

IN SACHEN: **Frau A.**  
**kinesitherapeutin**

Klägerin in der Hauptsache, Beklagte in der Anschlussklage, persönlich erschienen und anwaltlich unterstützt von RA B. in Vertretung von RA C. RA D. RA E. und RA F.

GEGEN: **DIENST FÜR MEDIZINISCHE EVALUATION UND KONTROLLE**,  
abgekürzt DMEK innerhalb des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung, mit Sitz in 1150 Brüssel, Avenue de Tervueren 211;

Beklagte in der Hauptsache, Klägerin in der Anschlussklage, vertreten durch Dr. G. Arzt - Inspektor Direktor, sowie Herrn H., Berater

## **1. VERFAHREN**

Die Akte der Beschwerdekammer enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- den am 18. Juli 2017 in der Kanzlei hinterlegten Einspruch von Frau A.;
- die Schriftsätze als Antwort des DMEK, die in der Kanzlei am 20. Oktober 2017 hinterlegt wurden;
- die Antwortschriftsätze von Frau A. sowie die Aktenunterlagen (nummeriert von 1 bis 3.), die am 23. Januar 2018 in der Kanzlei hinterlegt wurden;
- die Zusatzschriftsätze sowie die zusammenfassenden Schriftsätze des DMEK, die am 28. Februar 2018 in der Kanzlei hinterlegt wurden;
- die Entscheidung vom 6. September 2018, die unter anderem die Wiedereröffnung der mündlichen Erörterung bei der Verhandlung am 27. September anordnet;
- die Schriftsätze nach Wiedereröffnung der mündlichen Erörterung des DMEK, die in der Kanzlei am 24. September 2018 hinterlegt wurden ;
- die Schriftsätze von Frau A. nach der Wiedereröffnung der mündlichen Erörterung, die von Frau A. am 25. September 2018 in der Kanzlei hinterlegt wurden.

Bei der Verhandlung am 27. September 2018 hört die Beschwerdekammer die Parteien an.

## **2. GEGENSTAND DER BERUFUNGEN - ENTSCHEIDUNG VOM 6. SEPTEMBER 2018 - STANDPUNKTE DER PARTEIEN**

In ihrem am 18. Juli 2017 bei der Kanzlei hinterlegten Antrag legt Frau A. Berufung gegen die Entscheidung vom 15. Juni 2017 der Kammer der Ersten Instanz ein.

In ihren Antwortschriftsätzen, die am 20. Oktober 2017 in der Kanzlei hinterlegt wurden, formuliert der DMEK eine Anschlussklage, weil die Kammer der Ersten Instanz Frau A. nicht dazu verurteilte, die Leistungen, die unrechtmäßig zu Lasten der Gesundheitspflegeversicherung angerechnet wurden, nämlich den Betrag von 109.064,27 Euro, in voller Höhe zu erstatten.

Mit seiner Entscheidung vom 6. September 2018 nimmt die Beschwerdekammer die Berufung von Frau A. an und ordnet die Wiedereröffnung der mündlichen Erörterung bei der Verhandlung am 27. September 2018 an, damit der DMEK die Zulässigkeit seiner Anschlussklage erläutern kann.

Frau A. bittet die Beschwerdekammer:

- die Berufung für begründet zu erklären;
- die Anschlussklage für nicht zulässig oder zumindest für nicht begründet zu erklären;
- in der Nebensache, die Forderung der Gegenseite auf einen Betrag von 50 Euro pro Verwaltungsverstoß mit Aufschub zu senken;
- in der Nebensache, die Forderung der Gegenseite auf eine Strafe von 5.453,21 Euro (5% des geforderten Betrages) mit Aufschub zu senken;
- und in absoluter Nebensache und, sofern grundsätzlich der Forderung nach Erstattung stattgegeben wird, die Gegenseite aufzufordern, konkret ihren Schaden nachzuweisen.

Der DMEK bittet die Beschwerdekammer:

- die Anschlussklage für zulässig zu erklären;
- den in den zusammenfassenden Schriftsätzen für alle Fälle formulierten Schaden für erwiesen zu erklären;
- Frau A. dazu zu verurteilen, den Wert der unrechtmäßig bescheinigten Leistungen zulasten der Gesundheitspflegeversicherung i.H.v. 109.064,27 Euro (Artikel 142, §1,2 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994) zu erstatten;

- Frau A. zur Zahlung einer Strafe in Höhe von 50% der strittigen Leistungen mit einem Aufschub der Umsetzung dieser Strafzahlung in Höhe von 50% ihres Betrages während einer Frist von drei Jahren zu verurteilen.

### **3. SACHVERHALT UND HISTORIE**

Aus den Aktenunterlagen stellt sich der Sachverhalt und die Historie des Verwaltungsverfahrens wie folgt dar:

Frau A. ist Kinesitherapeutin; Sie erhielt ihr Diplom am 23. Juni 1983.

Aufgrund einer vom DMEK durchgeführten Untersuchung wurde am 24. März 2011 ein Feststellungsprotokoll erstellt.

Mit seinem Antrag, der am 25. September 2012 in der Kanzlei hinterlegt wurde, leitet der DMEK vor der erstinstanzlichen Kammer ein Verfahren gegen Frau A. ein.

Der DMEK hat eine Beschwerde gegen Frau A. nämlich dass sie bei der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung Leistungen abgerechnet hat, die nicht dem Gesetz oder den Ausführungsbeschlüssen entsprechen, in dem Maße, dass sie Pflegebescheinigungen („ASD“) für Kinesitherapieleistungen, die von zwei Mitarbeitern, Herrn I. und Frau J., erbracht wurden, unterzeichnet hat, wobei diese nicht berechtigt waren, derartige Leistungen abzurechnen, da sie nicht über eine entsprechende LIKIV-Nummer verfügten, die ihnen dieses erlaubt hätte.

Diese Beschwerde gilt für den DMEK als Verstoß nach Artikel 73, bis 2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994.

Aufgrund des vom DMEK erstellten zusammenfassenden Vermerks beträgt der unzulässige Betrag 109.094,27 Euro und bezieht sich auf die Erstattungsanträge, die zwischen dem 24. März 2009 und dem 28. Oktober 2010 eingereicht wurden.

In ihrem Beschluss vom 15. Juni 2017:

- erklärt die Kammer der Ersten Instanz die Forderung, sofern nachstehend festgelegt, für begründet und zulässig;
- spricht für Recht, dass die materiellen Elemente, die den Verstoß nach Artikel 73 bis 2° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 darstellen, und die gegen Frau A. erhoben werden, für sämtliche Fälle des zusammenfassenden Vermerks des DMEK erwiesen sind;
- und verurteilt Frau A. lediglich zur Zahlung einer administrativen Geldbuße in Höhe von 50 % des Werts der strittigen Leistungen, also 54.532,13 Euro;
- bewilligt sie jedoch einen Aufschub der Verhängung der Geldbuße in Höhe von 50 Prozent während einer Frist von drei Jahren;

- legt fest, dass die Entscheidung von Rechts wegen ungeachtet von Rechtsmitteln einstweilen vollstreckbar ist.

Die Entscheidung vom 15. Juni 2017 wird den Parteien am 16. Juni 2017 per Einschreiben mitgeteilt.

Der Einschreibebrief vom 16. Juni 2017 wird Frau A. am 19. Juni 2017 übergeben.

Mit einem Schreiben vom 17. Juli 2017, welches am 18. Juli 2017 bei der Kanzlei hinterlegt wird, legt Frau A. Berufung gegen den Beschluss vom 15. Juni 2017 ein.

Frau A. hat die Zahlung des Betrages von 27.266,07 Euro unter allen Vorbehalten vorgenommen.

#### **4. STANDPUNKT BESCHWERDEKAMMER**

##### **4.1. Die Zulässigkeit**

###### a) De jure

Unter Androhung der Unzulässigkeit kann ein Einspruch vor der Beschwerdekammer innerhalb des Monats ab der Zustellung des Beschlusses der erstinstanzlichen Kammer gemäß Artikel 156, §2, Abs. 1 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eingereicht werden.

Die Frist beginnt am ersten Werktag nach dem Tag, an dem das Einschreiben mit Empfangsbestätigung beim Empfänger zu Hause oder gegebenenfalls an seinem Wohnsitz oder an seinem gewählten Aufenthaltsort nach der gleichen Regelung vorgelegt wurde.

Unter Androhung der Unzulässigkeit ist der Antrag von der antragstellenden Partei zu datieren und zu unterzeichnen. Er enthält bestimmte Angaben zur Identifizierung der antragstellenden Partei, zum Gegenstand der Beschwerde und zur Identifizierung der Gegenpartei gemäß Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 9. Mai 2008 zur Festlegung der Funktionsregeln und der Verfahrensordnung der erstinstanzlichen Kammern und der Beschwerdekammer, die beim Dienst für Medizinische Evaluation und Kontrolle des LIKIV eingerichtet wurden.

Die im Gerichtsgesetzbuch aufgezählten Regeln gelten für alle Verfahren, außer wenn sie nicht ausdrücklich abgeänderten gesetzlichen Bestimmungen oder Rechtsgrundsätzen unterliegen, deren Anwendung gemäß Artikel 2 des Gerichtlichen Gesetzbuches nicht mit dem besagten Gesetzbuch vereinbar ist.

Die Beklagte kann zu jedem Zeitpunkt vor dem Berufungsrichter gegen alle am Verfahren beteiligten Parteien eine Anschlussklage einreichen, selbst wenn sie das Urteil ohne Vorbehalt zugestimmt hat oder dem Urteil vor der Zustellung zugestimmt hat, und zwar aufgrund von Artikel 1054, Abs. 1 des Gerichtlichen Gesetzbuches in der Fassung, die jenem Zeitpunkt gültig war, als der DMEK eine Berufung im Rahmen des gegenständlichen Verfahrens eingereicht hat.

Diese Bestimmung findet allerdings keine Anwendung auf das Verwaltungsverfahren, das mit den Artikeln 139 und folgenden des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 für medizinische Kontrollen eingerichtet wurde.

Denn die Möglichkeit eines Einspruchs gegen die erstinstanzliche Kammer unterliegt ausdrücklich Artikel 156 §2 Abs. 1 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung sowie Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 9. Mai 2008 zur Festlegung der Regeln der Arbeitsweise sowie der Verfahrensordnung der Kammern der Ersten Instanz und der Beschwerdekammern, die bei der medizinischen Evaluierungs- und Kontrolldienststelle der LIKIV eingerichtet wurden.

Diese Artikel lassen allerdings keine Anschlussklage mittels Schriftsätzen nach Ablauf der Einspruchsfrist zu.

b) Im vorliegenden Fall

Die Berufung des DMEK, den dieser selbst als Anschlussklage bezeichnet<sup>1</sup>, wurde am 20. Oktober 2017 mittels Schriftsätzen eingereicht.

Erstens ist diese Berufung verspätet, da sie nicht innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Beschlusses der erstinstanzlichen Kammer eingereicht wurde, was eine Verletzung von Artikel 156§2, Abs1 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 darstellt.

Zweitens wurde diese Berufung nicht über einen neuen Antrag eingereicht. Dabei wird diese Form von Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 9. Mai 2008 vorgegeben. Dieser legt die Regeln der Arbeitsweise sowie die Verfahrensordnung der Kammern der Ersten Instanz und der Beschwerdekammern, die bei der medizinischen Evaluierungs- und Kontrolldienststelle der LIKIV eingerichtet wurde.

Unter diesen Bedingungen ist die Anschlussklage des DMEK nicht zulässig.

## **4.2. Grundlage**

a) De jure

Unter „Erbringer von Pflegeleistungen“ versteht man Personen, die die Heilkunde ausüben, Kinesitherapeuten, Personen, die Krankenpflege ausüben, die paramedizinischen Hilfskräfte, die Pflegehelferinnen, die Krankenhauseinrichtungen, die funktionellen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen sowie sonstige Dienstleistungen und Institutionen. Zur Anwendung der Artikel 73 bis und 142 sind die natürlichen und juristischen Personen, die sie beschäftigen, die die Erbringung von Pflegeleistungen organisieren oder die die von der Krankenversicherungen geschuldeten Beträge entgegennehmen nach Artikel 2, n) des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und

---

<sup>1</sup> siehe Seite 3 der Schriftsätze, die am 20. Oktober 2017 bei der Kanzlei hinterlegt wurden.

Entschädigungspflichtversicherung den Erbringern von Pflegeleistungen gleichgestellt.

Es ist den Erbringern von Pflegedienstleistungen und gleichgestellten untersagt, rechtliche Dokumente zur Erstattung von Gesundheitsdienstleistungen zu erstellen, oder erstellen zu lassen, auszustellen oder ausstellen zu lassen, wenn die Leistungen nicht die Bedingungen des vorliegenden Gesetzes in dessen Beschlüssen und Ausführungsverordnungen, in dessen Vereinbarungen und Abkommen erfüllen, die aufgrund desselben Gesetzes geschlossen wurden, und dies gemäß Artikel 73bis 2° des koordinierten Gesetzes über Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994.

Laut Artikel 6 der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22,11° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung in seiner zum Zeitpunkt der Handlung geltenden Fassung, unterliegt die Erstattung durch die Krankenversicherung der Einreichung (an den Versicherungsträger) einer Pflegebescheinigung, die die Identifizierung des Erbringers der Pflegeleistung einer LIKIV-Nummer vorsieht.

Hierbei spielt es keine Rolle, ob der Erbringer der Pflegedienstleistung auf eigene Rechnung oder auf Rechnung Dritter handelt oder ob er abhängig Beschäftigter oder Selbständiger ist.

Werden diese Leistungen von einer Person erbracht, die keine LIKIV-Nummer hat, gilt dies als Verstoß im Sinne von Artikel 73 *bis*, 2° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und nicht als Verstoß der darin besteht, „rechtliche Dokumente zu erstellen, oder erstellen zu lassen, auszustellen oder ausstellen zu lassen, wenn die Leistungen nicht den strikten Verwaltungsformalitäten und die nicht die Bedingungen zur Erstattung der Gesundheitsdienstleistungen in Frage stellen“ im Sinne von Artikel 73 bis 7° des selben Gesetzes, da dieses Versäumnis sich nicht auf eine Frage einer Verwaltungsformalität reduzieren lässt.

Bei den in Artikel 73 *bis* 2° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 bezeichneten Verstöße handelt es sich um nicht vorsätzliche Verstöße, die keine arglistige Täuschung voraussetzen und insbesondere um Verstöße gegen Vorschriften, die keinerlei mangelnde Wachsamkeit, Vorsicht oder Vorsorge erfordern und die lediglich dadurch strafbar sind, dass gegen eine Rechts- oder Verwaltungsvorschrift verstoßen wurde, sofern diese frei und bewusst begangen wurde.

Das Vorliegen eines Rechtfertigungsgrundes schließt aus, dass eine Ordnungswidrigkeit ihrem Täter zugerechnet wird und somit zu einer Sanktion seiner Person führt.

Ein Irrtum oder eine Unwissenheit können nur dann als Rechtfertigungsgrund berücksichtigt werden, wenn sie unüberwindlich sind, d.h. wenn sich aus den

Umständen ableiten lässt, dass die den Verstoß ausübende Person so gehandelt hat, wie es jede vernünftige und umsichtige Person getan hätte<sup>2</sup>.

Die Komplexität der geltenden Gesetzgebung kann allerdings nicht die Quelle eines unüberwindbaren Irrtums sein.<sup>3</sup>

Darüber hinaus hat der Erbringer einer Dienstleistung eine Wachsamkeitspflicht und muss sich darüber informieren, wie die von ihm erbrachte Pflegeleistung bescheinigt und verordnet wird<sup>4</sup>.

Unbeschadet eventueller strafrechtlicher oder disziplinarischer Strafen wird der Erstattung der unrechtmäßig zu Lasten der Gesundheitspflegeversicherung bescheinigten Leistungen und/oder eine administrative Geldbuße in Höhe eines Prozentsatzes der Höhe des Betrages dieser Leistungen für jene Leistungserbringer und gleichgestellte fällig, die, gemäß Artikel 142 §1, Abs. 1 und 2° desselben Gesetzes, nicht gemäß der Bestimmungen von Artikel 73 *bis* 2° des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 handeln.

Unbeschadet eventueller strafrechtlicher oder disziplinarischer Strafen wird die Erstattung der unrechtmäßig zu Lasten der Gesundheitspflegeversicherung bescheinigten Leistungen und/oder eine administrative Geldbuße in Höhe eines Prozentsatzes der Höhe des Betrages dieser Leistungen für jene Leistungserbringer und gleichgestellte fällig, die nicht gemäß der Bestimmungen von Artikel 73bis nach Artikel 142, Abs. 1,2° des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 handeln.

Die erstinstanzliche Kammer und die Beschwerdekammer können beschließen, dass die Vollstreckung von Bußgeldbeschlüssen Artikel 157 § 1 Abs. 1 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ganz oder teilweise ausgesetzt wird.

Die Zuerkennung des Aufschubs steht im Ermessen der erstinstanzlichen Kammer oder der Beschwerdekammer.

Der Aufschub von einem bis zu drei Jahren kann gewährt werden, wenn innerhalb der drei Jahre vor der Verkündung der betroffenen Person keine Verwaltungsstrafe und keine Erstattung von unrechtmäßigen Leistungen durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsinstanz auferlegt wurde, die innerhalb des Instituts gemäß Artikel 157 §1, Abs. 2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 zur Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, eingerichtet wurde.

Die geschuldeten Beträge werden innerhalb von dreißig Tagen nach Zustellung des in Absatz 1 genannten Beschlusses gezahlt; bei Nichtzahlung innerhalb dieser Frist werden die verbleibenden Beträge automatisch mit dem gesetzlichen Zinssatz im sozialen Bereich gemäß Artikel 2 § 3 des Gesetzes vom 5. Mai 1865 über Darlehen

---

<sup>2</sup> Cass. (1<sup>e</sup> ch.), 16. September 2005, Rolle Nr. C.040276.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

<sup>3</sup> C. HENNEAU und J. VERHAEGEN, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338.

<sup>4</sup> C.E., Beschluss Nr. 100.814, 14. November 2001, nicht veröffentlicht

mit Zinsen nach Ablauf dieser Frist gemäß Artikel 156 § 1 Absatz 2 des Gesetzes über Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung verzinst.

b) Im vorliegenden Fall

Es gilt zu prüfen, ob der Verstoß aufgrund von Artikel 73*bis* 2° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und die für den DMEK als Beschwerdefall gilt, von Frau A. begangen wurde und ihr zuzurechnen ist.

Aus der Akte geht hervor, dass die beiden Mitarbeiter von Frau A., Herr I. Und Frau J., nicht berechtigt waren, Kinesitherapieleistungen anzurechnen, das sie nicht im Besitz einer LIKIV-Nummer waren.

Faktisch hatte lediglich Herr I. eine LIKIV-Nummer, welche der Zulassung des Typs A entsprach und ihm allerdings keinen Zugang zur Erbringung von Leistungen in einer Praxis und häusliche Leistungen erlaubte.

Der Verstoß aufgrund der vorstehenden Bestimmung gilt als erwiesen.

Frau A. kann hier auch keinerlei Rechtfertigungsgrund geltend machen.

Der Beurteilungsfehler und die Unwissenheit, die sie, insbesondere aufgrund des Statuts als Arbeitnehmer von Herrn I. und Frau J. anführt, sind keineswegs unüberwindlich.

Der von Frau A. behauptete gute Glaube, der im Übrigen nicht nachgewiesen wird, da ihre Mitarbeiter Bescheinigungen für Pflegeleistungen verwendet haben, die für diejenigen bestimmt sind, die in ihrem eigenen Namen (und nicht im Namen anderer) bestätigen, hat keinen Einfluss auf das Vorhandensein der Straftat.

Die Anwendung einer Sanktion gegen Frau A. ist daher nach Artikel 142 § 1 Abs. 1 Nr. 1, 2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 begründet.

Aus dem Beschluss 15. Juni 2017 der erstinstanzlichen Kammer geht hervor, dass Frau A. die zu Unrecht geleistete Zahlung nicht erstatten muss.

Dieser Teil des Beschlusses vom 15. Juni 2017 ist endgültig, da die Anschlussklage des DMEK nicht zulässig ist.

In Bezug auf die Verwaltungsstrafe, die Gegenstand der Berufung von Frau A. ist, ist die Beschwerdekammer der Ansicht, dass diese vom Grundsatz her begründet ist.

Bei der Bemessung der Höhe der Verwaltungsstrafe sowie des Aufschubs ist die Beschwerdekammer der Ansicht, dass sie folgende Elemente mitberücksichtigen muss:

- die Schwere des Verstoßes im Lichte der Verletzung der Gesetzgebung in Bezug der Krankenversicherung, und insbesondere seitens eines



grundlegenden Akteurs der sozialen Sicherheit, nämlich durch einen Erbringer von Pflegedienstleistungen;

- die sehr große Höhe der mit der Krankenversicherung abgerechneten Beträge, da der unrechtmäßige Betrag sich auf 109.064,27 Euro beläuft;
- das Erfordernis, dass die Sanktion auch einen abschreckenden Charakter hat;
- die fehlende Vorgeschichte von Frau A.;
- und der von Frau A. geäußerte Wille zur Wiedergutmachung;
- sowie das Fehlen eines Vorsatzes zur Einrichtung eines betrügerischen Systems;

Daraus geht hervor, dass die Beschwerdekammer der Ansicht ist, dass eine Strafe von 50% des Wertes der strittigen Leistungen mit einem Aufschub für die 50% der Beträge der Strafe während einer Probezeit von drei Jahren gerechtfertigt ist.

Unter diesen Bedingung ist die Berufung nicht begründet und der Beschluss der erstinstanzlichen Kammer vom 15. Juni 2017 ist in Bezug auf den Verstoß und die Verwaltungsstrafe zu bestätigen.

#### **4.3. Vollstreckbarkeit**

##### a) De jure

Die Beschlüsse der Beschwerdekammer sind gemäß Artikel 156, §1, Abs.1 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ungeachtet jeglichen Einspruchs vorläufig von Rechts wegen ungeachtet von Rechtsmitteln vollstreckbar.

Falls der Schuldner die geschuldeten Beträge nicht begleicht, können gemäß Artikel 156, §1, Absatz 3, des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung die Versicherungsträger in Anwendung von Artikel 206 bis, §1 oder die Generalverwaltung „Einnahme und Beitreibung“ in Anwendung von Artikel 206 bis, §2 mit der Beitreibung der geschuldeten Beträge beauftragt werden.

##### b) Im vorliegenden Fall

Der vorliegende Beschluss ist von Rechts wegen einstweilen ungeachtet von Rechtsmitteln vollstreckbar.

\*\*\*

## **AUS DIESEN GRÜNDEN**

erklärt die DIE BESCHWERDEKAMMER

die Anschlussklage DMEK für unzulässig;

erklärt sie die Berufung für unbegründet;

bestätigt sie den Beschluss der erstinstanzlichen Kammer vom 15. Juni 2017 in Bezug auf den Regelverstoß und die Verwaltungsstrafe;

erklärt den Beschluss von Rechts wegen für einstweilen vollstreckbar, ungeachtet von Rechtsmitteln.

Die vorliegende Entscheidung ergeht nach erfolgter Beratung durch die Beschwerdekammer, die beim Dienst für Medizinische Evaluation und Kontrolle eingerichtet wurde und die sich wie folgt zusammensetzt:

Herr Christophe BEDORET, Vorsitzender,  
Herr Bernard LAPLANCHE, Mitglied,  
Frau Caroline LAROCK, Mitglied,  
Doktor Marie-Anne RAIMONDI, Mitglied,  
Doktor Fabienne EVELETTE, Mitglied.

Der vorliegende Beschluss wurde bei der Verhandlung am 19 October 2018 durch Herrn Christophe BEDORET, Vorsitzender, unterstützt von Frau Anne-Marie SOMERS, Greffier, gefasst.

SOMERS Anne-Marie  
Greffier

BEDORET Christophe  
Vorsitzender