Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

Juli 2025

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

unser Juli-Newsletter bietet eine interessante und umfangreiche Übersicht an aktuellen Gerichtsentscheidungen aus dem Bereich des Gesundheits- und Arbeitsrechts. Im Fokus stehen dieses Mal beispielsweise die Anforderungen an die „Leistungserbringung am Standort“ (*OLG NRW*) sowie die Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (*LSG Bayern*). Außerdem befasste sich der EuGH in einer Entscheidung mit der Bio-Kennzeichnung eines Arzneitees.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

EuGH: Ein als traditionelles pflanzliches Arzneimittel eingestufter Arzneitee darf grundsätzlich nicht mit dem Bio-Logo vermarktet werden	S. 2
BAG: Entgeltabrechnung als elektronisches Dokument	S. 2
BGH: Spannungsverhältnis zwischen Therapiewahl durch den Arzt und Selbstbestimmungsrecht des Patienten	S. 4
OLG Köln: Werbung für Nahrungsergänzungsmittel als „Dr. med.“	S. 6
OVG NRW: Krankenhausplanung: Anforderungen an Leistungsgruppe	S. 9
LSG Bayern: Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	S. 11
LG München I: Unzulässige Werbung für „Abnehmspritzen“: Verschreibung erfordert persönlichen Kontakt	S. 14
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 17
Echo	S. 18

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

Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

EuGH: Ein als traditionelles pflanzliches Arzneimittel eingestufter Arzneitee darf grundsätzlich nicht mit dem Bio-Logo vermarktet werden

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat entschieden, dass ein als traditionelles pflanzliches Arzneimittel eingestufter Arzneitee grundsätzlich nicht mit dem Bio-Logo vermarktet werden darf. Anders kann es sich verhalten, wenn eine solche Angabe auf der Verpackung von der zuständigen Behörde wegen der günstigen Wirkung der ökologischen/biologischen Produktion auf die therapeutischen Merkmale des Arzneimittels gebilligt wurde.

Das deutsche Unternehmen SALUS vertreibt pflanzliche Arzneimittel, u. a. einen Salbei-Arzneitee. Auf der Verpackung dieses Arzneimittels befinden sich das offizielle Logo der Europäischen Union für ökologische/biologische Produktion. SALUS beabsichtigt den Vertrieb weiterer Arzneitees mit diesem Logo. Twardy, eine Wettbewerberin, ist der Ansicht, dass das Unionsrecht einer Verwendung des Bio-Logos auf der Verpackung eines Arzneimittels entgegensteht. Sie beantragte daher vor den deutschen Gerichten, SALUS das Inverkehrbringen von Arzneitees auf pflanzlicher Basis, deren Verpackung Angaben über die ökologische/biologische Herkunft der Pflanzen enthält, zu untersagen. Hierzu hat sich das mit dem Verfahren befasste deutsche Gericht an den Gerichtshof gewandt.

Der EuGH stellt fest, dass Arzneitees wie die in Rede stehenden, die als traditionelle pflanzliche Arzneimittel anzusehen sind, grundsätzlich nicht mit dem Bio-Logo in den Verkehr gebracht werden dürfen. Als Arzneimittel fallen sie nämlich ausschließlich unter die Regelung der Europäischen Union über Arzneimittel und nicht unter diejenige über die ökologische/biologische Produktion und die Kennzeichnung von ökologischen/biologischen Erzeugnissen. Zwar darf die Verpackung von Arzneimitteln bestimmte fakultative Informationen enthalten, sofern sie für den Patienten wichtig sind und keinen Werbecharakter haben. Informationen über die ökologische/biologische Produktion von Wirkstoffen traditioneller pflanzlicher Arzneimittel erfüllen diese Voraussetzung jedoch nicht. Da die betreffenden Arzneimittel nämlich ohne Verschreibung erworben werden können, können solche Informationen, auch wenn sie nicht notwendigerweise in medizinischer Hinsicht wichtig sind, den Patienten direkt zu einer Kaufentscheidung veranlassen. Allerdings kann die zuständige Behörde im Rahmen eines Verfahrens zur Genehmigung für das Inverkehrbringen feststellen, dass aus einer Produktion im ökologischen Landbau stammende heilend oder vorbeugend wirkende Stoffe sich günstig auf die therapeutischen Eigenschaften eines Arzneimittels auswirken. In einem solchen Fall kann die Behörde die betreffende Angabe auf der Verpackung des Arzneimittels billigen.

Quelle: Pressemitteilung des EuGH zu Urt. d. EuGH v.26.06.2025, C-618/23

BAG: Entgeltabrechnung als elektronisches Dokument

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat entschieden, dass der Arbeitgeber den gesetzlichen Anspruch auf Erteilung einer Entgeltabrechnung (§ 108 Abs. 1 S. 1 GewO) grundsätzlich dadurch erfüllen

kann, dass er die Abrechnung in Textform in ein passwortgeschütztes digitales Mitarbeiterpostfach einstellt.

Die Parteien streiten darüber, ob Entgeltabrechnungen durch Einstellen in ein digitales Mitarbeiterpostfach wirksam erteilt werden können. Für den Konzernverbund, dem die Beklagte angehört, regelt eine Konzernbetriebsvereinbarung (KBV Mitarbeiterpostfach) die Einführung und Anwendung eines digitalen Mitarbeiterpostfachs. Ab März 2022 stellte die Beklagte der Klägerin auf Grundlage der KBV Mitarbeiterpostfach Entgeltabrechnungen nur noch elektronisch zur Verfügung. Dem widersprach die Klägerin und verlangte erfolglos, ihr die Entgeltabrechnungen weiterhin postalisch zu übersenden. Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, ihr Anspruch auf Erteilung von Entgeltabrechnungen sei nicht durch die Bereitstellung elektronischer Entgeltabrechnungen im digitalen Mitarbeiterpostfach erfüllt worden. Einer Verwendung des Mitarbeiterpostfachs als Empfangsvorrichtung hätte sie vor Inbetriebnahme zustimmen müssen. Dem stehe jedoch ihr ausdrücklich erklärter Widerspruch entgegen. Die fehlende Einwilligung sei auch nicht durch die KBV Mitarbeiterpostfach ersetzt worden, die gegen die Vorgaben des § 108 Abs. 1 GewO verstoße. Das Arbeitsgericht (ArbG) hat die Klage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht (LAG) hat das Urteil des Arbeitsgerichts abgeändert und der Klage stattgegeben. Mit der Revision begehrt die Beklagte die Wiederherstellung der erstinstanzlichen Entscheidung.

Das BAG entschied, dass die Revision begründet sei. Mit der gegebenen Begründung habe das LAG der Klage nicht stattgeben dürfen. Es habe zu Unrecht angenommen, die Beklagte habe den Anspruch der Klägerin aus § 108 Abs. 1 S. 1 GewO auf Erteilung der Entgeltabrechnungen für die streitgegenständlichen Monate nicht durch die Einstellung in das digitale Mitarbeiterpostfach erfüllt. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erteilung von Abrechnungen in „Papierform“. Sie könne nach § 108 Abs. 1 S. 1 GewO lediglich Entgeltabrechnung in Textform verlangen. Die Erfüllung des Anspruchs setze entgegen der Auffassung des LAG nicht voraus, dass die Entgeltabrechnung dem Arbeitnehmer entsprechend § 130 Abs. 1 BGB in Textform zugehen muss. Deshalb komme es nicht darauf an, ob die Klägerin der Übermittlung ihrer Entgeltabrechnungen über das digitale Mitarbeiterpostfach zugestimmt hat und ihr fehlendes Einverständnis durch die KBV Mitarbeiterpostfach ersetzt worden ist. § 108 Abs. 1 S. 1 GewO bestimme, dass dem Arbeitnehmer bei Zahlung des Arbeitsentgelts eine Abrechnung in Textform zu erteilen ist. Sie müsse mindestens Angaben über den Abrechnungszeitraum und die Zusammensetzung des Arbeitsentgelts enthalten (§ 108 Abs. 1 S. 2 GewO). Hinsichtlich der Zusammensetzung seien insbesondere Angaben über Art und Höhe der Zuschläge, Zulagen, sonstige Vergütungen, Art und Höhe der Abzüge, Abschlagszahlungen sowie Vorschüsse erforderlich (§ 108 Abs. 1 S. 3 GewO). Ein Schuldverhältnis erlischt nach § 362 Abs. 1 BGB, wenn die geschuldete Leistung an den Gläubiger bewirkt wird. Das Bewirken der geschuldeten Leistung bestehe in der Herbeiführung des geschuldeten Leistungserfolgs. Die Erfüllungswirkung trete grundsätzlich bei jeglicher erfüllungsgeeigneter, inhaltlich dem Schuldverhältnis entsprechender Leistung ein. Die Leistung müsse mithin inhaltlich, zeitlich und örtlich dem Schuldverhältnis entsprechen. Der Arbeitgeber

könne seiner Verpflichtung aus § 108 Abs. 1 S. 1 GewO grundsätzlich nachkommen, indem er die Entgeltabrechnung in Textform in ein digitales Mitarbeiterpostfach einstellt. Die Erfüllung des Anspruchs setze entgegen der Auffassung des LAG nicht voraus, dass die Entgeltabrechnung dem Arbeitnehmer entsprechend § 130 Abs. 1 BGB in Textform zugeht. Deshalb komme es nicht darauf an, ob die Klägerin der Übermittlung ihrer Entgeltabrechnungen über das digitale Mitarbeiterpostfach zugestimmt hat und ihr fehlendes Einverständnis durch die KBV Mitarbeiterpostfach ersetzt worden ist. Die im digitalen Mitarbeiterpostfach gespeicherte elektronische Entgeltabrechnung genüge der gesetzlich vorgeschriebenen Textform. Die gesetzliche Textform sei nach § 126b S. 1 BGB gewahrt, wenn auf einem dauerhaften Datenträger eine lesbare Erklärung abgegeben wird, in der die Person des Erklärenden genannt ist. Ein dauerhafter Datenträger ist gemäß Satz 2 der Vorschrift jedes Medium, das es dem Empfänger ermöglicht, eine auf dem Datenträger befindliche, an ihn persönlich gerichtete Erklärung so aufzubewahren oder zu speichern, dass sie ihm während eines für ihren Zweck angemessenen Zeitraums zugänglich ist, und geeignet ist, die Erklärung unverändert wiederzugeben. Die in das digitale Mitarbeiterpostfach der Beklagten eingestellten Abrechnungen würden diese Voraussetzungen erfüllen. Es stelle einen dauerhaften Datenträger in diesem Sinne dar. Das digitale Mitarbeiterpostfach enthalte nach den Feststellungen des LAG einen sicheren Speicherbereich für den einzelnen Arbeitnehmer, auf den allein dieser mittels Eingabe des Benutzernamens und seines persönlichen Passworts zugreifen kann, so dass die Beklagte keine Möglichkeit hat, die dort einmal eingestellten Informationen zu ändern. Es genüge daher den Anforderungen an eine fortgeschrittene Website, die ein sicherer Datenträger iSd. § 126b S. 1 BGB sein kann (sog. „sophisticated Website“. Entgegen der Auffassung des LAG sei der Zugang der Entgeltabrechnung gemäß § 130 Abs. 1 S. 1 BGB keine für die Erfüllung des Anspruchs aus § 108 Abs. 1 S. 1 GewO erforderliche Voraussetzung. Bei Entgeltabrechnungen handele es sich um Wissenserklärungen, auf die § 130 Abs. 1 BGB weder direkt noch entsprechend Anwendung findet. Dies ergebe sich weder daraus, dass die Entgeltabrechnung gemäß § 108 Abs. 1 GewO zu erteilen ist, noch aus der gesetzlich vorgesehenen Textform noch aus deren Rechtscharakter. Die Beklagte hat die Abrechnungen „bei Zahlung“ und damit auch zur rechten Zeit erteilt.

Quelle: BAG, Urt. v. 28.01.2025, 9 AZR 48/24

BGH: Spannungsverhältnis zwischen Therapiewahl durch den Arzt und Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Die Therapiewahl sei primär Sache des Arztes, dem insoweit grundsätzlich ein weiter Beurteilungsspielraum zukommt. Der Arzt sei bei der Wahl der Therapie insbesondere nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Allerdings müsse ein höheres Risiko in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden, so der Bundesgerichtshof (BGH).

Die Klägerin begehrt von dem beklagten Klinikum und den sie dort behandelnden Ärzten materiellen und immateriellen Schadensersatz nach drei Operationen

im Jahre 1998. Wegen Gleichgewichtsstörungen wurde die 1985 geborene Klägerin im Mai 1997 in einem Kreiskrankenhaus stationär aufgenommen. Wegen des Verdachts eines zerebralen Anfallsleidens sowie wegen einer Fehlhaltung und Instabilität zwischen dem ersten und zweiten Halswirbelkörper im Bereich der Densspitze mit Engstellung des Spinalkanals wurde sie in die Klinik für Neurochirurgie der Beklagten zu 1) überwiesen. Es wurde eine Subluxation HWK1/2 mit Os odontoideum diagnostiziert. Seitens der Beklagten zu 1) wurde den Eltern der Klägerin zu einem operativen Eingriff geraten. Die Aufklärung der Eltern erfolgte durch Dr. B. Bei der Operation am 16.01.1998 wurde ein aus dem Beckenknochen entnommener Knochenspan zwischen den Halswirbeln HWK 1 und 2 eingepasst und mit einer Drahtumschlingung befestigt. Eine anschließende Röntgenkontrolle war unauffällig. Im Anschluss an die Operation erhielt die Klägerin zur Stabilisierung eine steife Halsorthese. Bis zum 29.03.1998 fand eine stationäre Nachbehandlung in einer Rehabilitationsklinik statt, in deren Verlauf die Klägerin am 06.03.1998 beim Duschen stürzte. Dies führte zu einer Lockerung der Drahtverbindung. Am 03.04.1998 stellte sich die Klägerin erneut bei der Beklagten zu 1) vor. Nach einer Röntgenaufnahme und deren Auswertung wurde von Behandlungsseite zu einem weiteren operativen Eingriff geraten, der mit erneuter Drahtumschlingung am 14.04.1998 durchgeführt wurde. Die postoperative Röntgenkontrolle war wiederum unauffällig. Nach der Operation hatte die Klägerin jedoch kein Gefühl mehr in den Beinen. Im weiteren Verlauf ihres stationären Aufenthalts wurde eine Enge der gelegten Drahtumschlingung festgestellt. Dies führte zu einem zweiten Revisionseingriff am 23.04.1998, bei dem die Drähte entfernt und eine neue Drahtumschlingung vorgenommen wurden. Alle Eingriffe wurden nach der sog. "Gallie-Technik" mit Verdrahtung der Wirbel vorgenommen. Postoperativ wurde festgestellt, dass die Klägerin ateminsuffizient und nicht ansprechbar war. Die Klägerin leidet seitdem an einer inkompletten Querschnittslähmung. Die Klägerin hat die Indikation des operativen Vorgehens in Frage gestellt.

Der BGH hat entschiedene, dass die Therapiewahl primär Sache des Arztes sei, dem die Rechtsprechung bei seiner Entscheidung grundsätzlich einen weiten Beurteilungsspielraum einräume. Der Arzt sei bei der Wahl der Therapie insbesondere nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Allerdings müsse ein höheres Risiko in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden; jedenfalls habe der Arzt alle bekannten und medizinisch vertretbaren Sicherungsmaßnahmen anzuwenden, die eine erfolgreiche und komplikationsfreie Behandlung gewährleisten, und müsse umso vorsichtiger vorgehen, je einschneidender ein Fehler sich für den Patienten auswirken kann. Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, der zu einer Gesundheitsschädigung des Patienten geführt hat, beantworte sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat. Der Arzt schulde seinem Patienten neben einer sorgfältigen Diagnose die Anwendung einer Therapie, die dem jeweiligen Stand

der Medizin entspricht. Indessen bedeute das nicht, dass jeweils das neueste Therapiekonzept verfolgt werden müsse, wozu dann auch eine stets auf den neuesten Stand gebrachte apparative Ausstattung gehören müsste. Der Zeitpunkt, von dem ab eine bestimmte Behandlungsmaßnahme veraltet und überholt ist, sodass ihre Anwendung nicht mehr dem einzuhaltenden Qualitätsstandard genügt und damit zu einem Behandlungsfehler wird, sei jedenfalls dann gekommen, wenn neue Methoden risikoärmer sind und/oder bessere Heilungschancen versprechen, in der medizinischen Wissenschaft im wesentlich unumstritten sind und deshalb nur ihre Anwendung von einem sorgfältigen und auf Weiterbildung bedachten Arzt verantwortet werden kann. Da aber schon aus Kostengründen, anfangs möglicherweise auch wegen eines noch unzureichenden Angebotes auf dem Markt, nicht sofort jede technische Neuerung, die den Behandlungsstandard verbessern kann, von den Kliniken angeschafft werden kann, müsse es für eine gewisse Übergangszeit ferner gestattet sein, nach älteren, bis dahin bewährten Methoden zu behandeln, sofern das nicht schon wegen der Möglichkeit, den Patienten an eine besser ausgestattete Klinik zu überweisen, unverantwortlich erscheine. Stets werde der Patient, dessen Krankheit der Behandlung durch Ärzte mit besonderen medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen bedarf, in eine dazu geeignete Spezialklinik weiterverwiesen werden müssen. Es komme mithin hier entscheidend darauf an, ob die Wahl der (älteren) Verdrahtungsmethode angesichts der anerkannten Verschraubungsmethode bei den drei Eingriffen medizinisch vertretbar war, ob es sich also um eine medizinisch vertretbare Alternative handelte, das heißt eine verantwortliche medizinische Abwägung unter Vergleich der zu erwartenden Vorteile dieser Methode und ihrer abzusehenden und zu vermutenden Nachteile mit der alternativen operativen Behandlungsmethode unter Berücksichtigung des Wohles des Patienten die Anwendung dieser Methode rechtfertigen konnte. Nach der ständigen Rechtsprechung des BGH sei zwar die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordere aber eine Unterrichtung über eine alternative Behandlungsmöglichkeit, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen bieten. Nach der nunmehr geltenden Regelung des § 630e Abs. 1 S. 2 BGB, mit der die - auch im streitgegenständlichen Behandlungszeitpunkt langjährig gefestigte - BGH-Rechtsprechung zur Selbstbestimmungsaufklärung nachgezeichnet wurde, sei bei der Aufklärung auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Quelle: BGH, Urt. v. 21.01.2025, VI ZR 204/22

OLG Köln: Werbung für Nahrungsergänzungsmittel als „Dr. med.“

Das Oberlandesgericht Köln (OLG) hatte sich im Rahmen eines Rechtsstreits mit der Lauterbarkeit von Werbung für Nahrungsergänzungsmittel im Zusammenhang mit Angabe „Dr. med.“ auseinanderzusetzen.

Der klagende B.-Verein nimmt den Beklagten, einen approbierten Arzt und Geschäftsführer einer Anbieterin von Nahrungsergänzungsmitteln, auf Unterlassung und Erstattung von Abmahnkosten in Anspruch. Der Kläger rügt die im Internetauftritt des Beklagten wiedergegebene Werbung als lauterkeitswidrig. Hintergrund sind unter anderem folgende Aussagen: „*DR. MED. A. N. Gesundheit ist Vertrauenssache*“ und „*Dr. med. A. N. steht als Arzt für Seriosität, Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit. Damit du dich sicher aufgehoben fühlst, lautet sein Credo: „Keine Wunder versprechen, sondern medizinisch fundierte Empfehlungen geben*“. Der Kläger beruft sich auf den Unlauterkeitstatbestand des § 3a UWG i.V.M. §§ 3, 27 als BOÄ als Marktverhaltensregelungen sowie die im Bereich der gesundheitsbezogenen Werbung geltenden strengen Anforderungen an die Zulässigkeit von Werbeaussagen, auch vor dem Hintergrund der Parallelwertung aus der Health-Claims-Verordnung (HCVO).

Das OLG entschied, dass der Kläger einen Anspruch auf Unterlassung der angegriffenen Werbung aus § 8 Abs. 1 UWG habe. Danach könne derjenige, der eine nach § 3 UWG unzulässige geschäftliche Handlung vornimmt, von den nach § 8 Abs. 3 UWG Berechtigten bei Wiederholungsgefahr auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Gemäß § 3 Abs. 1 UWG seien geschäftliche Handlungen unzulässig, wenn sie unlauter sind. Zwar sei die BOÄ anwendbar, weil der Beklagte ein approbierter Arzt ist, § 27 BOÄ jedoch nicht einschlägig. Der Beklagte werbe nicht für Produkte im Zusammenhang mit einer eigenen ärztlichen Tätigkeit. Aus § 3 Abs. 1 S. 2 BOÄ, einer Marktverhaltensregelung i.S.d. § 3a UWG, folge zunächst, dass es Ärzten grundsätzlich erlaubt ist, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu nutzen. Verboten sei dies nur, wenn die Nutzung in unlauterer Weise erfolgt. § 3 Abs. 1 BOÄ nehme insoweit Bezug auf das UWG, einschließlich der insbesondere im Rahmen des Irreführungstatbestandes des § 5 UWG entwickelten Grundsätze zur gesundheitsbezogenen Werbung. Ein Arzt stehe in dieser Hinsicht im Anwendungsbereich des Lauterkeitsrechts nicht schlechter aber auch nicht besser da als jeder andere Mitbewerber. Entscheidungserheblich sei daher letztlich die Frage, ob die angegriffene Werbung den u.a. für Nahrungsergänzungsmittel greifenden besonderen Anforderungen an Aussagen im Gesundheitsbereich genüge. Im Gesundheitsbereich würden besonders strenge Anforderungen für den Ausschluss einer Irreführungsgefahr gelten. Der Verbraucher sei bei einer Gesundheitswerbung besonders bereitwillig, auf die Wirksamkeit eines Produktes zu vertrauen, und daher geneigt, Werbeaussagen tatsächliche Angaben zu entnehmen und sie für wahr zu halten. Irreführende Angaben würden in diesem Bereich erhebliche Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung mit sich bringen, so dass strenge Anforderungen an die Richtigkeit, Eindeutigkeit und Klarheit der Angaben gerechtfertigt seien. Angaben mit fachlichen Aussagen auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Werbung seien generell nur zulässig, wenn sie gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Durch die streitbefangene Werbung angesprochen sei die Gruppe der normal informierten, aufmerksamen und verständigen Durchschnittsverbraucher. Der Beklagte bewirbt das von der Dr. med. F. GmbH vertriebene Sortiment als von ihm - einem

seriösen und kompetenten Arzt, dem man vertrauen könne - auf Zuverlässigkeit geprüft ("Keine Wunder versprechen") und aus fundierter medizinischer Sicht empfehlenswert ("sondern medizinisch fundierte Empfehlungen geben"). Er vermittele dem angesprochenen Verkehr im Gesamtkontext der Werbung den Eindruck, die in das Sortiment der Dr. med. F. GmbH aufgenommenen Nahrungsergänzungsmittel seien ungefährlicher, wirksamer und empfehlenswerter als Konkurrenzprodukte. Unabhängig davon, ob die auf den einzelnen Nahrungsergänzungsmitteln angeführten Claims nach der HCVO zugelassen sind, behaupte der Beklagte damit, dass die in das Sortiment der Dr. med. F. GmbH aufgenommenen Nahrungsergänzungsmittel den konkurrierenden Produkten in dieser Hinsicht überlegen seien. Dies gehe über eine Imagewerbung, d.h. eine Maßnahme, die allein der Pflege des Namens eines Unternehmens dient, weit hinaus und stehe gegen den Regelungszweck der HCVO, wonach um dem Verbraucher ein hohes Schutzniveau zu gewähren und ihm die Wahl zu erleichtern, gesundheitsbezogene Angaben bei der Werbung für Lebensmittel grundsätzlich verboten und nur mit einem zugelassenen Claim erlaubt sind, § 10 HCVO. Der Beklagte nehme für sein Sortiment eine besondere medizinische Absicherung in Anspruch, gründend auf die eigene Expertise als promovierter Mediziner, ohne darzulegen, dass diese seine eigene Meinung auch der allgemeinen Ansicht in der Wissenschaft entspricht. Angeblich wissenschaftlich fundierte Werbeaussagen seien indes vom Werbenden darzulegen und zu beweisen. Der Werbende müsse, wenn er in einem solchen Fall in Anspruch genommen wird, darlegen können, dass er über entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse verfügt, wobei es nicht ausreichend sei, dass er sich erst im Prozess auf ein Sachverständigengutachten beruft, aus dem sich die behauptete Wirkungsweise ergeben soll. Dass das von der Dr. med. F. GmbH vertriebene Sortiment tatsächlich aus allgemein anerkannter wissenschaftlicher Sicht empfehlenswert ist, sei weder von dem Beklagten schlüssig dargetan noch sonst ersichtlich. Insgesamt sei zu berücksichtigen, dass - wie allgemein bekannt ist - Nahrungsergänzungsmittel im Einzelfall gesundheitsschädlich sein können. Insoweit lege die vom Beklagten geäußerte Ansicht, es sei üblich und werde geradezu erwartet, dass ein Arzt Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel empfehle, den Kern der Problematik im Streitfall offen. Der Beklagte empfehle die von seiner GmbH vertriebenen Nahrungsmittel nicht im Einzelfall nach einer individuellen Prüfung, sondern bewerbe sie mit generellen Aussagen, bezogen auf das gesamte Produktsortiment gegenüber allen Verbrauchern. Dies berge die Gefahr, dass die beworbenen Nahrungsergänzungsmittel vom angesprochenen Verkehr als vermeindlich allgemein empfehlenswert verstanden oder jedenfalls aufgrund einer geminderten Kritikhaltung gegenüber dem sie bewerbenden Arzt sorgloser eingenommen werden, als andere Nahrungsergänzungsmittel, die - nur - mit den nach der HCVO zulässigen Claims beworben werden. Mit der angegriffenen Werbung sei folglich eine nicht unerhebliche Gefahr für das hohe Schutzgut der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt verbunden. Dem Beklagten sei es nach alledem zwar gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 BOÄ nicht verwehrt, mit seiner Person als einem promovierten Arzt für ein von ihm zusammengestelltes Produktsortiment zu werben, das Sortiment darüber hinausgehend ausdrücklich als

besonderes wirksam und aus medizinischer Sicht empfehlenswert anzupreisen wäre ihm jedoch - wie auch seinen Mitbewerbern - nur dann gestattet, wenn diese Aussagen wissenschaftlich allgemein anerkannt wären. Dies sei nicht feststellbar. Die verbleibenden Zweifel würden zu Lasten des für das Vorliegen wissenschaftlicher Erkenntnisse darlegungs- und beweispflichtigen Beklagten gehen.
Quelle: OLG Köln, Urt. v. 16.05.2025, 6 U 29/25

OVG NRW: Krankenhausplanung: Anforderungen an Leistungsgruppe

Das Oberverwaltungsgericht NRW (OVG) hat entschiedene, dass die Leistungserbringung am Standort voraussetze, dass die hierfür erforderlichen personellen und apparativen Mindestvoraussetzungen am Krankenhausstandort vorgehalten werden.

Die Antragstellerin ist Trägerin der L. GmbH mit Betriebsstellen in D., K. und Q. (Versorgungsgebiet 9). Die Bezirksregierung Münster erließ am 16.12.2024 den das Krankenhaus der Antragstellerin betreffenden Feststellungsbescheid zur Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2022. Eine Zuweisung der Leistungsgruppe 16.5 (Tiefe Rektumeingriffe), die die Antragstellerin für ihren Standort in D. mit einer Fallzahl von 25 beantragt hatte, erfolgte nicht. Hiergegen hat die Antragstellerin um vorläufigen Rechtsschutz gemäß § 80 Abs. 5 VwGO nachgesucht. Den Antrag hat das Verwaltungsgericht (VG) mit der Begründung abgelehnt, der Antrag sei zwar zulässig, aber unbegründet. Die Nichtzuweisung der Leistungsgruppe 16.5 beruhe auf der Ermessenserwägung, bei der hier notwendigen Auswahlentscheidung nur diejenigen zu berücksichtigen, die mindestens sechs von neun der im Krankenhausplan NRW 2022 vorgesehenen Auswahlkriterien erfüllten, was im Falle der Antragstellerin nicht gegeben sei, weil sie den Leistungsbereich Hämatologie und Onkologie, die Leistungsgruppe Palliativmedizin sowie die Leistungsgruppe Urologie nicht am eigenen Standort vorhalte und keinen Psychosozialdienst aufweise. Hiergegen wendet sich die Antragstellerin mit ihrer Beschwerde. Sie meint, sie erfülle nicht nur fünf, sondern sechs Auswahlkriterien. Auch die Voraussetzungen des Auswahlkriteriums Psychosozialdienst lägen vor.

Die Beschwerde hatte keinen Erfolg. Das VG sei mit dem Antragsgegner davon ausgegangen, dass das Krankenhaus der Antragstellerin nur fünf der neun im Krankenhausplan NRW 2022 aufgestellten Auswahlkriterien des Leistungsbereichs 16.5 erfülle, weil es den Leistungsbereich Hämatologie und Onkologie, die Leistungsgruppe Palliativmedizin sowie die Leistungsgruppe Urologie nicht am eigenen Standort vorhalte und zudem nicht über einen Psychosozialdienst verfüge. Aus der im Beschwerdeverfahren vorgelegten vertraglichen Vereinbarung mit Frau Dipl.-Psych. Dr. Y., Fachgemeinschaftspraxis für klinische Psychologie und Psychotherapie, folge nicht, dass die Antragstellerin die an das Auswahlkriterium Psychosozialdienst zu stellenden Anforderungen erfülle. Der Krankenhausplan NRW 2022 selbst definiere die an einen Psychosozialdienst zu erfüllenden Anforderungen nicht. Nach den den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Erläuterungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), bestehe der Psychosozialdienst aus je einem Mitarbeiter aus dem psychologisch-psychotherapeutischen und sozialpädagogisch-sozialarbeitenden Bereich. Aus dem Krankenhausplan NRW 2022, der

ausweislich der Ausführungen im Feststellungsbescheid für die Zuteilung des Versorgungsauftrags maßgeblich sei, ergebe sich weiter, dass das Auswahlkriterium Psychosozialdienst am Krankenhausstandort zu erfüllen sei. Nach dessen Vorgaben seien die jeweils für die Leistungsgruppe angegebenen Kriterien, soweit in den Tabellen zur jeweiligen Leistungsgruppe nicht anders angegeben, am Krankenhausstandort zu erfüllen, der den Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe erhalten soll. Anderes gelte, soweit für Kriterien explizit angegeben ist, dass eine Erfüllung in Kooperation ausreicht. Für das Auswahlkriterium Psychosozialdienst des Leistungsbereichs 16.5 fehle es jedoch – anders als z. B. für das weitere Auswahlkriterium Pathologie – an einer solchen Angabe. Dementsprechend sei dieses Kriterium am Standort zu erfüllen. Die Leistungserbringung am Standort setze voraus, dass die hierfür erforderlichen personellen und apparativen Mindestvoraussetzungen am Krankenhausstandort vorgehalten werden. Dies könne auch durch eine am Standort befindliche Praxis, ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder telemedizinische Strukturen gewährleistet werden. In Abgrenzung dazu zeichne sich eine Kooperation dadurch aus, dass der Kooperationspartner – dies kann zum Beispiel eine Praxis, ein MVZ oder Krankenhaus sein – sich nicht auf dem Gelände des Krankenhausstandorts befinden muss. Der Krankenhausplan NRW 2022 verlange insoweit lediglich, dass – soweit für die betreffenden Patientinnen und Patienten ein Ortswechsel erforderlich ist – Lösungen im unmittelbaren Umfeld im Vergleich zu Kooperationen über weite Distanzen zu bevorzugen sind. Aus den benannten Vorgaben folge zwar nicht, dass es für eine Leistungserbringung am Standort zwingend erforderlich sei, dass die Leistungen durch Angestellte des Krankenhauses zu erbringen sind, weil sie – wie ausgeführt – auch durch eine am Standort befindliche Praxis oder ein MVZ, also durch deren Angestellte, erbracht werden könnten. Für den Fall, dass sie durch Dritte erbracht werden, sei aber eine praxisgleiche zeitliche personelle und apparative Verfügbarkeit vor Ort erforderlich. Deshalb würden einzelfallbezogen erbrachte Dienstleistungen vor Ort nicht genügen. Dies zugrunde gelegt erfülle der von der Antragstellerin im Beschwerdeverfahren vorgelegte Kooperationsvertrag mit einer nicht am Standort des Krankenhauses ansässigen psychotherapeutischen Praxis das Auswahlkriterium nicht. Nach § 1 des Kooperationsvertrags erbringt die Praxis im Rahmen der psychoonkologischen Betreuung der Patienten mit Darmkrebs im Umfang bis zu zwei Stunden pro Woche folgende Leistungen für das Krankenhaus: Screening, Auswertung und Dokumentation, psychosoziale Diagnostik, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, psychotherapeutische Betreuung der Patienten und allgemeine Beratung. Nach § 2 des Vertrags werden konkret erbrachte Leistungen abgerechnet. Auch nach den von der Antragstellerin weiter vorgelegten Unterlagen (Abrechnung von Konsiliarleistungen im Rahmen der Psychoonkologie für den Zeitraum Januar 2024, Auditbericht 2024) sei nicht davon auszugehen, dass die von der Antragstellerin beauftragte Praxis ein praxisgleiches Angebot vorhalte, insbesondere vor Ort ein eigenes Team bereitstelle und regelmäßige Öffnungs- oder Sprechstundenzeiten anbiete. Dies bestätige die von der Antragstellerin vorgelegte Abrechnung für den Monat Januar 2024, in der dem Krankenhaus lediglich

ein- bzw. zweistündige Therapiesitzungen am 2., 4., 9.,16. und 18. Januar 2024 in Rechnung gestellt wurden.
Quelle: OVG NRW, Urt. v. 26.05.2025, 13 B 356/25

LSG Bayern: Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Das bayerische Landessozialgericht (LSG) hatte sich im Rahmen eines Rechtsstreits mit der Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu befassen.

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Rechtmäßigkeit der Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Der Kläger nimmt seit 2008 als zugelassener Allgemeinarzt an der vertragsärztlichen Versorgung (hausärztliche Versorgung) teil. Er gehört der hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Prof. Dr. S. und Kollegen in München an, die über fünf Versorgungsaufträge (vier zugelassene Ärzte und ein ganztags angestellter Arzt) verfügt. Diese BAG versorgt eine Patientenzahl, die sich im Vergleich zur Fachgruppe als weit unterdurchschnittlich darstellt (ca. 30 % der Fachgruppe). Der Zulassungsausschuss hatte den Kläger bereits im Februar 2017 zur Überprüfung der Vertragsarztzulassung angeschrieben und auf dessen fast ausschließliche Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst hingewiesen. Im 3. Quartal 2016 habe der Kläger nur einen einzigen Fall in der Praxis und 298 Besuche im Bereitschaftsdienst abgerechnet. Der Kläger antwortete darauf, dass er am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehme. Zusätzlich helfe er in der Praxis bei kleinen Beratungen, am Tresen, bei Blutabnahme und Rezeptausstellungen. Dies spiegele sich in der Berechnung nicht wieder, weil die Quartalspauschale zumeist von einem anderen Arzt bereits in Ansatz gebracht worden sei und er sozusagen die zweite und dritte Behandlung im Quartal übernehme. Insgesamt halte er 25 Stunden Sprechzeiten für gesetzlich versicherte Patienten ab. Der Zulassungsausschuss gab dem Kläger bis April 2018 Gelegenheit zur Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die alleinige Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst sei nicht ausreichend. Erneute Ladung vor den Zulassungsausschuss erging am 13.05.2019. Ausweislich des Tagesordnungsprotokolls stellte der Zulassungsausschuss fest, dass sich das Abrechnungsverhalten des Klägers als unverändert darstelle. Der Kläger führte aus, dass er eine Steigerung der Fallzahlen versucht habe; es gebe jedoch nicht genügend Patienten in der BAG. Er wollte mehr Sprechstunden abhalten; das habe aber nicht geklappt. Neue Patienten gebe es nicht, er könne diese nicht den Kollegen abnehmen. Patienten zählten nur beim ersten Besuch in der Praxis. Er nehme dann Blut ab und werde auch anderweitig beschäftigt, was er aber nicht abrechnen könne. Mit Beschluss vom 13.05.2019 entzog der Zulassungsausschuss Ärzte München Stadt und Land dem Kläger wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit die Zulassung. Dagegen rief der Kläger den Berufungsausschuss Ärzte Bayern an. Mit Beschluss vom 08.10.2019 bestätigte der Berufungsausschuss die Entscheidung des Zulassungsausschusses und entzog dem Kläger die vertragsärztliche Zulassung vollständig. Die gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage hat das Sozialgericht München (SG) mit Urteil vom 22.02.2024 abgewiesen.

Das LSG wies die Berufung als unbegründet ab. Gemäß § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V sei die Zulassung zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Nach Satz 2 könne der Zulassungsausschuss in diesen Fällen statt einer vollständigen auch die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. Zur Beurteilung der Frage, ob die vertragsärztliche Tätigkeit noch ausgeübt wird, sei auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung abzustellen. Der Beklagte müsse, von diesem Zeitpunkt ausgehend, eine Prognoseentscheidung dahingehend treffen, ob aufgrund aller bekannten tatsächlichen Umstände auch in Zukunft von einer Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auszugehen sei. Eine Nichtausübung im Sinne des Satzes 1 könne gegeben sein, wenn ein Vertragsarzt nur noch einzelne Maßnahmen der Versorgung ausübt oder er nur noch in geringem Umfang Verrichtungen vornimmt; dann sei zu prüfen, ob er die Gesamtheit seiner Pflichten noch im Wesentlichen erfüllt. Anhaltspunkte hierfür würden – unter anderem, jedoch nicht ausschließlich -. die tatsächlichen Behandlungsfallzahlen geben. Nach Wortlaut und systematischer Stellung der Norm greife der Tatbestand der Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung immer dann, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit tatsächlich nicht mehr ausgeübt wird, ganz unabhängig davon ein, ob der Vertragsarztsitz in einem Gebiet gelegen ist, für den der Landesausschuss Über- oder Unterversorgung festgestellt hat. Es sei ein berechtigtes Anliegen des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses als Normgeber der Bedarfsplanungs-Richtlinie, Abweichungen zwischen "Ist" und "Soll" in der Bedarfsplanung zu verhindern, damit das tatsächliche "Ist" der Bedarfsplanung möglichst zuverlässigen Aufschluss über die tatsächliche Versorgungssituation gibt. Vertragsarztsitze, auf denen tatsächlich keine Versorgung der Patienten stattfindet, die aber in ihrem jeweiligen Planungsbereich störende Auswirkungen auf die Beurteilung der Zulassungsaussichten eines anderen Arztes haben, seien in diesem Sinne unerwünscht und möglichst zu vermeiden. Gleichwohl stelle die Unterschreitung einer Schwelle von 10 % des Fachgruppendurchschnitts in Ansehung der eigenen Behandlungsfallzahl keine exakte Grenzziehung dar. Auch das LSG habe zuletzt mit Urteil vom 22.01.2020 (L 12 KA 6/19, juris) ausgeführt, dass eine die vollständige Zulassungsentziehung erfordernde Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht nur vorliege, wenn vom Vertragsarzt in zahlreichen Quartalen überhaupt keine Behandlungsfälle abgerechnet werden, sondern auch dann, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle weit unterhalb von 10 % des Fachgruppendurchschnitts liegt. Als maßgebend dafür war die Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung angesehen worden. Diese 10 %-Schwelle wollte das LSG aber nicht als starre Grenze verstanden wissen, zumal im entschiedenen Fall im Durchschnitt weniger als 2 Behandlungsfälle / Quartal zur Abrechnung gelangt waren. Zu beachten sei, dass die vollständige Entziehung der Zulassung regelmäßig einen ganz erheblichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Art. 12 GG bedeutet, der zumindest bei älteren Ver-

tragsärzten faktisch an eine Wahlbeschränkung heranreichen dürfte. Mit Blick auf diesen Grundrechtseingriff der vollständigen Entziehung müssten die Voraussetzungen an die Nichtausübung in Gestalt der Behandlung einer zu geringen Fallzahl tendenziell streng interpretiert werden. Das LSG meint deshalb – für in Einzelpraxis zugelassene Ärzte - schärfend, dass bei Nichtvorliegen besonderer Umstände eine vollständige Entziehung geboten sein wird, wenn über viele Quartale eine Fallzahl von (weit) unterhalb von 10 % des Fachgruppendurchschnitts abgerechnet wird, wenn auch eine rege Teilnahme am ÄBD erfolgt. In diesen Fällen werde grundsätzlich die vollständige Entziehung der Zulassung geboten sein, ohne dass nur eine hälftige Zulassungsentziehung als milderes Mittel geboten ist. Denn wer Patienten in einer Zahl von weit unter 10% des Durchschnitts der Fachgruppe behandelt, übe die vertragsärztliche Tätigkeit faktisch überhaupt nicht aus. Daran ändere nichts, dass bei hälftiger Reduktion des Fachgruppendurchschnitts sich rechnerisch häufig eine Patientenzahl von dann über 10 % ergeben wird. Indes seien hier die Besonderheiten der Arbeitsteilung in einer Berufsausübungsgemeinschaft zu beachten. Das BSG hat u. a. mit Urteil vom 27.06.2018, B 6 KA 46/17 R, darauf hingewiesen, dass die BAG nach der Rechtsprechung des Senats durch die gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch mehrere Ärzte gleicher oder ähnlicher Fachrichtung in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxisausrichtung, gemeinsamer Datenverarbeitung und Abrechnung sowie mit gemeinsamem Personal auf gemeinsame Rechnung geprägt sei. Die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bewirke, dass die Partner ihre Leistungen unter einer gemeinsamen Abrechnungsnummer gegenüber der zuständigen KÄV abrechnen können; die BAG trete dieser dementsprechend wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber. Sie stelle rechtlich gesehen eine Praxis dar. Für die Rechtslage vor Einführung der lebenslangen Arztnummer hatte das BSG entschieden, dass das Gebot der persönlichen Leistungserbringung in der Weise modifiziert ist, dass bei den abgerechneten Leistungen - jedenfalls bei gleicher Qualifikation der Mitglieder - grundsätzlich nicht gekennzeichnet werden müsse, welcher der BAG angehörende Arzt welche Leistung erbracht hat. Auch nach Einführung der lebenslangen Arztnummer, die eine Zuordnung jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme zu einem bestimmten Arzt ermöglicht, werde die BAG weiterhin als Einheit betrachtet. Die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch verschiedene Mitglieder der BAG stelle sich als ein einziger Behandlungsfall dar. Auch die für Vertrags(zahn)ärzte geltenden Vertretungsregelungen beziehen sich auf die Praxis als Gesamtheit; der Vertretungsfall trete nicht ein, solange auch nur ein Arzt der BAG weiterhin tätig ist. In einer BAG werden die Behandlungsverträge nicht zwischen Patient und behandelndem Arzt, sondern zwischen ihm und der BAG geschlossen. Schließlich sei auch die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes der BAG und nicht einem einzelnen Mitglied zu erteilen. Die Anknüpfung an die BAG als Ganzes stehe nicht im Widerspruch dazu, dass Träger der vertragsärztlichen Zulassung nach § 95 Abs. 2 und 3 SGB V der einzelne Arzt und nicht die BAG ist. Die dargestellte Rechtsauffassung habe nicht zur Folge, dass die KÄV auf Dauer hinnehmen müsste, dass

ein in einer BAG tätiger Arzt seiner Versorgungsverpflichtung tatsächlich nicht nachkommt. Denn soweit ein Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag tatsächlich nicht oder jedenfalls über einen längeren Zeitraum nicht annähernd im Umfang seiner Zulassung wahrnimmt, bestehe die Möglichkeit der Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung, § 95 Abs. 6S. 1 SGB V. Dies gelte auch für die Mitglieder einer BAG. Zwar sei für sie typisch, dass ihre Mitglieder vorübergehend oder auch dauerhaft nicht in gleichem zeitlichen Umfang in der gemeinsamen Praxis tätig sind. Die vertragsärztliche Tätigkeit in einer BAG werde häufig gerade gewählt, weil innerhalb der Kooperation flexibel auf wechselnde Lebenssituationen reagiert werden kann. Um aber einen Missbrauch dieser Gestaltungsmöglichkeiten zu verhindern, indem etwa eine BAG reine "Zählmitglieder" aufnimmt, müsse ein Vertragsarzt kontinuierlich in nennenswertem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Seit der Einführung der lebenslangen Arztnummer könne dies ohne Weiteres von der KÄV nachvollzogen werden. Für den nicht in BAG tätigen zugelassenen Arzt verstehe sich von selbst, dass er die vertragsärztliche Tätigkeit zuvorderst in der Praxis seines Vertragsarztsitzes wahrzunehmen hat; der ärztliche Bereitschaftsdienst könne hier nur als Abrundung für die Beurteilung gelten, ob eine Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliegt. Für die BAG müsse jedoch gelten, dass die auferlegten Bereitschaftsdienstverpflichtungen arbeitsteilig unter den BAG-Partnern auf einen der Partner verlagert werden dürfen. Nimmt dieser Partner nur untergeordnet vertragsärztliche Sprechstunden wahr – eine gänzliche vertragsärztliche Sprechstundenfreiheit wäre nicht zu akzeptieren – und übernimmt er gleichzeitig die Bereitschaftsdienstverpflichtungen vieler anderer Ärzte der BAG, nehmer er nach Auffassung des LSG kontinuierlich an der vertragsärztlichen Versorgung – arbeitsteilig innerhalb der Versorgungsaufträge der BAG – wahr. Der Kläger habe auf nachdrückliche und klare Nachfrage des LSG ausdrücklich eine solche Verschiebung der Aufgabenverteilung innerhalb der BAG verneint und erklärt, dass die anderen Partner der BAG die auf sie entfallende Bereitschaftsdienstverpflichtung selbst und nicht durch ihn erfüllten. Die klägerische Argumentation, er übernehme arbeitsteilig in der BAG nur die Zweit- oder Drittbehandlungen, weshalb er keine Fälle abrechnen kann, sei unbehelflich. Denn der Vortrag des Klägers hierzu sei äußerst vage geblieben; Nachweise habe er nicht erbracht, so dass das LSG hierauf nicht eingehen müsse. Festzuhalten sei daran, dass sich die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an der Abrechnung von Leistungen mit der eigenen lebenslangen Abrechnungsnummer messen lassen muss. Davon abgesehen erwecke diese vermeintliche Arbeitsteilung erhebliche Zweifel an der Stellung des Klägers als Selbständiger und lege eine Scheinselbständigkeit nahe.

Quelle: Bayerisches LSG, Urt. v. 25.11.2024, L 12 KA 8/24

LG München I: Unzulässige Werbung für „Abnehmspritzen“: Verschreibung erfordert persönlichen Kontakt

Das Landgericht München I (LG) hat entschieden, dass die Werbung für Fernbehandlungen zur Verschreibung von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion, die lediglich auf der Prüfung eines online ausgefüllten Fragebogens basiert, gegen § 9 HWG verstößt, da sie nicht den allgemein

anerkannten fachlichen Standards entspricht und einen persönlichen ärztlichen Kontakt erfordert.

Eine Apothekerkammer wendete sich in ihrem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung dagegen, dass eine in den Niederlanden ansässige Online-Apotheke gegenüber Verbraucherinnen und Verbrauchern in Deutschland für Fernbehandlungen mit dem Ziel der Verschreibung von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion/Adipositas wirbt, wobei die Behandlung lediglich in der ärztlichen Überprüfung eines durch den Nutzer auf einer Plattform ausgefüllten Fragebogens besteht. Für die Verschreibung des Medikaments durch die beklagte Online-Apotheke ist hierbei nach der Werbung zur Bestellung lediglich das Ausfüllen eines Fragebogens erforderlich, welcher nach Vortrag der Antragsgegnerin sodann von einem (nicht in Deutschland ansässigen) Arzt vor der Verschreibung überprüft wird. Die beklagte Apotheke hatte gegen ein Verbot eingewandt, dass der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung verspätet sei. Die Antragsstellerin kenne das Geschäftsmodell der Antragsgegnerin bereits aus einem anderen Verfahren, dessen Gegenstand Medikamente zur Behandlung erektiler Dysfunktion waren. Beworben und umschrieben werde außerdem lediglich eine „Gewichtsverlustbehandlung"; dies lasse keinen zwingenden Schluss auf die Abnehmspritze zu. Dies sei zulässig und verstoße nicht gegen das Heilmittelwerbegesetz. Das Ausfüllen eines Fragebogens, der sodann von einem Arzt überprüft werde, sei auch eine zulässige Fernbehandlung unter Verwendung von Kommunikationsmedien, bei der ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem Patienten nicht erforderlich sei.

Dem folgte das LG München I nicht. Die Fernbehandlung von Adipositas mittels Ausfüllens eines Fragebogens entspreche nämlich nicht allgemein anerkannten fachlichen Standards. Vielmehr sei vor der Verschreibung einer Abnehmspritze ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen erforderlich. Dies ergebe sich letztendlich bereits aus den „Warnhinweisen", welche die beklagte Apotheke dem Gericht selbst vorgelegt habe: In diesen werde auf zahlreiche Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Hypoglykämie (bei Patienten mit Typ-2-Diabetes) und Schwindel, auf das Risiko der Unterzuckerung und darauf hingewiesen, dass die Behandlung eingestellt werden sollte, wenn man innerhalb von drei Monaten nach Behandlungsbeginn nicht mindestens 5 % seines Körpergewichts verliere. Darüber hinaus werde in den von der Beklagten selbst vorgelegten Unterlagen ausgeführt, dass eine regelmäßige Nachsorge und Überwachung während einer Gewichtsreduktion unbedingt erforderlich sei. Gerade diese, von der beklagten Apotheke selbst für erforderlich gehaltene regelmäßige Nachsorge erfordere aber zwingend einen persönlichen ärztlichen Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen, welcher weder von der beklagten Apotheke noch von den verschreibenden Ärzten - schon aufgrund der räumlichen Distanz- geleistet werden könne. Hinzu komme, dass ausweislich der Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der Adipositas der deutschen Adipositasgesellschaft zahlreiche Untersuchungen, u. a. des Bluts und des Urins, nötig seien, um Adipositas zu diagnostizieren und zu behandeln. Dies könne daher gerade nicht im Wege der Fernbehandlung erfolgen. Es handele

sich bei der Werbung der Beklagten ferner nicht um die Werbung für eine Behandlung als solche, wie diese vorgetragen habe, sondern um die Werbung für den Absatz von Medikamenten. Dies ergebe sich schon aus dem Wortlaut der Werbung. Um welche Gruppe von Präparaten es sich hierbei handele, wüssten die angesprochenen Verkehrskreise bereits deshalb, weil „die Abnahmespritze“ in jüngster Zeit starke mediale Aufmerksamkeit erfahren habe.

Quelle: Pressemitteilung des LG München I zu Urt. v. 03.03.2025, 4 HK 15458/24
Hinweis: Das Urteil ist nicht rechtskräftig.

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: