

Inhaltsverzeichnis

Steuerliche Absetzbarkeit von Aufwendungen für eine gemischt veranlasste Fortbildungsveranstaltung insbesondere im europäischen Ausland	2
OLG München zur Frage, ob eine aus einem Plankrankenhaus ausgegründete Privatklinik Versicherte der privaten Krankenversicherungen zu höheren Preisen als im Plankrankenhaus behandeln darf.....	4
Der ärztliche Leiter eines MVZ muss nicht selbst vertragsärztlich tätig werden	7
Internet-Plattform zum Vergleich zahnärztlicher Leistungen ist nicht berufsrechtswidrig	9
Anfechtung einer ambulanten Zulassung nach § 116b SGB V durch einen Vertragsarzt	11
Unfall auf der Weihnachtsfeier	13

**Steuerliche Absetzbarkeit von Aufwendungen
für eine gemischt veranlasste Fortbildungsveranstaltung insbesondere im europäischen Ausland**

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht



Aufwendungen für die Teilnahme an einem Fortbildungskurs, der mit bestimmten Stundenzahlen auf die Voraussetzung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet werden kann, sind zumindest teilweise als Werbungskosten zu berücksichtigen, auch wenn der Lehrgang in nicht unerheblichem Umfang Gelegenheit zur Ausübung verbreiteter Sportarten zulässt (Änderung der Rechtsprechung).

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in seiner Entscheidung Abstand von seiner bisherigen Rechtsprechung zur steuerlichen Absetzbarkeit von Fortbildungsveranstaltungen genommen. Der BFH hat entschieden, dass auch bei gemischt veranlassten Reisen eine steuerliche Absetzbarkeit dieser Ausgaben in Frage kommt, wenn die Trennung der Reisekosten in berufliche und private Anteile möglich ist. Aufwendungen für Reisen, die abgrenzbare berufliche und private Anteile erhalten, sind somit grundsätzlich aufzuteilen. Der beruflich veranlasste Kostenanteil kann so steuerlich geltend gemacht werden, sofern die berufliche oder private Veranlassung nicht von untergeordneter Bedeutung ist. Als sachgerechter Aufteilungsmaßstab kommt in derartigen Fällen das Verhältnis der beruflichen und privaten Zeitannteile der Reise in Betracht. Das unterschiedliche Gewicht der verschiedenen Veranlassungsbeiträge kann es jedoch im Einzelfall erfordern, einen anderen Aufteilungsmaßstab heranzuziehen oder von einer Aufteilung ganz abzusehen. Die Entscheidung des Bundesfinanzhofs hat sich an der Rechtsprechung des Großen Senats des BFH orientiert, welcher mit Beschluss vom 21.09.2009 (BFH E 227,1 = NJW 2010, 891) die ursprüngliche Rechtsprechung aufgegeben hat und nunmehr der Auffassung ist, dass § 12 Nr. 1 Satz 2 Einkommensteuergesetz kein allgemeines Aufteilungs- und Abzugsverbot zur Wahrung der steuerlichen Gerechtigkeit vorsieht.

Im Ausgangsfall hat ein Arzt an einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung am Gardasee teilgenommen, um die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" zu erlangen. Die Fortbildung wurde von der Ärztekammer anerkannt. Ursprünglich hat das Finanzamt die Aufwendungen für die

Teilnahme an dem Kurs in Höhe von DEM 3.212,00 = EUR 1.642,27 nicht zum Werbungskostenabzug zugelassen. Das Finanzgericht hat jedoch der Klage teilweise stattgegeben. Die Revision des Finanzamtes beim BFH hatte keinen Erfolg.

Quelle: NJW 45/2010, S. 3327 ff.; BFH, Urteil v. 21.04.2010, Az.: VI R 66/04 (FG Sachsen-Anhalt)

**OLG München zur Frage, ob eine aus einem Plankrankenhaus
ausgegründete Privatklinik Versicherte der privaten Krankenversicherungen zu
höheren Preisen als im Plankrankenhaus behandeln darf**

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht



Das OLG München hat in einer noch nicht rechtskräftigen Entscheidung festgestellt, dass eine aus einem Plankrankenhaus ausgegliederte Privatklinik zulässig ist und die Privatkliniken ihre Entgelte für Wahlleistungen nicht wie Plankrankenhäuser herabsetzen müssen, auch wenn Privatklinik und Plankrankenhaus auf gemeinsame Ressourcen zugreifen.

Das OLG München hat eine Entscheidung der Vorinstanz des Landgerichts Kempten/Allgäu (Az.: 1 O 2344/08) bestätigt, wonach der Verband der privaten Krankenversicherungen keinen Anspruch darauf hat, eine Entgeltherabsetzung für eine Privatklinik, die dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes entzogen ist, zu verlangen. Gesetzliche Vergütungsvorschriften werden dann nicht umgangen, wenn es sich bei der Privatklinik, die aus einem Plankrankenhaus ausgegründet wurde, um eine private Einrichtung handelt, die räumlich, sachlich und organisatorisch ausreichend vom Plankrankenhaus abgegrenzt ist.

Die Privatklinik ist eine 100%ige Tochtergesellschaft einer Anstalt des öffentlichen Rechts, die neben einem Plankrankenhaus 4 weitere Plankrankenhäuser betreibt. Der Verband der privaten Krankenversicherungen ist der Auffassung, dass § 17 Abs. 1 Satz 5 des KHEntgG auf eine solche Privatklinik ebenso anwendbar ist und der Verband der privaten Krankenversicherungen somit eine Herabsetzung der Entgelte für Wahlleistungen wie in einem Plankrankenhaus verlangen kann.

Der Verband der privaten Krankenversicherungen begründet seine Auffassung damit, dass eine Umgehung gesetzlicher Vorschriften über die Abrechnung von Wahlleistungen bei Privatpatienten vorliegt, wenn die Aufspaltung des Krankenhausbetriebs in eine teure, nur noch formal selbständige Privatklinik und ein an gesetzliche Entgeltregelungen gebundenes Plankrankenhaus zu Lasten der Versicherten gehe und daher rechtlich nicht anzuerkennen ist. Diese Aussicht wird auch dadurch begründet, weil neben der räumlichen Trennung auf die personel-

len und organisatorischen Ressourcen des Plankrankenhauses zurückgegriffen wird. Vor diesem Hintergrund liege keine Privatklinik im eigentlichen Sinne, sondern eine Ausgründung aus einem Plankrankenhaus vor, auf die die Regelung des Krankenhausentgeltgesetzes anwendbar seien.

Das OLG München hat die Ansprüche des Verbandes der Privatversicherungen zurückgewiesen und entschieden, dass der Verband weder einen Anspruch auf Herabsetzung der Wahlleistungsentgelte gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 Krankenhausentgeltgesetz noch gemäß § 307 BGB i.V.m. §§ 1, 3 Abs. 1 Nr. 2 UKlaG, §§ 3, 8 UWG bzw. §§ 2, 3 Abs. 1 Nr. 2 UKlaG i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG, hat.

Privatkliniken dürfen sich ihre nichtärztlichen Leistungen vergüten lassen und sind lediglich gehalten, mit ihren Patienten im Rahmen der allgemeinen Bestimmungen gültige und rechtswirksame Preisabsprachen zu treffen. Für eine allgemeine Billigkeits- und Angemessenheitskontrolle der Preisgestaltung von Privatkliniken gibt es nach Ansicht des OLG München keine gesetzliche Grundlage. Von daher unterliegt die Privatklinik nicht dem Krankenhausentgeltgesetz, weil es sich eben nicht um ein Plankrankenhaus handelt.

Vor diesem Hintergrund ist § 17 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG auch nicht sinngemäß auf die Privatklinik anwendbar. Eine analoge Anwendung zur Vermeidung der Umgehung der gesetzlichen Vergütungsvorschriften ist nicht erforderlich, da das Gesetz private und öffentliche Krankenhäuser zulässt und zwischen diesen unterscheidet.

Im vorliegenden Fall ging das OLG München davon aus, dass die Privatklinik als private Einrichtung räumlich, sachlich und organisatorisch ausreichend vom Plankrankenhaus abgegrenzt ist und daher nicht so wie ein Plankrankenhaus rechtlich behandelt werden muss. Privatkliniken dürfen grundsätzlich eine andere Vergütung fordern als Plankrankenhäuser, um die Gesamtkosten abzudecken und steuerliche Nachteile ausgleichen zu können. Privatkliniken müssen in die Lage versetzt werden, ihre Preise zu gestalten wie jedes Wirtschaftsunternehmen und haben ein legitimes Interesse an einer Gewinnerzielung, zumal sie das volle unternehmerische Risiko tragen.

Das OLG München geht jedenfalls im vorliegenden Sachverhalt von einer selbständig ausreichend abgegrenzten Organisationseinheit von Plankrankenhaus und Privatklinik aus. Obwohl der klagende Verband einen grundsätzlichen Gestaltungsmissbrauch durch Ausgründungen unterstellt, weil der medizinische Leistungsinhalt der Ausgründung nicht oder nur unwesentlich vom Leistungsinhalt des Plankrankenhauses abweicht. Diese Frage ist auch grundsätzlich einer gesetzlichen Regelung zugänglich. So hat beispielsweise das Land Baden-Württemberg in § 32 LKHG BW eine Entscheidung zu Gunsten der Koexistenz von Plankrankenhaus und

ausgegliederter Privatklinik getroffen. Der Gesetzgeber hat insoweit den Betrieb einer Privatklinik in unmittelbar räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus erlaubt, sofern eine räumliche, personelle und organisatorische Abgrenzung der Privatklinik vom Plankrankenhaus erfolgt. In der Begründung zu diesem Gesetz heißt es, dass den Plankrankenhäusern mehr Freiheit in der Anpassung ihrer Organisation an wirtschaftliche Erfordernisse gegeben werden muss. Privatkliniken müssen aus Gründen des Verbraucherschutzes und der ordnungsgemäßen Abrechnung von Krankenhausleistungen räumlich, personell und organisatorisch eindeutig von dem in seiner unmittelbaren räumlichen Nähe betriebenen Plankrankenhäusern abgegrenzt werden.

Der bayerische Landesgesetzgeber hat diesbezüglich bisher von einer gesetzlichen Regelung abgesehen. Jedenfalls erfüllt im vorliegenden Fall die Privatklinik neben den Anforderungen in § 30 Gewerbeordnung auch alle Voraussetzungen an ein Krankenhaus i.S.v. § 4 MBKK Muster-Bedingungen der privaten Krankenversicherung. Das Gericht hat festgestellt, dass die Privatklinik unter ständiger ärztlicher Leitung steht. Auch wenn die ärztliche Leitung im kooperierenden Plankrankenhaus tätig ist und eine gemeinsame Nutzung investitionsträchtiger Medizingeräte, sonstiger Einrichtungen und Mittel vorliegt, liegt nichts anderes vor, wie wenn eine Kooperation von zwei Plankrankenhäusern vorläge. Die Tatsache, dass sowohl Plankrankenhaus als auch Privatklinik auf gemeinsame Ressourcen zugreifen, ist nach Ansicht des OLG München nicht zu beanstanden. Im Übrigen hat das Gericht festgestellt, dass das Plankrankenhaus selbst für Patienten Wahlleistungstarife anbietet.

Quelle: OLG München, Urteil vom 14.01.2010, Az. 29 U 5136/09, noch nicht rechtskräftig, anhängig beim BGH unter Az. III ZR 114/10

Der ärztliche Leiter eines MVZ muss nicht selbst vertragsärztlich tätig werden

Maria-Stephanie Dönnebrink, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Das Sächsische Landessozialgericht hat sich ausführlich mit der Frage der Anforderungen auseinandergesetzt, die an den ärztlichen Leiter eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu stellen sind.

Das Gesetz selbst sieht keine besonderen Anforderungen an den ärztlichen Leiter eines MVZ vor, so dass die Zulassungsausschüsse die Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt als ärztlicher Leiter tätig werden kann, bundesweit verschieden beantworten.



Nach Auffassung des Sächsischen Landessozialgerichts soll das Erfordernis einer ärztlichen Leitung institutionell gewährleisten, dass der in dieser Einrichtung arbeitende Arzt seine ärztliche Tätigkeit in Einklang mit seiner Berufspflicht ausüben kann und hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidung keine Weisung von Nicht-Ärzten entgegennehmen muss. Dies ergebe sich aus den Gesetzesmaterialien zum Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992, damals im Zusammenhang mit Polikliniken, die als Vorbild für MVZ dienten. Durch welche organisationsrechtlichen Regelungen im Einzelnen diese ärztliche Weisungsfreiheit abzusichern sei, schreibe das Gesetz nicht vor. Es genüge daher, wenn das MVZ über einen ärztlichen Leiter verfüge, der für die Organisation der ärztlichen Versorgung verantwortlich sei; nicht erforderlich sei es, dass ihm bei der ärztlichen Behandlung der Einzelfälle ein fachspezifisches Weisungsrecht zustehen müsse.

Der ärztliche Leiter eines MVZ sei nicht mit dem Chefarzt an einem Krankenhaus, sondern lediglich mit dessen ärztlichen Direktor vergleichbar. Der ärztliche Leiter eines MVZ müsse folglich nicht wie ein Chefarzt die ärztliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme tragen. Vielmehr genüge es, wenn ihm die Steuerung der Betriebsabläufe in fachlich-medizinischer Hinsicht vorbehalten sei.

Nach Auffassung des Sächsischen Landessozialgerichts sei lediglich eine effektive Ausübung der Leitungsaufgaben durch den ärztlichen Leiter erforderlich. Dies könne bei externen Ärzten

Probleme aufwerfen. Eine zeitlich stark beschränkte Tätigkeit mit schwerer Erreichbarkeit oder gar die bloße formale Übertragung der Leitungsfunktion genüge nicht. Im vorliegenden Fall war der Arzt, der die ärztliche Leitungsfunktion ausüben sollte, zwar nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen, aber als Geschäftsführer des MVZ am Sitz des MVZ in Vollzeit tätig. Dies genüge nach Auffassung des Landessozialgerichts.

Das Gericht stellte auch klar, dass das Gesetz zwar eine förmliche Bestätigung des ärztlichen Leiters eines MVZ durch die Zulassungsgremien nicht vorsehe. Doch ein MVZ habe – weil die Teilnahme desselben an der vertragsärztlichen Versorgung eine ordnungsgemäße ärztliche Leitung voraussetze – ein berechtigtes Interesse daran, die Rechtmäßigkeit der Bestellung eines ärztlichen Leiters durch einen feststellenden Verwaltungsakt der Zulassungsgremien verbindlich klären zu lassen.

Quelle: Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 11.08.2010; Az.: L 1 KA 54/09

Internet-Plattform zum Vergleich zahnärztlicher Leistungen ist nicht berufswidrig

Ute Frodl, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Der Bundesgerichtshof (BGH) hält eine Internet-Plattform, die Patienten die Möglichkeit bietet, die Preise zahnärztlicher Leistungen zu vergleichen, für zulässig. Die teilnehmenden Zahnärzte verstoßen nicht gegen die Berufsordnung.

Die Beklagte betreibt eine Internetplattform, auf der Patienten den Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes einstellen können. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes können andere Zahnärzte eine alternative Kostenschätzung abgeben. Dem Patienten werden die fünf preisgünstigsten Kostenschätzungen ohne Angabe der Namen und Adressen der Zahnärzte mitgeteilt. Sofern sich der Patient für eine Kostenschätzung entscheidet, übermittelt die Beklagte die jeweiligen Kontaktdaten an beide Seiten. Wenn daraufhin ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt zustande kommt, erhält die Beklagte von dem Zahnarzt ein Entgelt in Höhe von 20% des mit dem Patienten vereinbarten Honorars. Nach der Behandlung können die Patienten auf der Internetplattform eine Beurteilung des ihnen vermittelten Zahnarztes abgeben, insbesondere darüber, ob er sich an seine Kostenschätzung gehalten hat.

Gegen den Internetplattformbetreiber haben zwei bayerische Zahnärzte geklagt, die der Ansicht sind, dass die Beklagte die teilnehmenden Zahnärzte zu Verstößen gegen Vorschriften in der Berufsordnung für die bayerischen Zahnärzte und somit auch zu einem wettbewerbswidrigen Verhalten verleite.

Der BGH hat entschieden, dass das Verhalten der Zahnärzte, die sich durch die Abgabe von Kostenschätzungen am Geschäftsmodell der Beklagten beteiligen, den Interessen der anfragenden Patienten diene und somit nicht unkollegial sei. Ein berufsunwürdiges Verdrängen von anderen Zahnärzten aus ihrer Behandlungstätigkeit könne auch nicht gesehen werden.

Ebenso wenig sieht der BGH darin keine Zuweisung gegen Entgelt, da die Leistung der Plattformbetreiberin nicht in der Zuweisung von Patienten bestehe, sondern im Betrieb ihrer Internetplattform, über die Patienten und Zahnärzte miteinander in Kontakt kommen können.

Quelle: Bundesgerichtshof, Urteil vom 01.12.2010, Az.: I ZR 55/08

Anfechtung einer ambulanten Zulassung nach § 116b SGB V durch einen Vertragsarzt

Stefanie Raab, Rechtsanwältin

Das Sozialgericht Dresden (SG Dresden) hat mit Urteil vom 27.10.2010 entschieden, dass ein qualifiziert betroffener Vertragsarzt anfechtungsbefugt ist, wenn einem Krankenhaus nach § 116b SGB V die Teilnahme an der ambulanten Behandlung zugesprochen wird.



Nach Auffassung des SG Dresden ist § 116 Abs. 2 Satz 1 SGB V jedoch auch potentiell drittschützend zugunsten von Vertragsärzten. Durch die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung soll die ambulante vertragsärztliche Versorgung nicht ersetzt, sondern allenfalls ergänzt werden. Die Berufsfreiheit aus Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz i. V. m. dem Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz eröffnet dem Kläger den Schutzbereich, um dem Kläger gegenüber dem Krankenhaus Wettbewerbsgleichheit zu garantieren. Dieser Drittschutz ist jedoch nicht ohne Rücksicht auf den Grad der Beeinträchtigung zu gewähren. D.h. die Ärzte, die für sich den Drittschutz in Anspruch nehmen, müssen die eigene Situation so konkret beschreiben, dass sich für die Krankenhausplanungsbehörde die nicht fern liegende Möglichkeit der Gefährdung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit daraus ableiten lässt.

Das Sozialgericht Dresden hat festgestellt, dass der Kläger von der Zulassung des Krankenhauses nach § 116 b SGB V in seiner Eigenschaft als Mit-Wettbewerber betroffen ist. Die Einzugsbereiche des betroffenen Arztes und des Krankenhauses überschneiden sich und der Schwellenwert von 5% Patienten aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis, die mit den gleichen Leistungen behandelt werden, wie sie das Krankenhaus erbringen würde, ist überschritten. Zudem geht gerade bei spezialisierten fachärztlichen Leistungen der Tätigkeitsradius in der Regel über die Grenzen des Planungsbereichs hinaus. Insofern ist eine reale Konkurrenzsituation gegeben.

Außerdem ist ein strukturell bedingtes Wettbewerbsungleichgewicht zwischen dem Vertragsarzt und dem Krankenhaus gegeben. Die Patienten werden frühzeitig ins Krankenhaus eingewiesen, welches es dann in der Hand hat, die Patienten nach der stationären Behandlung wei-

ter zu verweisen. Insofern erhält das Krankenhaus eine Schlüsselposition, aufgrund derer es wesentlichen Einfluss darauf nehmen kann, ob der Patient anschließend bei einem niedergelassenen Onkologen oder in der eigenen Ambulanz weiter betreut wird. Hieraus kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt nicht in wettbewerbsadäquater Weise einwirken.

Zudem ist eine zusätzliche Wettbewerbsasymmetrie gegeben, da unterschiedliche Investitionsrisiken bestehen. Krankenhäuser verfügen über eine breite wirtschaftliche Basis, mit der sie die notwendigen Investitionen für die Teilnahme auch am ambulanten Leistungsspektrum leicht leisten können. Niedergelassene Ärzte müssen ihre Investitionen im wesentlichen aus den ambulanten vertragsärztlichen Leistungen aufbringen.

Den Krankenhäusern wäre damit auch ein Mittel in die Hand gegeben, wonach sie ihren Leistungsumfang zu Lasten der übrigen Anbieter von Gesundheitsleistungen ausweiten könnten, da sie zwar direkt von den Krankenkassen bezahlt werden, jedoch die Krankenkassen zudem auch die übrigen Ausgaben des Gesundheitssystems aufbringen müssen und die Einnahmen der Krankenkassen begrenzt sind. Die Krankenhausplanungsbehörde kann im Rahmen ihres „planerischen Ermessens“ den ambulanten Versorgungsauftrag des Krankenhauses inhaltlich beschränken, zeitlich befristen oder auch kontingentieren. Wichtig ist auf jeden Fall die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation. Wird diese nicht berücksichtigt, so ist der Bescheid zumindest in diesem Punkt aufzuheben.

Quelle: Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 27.10.2010, Az.: S 18 KR 312/10, nicht rechtskräftig

Unfall auf der Weihnachtsfeier

Georg Zwenke, Rechtsanwalt und Apotheker



Gleich ob Praxis, Apotheke, Kanzlei oder Betrieb – in den vorweihnachtlichen Tagen finden viele Weihnachtsfeiern nach Dienstschluss statt. Zumeist bringen sie viel Spaß und Freude und sie würden auch allseits in bester Erinnerung bleiben – wäre da nicht die bzw. der eine oder andere Kollegin / Kollege verunglückt.

Unter welchen Voraussetzungen die gesetzliche Unfallkasse zur Kostenübernahme verpflichtet ist, hat jüngst das SG Berlin noch einmal hervorgehoben.

Vor Gericht wird meist darüber gestritten, ob der Unfall auf der Weihnachtsfeier oder sonstigen Betriebsfeier als Arbeitsunfall anzusehen ist. Hierfür ist Voraussetzung, dass das Verhalten des Versicherten, bei dem sich der Unfall ereignete, der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist. Im sachlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen auch betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen, d. h. Betriebsfeste, Betriebsausflüge, Betriebsfeiern. Damit die Teilnahme an diesen Veranstaltungen dem Unternehmen zugerechnet und der versicherten Tätigkeit gleichgesetzt werden kann, müssen nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Zusammenkunft muss der Pflege der Verbundenheit zwischen Unternehmensleitung und den Beschäftigten sowie der Beschäftigten untereinander dienen: Das ist nur dann der Fall, wenn die Veranstaltung allen Beschäftigten des Unternehmens oder der einzelnen Abteilung oder der betrieblichen Einheit offen steht.
- Die Unternehmensleitung muss die Veranstaltung selbst veranstalten, fördern oder zumindest billigen.
- Die Veranstaltung muss von der Autorität der Unternehmensleitung als betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung getragen werden, d. h. der Veranstalter (nicht notwendig die Unternehmensleitung selbst, es könnte eine Gruppe von Mitarbeitern sein) muss im Einvernehmen mit der Unternehmensleitung oder für diese handeln. Wichtig ist, dass die Unternehmensleitung die Durchführung der Veranstaltung auch will, da Unfälle sich auf die Beiträge zur Unfallversicherung auswirken können.

- Es müssen zumindest Teile der Unternehmensleitung an der Veranstaltung teilnehmen, ein bloßes Zusammentreffen der Beschäftigten untereinander reicht nicht aus.
- Es muss eine bestimmte Mindestbeteiligung an der Veranstaltung gegeben sein, wobei die Rechtsprechung sich nicht auf eine starre Grenze festlegt. Sie nimmt eine Gesamtbeurteilung (z. B. Blick auf die Notdienstbereitschaft einiger Kollegen) vor: Es reichten ihr schon Teilnahmezahlen von 26,5 bis 40 %, um noch von einer betrieblichen Veranstaltung auszugehen.
- Der Ort und Zeitpunkt der Veranstaltung sind unerheblich; selbst eine Veranstaltung an einem verlängerten Wochenende ist denkbar.
- Versichert sind nur die Tätigkeiten auf der Veranstaltung, die mit dem Gesamtzweck der Veranstaltung vereinbar bzw. üblich sind. Nach der Rechtsprechung kann sich der Gesamtzweck der Veranstaltung auch, aber nicht nur auf „körperliche Entspannung und Erholung“ beziehen. Wenn dem Gemeinwohl oder der Belustigung der anderen Teilnehmer dienende besondere Aktivitäten / sportliche Betätigungen entfaltet werden, sind auch diese versichert.
- Wenn Freizeit, Erholung, Unterhaltung im Vordergrund stehen, fehlt es an der Betriebsbezogenheit – sie sind nicht versichert.
- Ebenso nicht versichert sind Reisen zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte, Honorierungen für besondere Leistungen, da es insoweit an einer Förderung der Verbundenheit von Mitarbeitern fehlt.
- Beendet ist die unfallversicherte Veranstaltung, wenn von den ursprünglichen Teilnehmern nur noch sehr wenige beisammen sind. Im vom LSG Darmstadt entschiedenen Fall verblieben von ursprünglich 25 Mitarbeitern nur noch der Amtsleiter (also der Chef) und ein Mitarbeiter. Neben diesen war nur noch das Pächterehepaar des Veranstaltungsorts anwesend. Das LSG entschied, dass insoweit aus der betrieblichen Weihnachtsfeier eine Privatveranstaltung wurde. Es kann also eine betriebliche Weihnachtsfeier enden bevor der Chef geht.

Quellen:

SG Berlin, Urteil vom 16.12.2010, Az.: S 163 U 562/09;

SG Darmstadt, Urteil vom 29.07.2008, Az.: S 3 U 27/07 unter Verweis auf die Rechtsprechung des BSG;

LSG Darmstadt, Urteil vom 26.02.2008, Az.: L 3 U 71/06.