

Inhaltsverzeichnis

Konkurrenz im Nachfolgezulassungsverfahren – Zulassungsausschuss kann vom Mitbewerber eine Bürgschaft verlangen	2
Die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartG mbH) Option zur Haftungsbeschränkung für die Freien Berufe	4
Privatliquidationen – keine Abrechnung von Sachkostenpauschalen.....	6
Neuer Bundesmantelvertrag ab 01.10.2013: Wichtigste Änderungen im Überblick	8
Kein planungsbereichsübergreifender Erwerb von Vertragsarztsitzen durch MVZ.....	11
Wettbewerbswidriges Betreiben einer Rezeptsammelstelle.....	13

MESSNER MARCUS

RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT

JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ

TEL.: 0 61 31 – 96 05 70, FAX: 0 61 31 – 9 60 57 62

BRÜDER-GRIMM-STR. 13, 60314 FRANKFURT/MAIN

TEL.: 0 69 – 48 98 69 61-0, FAX: 0 69 – 48 98 69 61-9

INFO@MESSNER-MARCUS.DE

WWW.MESSNER-MARCUS.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ

REGISTER-NR.: PR 20150

Konkurrenz im Nachfolgezulassungsverfahren – Zulassungsausschuss kann vom Mitbewerber eine Bürgschaft verlangen

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Das Bayerische Landessozialgericht (Bay. LSG) entschied, dass ein Zulassungsausschuss von einem konkurrierenden Mitbewerber im Nachfolgezulassungsverfahren eine Bürgschaft zur Absicherung des nach Praxiswertgutachten zu zahlenden Kaufpreises verlangen kann, wenn Zweifel an seiner Kreditfähigkeit bestehen (Bay. LSG, Urteil vom 19.09.2012, Az. L 12 KA 4/12).

In dem entschiedenen Fall besaß ein Mitbewerber, der sich konkurrierend um einen zur Nachfolgebesetzung ausgeschriebenen Vertragsarztsitz bewarb, keine Finanzierungszusage zur Zahlung des Kaufpreises nach Maßgabe des im Praxiswertgutachten festgestellten Praxiswertes. Das Gericht hatte aufgrund von Indizien im Laufe des Verfahrens begründete Zweifel an seiner Kreditfähigkeit und sprach dem Mitbewerber den Fortführungswillen ab. Dieser muss nach § 103 Abs.4 S.4 SGB V vorliegen, um als (Mit-) Bewerber die Zulassung auf einen zur Nachfolge ausgeschriebenen Vertragsarztsitz zugesprochen zu bekommen. Der Fortführungswille umfasst auch die ernsthafte Bereitschaft, mindestens den Verkehrswert der vertragsärztlichen Praxis als Kaufpreis zu bezahlen und übliche Kaufpreissicherheiten wie eine Bürgschaft einzuräumen und so die wirtschaftlichen Interessen des Abgebers anzuerkennen.

Bestehen anhand von Anhaltspunkten Zweifel an der Fähigkeit des konkurrierenden Mitbewerbers den Kaufpreis bezahlen zu können, insbesondere weil die Finanzierungszusage einer Bank nicht vorgelegt werden kann, müssen die Zulassungsausschüsse von diesem Banksicherheiten zur Absicherung des konkreten Kaufpreises laut Gutachten einfordern, um den Praxisabgeber eigentumsrechtlich nach Art.14 GG zu schützen, so das Landessozialgericht. Ist der konkurrierende Mitbewerber nicht in der Lage eine solche beizubringen, muss ihm der Fortführungswille abgesprochen werden, so das Gericht.

www.messner-marcus.de

Quelle: Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 19.09.2012, Az. L 12 KA 4/12;
Cramer in MedR 2013, 266 ff

Die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartG mbH) Option zur Haftungsbeschränkung für die Freien Berufe

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Seit 19.07.2013 ist das „Gesetz zur Einführung einer Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (...)“ in Kraft getreten. Seither besteht die Möglichkeit, in der freiberuflichen Niederlassung durch die Rechtsformwahl eine Haftungsbeschränkung der Berufshaftung der Höhe nach automatisch herbeizuführen, ohne eine GmbH gründen zu müssen. Geändert wurde neben § 2 Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) dabei im Wesentlichen nur § 8 PartGG, durch den der Ausschluss der persönlichen Haftung in dieser Rechtsform möglich und das Haftungsrisiko der Höhe nach

kalkulierbar wird.

Gemäß § 8 Abs.3 PartGG „kann durch Gesetz für einzelne Berufe eine Haftungsbeschränkung für Ansprüche aus Schäden wegen fehlerhafter Berufsausübung auf einen bestimmten Höchstbetrag zugelassen werden, wenn zugleich eine Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung der Partner oder der Partnerschaft begründet wird.“ Qua Rechtsformwahl wird dadurch im Außenverhältnis eine Haftungsbeschränkung für Berufsfehler auf das Gesellschaftsvermögen in begrenzter Höhe möglich. So können auch Haftungsrisiken eingedämmt werden, bei denen wegen einer Bearbeitung durch alle oder durch keinen der Partner eine gesamtschuldnerische Haftung der Partnerschaftsgesellschaft nach § 8 Abs.2 PartGG entsteht. Nach § 2 PartGG hat der natürliche Familienname mindestens eines Partners im Gesellschaftsnamen neben einem Kunstnamen und dem Zusatz „und Partner“ zu erscheinen. Wählt man nun die neue Haftungsbegrenzungsmöglichkeit, muss gemäß § 8 Abs.4 PartGG im Namen der Zusatz „mit beschränkter Berufshaftung“ oder die Abkürzung „mbH“ oder eine andere allgemein verständliche Abkürzung dieser Bezeichnung enthalten sein. Nach außen wird auch die neue PartG mbH durch die Eintragung (nur) im Partnerschaftsregister wirksam; zur Anmeldung einer PartG mbH muss nach § 8 Absatz 4 eine Versicherungsbescheinigung ge-

mäß § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (Bescheinigung über Pflichtversicherung mit Mindestdeckungssumme) beigefügt sein. Für die PartG mbH ist im Vergleich zu einer GmbH kein Stammkapital als Mindestkapitalausstattung (§§ 30, 31 GmbHG) aufzubringen oder zu erhalten; da sie nach § 1 Abs.1 PartGG keine Handelsgesellschaft ist, besteht auch keine Bilanzierungs- oder Gewerbesteuerpflicht der PartG mbH. Der Rechtsformzusatz ist auf den Briefbögen der Gesellschaft und im Geschäftsverkehr zu führen, § 7 Abs.5 PartGG.

Die Rechtsform der PartG mbH kann daher gewählt werden, sobald die jeweiligen berufsrechtlichen Gesetzesvorschriften eine Regelung für ihre Anwendung, insbesondere zur Mindestversicherungssumme, vorsehen. Für die Berufsgruppen der Rechtsanwälte (§ 51a BRAO), Patentanwälte (§ 45a PatAO), Steuerberater (§ 76 Abs.2 StBerG, § 55 Abs.3 DVStB) und Wirtschaftsprüfer (§ 54 Abs.1 WPO) ist dies bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens geschehen. Im Fall von interprofessionellen Part gmbH gilt die strengste der gesetzlichen Regelungen.

Für die Heilberufe unter den Freien Berufen, insbesondere Ärzte und Zahnärzte, müssen die landesrechtlichen Berufsordnungen zunächst ihre Berufsgesetze zu § 8 Abs.4 PartGG ergänzen und verbindlich umgesetzt haben, damit die neue Rechtsform auch in diesen Berufen Anwendung finden kann. Dies gilt auch dann, wenn über die jeweilige Musterberufsordnung der Bundeskammer (MBO-Ä, MBO-Z) ggf. schneller als in den Landesberufsordnungen eine Regelung vorgegeben wird, da diese stets rechtsunverbindlich bleibt.

Quelle: *Gesetz zur Einführung einer Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung und zur Änderung des Berufsrechts der Rechtsanwälte, Patentanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer, BGBl. I, 2386, vom 19.07.2013;*
Römermann in NJW 2013, 2305 ff

Privatliquidationen – keine Abrechnung von Sachkostenpauschalen

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Immer wieder sind Privatliquidationen, u.a. im Bereich der Dialysebehandlungen Gegenstand gerichtlicher Überprüfung. Grund ist, dass die privaten Krankenversicherer die Rechnungen gegenüber ihren Versicherten nur teilweise begleichen und es so zu offenen Forderungen der liquidierenden Nephrologen gegenüber Privatpatienten kommt.

In mehreren Urteilen (zuletzt OLG Bamberg, Beschluss vom 11.03.2013, Az. 1 U 169/12) wurde dabei gerade im Hinblick auf die Abrechnung von Dialyse-Sachkosten ausdrücklich festgestellt, dass die nephrologischen Sachkosten – entgegen dem Abrechnungssystem nach EBM – wegen der Regelung in § 12 Abs.1 GOÄ in Privatliquidationen nicht pauschal in Rechnung gestellt werden dürfen. Wegen Verletzung der formalen Anforderungen an eine GOÄ-Rechnung werden pauschalierten Beträge in einer GOÄ-Rechnung daher gar nicht erst zur Zahlung fällig. Auch für die Leistungen und Sachkosten, die mit der Dialyse-Sachkostenpauschale bei gesetzlich Versicherten nach EBM pauschal abgerechnet werden können, müssen in Privatrechnungen die Anforderungen des § 12 Abs.2 GOÄ eingehalten werden, so das Gericht:

Datum	GOÄ-Ziffer	Leistungs- beschreibung	1,0 - Betrag in Euro	Steigerungsfaktor x 1,0 - 3,5	Endbetrag in Euro
		dazu Sachkos- ten: „...“			Betrag in Euro

In den Krankenversicherungstarifen sind zwar Regelungen enthalten, wonach die Vergütung von Dialyse-Sachkosten in Höhe einer bestimmten EBM-Sachkostenpauschale anerkannt wird und aus der der privat versicherte Patient gegenüber seiner Versicherung dann Zahlung verlangen kann. Da der niedergelassene Arzt jedoch keinen Anspruch aus dem Privatversiche-

www.messner-marcus.de

rungsverhältnis des Patienten gegenüber der Krankenkasse hat, kann er sich rechtlich nur an seinen Patienten halten.

Ob und inwieweit es möglich ist, diejenigen Kostenpositionen der Dialysebehandlung, die mit der EBM-Dialyse-Sachkostenpauschale in der GKV abgegolten werden, in Einzelpositionen so aufzuspalten sind, dass die Anforderungen nach § 12 Abs.2 GOÄ erfüllt werden (im Streitfall hinterlegt mit dem Nachweis der Kopie einer Einkaufsrechnung), ist jedoch fraglich. Zudem ist zu beachten, dass Kosten für die in § 10 Abs.2 GOÄ aufgelisteten Positionen der Praxis- und Sprechstundenbedarfe nicht berechnungsfähig sind.

Quelle: OLG Bamberg, Beschluss vom 11.03.2013, Az. 1 U 169/12;
LG Würzburg, Urteil vom 27.11.2012, Az. 24 O 2702/09;
LG Kempten, Urteil vom 07.05.2012, Az. 13 O 2311/11;
OLG Karlsruhe, Urteil vom 21.11.2003, Az. 12 U 38/06;

Neuer Bundesmantelvertrag ab 01.10.2013: Wichtigste Änderungen im Überblick

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Zum 1. Oktober 2013 trat der neue einheitliche Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) in Kraft. Er führte die bisherigen Bundesmantelverträge mit den Primär- und Ersatzkassen zusammen. Anbei werden die wichtigsten Änderungen in einem kurzen Überblick zusammengefasst. Nähere Informationen können der Informationsbroschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Informationen für die Praxis“ sowie dem Text des neuen Bundesmantelvertrages auf www.kbv.de/rechtsquellen/ entnommen werden.



1. **Arztübergreifende Anstellung möglich, § 14 a Abs. 2 BMV-Ä**

Das bisherige Verbot der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden oder überweisungsgebundene Leistungen durchführen, ist nunmehr aufgehoben. Das bedeutet, dass sich Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie etc. künftig in Praxen anstellen lassen können, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Durch diese Regelung werden nunmehr die Arztpraxen den MVZen gleich gestellt. Für MVZ ist die fachfremde Anstellung seit langem erlaubt.

2. **Keine formlosen Anfragen der Kassen mehr, § 36 BMV-Ä**

Die Krankenkassen müssen für ihre Anfragen künftig ein Rahmenformular verwenden, in dem sie einen Hinweis zur Rechtsgrundlage über die Berechtigung ihrer Anfrage geben. Auch müssen die Krankenkassen bei solchen Anfragen einen Hinweis auf die Vergütung geben, die Vertragsärzte künftig verlangen können, die im Zusammenhang mit solchen Anfragen ein Gutachten oder eine Bescheinigung mit gutachterlicher Stellungnahme erstellen. Über die Höhe der Vergütung werden KBV und Krankenkassen noch verhandeln.

3. Vertragsärzte müssen bei ungültigen Versichertenkarten nicht zahlen, § 48 Abs. 3 BMV-Ä

Vertragsärzte müssen für die Behandlung eines Patienten, der eine ungültige Versichertenkarte bzw. die Karte einer anderen Person vorgelegt hat, die Kosten nicht übernehmen. Die Kassen dürfen nur dann Schadensersatz verlangen, wenn der Arzt die unzulässige Verwendung der Karte (etwa aufgrund des Bildes bzw. Alters) hätte erkennen können.

4. Anhebung der Bagatellgrenze, § 51 BMV-Ä

Die sog. Bagatellgrenze für Schadensersatzansprüche gegen Vertragsärzte wird von EUR 25,60 auf nunmehr EUR 30,00 leicht angehoben. Die Bagatellgrenze gilt unter anderem bei unzulässigen Verordnungen von Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog zählen. Diese ist auch für die Auslagen-Abrechnungen nach § 10 GOÄ relevant. Ab einem Rechnungsbetrag für Auslagen über EUR 30,00 hat der Arzt künftig Belege beizufügen, darunter nicht.

5. Bescheinigung in Bonusheften gegen Bezahlung, § 36 Abs. 7 BMV-Ä

Der Eintrag in Bonusheften stellt grundsätzlich keine vertragsärztliche Pflicht dar und der Arzt darf das Ausfüllen des Bonusheftes dem Patienten in Rechnung stellen. Nur wenn Durchführung und Dokumentation einer Leistung wie z.B. der Check-up 35 in demselben Quartal erfolgt, muss der Arzt den Eintrag ohne gesonderte Vergütung vornehmen.

6. Anerkennung als Belegarzt ausgeweitet, §§ 39, 40 BMV-Ä

Die Anerkennung als Belegarzt kann in Zukunft für mehrerer Krankenhäuser ausgesprochen werden und nicht mehr nur für eines. Künftig können auch vertragsärztliche Anästhesisten als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig werden.

7. Unterschrift durch angestellte Ärzte möglich, § 35 Abs. 2 BMV-Ä

Bescheinigungen und Vordrucke wie Arzneimittelverordnungen können künftig auch von angestellten Ärzten unterschrieben werden. Bisher war dies nur Vertragsärzten vorbehalten.

8. Überweisung durch Ermächtigte, § 24 Abs. 2 BMV-Ä

Ermächtigte Ärzte dürfen Überweisungsscheine ausstellen, soweit ihre Ermächtigung eine solche Überweisungsbefugnis enthält. In der Ermächtigung müssen alle Leistungen aufgeführt sein, für die eine Überweisungsbefugnis erteilt wird. Die neue Überweisungsregelung betrifft nur Einrichtungen und Ärzte, die **neu** zur ambulanten Versorgung zugelassen sind. Für die ermächtigten Einrichtungen, die bereits vor dem 1.10.2013 zur ambulanten Versorgung zugelassen wurden und damals keine ausdrückliche Überweisungsbefugnis erhalten haben, greift die Neuregelung nicht. Dasselbe gilt auch für ermächtigte Ärzte in denjenigen kassenärztlichen Vereinigungen, die bereits vor dem 01.10.2013 die Überweisungspraxis der bereits zugelassenen Ermächtigten akzeptiert hatten.

9. Überweisung von Laborleistungen, § 25 Abs. 4a BMV-Ä

Die angekündigte einschränkende Regelung zum 01. Januar 2014, wonach Laborleistungen nur an Fachärzte überwiesen werden dürfen, bei denen diese Leistungen zum Kern des Fachgebiets gehören, ist nunmehr verworfen worden. Laborleistungen können daher - wie vorher - an Fachärzte überwiesen werden.

Quelle: *Bundemantelvertrag-Ärzte, zuletzt geändert zum 01.10.2012; Informationsblatt für die Arztpraxis auf <http://www.kbv.de/rechtsquellen/>*

Kein planungsbereichsübergreifender Erwerb von Vertragsarztsitzen durch MVZ

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Der Vertragsarztsitz eines Arztes, welcher auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung bei einem MVZ verzichtet, muss sich in demselben Planbereich befinden, in welchem das MVZ seinen Vertragsarztsitz hat, wie das Landessozialgericht (LSG) Bayern in seinem Urteil vom 16.1.2013, Az. L 12 KA 77/12, entschied. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig, die Revision ist z.Zt. beim Bundessozialgericht unter Az. B 6 KA 31/13 R anhängig.



Im vorliegenden Fall beantragte ein MVZ die Genehmigung zur Anstellung von mehreren Ärzten außerhalb des Planbereichs des Sitzes des MVZ, nachdem die betreffenden Ärzte auf ihre Zulassungen zugunsten einer MVZ-Anstellung bereits verzichtet hatten. Das LSG Bayern hält diese Praxis – im Gegensatz zum Sozialrecht Nürnberg – für unzulässig. Das LSG Bayern hat seine rechtliche Wertung auf § 103 Abs. 4 a S. 1 SGB V gestützt und entschieden, dass sich der Vertragsarztsitz des auf seine Zulassung verzichtenden Arztes in demselben Planbereich befinden muss, in dem das MVZ seinen Sitz hat. Die Richter sahen es zwar ein, dass nach dem Gesetz ein MVZ durchaus Zweigpraxen betreiben kann. Dennoch müsse nach Ansicht des Gerichts zumindest die theoretische Möglichkeit bestehen, die gesamte Tätigkeit des MVZ wieder ausschließlich am Vertragsarztsitz des MVZ auszuüben. Dies sei aber nach Ansicht der Richter nicht möglich, wenn sich die Arztstelle des MVZ in einem anderen Planbereich befinde.

In der Praxis verzichtet der Arzt nicht selten auf seine Zulassung zugunsten der Anstellung im MVZ, um seine Angestelltentätigkeit gerade nicht am MVZ-Sitz, sondern in seinen bisherigen Praxisräumen als sog. Versorgerfiliale auszuüben.

www.messner-marcus.de

Beraterhinweis: Es wird daher Ärzten bei entsprechenden Vorhaben empfohlen, vor dem Verzicht zur Anstellung zunächst die Planbereichsgrenzen des eigenen Fachgebietes zu prüfen, die sich durch die neue Bedarfsplanung teilweise auch zuungunsten des Verzichtenden verkleinert haben können (neue sog. Mittelbereiche in der hausärztlichen Versorgung). Ist ein Verzicht zur Anstellung dadurch nicht möglich, bleibt nur die Alternative eine MVZ-Filiale zu gründen, die wie die Hauptbetriebsstätte ebenfalls alle Gründungsvoraussetzungen des § 95 SGB V erfüllt.

Quelle: *LSG Bayern, Urteil vom 16.1.2013, Az.: L 12 KA 77/12; Reiter in GesR 9/2013, S. 530 ff.*

Wettbewerbswidriges Betreiben einer Rezeptsammelstelle

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Das Bereithalten von Rezepten zur Abholung in einer Arztpraxis auf Wunsch der Patienten ohne Notfalllage stellt einen unzulässigen Betrieb einer Rezeptsammelstelle dar. Der Apotheker, dem diese Rezepte von der Arztpraxis zugefaxt werden, muss sich das Verhalten des Arztes zurechnen lassen und handelt ebenfalls wettbewerbswidrig (OLG Saarbrücken, Urteil vom 25.09.2013, Az. 1 U 42/13).



Vorliegend leiteten insgesamt drei Arztpraxen auf den ausdrücklichen Wunsch Ihrer Patienten Rezepte dieser Patienten einer Apotheke per Telefax zu. Der Apotheker ließ die verordneten Medikamente sodann verpacken und sie durch Boten an die Adressen der Patienten ausliefern. Anschließend fuhr der Bote der Apotheke bei den Arztpraxen vorbei und sammelte die Originalrezepte ein. Das OLG Saarbrücken hat entschieden, dass Ärzte auch dann keine Rezepte an eine Apotheke übermitteln dürfen, wenn die Patienten dies ausdrücklich wünschen. Das Bereithalten von Rezepten zur Abholung in einer Arztpraxis sei ausschließlich in medizinisch begründeten Notfällen erlaubt, etwa wegen Gebrechlichkeit der Patienten, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind. Solche medizinischen Notfälle konnten die betreffenden Ärzte bei den vorliegend eingesammelten Rezepten jedoch nicht nachweisen. Allein die Bequemlichkeit eines Versorgungsweges für einen Patienten stellt keinen hinreichenden Grund da, der die Übermittlung der Rezepte per Telefax an eine Apotheke seitens der Arztpraxis rechtfertigt. Das Gericht bestätigte mit diesem Urteil den gesetzlichen Grundgedanken des § 24 Abs. 2 Apothekenbetriebsordnung, wonach das Allgemeininteresse an einer inhaltlichen und organisatorischen Trennung beider Berufsgruppen (Arzt und Apotheker) Vorrang vor privaten Wünschen der Patienten – ausgenommen medizinische Notfälle – hat. Deshalb untersagt § 24 Abs. 2 ApBetrO die Einrichtung einer Rezeptsammelstelle bei einem Arzt.

Das Gericht nahm weiterhin an, dass bei der Menge der übermittelten Rezepte (ca. 70 Rezepte in 8 Tagen) seitens der Arztpraxis an den Apotheker zumindest von einem Einverständnis des Apothekers ausgegangen werden kann. Das Verhalten des Arztes ist somit dem Apotheker rechtlich zuzurechnen. Damit betrieb der Apotheker in der dargestellten Konstellation eine nicht genehmigte Rezeptsammelstelle i.S.d. § 24 Abs. 2 ApBetrO. Diese Wertung bleibt auch dann bestehen, wenn der Apotheker eine Erlaubnis zum Versandhandel nach § 11a ApoG besitzt. Die hier in Rede stehenden Wettbewerbsverstöße trafen nach Ansicht des Gerichts nicht den Versandhandel des Apothekers, sondern das unzulässige Sammeln von Rezepten durch Ärzte.

Die vorgenannte Konstellation könnte unter Umständen auch im Sinne des § 11 ApoG, der Absprachen zwischen Ärzten und Apotheken verbietet, relevant werden. Vorliegend sahen die Richter eine (auch konkludente) Absprache zwischen den Apothekern und Ärzten nicht erwiesen und nahmen lediglich ein Einverständnis des Apothekers mit dem Vorgehen der Ärzte an, das zur Zurechnung des ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Apotheker ausreichte.

Quelle: *OLG Saarbrücken, Urteil vom 25.09.2013, Az.: 1 U 42/13*