#).

Zudem wäre die in § 4 des Vertrages vorgesehene Vergütung als überhöht zu beanstanden. Zwar existieren für Auftragsleistungen nach [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) keine rechtsverbindlichen Abrechnungsvorschriften. Dennoch sind die Partner eines entsprechenden Auftragsverhältnisses in der Bestimmung der Vergütung nicht völlig frei. Die Leistungserbringer haben sich gerade deshalb an einen angemessenen Vergütungsrahmen zu halten, um der sich aufdrängenden Annahme einer unzulässigen Zuweiservergütung nach [§ 73 Abs. 3 SGB V](#) zu entgehen. Wundkontrolle, Verbandwechsel und Fadenzug stellen wenig aufwändige ärztliche Leistungen dar, die in ihrer Wertigkeit dem kleinchirurgischen Eingriff I und/oder der primären Wundversorgung nach EBM 02300 vergleichbar sein dürften, wofür nach der EURO-Gebührenordnung ein Betrag von 5,61 EUR vorgesehen ist. Die dafür im A.-Vertrag OS vorgesehene Pauschalgebühr von 60 EUR erscheint demgegenüber deutlich überhöht und stellt auch deshalb eine unzulässige Zuweiservergütung i.S.v. [§ 73 Abs. 7 SGB V](#) dar.

c.) Der A.-Vertrag AI enthält in § 4 Abs. 2 ebenfalls eine Vergütung (Komplexgebühr) in Höhe von 60 EUR für nachstationäre Leistungen, die in § 1 Abs. 3 des Vertrages in gleicher Weise definiert sind wie im A.-Vertrag OS (Wundkontrolle, Verbandwechsel, Fadenzug innerhalb von zwei Wochen). Insoweit gilt nichts anderes als unter b.) für den A.-Vertrag OS ausgeführt. Der Abschluss der Rahmenvereinbarung für das Kooperationsmodell AI ist schon aus diesem Grund nicht zulässig. Auch die in § 4 Abs. 1 des A.-Vertrages AI geregelten Pauschalvergütungen für vorstationäre Leistungen nach § 1 Abs. 2 des Vertrages sind unzulässig, ohne dass insoweit abschließend zu klären ist, ob die in § 1 Abs. 2 des Vertrages beschriebenen vorstationären Leistungen einer präoperativen Abklärung der Narkosefähigkeit (ggbf. einschließlich Labor und EKG) möglicherweise Leistungen i.S.v. [§ 115a SGB V](#) zur Vorbereitung vollstationärer Behandlung darstellen. Denn die hierfür vorgesehene Pauschale wird jedenfalls auch - wie im Falle des A.-Vertrages OT - für die Begründung der Einweisung und den ausführlichen Arztbericht bezahlt, ohne dass insoweit eine Differenzierung bzw. Abgrenzung der Vergütung zwischen den Leistungskomplexen möglich ist. Die Begründung der Einweisung sowie die Erstellung eines ausführlichen Arztberichts unterfallen aber - wie unter a.) aa.) ausgeführt - der vertragsärztlichen Versorgung und dürfen deshalb nicht neben der vertragsärztlichen Vergütung zusätzlich als Auftragsleistung abgegolten werden.

d.) Alle Vertragsmodelle der Antragsgegnerinnen erstrecken sich daher auf Leistungen, die dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung unterfallen und schon deshalb nicht Gegenstand von Beauftragungen nach [§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sein können. Vor diesem Hintergrund kommt der Argumentation des Sozialgerichts, die Verträge würden keinen Einfluss auf das Einweiserverhalten nehmen, weil die Entscheidung über die Beauftragung des Vertragsarztes mit der Durchführung der genannten Leistungen beim Krankenhausarzt liege und der Vertragsarzt aus dem Rahmenvertrag keine gesicherte Aussicht auf eine solche Übertragung habe, keine Bedeutung zu. Da es sich bei den rahmenvertraglich vereinbarten Leistungen um Behandlungsleistungen handelt, zu denen der Vertragsarzt bereits im Rahmen seiner vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet ist, dient der Abschluss der Kooperationsverträge ganz offenbar allein dem Zweck, hierfür eine zusätzliche Vergütung zu erhalten. Bezeichnenderweise enthält keiner der Verträge Regelungen darüber, in welcher Weise die Beauftragung im Einzelfall erfolgen soll. Insbesondere bei den vorstationären Leistungen macht eine Einzelbeauftragung auch keinen Sinn, denn der Versicherte ist mit der vollständigen Verordnung der stationären Krankenhausbehandlung in die Klinik zu schicken, eine nachträgliche Anforderung durch die Antragsgegnerinnen führte zu einem erheblichen Reibungsverlust, der nicht im Interesse der auf größtmögliche Effizienz ausgerichteten Tätigkeit der Kliniken der Antragsgegnerinnen liegt. Auch einer gesonderten Einzelbeauftragung mit der Durchführung der Nachbehandlung in Form von Wundkontrolle und Fadenzug bedarf es in der Regel nicht, da es sich - wie ausgeführt -

gerade um typische Nachsorgeleistungen des niedergelassenen Arztes handelt. Ohne eine erkennbare Notwendigkeit der jeweiligen Einzelbeauftragungen sind die Rahmenverträge stattdessen auf eine Bindung des niedergelassenen Vertragsarztes an die Kliniken der Antragsgegnerinnen als Kooperationspartner ausgerichtet. Dafür sprechen etwa auch die Regelungen über die Vertretung und Verhinderung des Vertragsarztes jeweils in § 6 der Rahmenverträge, die den Vertragsarzt u.a. verpflichten, dem Leitenden Arzt der Kliniken Zeiten seiner Verhinderung ohne Vertretung mitzuteilen. Dies spricht für eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern, die aus Sicht des Vertragsarztes nur dann Sinn machen kann, wenn er auch die vorgesehenen Vergütungspauschalen für die jeweils den Kliniken zugeführten Patienten erhält.

2.) Ausgehend von der Feststellung der Vereinbarung unzulässiger Einweiservergütungen durch die von den Antragsgegnerinnen angebotenen Rahmenverträge steht den Antragstellerinnen der geltend gemachte Unterlassungsanspruch gegen die Antragsgegnerinnen zu 1) und 2) zu. Der Unterlassungsanspruch besteht insbesondere auch gegenüber der Antragsgegnerin zu 2) ungeachtet ihrer Rechtstellung als einer nicht am öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag teilnehmenden Privatklinik. Sie tritt in allen drei Rahmenvereinbarungen nach [§ 115a SGB V](#) als eine der vertragsschließenden Kliniken und damit als Vertragspartner auf. Die Antragsgegnerin zu 2) nimmt die Möglichkeit einer Beauftragung nach [§ 115a SGB V](#) auch für sich in Anspruch und begibt sich damit in den Bereich der öffentlich-rechtlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Ob sie als Privatklinik dazu überhaupt berechtigt ist, kann dahinstehen, da die Verträge schon wegen Verstoßes gegen [§§ 115a](#) und [73 Abs. 7 SGB V](#) nicht zulässig sind. Im Übrigen ist nach der Gestaltung der Verträge eine Trennung zwischen den Antragsgegnerinnen zu 1) und zu 2) nicht möglich, so dass die Untersagung schon deshalb auch gegenüber der Antragsgegnerin zu 2) zu erfolgen hat.

3.) Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts besteht für die Untersagungsanordnung im Wege der einstweiligen Anordnung auch ein Anordnungsgrund. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Dringlichkeitsvermutung aus [§ 12 UWG](#) anwendbar ist. Denn nach Auffassung des Senats entsteht den Antragstellerinnen ohne den Erlass der Untersagungsverfügung ein schwerwiegender, nicht wiedergutzumachender Schaden, der den Erlass einer einstweiligen Anordnung rechtfertigt, da während der Zeit bis zu einer endgültigen Klärung der streitigen Rechtsfragen in einem Hauptsacheverfahren den Antragstellerinnen Behandlungsverträge endgültig verloren gehen, was sie aufgrund des erkennbar rechtswidrigen Verhaltens der Antragsgegnerinnen nicht hinzunehmen haben. Die Einlassung der Antragsgegnerinnen, dass bei einem Erfolg im Hauptsacheverfahren die Zuweisung von den Antragstellerinnen ohne weiteres wieder zurückgewonnen werden könnten, hält der Senat nicht für überzeugend. Zudem verhindert dies nicht, dass den Antragstellerinnen bis zu der endgültigen Klärung Patienten verloren gehen. Dabei kommt es weder darauf an, ob die Kliniken der Antragstellerinnen in ihrer Existenz bedroht sind oder eine wirtschaftlich spürbare Einbuße erleiden, so dass die vom Sozialgericht gewählte Relation zu der Zahl der Ärzte der betreffenden Fachgruppen in Baden-Württemberg nicht maßgeblich ist. Es ist vielmehr den Antragsgegnerinnen zuzumuten, vorläufig, bis zu einer endgültigen Klärung der rechtlichen Zulässigkeit der gewählten Kooperationsformen in einem Hauptsacheverfahren, auf den Abschluss derartiger Kooperationsverträge zu verzichten, zumal die Antragsgegnerinnen selbst vorgetragen haben, dass in ihren Kliniken Vollausslastung und Wartezeiten für die stationären Behandlungen bestehen.

4.) Der Antrag gegen die Antragsgegnerin zu 3), der darauf gerichtet ist, dieser zu untersagen, die Antragsgegnerinnen zu 1) und zu 2) beim Abschluss der Rahmenvereinbarungen zu unterstützen, geht damit ins Leere, so dass ihm nicht zu entsprechen war. Der Untersagung einer solchen Unterstützungsleistung bedarf es nicht, wenn den Antragsgegnerinnen zu 1) und zu 2) der Vertragsschluss bereits untersagt ist.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#), [155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#). Das Unterliegen der Antragstellerinnen hinsichtlich des gegen die Antragsgegnerin zu 3) gestellten Antrags ist als geringfügiges Unterliegen zu bewerten, das für die Kostenverteilung nicht in Gewicht fällt.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#), wobei der Senat für jeden der drei Rahmenverträge von dem Regelstreitwert von 5.000 EUR ausgeht. Eine Reduzierung im Hinblick auf das Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes ist in Anbetracht der Bedeutung des Verfahrens für die Beteiligten nicht angezeigt.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-01-14