



Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

Juni 2024

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

in unserem Juni Newsletter haben wir Ihnen eine vielfältige und umfassende Übersicht an aktuellen gerichtlichen Entscheidungen aus dem Bereich des Gesundheitsrechts zusammengestellt. Der EuGH hat sich beispielsweise mit der Erforderlichkeit der Apothekereigenschaft beim Vertrieb nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auf einer Online-Plattform beschäftigt.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

EuGH: Erforderlichkeit der Apothekereigenschaft beim Vertrieb nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auf einer Online-Plattform	S. 2
BSG: Anknüpfungspunkt des Merkmals „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V	S. 4
BSG: Abzug des Investitionskostenabschlags für öffentlich-geförderte Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen	S. 5
OLG Karlsruhe: Wettbewerbswidrige Irreführung durch die Bewerbung von Globuli durch „radionisch informiert“	S. 7
SG Marburg: Keine Trennung von Praxisdokumentation und Dokumentation gegenüber KK und KV im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung	S. 8
SG Marburg: Praktiziertes Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten als zulässiger Entscheidungsaspekt im Nachbesetzungsverfahren	S. 10
AG Neuss: Wahlleistungen des Chefarztes nur bei persönlicher Leistungserbringung abrechenbar	S. 12
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 15
Echo	S. 16

Ihre Kanzlei für Gesundheitsrecht:
Prof. Schlegel, Hohmann, Diarra & Partner

www.GesundheitsRecht.com



Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

EuGH: Erforderlichkeit der Apotheker-eigenschaft beim Vertrieb nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auf einer Online-Plattform

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte sich im Rahmen eines Vorabentscheidungsverfahrens mit der Rechtmäßigkeit der Tätigkeit des Online-Verkaufs nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel über eine von Doctipharma entworfene und verwaltete Plattform zu beschäftigen.

Doctipharma entwarf und verwaltete die Website www.doctipharma.fr, auf der Internetnutzer über Websites von Apotheken nicht verschreibungspflichtige pharmazeutische Erzeugnisse und Arzneimittel kaufen konnten. Da die UDGPO (Union des Groupements de pharmaciens d'officine), eine Dachvereinigung von Apothekenverbänden, der Ansicht war, dass Doctipharma durch den Dienst, den sie mittels ihrer Website erbringe, am elektronischen Arzneimittelhandel teilnehme, obwohl sie nicht die Eigenschaft eines Apothekers habe, erhob sie beim Tribunal de commerce de Nanterre (Handelsgericht Nanterre, Frankreich) u.a. Klage gegen Doctipharma, um die Rechtswidrigkeit dieser Website feststellen und, unter Androhung eines Zwangsgelds, die Einstellung der Aktivitäten dieser Website anordnen zu lassen. Doctipharma machte u.a. geltend, ihre Tätigkeit beschränke sich auf die technische Wartung einer gemeinsamen Lösung für Apotheker, um es diesen zu ermöglichen, ihre Website herauszugeben und zu betreiben. Nachdem die Rechtsstreitigkeit bereits durch verschiedene Instanzen gegangen war, legte schließlich die Cour d'appel de Paris (Berufungsgericht Paris, Frankreich) dem EuGH diesbezüglich im

Rahmen eines Vorabentscheidungsersuchen verschiedene Rechtsfragen vor: Ist die Tätigkeit von Doctipharma, die auf und von ihrer Website www.doctipharma.fr aus ausgeübt wird, als „Dienst der Informationsgesellschaft“ im Sinne der Richtlinie 98/34 einzustufen? Mit seinen Fragen 2 bis 6, die durch den EuGH zusammen geprüft wurden, wollte das Berufungsgericht Paris im Wesentlichen wissen, ob Art. 85c der Richtlinie 2001/83 dahin auszulegen ist, dass die Mitgliedstaaten auf der Grundlage dieser Bestimmung die Erbringung eines Dienstes verbieten können, der darin besteht, mittels einer Website Apotheker und Kunden für den Verkauf nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel über Websites von Apotheken zusammenzuführen, die diesen Dienst abonniert haben.

Der EuGH entschied, dass ein Dienst, wie der von Doctipharma erbrachte, als „Dienst der Informationsgesellschaft“ im Sinne von Art. 1 Nr. 2 der Richtlinie 98/34 und Art. 1 Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 2015/1535 einzustufen sei. Art. 1 Nr. 2 der Richtlinie 98/34 und Art. 1 Abs. 1 Buchst. b der Richtlinie 2015/1535 definiere den Begriff „Dienst der Informationsgesellschaft“ als „jede in der Regel gegen Entgelt elektronisch im Fernabsatz und auf individuellen Abruf eines Empfängers erbrachte Dienstleistung“. Nach ständiger Rechtsprechung müsse insbesondere die Vergütung für einen Dienst, den ein Anbieter im Rahmen einer wirtschaftlichen Tätigkeit erbringt, nicht notwendig von denjenigen bezahlt werden, denen der Dienst zugutekommt. Daher wäre es für die Einstufung eines Dienstes wie des im Ausgangsverfahren in Rede stehenden als unter den Begriff



„Dienst der Informationsgesellschaft“ fallend unerheblich, dass dieser Dienst gegenüber der Person, die das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel kauft, unentgeltlich erbracht wird, da der Dienst dazu führt, dass zwischen dessen Anbieter und jedem Apotheker, der ihn in Anspruch nimmt, ein mit einer Zahlung verbundener Dienstleistungsvertrag geschlossen wird. Ebenso wäre in diesem Zusammenhang unerheblich, dass Doctipharma von den Apothekern, die den Zugang zu ihrer Plattform abonnierten, nach den allgemeinen Geschäftsbedingungen auf der Grundlage einer Pauschale vergütet wurde oder dass, für den von Doctipharma erbrachten Dienst von den Apothekern als Kunden eine monatliche Abonnementgebühr an Doctipharma gezahlt und ein Prozentsatz des Verkaufsbetrags durch die Plattform einbehalten wurde. Weiterhin könne der von Doctipharma erbrachte Dienst als im Fernabsatz und elektronisch im Sinne dieser Bestimmungen erbracht angesehen werden, da die Zusammenführung von Kunde und Apotheker über eine Website ohne gleichzeitige Anwesenheit des Diensteanbieters einerseits und des Kunden oder Apothekers andererseits erfolgt. Zudem werde dieser Dienst zum einen auf individuellen Abruf der Apotheker erbracht, da diese den Zugang zur Website von Doctipharma abonnieren müssen, um den Dienst in Anspruch nehmen zu können, und zum anderen auf individuellen Abruf der Kunden, die ein Kundenkonto einrichten müssen, um Zugang zu den Websites der Apotheker ihrer Wahl zu erhalten, um auf Bestellung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu kaufen.

Hinsichtlich der Möglichkeit auf der Grundlage des Art. 85c der Richtlinie 2001/83 die Erbringung eines Dienstes verbieten zu können, der darin besteht,

mittels einer Website Apotheker und Kunden für den Verkauf nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel über Websites von Apotheken zusammenzuführen, die diesen Dienst abonniert haben, führte der EuGH folgendes aus: Es sei insoweit darauf hinzuweisen, dass durch Art. 1 Nr. 20 der Richtlinie 2011/62 ein Titel VIIa („Verkauf an die Öffentlichkeit im Fernabsatz“) in die Richtlinie 2001/83 eingefügt wurde. Dieser Titel enthalte u. a. deren Art. 85c über den Verkauf von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit im Fernabsatz. Aus dieser Bestimmung ergebe sich erstens, dass die Mitgliedstaaten den Verkauf nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel an die Öffentlichkeit im Fernabsatz durch Dienste der Informationsgesellschaft, wie in der Richtlinie 98/34 festgelegt, gestatten müssen. Ein in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats vorgesehene Verbot eines Angebots an die Öffentlichkeit zum Verkauf im Fernabsatz sei nämlich nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel zulässig. Zweitens lege Art. 85c Abs. 1 der Richtlinie 2001/83 die für Personen, Arzneimittel und Websites geltenden Bedingungen fest, an die der Verkauf von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit im Fernabsatz durch Dienste der Informationsgesellschaft geknüpft ist und deren Einhaltung die Mitgliedstaaten sicherstellen müssen. Was insbesondere die Personen betreffe, die zu einem solchen Verkauf ermächtigt oder befugt sind, stelle Art. 85c Abs. 1a) klar, dass die natürliche oder juristische Person, die ein solches Arzneimittel anbietet, zur Abgabe dieser Arzneimittel im Fernabsatz, „entsprechend den ... Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem diese Person niedergelassen ist“, ermächtigt oder befugt sein müsse. Daher seien allein die Mitgliedstaaten dafür zuständig, die natürlichen



oder juristischen Personen zu bestimmen, die zur Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit im Fernabsatz ermächtigt oder befugt sind. Um festzustellen, ob ein Dienst wie der von Doctipharma erbrachte auf der Grundlage von gemäß Art. 85c Abs. 1 a) der Richtlinie 2001/83 erlassenen nationalen Rechtsvorschriften verboten werden kann, müsse das Berufungsgericht Paris beurteilen, ob unter Berücksichtigung der Merkmale dieses Dienstes, davon auszugehen ist, dass sich der Anbieter dieses Dienstes durch eine eigene und vom Verkauf unabhängige Leistung darauf beschränkt, Verkäufer mit Kunden zusammenzuführen, oder ob dieser Anbieter selbst als Verkäufer anzusehen ist. Sollte diese Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass Doctipharma selbst als Verkäuferin anzusehen ist, stünde Art. 85c Abs. 1 a) der Richtlinie 2001/83 dem Verbot dieses Dienstes durch den Mitgliedstaat, in dem Doctipharma ihren Sitz hat, nicht entgegen. Sollte hingegen festgestellt werden, dass dieser Dienst ausschließlich darin besteht, Verkäufer mit Kunden zusammenzuführen, so dass Doctipharma eine eigene und vom Verkauf unabhängige Dienstleistung erbringt, könnte dieser Dienst nicht auf der Grundlage von Art. 85c Abs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2001/83 mit der Begründung verboten werden, dass Doctipharma am elektronischen Handel mit Arzneimitteln beteiligt sei, ohne die Eigenschaft eines Apothekers zu haben.

Quelle: EuGH Urt. v. 29.02.2024, C-606/21

BSG: Anknüpfungspunkt des Merkmals „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass der Anknüpfungspunkt für das Merkmal „ab dem Jahr 2022“ in

§ 275c Abs. 3 S. 1 SGB V nicht das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse, sondern der Zeitpunkt der Einleitung der Rechnungsprüfung ist.

Die Klägerin ist Trägerin eines Krankenhauses, die Beklagte eine gesetzliche Krankenkasse. Ein Mitglied der Beklagten wurde im Oktober 2020 bei der Klägerin behandelt. Anfang Dezember 2020 ging die Rechnung auf Grundlage der DRG I27E der Beklagten zu, die sie ausglich. Im März 2021 leitete die Beklagte ein Prüfverfahren ein. Der medizinische Dienst kam in seinem Gutachten aus März 2022 zu dem Ergebnis, dass ein OPS zu streichen sei und die Behandlung hätte verkürzt werden können. Die Beklagte teilte am 31.03.2022 ihren Erstattungsanspruch mit, die Klägerin akzeptierte das Gutachten und korrigierte die Rechnung Anfang April 2022. Mit Bescheid vom 13.07.2022 setzte die Beklagte eine Aufschlagszahlung i.H.v. 300 Euro fest, wogegen die Klägerin Widerspruch einlegte. Den Widerspruch wies die Beklagte am 31.08.2022 zurück. Hiergegen wandte sich die Klägerin an das Sozialgericht Düsseldorf (SG). Dieses gab der Klage statt und entschied, dass die Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V nur fällig sei, wenn die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus ab dem 01.01.2022 erfolgt ist; nicht ausreichend sei hingegen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse nach diesem Datum. Über dieses Urteil berichteten wir bereits im Newsletter März 2023.

Die Revision der Krankenkasse hatte vor dem BSG keinen Erfolg. Nach Ansicht des BSG habe das SG der Klage des Krankenhauses zu Recht stattgegeben. Die Erhebung der Aufschlagszahlung sei



zu Unrecht erfolgt: Nach § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V haben die Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 neben der Rückzahlung der Rechnungsdifferenz einen Aufschlag an die Krankenkassen zu zahlen. Das Tatbestandsmerkmal "ab dem Jahr 2022" knüpfe - entgegen der Rechtsauffassung der Krankenkasse - nicht an das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse an, sondern an den Zeitpunkt der Einleitung der Rechnungsprüfung, der sich nach außen durch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes manifestiere. Dieser Zeitpunkt habe hier vor dem 1. Januar 2022 gelegen. Bei offenem Wortlaut der Vorschrift folge dies bereits aus systematischen Gründen: In den Absätzen 2 und 3 des § 275c SGB V habe der Gesetzgeber einen systematischen Zusammenhang zwischen Rechnungsprüfung, Prüfquote für das Krankenhaus und Aufschlagszahlung hergestellt. Die Berechnung des Aufschlags erfolge nach der ab 1. Januar 2022 geltenden quartalsbezogenen Prüfquote des Krankenhauses (§ 275c Abs. 3 S. 2 SGB V). Im Gegensatz zur ursprünglichen Fassung bestehe in der maßgeblichen Fassung (vom 20. Dezember 2020) keine eigene Berechnungsregel für Zeiträume mit festen, nicht quartalsbezogenen Prüfquoten mehr, die in den Jahren 2020 und 2021 galten. Von Aufschlägen könnten daher nur solche Prüfungen betroffen sein, die ab 1. Januar 2022 innerhalb quartalsbezogener Prüfquoten durchgeführt wurden. Für die Zuordnung der Prüfung zur Prüfquote sei der Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung maßgeblich (§ 275c Abs. 2 S. 3 SGB V). Für die Erhebung der Aufschlagszahlung sei deshalb aus systematischen Gründen ebenfalls auf diesen Zeitpunkt abzustellen. Dies stehe auch im Einklang mit der Entstehungsgeschichte und dem Zweck des § 275c Abs.3 SGB V. Mit der Einführung

von Prüfquoten und Aufschlagszahlungen im Rahmen des MDK-Reformgesetzes habe der Gesetzgeber eine Anreizwirkung für die Krankenhäuser zur regelkonformen Rechnungsstellung bewirken wollen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie habe der Gesetzgeber den Beginn von quartalsbezogener Prüfquote und Aufschlagszahlung auf 2022 verschoben und die Verschiebung mit den pandemiebedingten Belastungen und Liquiditätsengpässen der Krankenhäuser begründet. Diesem Zweck würde eine nachträgliche Erhebung von Aufschlägen für vor dem 1. Januar 2022 begonnene Prüfungen von Rechnungen der Jahre 2020 und 2021 zuwiderlaufen. Die bezweckte Anreizwirkung könne bei diesen Prüfungen ohnehin nicht mehr erreicht werden.

Quelle: Terminmitteilung des BSG zu Urte. v. 19.10.2023, B 1 KR 8/23 R

BSG: Abzug des Investitionskostenabschlags für öffentlich-geförderte Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte sich im Rahmen eines Rechtsstreits mit dem Abzug des Investitionskostenabschlags für öffentlich-geförderte Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen zu befassen.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für die Quartale 3/2007 und 4/2007. Streitig ist noch, in welcher Höhe die Beklagte berechtigt war, den (bis zum 31. Dezember 2015 geltenden) zuvor nicht berücksichtigten Investitionskostenabschlag von einer Nachzahlung für ambulante Notfallbehandlungen in Abzug zu bringen. Die Klägerin ist Trägerin eines im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen



Vereinigung gelegenen öffentlich geförderten Krankenhauses. Die in den streitigen Quartalen erbrachten ambulanten Notfallleistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung rechnete sie mit den Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01217 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen ab (Ordinationskomplex beziehungsweise Konsultationskomplex im organisierten Not<fall>dienst). Die Beklagte erkannte dagegen nur die Gebührenordnungsposition 01218 (Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser) an und setzte das Honorar für die Notfallbehandlungen entsprechend niedriger fest. Die Klägerin legte gegen die Honorarbescheide jeweils Widerspruch ein, mit dem sie sich gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung der Gebührenordnungspositionen der Notfallbehandlungen wandte. Nachdem der erweiterte Bewertungsausschuss rückwirkend die Vergütung der Notfallbehandlung durch Krankenhäuser an die Vergütung im organisierten Notfalldienst angepasst hatte, half die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16. Mai 2017 den Widersprüchen teilweise ab. Sie bewilligte der Klägerin für die Notfallbehandlungen eine Nachvergütung, von der sie allerdings den nach § 120 Abs. 3 S. 2 SGB V a.F. vorgeschriebenen Investitionskostenabschlag von 10 Prozent auf das Gesamthonorar abzog, den sie bei der ursprünglichen Honorarfestsetzung versehentlich nicht berücksichtigt hatte. Die Klage hiergegen ist erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht hat dagegen auf die Berufung der Klägerin die Beklagte antragsgemäß verurteilt, der Klägerin eine weitere Vergütung für die Notfallbehandlung zu zahlen. In dem Vorgehen der Beklagten, den Investitionskostenabschlag auf

das Gesamthonorar der beiden streitigen Quartale zu erheben, liege eine unzulässige *reformatio in peius*. Die Verwaltungsentscheidung dürfe im Widerspruchsverfahren nicht zuungunsten des Widerspruchsführers verbösert werden. Die Beklagte habe den Investitionskostenabschlag daher allein aus der Nachvergütung der Notfallbehandlung ermitteln müssen. Nur diese sei noch nicht bindend gewesen, denn die Widersprüche der Klägerin hätten sich auf die Überprüfung des Honorars für die Notfallbehandlungen beschränkt. Nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist habe eine nachträgliche Korrektur des Gesamthonorars nur noch unter Berücksichtigung der Vertrauensauschlussstatbestände des § 45 Abs. 2 S. 3 in Verbindung mit Abs. 4 S. 1 SGB X erfolgen dürfen, die nicht vorlägen. Die Beklagte rügt mit ihrer Revision sinngemäß eine Verletzung des Grundsatzes der *reformatio in peius*. Dieser erlaube, den Investitionskostenabschlag von dem neu ermittelten Gesamthonorar vorzunehmen, da darin keine Schlechterstellung der Klägerin („Verböserung“) liege.

Die Revision der Beklagten vor dem BSG war nur teilweise erfolgreich. Die Beklagte durfte nach Ansicht des Gerichts den Investitionskostenabschlag auf die gesamte Vergütung der ambulanten Notfallleistungen erheben und nicht nur auf die Nachzahlungen. Im Übrigen sei das Landessozialgericht aber zutreffend davon ausgegangen, dass sich die Widersprüche der Klägerin jeweils lediglich auf den abtrennbaren Teil der Vergütung für die ambulanten Notfallleistungen und nicht auf den gesamten Honorarbescheid bezogen haben. Die Feststellungen des Landessozialgerichts in Bezug auf den Inhalt der Widersprüche und die von ihm



vorgenommene Auslegung seien revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Weder habe es gegen Auslegungsgrundsätze noch gegen allgemeine Erfahrungssätze oder gegen Denkgesetze verstoßen. Nach der rückwirkenden Änderung sowohl des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen als auch des Honorarverteilungsmaßstabs hätte die Beklagte die Vergütung der Klägerin für die Notfallbehandlung insgesamt neu zu berechnen. Dabei habe die Beklagte den Investitionskostenabschlag für öffentlich geförderte Krankenhäuser in Abzug bringen dürfen, den sie versehentlich zunächst nicht berücksichtigt hatte. Hierin liege keine unzulässige reformatio in peius im Sinne einer Verschlechterung der Rechtsposition der Klägerin im Widerspruchsverfahren, da es trotz der Kürzung bei einer Nachzahlung verblieb. Ein höherer Abzug von Investitionskosten, ausgehend von dem der Klägerin bewilligten Gesamthonorar, sei dagegen nicht zulässig gewesen. Die Teile des Gesamthonorars, die die Klägerin mit ihrem Widerspruch nicht angegriffen hatte, konnten nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist und mangels Vertrauensauschlussstatbeständen nicht mehr zu Lasten der Klägerin korrigiert werden.

Quelle: Terminbericht des BSG zu Urt. v. 06.03.2024, B 6 KA 2/23 R

OLG Karlsruhe: Wettbewerbswidrige Irreführung durch die Bewerbung von Globuli durch „radionisch informiert“

Das Oberlandesgericht Karlsruhe (OLG) hat entschieden, dass eine Produktpräsentation von Globuli mit dem Zusatz „radionisch informiert“ irreführend im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 UWG sei, wenn dadurch bei den angesprochenen Ver-

kehrskreisen der (falsche) Eindruck erweckt wird, dass es sich hierbei nicht nur um reine Zuckerkügelchen handelt.

Die Parteien streiten über lauterkeitsrechtliche Unterlassungsansprüche. Die Beklagte betreibt einen Online-Versand; über ihre Internetseite bietet sie Produkte rund um die Schwangerschaft an. Der Kläger, ein Verband, zu dessen satzungsmäßigen Aufgaben u. a. die Einhaltung der Regeln des lautereren Wettbewerbs gehört, begehrt aufgrund von Irreführung die Unterlassung verschiedener Werbeaussagen zu Tees und Globuli, die sich auf der Internetseite der Beklagten befanden. Unter anderem begehrt er die Unterlassung der Bewerbung des Produkts „Babytraum-Tee“ wie folgt: „Von Hebammen empfohlen; Speziell für die Zeit vor der Schwangerschaft; Wertvolle Kräuter mit allgemein bekannten Vorteilen“. Daneben begehrt er u.a. die Unterlassung der Bewerbung von Kinderwunsch-Globuli mit den Worten „radionisch informiert“.

Das OLG urteilte, dass die klägerseits gerügte Produktpräsentation der Globuli „Babytraum Globuli für Ihn“/„Babytraum für den Mann“ und „Babytraum Globuli für Sie“/„Für die Frau“ mit dem Zusatz „radionisch informiert“ irreführend im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 UWG a. F. sei. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 UWG a. F. handele unlauter, wer eine irreführende geschäftliche Handlung vornimmt, die geeignet ist, den Verbraucher oder sonstigen Marktteilnehmer zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte. Eine geschäftliche Handlung sei irreführend, wenn sie unwahre Angaben oder sonstige zur Täuschung geeignete Angaben über wesentliche Merkmale der Ware enthält. Irreführend sei eine Angabe, wenn sie bei den



Adressaten eine Vorstellung erzeugt, die mit den wirklichen Verhältnissen nicht im Einklang steht. Maßgeblich sei auch hier das Verständnis der angesprochenen Verkehrskreise. Eine Irreführung des Käufers könne vorliegen, wenn die Etikettierung, die alle Angaben, Kennzeichnungen, Hersteller und Handelsmarken, Abbildungen oder Zeichen umfasse, die sich auf ein Lebensmittel beziehen und auf dessen Verpackung angebracht sind, unwahre, falsche, mehrdeutige, widersprüchliche oder unverständliche Elemente enthalte. In bestimmten Fällen könne das Verzeichnis der Zutaten, auch wenn es richtig und vollständig ist, gleichwohl nicht geeignet sein, einen falschen oder missverständlichen Eindruck des Verbrauchers bezüglich der Eigenschaften eines Lebensmittels zu berichtigen, der sich aus den anderen Elementen der Etikettierung dieses Lebensmittels ergebe. Gemessen hieran stelle sich die gerügte Produktpräsentation in Zusammenschau mit dem Zusatz „radionisch informiert“ als irreführend in diesem Sinne dar. Die Präsentation der Globuli erfolge in einer Weise, die der durchschnittliche Verbraucher mit homöopathischen Mitteln assoziiere, worauf auch der Zusatz „radionisch informiert“ verweise. Dies erwecke bei den angesprochenen Verkehrskreisen den Eindruck, dass es sich hierbei nicht nur um reine Zuckerkügelchen handele. Vielmehr werde durch die Aufmachung und den Textzusatz der Eindruck erweckt, es handle sich um ein (zugelassenes) homöopathisches Mittel zur Steigerung der Zeugungs- bzw. Empfängnisfähigkeit, was nicht der Fall ist. Zwar werde vorliegend offengelassen, womit genau die Globuli „radionisch informiert“ sein sollen bzw. was der Inhalt dieser „Information“ sein soll. Die Präsentation der Globuli enthalte auch kein klares Wirkversprechen. Dies ändere aber

nichts an der Tatsache, dass der durchschnittliche Verbraucher aufgrund der Aufmachung und Präsentation mehr als reinen Zucker erwartet, worum es sich hier aber handele. Denn wie auf die Globuli „radionische Informationen“ (welchen Inhalts auch immer) - also etwas, was die Globuli von schlichtem Zucker unterscheiden könnte - aufgebracht worden sein sollen, werde beklagenseits schon nicht hinreichend dargelegt.

Quelle: OLG Karlsruhe, Urt. v. 19.03.2024, 14 U 63/23

SG Marburg: Keine Trennung von Praxisdokumentation und Dokumentation gegenüber KK und KV im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Das Sozialgericht Marburg (SG) hat entschieden, dass wenn sich aus der im Verwaltungsverfahren vorgelegten Behandlungsdokumentation eindeutig die Wirtschaftlichkeit der zulassungskonformen Verordnung ergebe, könne nur wegen einer ungenauen Codierung weder ein Regress noch eine schriftliche Beratung wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise verhängt werden.

Im konkreten Fall streiten die Parteien über die Rechtmäßigkeit einer schriftlichen Beratung aufgrund der Verordnung von Tecfidera. Gegenüber dem Kläger, einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, wurde durch die beklagte Prüfungsstelle mit Bescheid eine schriftliche Beratung festgesetzt. Zuvor hatte die Krankenkasse eines Patienten des Klägers die Festsetzung eines Regresses in Höhe von 4.697,06 € beantragt. Die Prüfungsstelle leitete den Antrag an den Kläger weiter, der hierzu Stellung bezog und auf die der Krankenkassen vorliegenden Diagnosen verwies. Diese seien Perip-



here Fazialisparese rechts vom idiopathischen Typ (G51.0G), Augenbewegungsstörung (H51.8G), Koordinationsstörung links (R27.8G), Hypertonie (I10.90G) und Encephalomyelitis disseminata (G35.9). Im Januar 2018 sei bei dem Patienten der Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung (Enzephalomyelitis) bei Diplopie und Augenbewegungsstörung gestellt worden. Am 03.02.2018 seien die vollständigen Liquorbefunde eingegangen. Bei positiven oligoklonalen Banden sei in Zusammenschau der Gesamtbefundlage eine Encephalomyelitis disseminata bestätigt worden. Eine entsprechende Schubprophylaxe mit Tecfidera sei nach Aufklärung des Patienten begonnen worden. Auch durch den Verlauf sei die Diagnose der schubförmigen Multiplen Sklerose und die Indikation zur Schubprophylaxe mit Tecfidera seit 03/2018 erneut bestätigt worden. Lediglich bei der Dokumentation der Diagnosen sei versäumt worden, direkt die Verdachtsdiagnose in eine gesicherte Diagnose umzuwandeln. Die Krankenkasse hielt jedoch an ihrem Antrag fest, da die Praxis im Ordnungsquartal keine der zugelassenen Diagnosen auf der Arztrechnung abgegeben hätte. Die beklagte Prüfungsstelle setzte daher mit Bescheid eine schriftliche Beratung fest. Zur Begründung verwies sie auf die Zulassung des Präparats Tecfidera (Wirkstoff: Dimethyl Fumarat), die für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose bestehe. Der Kläger erhob nach erfolglosem Widerspruch Klage gegen den entsprechenden Bescheid.

Das SG urteilte, dass der Bescheid der beklagten Prüfungsstelle rechtswidrig und daher aufzuheben sei. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es unter

anderem folgendes an: Versicherte können nach allgemeinen Grundsätzen Versorgung mit verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln wie Tecfidera zur Krankenbehandlung regelmäßig nur bei indikationsbezogener Zulassung beanspruchen (vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Fall 1 i. V. m § 31 Abs. 1 S.1 SGB V). Die hier verordneten Präparate waren zum Zeitpunkt der Verordnung ausschließlich für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose zugelassen. Zur Überzeugung des Gerichts erfolgten die streitgegenständlichen Verordnungen im Rahmen der Zulassung. Es sei zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Patient unter einer schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose litt und die Verordnung von Tecfidera zu deren Behandlung erfolgte. Beanstandet werde alleine, dass die Dokumentation gegenüber der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung nicht ausreichend gewesen sei. Dem Beklagten sei zwar zuzugestehen, dass sich den Behandlungsscheinen nicht die Diagnose der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose entnehmen lasse. Laut der einschlägigen ICD-10-Codierung hätte hierfür G35.1 (Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigen Verlauf) verwendet werden müssen. Das Fehlen der ordnungsgemäßen Codierung führe aber nicht dazu, dass hier von einer unwirtschaftlichen Behandlung im Sinne von § 13 PrüfV auszugehen sei. Denn die Verordnung von Tecfidera sei vorliegend innerhalb der Zulassung erfolgt. Zur Überzeugung des Gerichts liege kein Verstoß gegen die ärztlichen Dokumentationspflichten vor, da sich den vom Kläger erstellten Behandlungsdokumenten ohne Probleme die Diagnose der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose entnehmen



lasse. Den verschiedenen Dokumentationsvorschriften lasse sich zwar entnehmen, dass der Vertragsarzt seine Therapieentscheidung zu dokumentieren habe, ein Vorrang der kodierten Diagnosen dergestalt, dass eine Ungenauigkeit oder ein Fehler an dieser Stelle nicht über die restliche Behandlungsdokumentation ausgeglichen bzw. korrigiert werden könne, lasse sich den Vorschriften hingegen nicht entnehmen. Durch die vom Arzt angegebenen Abrechnungsdiagnosen trete keine Präklusion des weiteren Sachenvortrages ein. Vielmehr seien für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sämtliche – vom Kläger im Verwaltungsverfahren vorgelegten – Behandlungsunterlagen heranzuziehen und zu untersuchen. Erst wenn sich in der Gesamtschau der vorgelegten Unterlagen eine unwirtschaftliche Verordnung ergebe, sei der Beklagte berechtigt einen Regress oder wie hier eine schriftliche Beratung festzusetzen. Eine Trennung wie sie der Beklagte vornimmt zwischen Praxisdokumentation und Dokumentation gegenüber der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung, ergebe sich nicht aus den gesetzlichen Vorschriften. Eine solche Trennung sei nach Auffassung des Gerichts auch nicht angezeigt.

Quelle: SG Marburg, Urt. v. 14.02.2024, S 18 KA 96/23

SG Marburg: Praktiziertes Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten als zulässiger Entscheidungsaspekt im Nachbesetzungsverfahren

Das Sozialgericht Marburg (SG) hat entschieden, dass bei der Bewerberauswahl im Nachbesetzungsverfahren das praktizierte Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten ein zulässiger Aspekt sein könne.

Der Zulassungsausschuss hatte im vorliegenden Fall über die Wiederbesetzung eines gem. § 103 Abs. 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragspsychotherapeutenstitzes zu entscheiden. Auf die Stelle bewarben sich die Antragstellerin und ein weiterer Psychotherapeut. Die Antragstellerin arbeitete seit sechs Jahren mit der Praxisabgeberin zusammen. Sie plante in den entsprechenden Praxisräumen weiterzuarbeiten und war zuletzt Ausbildungsassistentin bei der Praxisabgeberin. Der Zulassungsausschuss entschied zu Gunsten der Ausbildungsassistentin. Er begründete seine Entscheidung unter anderem damit, dass für die Antragstellerin spreche, dass sie das gleiche Richtlinienverfahren ausübe wie die Praxisabgeberin. Dadurch bleibe das Gepräge der Praxis erhalten und damit auch die Kontinuität der Versorgung. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses legte der unterlegene Psychotherapeut Widerspruch ein. Die Entscheidung des Zulassungsausschusses sei ermessensfehlerhaft. Sowohl das Approbationsalter als auch die Berufserfahrung sowie die Platzierung auf der Warteliste sprächen für ihn. Dem ausgeübten Therapieverfahren würde eine unzulässige Bedeutung beigemessen. Der durch ihn eingelegte Widerspruch hat aufschiebende Wirkung, d.h. dass die Zulassung der Ausbildungsassistentin bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung nicht vollzogen werden darf. Diese stellte daher einen Antrag auf sofortige Vollziehung. Sie sei auf die Tätigkeit wirtschaftlich angewiesen. Die Praxisabgeberin müsse mit zunehmendem Zeitablauf einen Wertverlust befürchten. Schließlich bestehe auch ein erhebliches Versorgungsinteresse.

Das SG gab dem Antrag der Ausbildungsassistentin statt. Die Auswahl des Praxisnachfolgers richte sich nach § 103



Abs. 4 S. 4 ff. sowie Abs. 5 S. 3 SGB V. Der Zulassungsausschuss habe unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen (§ 103 Abs. 4 S.4 SGB V). Bei der Auswahl der Bewerber seien die in § 103 Abs. 4 S. 5 SGB V gelisteten Auswahlkriterien zu berücksichtigen. Zusätzlich bestimme § 103 Abs. 5 S. 3 SGB V, dass die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen sei. Die Bewerberauswahl sei eine Ermessensentscheidung (§ 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Aus dem Charakter der Auswahlentscheidung als Ermessensentscheidung folge, dass die gerichtliche Überprüfung darauf beschränkt sei, ob das Ermessen fehlerhaft ausgeübt wurde und der unterlegene Psychotherapeut durch den Ermessensfehler beschwert ist. Die Zulassungsgremien hätten das ihr bei der Auswahlentscheidung zustehende Ermessen allerdings nicht nur "pflichtgemäß", sondern auch unter Berücksichtigung der in § 103 Abs. 4 SGB V normierten gesetzlichen Vorgaben auszuüben. Ein Vorrang einzelner der zu berücksichtigenden Kriterien lasse sich dabei weder aus dem Gesetzeswortlaut herleiten noch entspreche dies dem Willen des Gesetzgebers. Dieser habe im Zusammenhang mit den durch das GKV-VStG vorgenommenen Änderungen in § 103 Abs. 4 SGB V ausdrücklich betont, dass § 103 Abs. 4 S. 5 SGB V "wie bisher keine Rangfolge der im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigenden Faktoren" enthalte, sondern deren Gewichtung im pflichtgemäßen Ermessen des Zulassungsausschusses liege. Infolgedessen obliege es den Zulassungsgremien, die Kriterien im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen ge-

geneinander abzuwägen. Dies ermögliche eine an den besonderen Umständen jedes Einzelfalls orientierte Beurteilung. Vorliegend würden für den unterlegenen Psychotherapeut das Approbationsalter, seine überlegene Berufserfahrung sowie die Warteliste sprechen. Demgegenüber spreche für die Antragstellerin, dass sie schon seit längerer Zeit in der Praxis der Praxisabgeberin als Ausbildungsassistentin tätig war und deren Wunschnachfolgerin ist. Darüber hinaus spreche für die Berücksichtigung der Antragstellerin, dass diese die Praxisräume übernehmen würde. Dies erscheine für den unterlegenen Psychotherapeuten insbesondere deshalb offen, weil die Praxisabgeberin auch die Vermieterin der Räumlichkeiten sei und diese zivilrechtlich nicht verpflichtet werden könne, die Räume auch an diesen zu vermieten. Darüber hinaus folge die Kammer nicht der Argumentation, aus der Rechtsprechung des BSG ergebe sich, dass allein der Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut maßgeblich sei und bei der Auswahlentscheidung deshalb eine Differenzierung nach Therapierichtungen rechtsfehlerhaft sei. Dies könne die Kammer der zitierten Entscheidung nicht entnehmen, die zum Thema der Bedarfsermittlung bei Ermächtigungen für das Fachgebiet der Internisten mit unterschiedlicher Teilgebietsbezeichnung ergangen ist. Bei der Bedarfsplanung werde grundsätzlich nur der Status berücksichtigt. Das BSG habe in der zitierten Entscheidung ausgeführt, dass die vom Kläger geforderte weitere Untergliederung der Bedarfsplanung nach Teilgebieten nicht geboten sei, weil die Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führten, alle Leistungen dieses Gebietes erbringen könnten. Dies gelte bei Psychotherapeuten jedoch gerade nicht. Sie können



nicht Sitzungen nach anderen Richtlinienverfahren, für die Sie nicht zugelassen sind, erbringen. Zwar finde auch in diesem Bereich eine Beplanung nach Therapierichtungen nicht statt. Dies bedeute jedoch im Umkehrschluss nicht, dass für eine Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren nicht der Versorgungskontinuität insoweit Rechnung getragen werden dürfe, dass die Identität des Richtlinienverfahrens bei Abgeber und Nachfolger ein gewichtiges Argument für die berufliche Eignung und damit für die Nachbesetzungsentscheidung sein könne.

Quelle: SG Marburg, Beschl. v. 11.12.2023, S 17 KA 306/23 ER

AG Neuss: Wahlleistungen des Chefarztes nur bei persönlicher Leistungserbringung abrechenbar

Das Amtsgericht Neuss (AG) hat entschieden, dass allein der Abschluss einer wirksamen Wahlleistungsvereinbarung es noch nicht rechtfertige, sämtliche im Krankenhaus erbrachte Leistungen als Wahlleistung abzurechnen.

Im konkreten Rechtsstreit macht die Klägerin einen Anspruch auf Ersatz ärztlicher Behandlungskosten geltend. Die Beklagte wurde im Krankenhaus X privatärztlich behandelt. Hierüber wurde eine Rechnung erteilt. Trotz vorgerichtlicher Mahnung zahlte die Beklagte die Rechnung nicht. Zwischen den Parteien sind verschiedene Abrechnungspositionen streitig. Die Beklagte ist der Ansicht, dass die entsprechenden Abrechnungspositionen zu Unrecht als wahlärztliche Leistungen abgerechnet wurden. Die Klägerin macht hingegen geltend, dass die ärztlichen Leistungen unter dem persönlichen Gepräge des Wahlarztes erbracht wor-

den seien. Die Beklagte sei an mindestens 11 von 61 Behandlungstagen durch den Wahlarzt bzw. den ständigen Vertreter persönlich jeweils über mehrere Stunden behandelt worden. Überdies sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Privatstation so organisiert, dass der Wahlarzt täglich die Station besuche und jeden einzelnen Patienten mit dem gesamten Ärzte- und Psychologenteam bespreche. Das therapeutische Konzept werde individuell auf den Patienten abgestimmt. Es werde von dem Wahlarzt persönlich entworfen und überwacht. Darüber hinaus führe dieser regelmäßig Therapien, Visiten, Behandlungen und Supervisionen des gesamten Teams durch. Des Weiteren gebe es regelmäßige Nachbesprechungen und Übergabegespräche durch den Wahlarzt. Auf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Privatstation seien seit Jahren drei gut ausgebildete, hoch qualifizierte psychologische Psychotherapeuten mit anerkanntem Abschluss für den Wahlarzt tätig. Nicht qualifizierte Psychologen oder Ärzte würden auf der psychiatrischen Station nicht eingesetzt. Der Wahlarzt habe jeweils einen ständigen Vertreter für die Allgemeinpsychiatrie und für die Gerontopsychiatrie. Der jeweilige Vertreter sei in der Wahlleistungsvereinbarung aufgeführt. Der jeweilige Oberarzt und der persönliche Vertreter des Chefarztes, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sei täglich mindestens 8 Stunden auf der Station anwesend. Er sei zuständig für die Patienten mit sämtlichen durchgeführten Gesprächen und Therapien, die auf der offenen psychiatrischen Privatstation stationär behandelt werden. Er führe täglich Vorbesprechungen mit den qualifizierten Psychologen und Ärzten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Privatstation durch, in denen u.a. die Inhalte der



durchzuführenden psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche festgelegt würden. Im Anschluss an das jeweilige Gespräch erfolge die Nachbesprechung des psychotherapeutischen Gesprächs durch den Oberarzt. In diesem Rahmen werde der qualifizierte Arzt oder Psychologe auch regelmäßig supervidiert. Darüber hinaus führe der jeweilige Oberarzt und der persönliche Vertreter des Wahlarztes, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auch selbst in regelmäßigen Abständen Gespräche mit den Patienten durch. Schließlich sei er zusätzlich auch bei den täglichen Visiten der Patienten anwesend. Durch das psychiatrisch-psychotherapeutische Konzept der Station sei stets gewährleistet, dass sowohl der Wahlarzt als auch der Oberarzt als Vertreter, durch ihr persönliches Befassen mit dem Patienten zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung dieser ihr persönliches Gepräge geben. Im zu entscheidenden Fall habe sich der Wahlarzt zu Beginn der stationären Behandlung eingehend über 140 Minuten in einer Einzelsitzung mit der Patientin auseinandergesetzt und das Behandlungskonzept entwickelt. Er habe dieses überwacht, selbst regelmäßig eingehende mehrstündige Gespräche und Therapiemaßnahmen durchgeführt und die Behandlung im Übrigen durch Supervision, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert. Der Wahlarzt habe die Beklagte regelmäßig visitiert und mit ihr die aktuellen Belange unter Berücksichtigung des psychopathologischen Befundes besprochen.

Das AG urteilte, dass die Beklagte zwar mit dem Wahlarzt eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung getroffen habe. Dies allein rechtfertige es jedoch nicht, sämtliche im Krankenhaus erbrachten

Leistungen als Wahlleistung abzurechnen. Grundsätzlich könne ein Patient auch vom Krankenhaus selbst die Erbringung aller vorhandenen und angebotenen Leistungen erwarten. Durch den Abschluss eines Wahlleistungsvertrages wolle der Patient besondere ärztliche Leistungen "zukaufen", nicht jedoch den Krankenhausträger aus seiner Verpflichtung entlassen, ihm gleichfalls diese Leistungen zu erbringen. Der Patient, der wahlärztliche Leistungen vereinbart, wünsche eine über die allgemeine Krankenhausleistung hinausgehende persönliche Behandlung durch den aus seiner Sicht besten Arzt des Krankenhauses ohne Rücksicht darauf, ob er nach Art und Schwere der Erkrankung auf einen besonders qualifizierten Arzt angewiesen ist. Nach § 4 Abs. 2 S.1 GOÄ könne ein Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Unter bestimmten Voraussetzungen dürfe der Wahlarzt seine Leistungen auch delegieren. Grundsätzlich reiche es aber nicht aus, dass der Chefarzt bei einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung lediglich im Sinne einer Oberaufsicht die grundlegenden Entscheidungen einer Behandlung von Wahlleistungspatienten selbst trifft, deren Vollzug überwacht und entsprechende Weisungen erteilen kann. Denn der Chefarzt sei als leitender und weisungsberechtigter Arzt der jeweiligen Abteilung ohnehin für Diagnostik und Therapie bei allen Patienten seiner Abteilung oder seines Funktionsbereichs verantwortlich. Es könne nicht angenommen werden, dass ein Patient eine Wahlleistungsvereinbarung schließe, um ärztliche Leistungen nochmals zu vereinbaren und zu bezahlen, die bereits im Rahmen der



allgemeinen Krankenhausleistung geschuldet sind. Zur Erfüllung seiner Verpflichtung aus dem Wahlarztvertrag sei es daher erforderlich, dass der Chefarzt durch sein eigenes Tätigwerden der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge gibt, d. h. er müsse sich zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung mit dem Patienten befassen.

Quelle: AG Neuss, Urt. v. 05.04.2023, 85 C 368/22



Kontaktdaten

Büro Frankfurt / Main

Hanauer Landstraße 328-330

60134 Frankfurt am Main

Telefon (069) 94 74 15 70

E-Mail: Frankfurt@GesundheitsRecht.com

Büro Hamburg

Brandswiete 4

20457 Hamburg

Telefon (040) 39 10 69 70

E-Mail: Hamburg@GesundheitsRecht.com

Büro Köln

Oberländer Ufer 184

50968 Köln (Marienburg)

Telefon (0221) 67 00 99 - 0

E-Mail: Koeln@GesundheitsRecht.com



ECHO

Schreiben Sie uns, wenn Sie sich für besondere Themenschwerpunkte interessieren oder Fragen zu den aktuellen Themen haben.

Fax: 069 / 94 74 157-19

E-Mail: frankfurt@gesundheitsrecht.com

Name,

Titel:

Vorname:

Unternehmen/Praxis:

Telefon:

E-Mail:

Themenschwerpunkt/Frage:
