Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

Oktober 2025

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

in der Oktober-Ausgabe unseres Newsletter erwarten Sie spannende und praxisrelevante Entscheidungen aus dem Bereich des Gesundheitsrechts. Der EuGH befasste sich zum Beispiel mit der Auslegung des EU-Rechts im Zusammenhang mit telemedizinisch erbrachten Leistungen im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Das BSG setzte sich mit dem Begriff der „intensivmedizinischen Versorgung“ auseinander und das SG Darmstadt behandelte die Abgrenzung zwischen einer abhängigen Beschäftigung und einer selbstständigen Tätigkeit eines Physiotherapeuten.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

EuGH: Telemedizinisch erbrachte Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	S. 2
BGH: Amts- und nicht Privathaftung für etwaige Impfschäden nach einer bis zum 7. April 2023 vorgenommenen Corona-Schutzimpfung	S. 5
BGH: Frühere Regelung zur Arzneimittelpreisbindung gegenüber einer im EU-Ausland ansässigen Versandapotheke nicht anwendbar	S. 6
BSG: Begriff der „Intensivmedizinische Versorgung“	S. 8
LSG BaWü: Vollständige Dokumentation der Leistungsinhalte als Voraussetzung für die Vergütung	S. 9
SG Darmstadt: Abgrenzung abhängige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit eines Physiotherapeuten	S. 11
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 15
Echo	S. 16

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

Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

EuGH: Telemedizinisch erbrachte Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Im Rahmen eines Vorabentscheidungsersuchen des Obersten Gerichtshofs (Österreich) äußerte sich der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) zur Auslegung des Unionsrechts im Rechtsbereich der Telemedizin.

UJ ist eine in Österreich ansässige Zahnärztin, die befugt ist, in diesem Mitgliedstaat Patienten im Rahmen von Behandlungsverträgen, die sie mit diesen schließt, zu behandeln. Die Urban Technology GmbH und die DZK Deutsche Zahnklinik GmbH sind in Deutschland ansässig und gehören zu einer weltweit tätigen Dentalunternehmensgruppe. Urban Technology bewirbt auf ihrer Internetseite bewirbt unsichtbare Aligner, die aus transparenten Zahnschienen bestehen und unter der Marke DrSmile vertrieben werden. Potenzielle Kunden können über diese Internetseite bei einem in Österreich ansässigen „Partnerzahnarzt“, wie UJ, an dem von ihnen gewählten Ort einen Termin anfragen. Bei Zustandekommen eines derartigen Termins führt der Partnerzahnarzt in seiner Ordination eine Anamnese, ein Aufklärungsgespräch sowie einen 3D-Scan des Gebisses und die für die Zahnschienentherapie allenfalls erforderlichen Vorbehandlungen durch. Der Partnerzahnarzt übermittelt in der Folge das Bildmaterial sowie eine Empfehlung hinsichtlich des Kieferregulierungsverfahrens an DZK Deutsche Zahnklinik. DZK Deutsche Zahnklinik, deren Gesellschafter keine Zahnärzte sind, verfügt über eine Zulassung und die sonstigen notwendigen Genehmigungen für den Betrieb einer „Zahnklinik“ in Deutschland, in der Zahnärzte Patienten im Einklang mit dem für diese Art von Einrichtungen geltenden deutschen Recht behandeln. Nur DZK Deutsche Zahnklinik schließt mit den Patienten einen Behandlungsvertrag ab, der alle Leistungen im Zusammenhang mit der Therapie mit einer Zahnschiene der Marke DrSmile umfasst. Sie bezieht die Zahnschienen über Urban Technology, die sie wiederum bei Dritten bestellt. Die weitere Betreuung erfolgt über eine Applikation von DZK Deutsche Zahnklinik, mit der die Patienten regelmäßig Bilder ihrer Zähne an sie übermitteln. DZK Deutsche Zahnklinik steht in einer Vertragsbeziehung mit dem Partnerzahnarzt und vergütet ihm die im Rahmen der betreffenden Behandlung erbrachten Leistungen. In diesem Zusammenhang erhob die Österreichische Zahnärztekammer Klage gegen UJ vor dem Landesgericht Klagenfurt mit dem Ziel, UJ gerichtlich zu untersagen, direkt oder indirekt an zahnärztlichen Tätigkeiten in Österreich teilzunehmen, die von ausländischen Gesellschaften ohne die nach österreichischem Recht vorgesehenen Genehmigungen erbracht werden. Nach Abweisung des Antrags auf einstweilige Verfügung legte die Zahnärztekammer Berufung beim Oberlandesgericht Graz ein, das der einstweiligen Verfügung stattgab. UJ erhob daraufhin Revision beim Obersten Gerichtshof, welcher das Verfahren aussetzte und dem EuGH Fragen zur Vorabentscheidung vorlegte.

Nach Ansicht des EuGH handele es sich bei dem Begriff „Telemedizin“ um einen autonomen Begriff des Unionsrechts. Schon aufgrund seiner Etymologie beziehe sich der gewöhnliche Sinn des Begriffs „Telemedizin“ auf medizinische

Leistungen, die im Fernabsatz erbracht werden, wobei dem Präfix „Tele“ gerade die Vorstellung der Entfernung zugrunde liegt. Desgleichen müsse – wie sich aus dem Wortlaut der Richtlinie 2011/24 ergebe – eine im Fall der Telemedizin erbrachte Leistung der Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben werden, damit sie unter den Begriff der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung falle. Zweitens stellte der Gerichtshof fest, dass die Richtlinie 2011/24 die allgemeine Regel aufstelle, die grundsätzlich für alle Gesundheitsdienstleistungen gelte und wonach der Behandlungsmitgliedstaat derjenige sei, auf dessen Hoheitsgebiet die Gesundheitsdienstleistung tatsächlich erbracht werde. Für die Telemedizin erlaube diese Richtlinie eine Ausnahme, wonach die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat erbracht gelte, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist. Diese Ausnahme, die eng auszulegen ist, bedeute, dass der Behandlungsmitgliedstaat in Bezug auf andere als durch Telemedizin erbrachte Leistungen auf der Grundlage des Hoheitsgebiets bestimmt werden müsse, in dem diese Behandlung tatsächlich erbracht wird. Die Richtlinie 2011/24 definiere „Gesundheitsversorgung“ als Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Der Begriff der Gesundheitsversorgung könne daher eine Vielzahl an Leistungen abdecken. Diese Dienstleistungen dienten grundsätzlich demselben therapeutischen Zweck, doch könne jede von ihnen von verschiedenen Fachleuten oder zu besonderen Zwecken im Rahmen derselben Gesundheitsversorgung erbracht werden, sofern diese Versorgung eine komplexe medizinische Behandlung darstelle. Eine im Rahmen der Telemedizin erbrachte Leistung könne folglich unter grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Sinne der Richtlinie fallen, obgleich sie – wegen der für eine solche Dienstleistung charakteristischen Erbringungsmodalitäten – besonderen Vorschriften unterliege. Darüber hinaus würden die Bestimmungen der Richtlinie 2011/24 klarstellen, dass Gesundheitsversorgung, die durch Mittel der Telemedizin erbracht oder verschrieben wird, unter den darin definierten Begriff der „grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ fallen kann. Ferner stellt der Gerichtshof unter Bezugnahme auf den Begriff der Dienste der Informationsgesellschaft fest, dass grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen, die von einem Anbieter einem Patienten erbracht werden, wobei beide sich gleichzeitig am selben Ort befinden, selbst wenn diese Dienstleistungen unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) erfolgen, nicht als Dienste der Informations- und Kommunikationsgesellschaft angesehen werden könnten und daher nicht unter den Begriff der Telemedizin im Sinne der Richtlinie 2011/24 fallen könnten. Dagegen könnten Gesundheitsdienstleistungen, die mit Hilfe dieser Technologien tatsächlich über Distanz, also ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Anbieters und des Patienten an demselben Ort, mittels IKT erbracht werden, selbst dann unter den Begriff der Dienste der Informationsgesellschaft und somit unter den Begriff der „Telemedizin“ fallen, wenn sie im Rahmen einer komplexen medizinischen Behandlung erbracht wer-

den, die auch Gesundheitsdienstleistungen umfasst, die durch einen Erbringer, der sich physisch am selben Ort wie der Patient befindet, erbracht werden. Aus der Rechtsprechung ergebe sich, dass ein Dienst, der dazu dient, Kunden und Anbieter einer sich von diesem Dienst der Art nach unterscheidenden Dienstleistung zusammenzuführen als „Dienst der Informationsgesellschaft“ einzustufen sei, wenn er von der genannten Dienstleistung dieser Anbieter unabhängig ist. Jede Gesundheitsdienstleistung, auch wenn sie zusammen mit anderen eine komplexe medizinische Behandlung bildet, sei insoweit eigenständig, als sie besondere berufliche Fähigkeiten erfordert und den für sie charakteristischen Anforderungen entspreche. Drittens stellte der Gerichtshof im Rahmen der teleologischen Auslegung fest, dass die Richtlinie 2011/24 u. a. darauf abziele, den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu erleichtern und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung zu fördern, wobei die nationalen Zuständigkeiten bei der Organisation und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen uneingeschränkt geachtet werden. Die Telemedizin sei gerade eine – im vorliegenden Fall grenzüberschreitende – medizinische Praxis, durch die sich der Zugang zu einer Gesundheitsversorgung erleichtern lasse, die in einem Mitgliedstaat erbracht wird, in dem der Erbringer dieser Versorgung ansässig ist und der nicht der Versicherungsmitgliedstaat ist, in dem die Patienten, für die diese Versorgung bestimmt ist, ihren Wohnsitz haben. Der Unionsgesetzgeber habe also aufgrund der Eigenart und der Besonderheiten dieser medizinischen Praxis, die sich aus dem grenzüberschreitenden Charakter der Gesundheitsversorgung, der Erbringung im Fernabsatz, d. h. ohne gleichzeitige Anwesenheit des Angehörigen der Gesundheitsberufe und des Patienten am selben Ort, sowie dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien ergeben, eine Ausnahmeregelung für die Bestimmung des Behandlungsmitgliedstaats und das auf diese Praxis anwendbare Recht vorgesehen. Schließlich bestehe im Rahmen der Richtlinie 2011/24 das entscheidende Element des Begriffs „Telemedizin“ in dem vom Unionsgesetzgeber gewollten Sinn darin, dass die Gesundheitsdienstleistung gegenüber einem Patienten von einem in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat ansässigen Gesundheitsdienstleister im Fernabsatz und somit ohne gleichzeitige physische Anwesenheit dieses Patienten und dieses Dienstleisters mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht wird. Demnach sei von diesem Begriff jede Erbringung einer Gesundheitsdienstleistung ausgeschlossen, die bei gleichzeitiger physischer Anwesenheit dieser Akteure am selben Ort erfolgt, unabhängig davon, ob die Erbringung im Rahmen einer komplexen medizinischen Behandlung erfolge, die die Vornahme von Gesundheitsdienstleistungen unterschiedlicher Art umfasst, die auf verschiedene Weise erbracht werden. Daher sei die Beurteilung der Frage, ob eine dieser Dienstleistungen, aus denen diese Behandlung besteht, überwiegt, unerheblich für die rechtliche Einstufung jeder einzelnen Gesundheitsdienstleistung im Hinblick auf die Bestimmung des Behandlungsmitgliedstaats gemäß Art. 3 Buchst. d der Richtlinie 2011/24. Nach alledem sei Art. 3 Buchst. d und e der Richtlinie 2011/24 dahin auszulegen, dass unter den Begriff der im Fall der Telemedizin erbrachten Gesund-

heitsversorgung im Sinne dieser Bestimmung nur Gesundheitsdienstleistungen fallen, die gegenüber einem Patienten durch einen in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat dieses Patienten ansässigen Gesundheitsdienstleister im Fernabsatz und somit ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Patienten und dieses Dienstleisters am selben Ort ausschließlich mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden.
Quelle: EuGH, Urt. v. 11.09.2025, C-115/24

BGH: Amts- und nicht Privathaftung für etwaige Impfschäden nach einer bis zum 7. April 2023 vorgenommenen Corona-Schutzimpfung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einer Entscheidung mit der Frage befasst, wer für etwaige Aufklärungs- oder Behandlungsfehler bei einer bis zum 7. April 2023 vorgenommenen Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haftet, die in einer Vertragsarztpraxis vorgenommen wurde.

Der Kläger nimmt die beklagte Ärztin für Allgemeinmedizin aufgrund einer seines Erachtens fehlerhaften Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf Schadensersatz in Anspruch. Nach zwei vorangegangenen Schutzimpfungen im Mai und Juli 2021 erhielt er am 15. Dezember 2021 in der Praxis der Beklagten eine sogenannte Booster-Impfung. Etwa drei Wochen später wurde bei ihm eine Herzerkrankung diagnostiziert. Der Kläger hat geltend gemacht, bei seiner Erkrankung handele es sich um einen Impfschaden. Die dritte Impfung sei fehlerhaft verabreicht und er zuvor nicht hinreichend aufgeklärt worden. In Folge der Impfung seien seine kognitiven Fähigkeiten erheblich eingeschränkt. Er könne seine berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben. Zudem sei er aufgrund der organischen Beschwerden in der Psyche stark beeinträchtigt. Der Kläger begehrt die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von mindestens 800.000 €, die Feststellung der Einstandspflicht der Beklagten für materielle und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden sowie die Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten. Die Klage ist in den Vorinstanzen erfolglos geblieben. Mit seiner vom Berufungsgericht zugelassenen Revision hat der Kläger sein Klagebegehren weiterverfolgt.

Der BGH hat die Revision zurückgewiesen. Bis zum 7. April 2023 handelten die in der jeweiligen Fassung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung - CoronaImpfV) bestimmten Leistungserbringer bei der Vornahme einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in Ausübung eines ihnen anvertrauten öffentlichen Amtes. Dies gilt auch für die Beklagte und die Schutzimpfung des Klägers. Das Berufungsgericht hat daher eine persönliche Haftung der Beklagten für etwaige Impfschäden des Klägers zu Recht verneint. Es kommt gemäß Art. 34 Satz 1 GG nur eine Amtshaftung des Staates in Betracht. Die Tätigkeit einer Privatperson ist als hoheitlich zu beurteilen, wenn ein innerer Zusammenhang und eine engere Beziehung zwischen der Betätigung und der hoheitlichen Aufgabe besteht. Dabei muss die öffentliche Hand in so weitgehendem Maße auf die Durchführung der Arbeiten Einfluss nehmen, dass der Private gleichsam als bloßes "Werkzeug" oder "Erfüllungsgehilfe" des Hoheitsträgers handelt und dieser die Tätigkeit des Privaten deshalb wie eine eigene gegen sich gelten

lassen muss. Die jeweiligen Leistungserbringer erledigten mit der Durchführung von Schutzimpfungen hiernach eine hoheitliche Aufgabe. Sie erfüllten den eigens durch das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber geschaffenen Anspruch gegen den Staat auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Dessen hoheitlicher Charakter stand bei der Impftätigkeit im Vordergrund. Die Schutzimpfungen waren ein zentrales Mittel zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Der darauf gerichtete Anspruch war ein wesentlicher Bestandteil der staatlichen "Corona-Impfkampagne", in die die Leistungserbringer ausdrücklich eingebunden wurden. Die Erfüllung des staatlichen Impfanspruchs diente nicht nur dem individuellen Gesundheitsschutz, sondern auch der Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen und zentraler Bereiche der Daseinsfürsorge. Darüber hinaus wies dieser Impfanspruch jedenfalls zeitweise einen engen Bezug zur Eingriffsverwaltung auf. Es bestand zwar keine Impfpflicht. Die Ablehnung einer Schutzimpfung konnte jedoch nachteilige Folgen haben, wie etwa zum Zeitpunkt der Impfung des Klägers am 15. Dezember 2021 in Form von bußgeldbewehrten Zugangs- und Kontaktbeschränkungen, dem bußgeldbewehrten Erfordernis eines Testnachweises für das Betreten der Arbeitsstätte oder der Verhängung eines Betretungs- oder Tätigkeitsverbots für in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen. Schließlich stand den privaten Leistungserbringern nur ein stark eingeschränkter Entscheidungsspielraum zu, wie der Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu erfüllen war. Ihnen wurde durch den Verordnungsgeber vorgegeben, auf welche Weise die Schutzimpfung und die begleitenden Leistungen vorzunehmen waren. Demzufolge sind die Schutzimpfungen, die auf der Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung erfolgten, als noch dem Bereich hoheitlicher Betätigung angehörend anzusehen und alle privaten Leistungserbringer - wie die Beklagte - als Verwaltungshelfer einzuordnen. Die Verantwortlichkeit für etwaige Aufklärungs- und Behandlungsfehler dieser Verwaltungshelfer trifft deshalb grundsätzlich den Staat.

Quelle: Pressemitteilung des BGH Nr. 185/2025 zu Urt. v. 09.10.2025, III ZR 180/24

BGH: Frühere Regelung zur Arzneimittelpreisbindung gegenüber einer im EU-Ausland ansässigen Versandapotheke nicht anwendbar

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass die in § 78 Abs. 1 S. 4 AMG aF vorgesehene Arzneimittelpreisbindung gegenüber Versandapotheken, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union ansässig sind, nicht anwendbar ist. Daher kann die seinerzeit erfolgte Gewährung von Bonusprämien bei der Ausgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch eine in den Niederlanden ansässige Versandapotheke nicht als unlauter verboten werden.

Der Kläger ist ein Verband, der die berufsständischen Interessen der in Bayern ansässigen Apotheker vertritt. Die Beklagte ist ein in den Niederlanden ansässiges Pharmaunternehmen. Sie reimportierte in den Jahren 2012 und 2013 verschreibungspflichtige Medikamente, die ihr von deutschen Pharmagroßhändlern geliefert wurden, indem sie diese nach Einreichung einer entsprechenden ärztlichen Verschreibung per Post an in Deutschland ansässige Patienten abgab. Die Beklagte warb zum einen damit, Patienten bei der Einlösung eines Rezepts

einen direkt mit dem Rechnungsbetrag verrechneten Bonus in Höhe von 3 € pro Medikament, insgesamt aber höchstens 9 € pro Rezept, zu zahlen. Zum anderen warb sie damit, bei der Einlösung eines Rezepts eine Prämie in einer Höhe von bis zu 9 € zu zahlen, wenn der Patient sich bereit erklärte, durch Ausfüllen eines Formulars oder durch Beantwortung von Fragen im Rahmen eines Telefonats einen Arzneimittel-Check zu absolvieren. Der Kläger ist der Auffassung, die Gewährung von Boni verstoße gegen die Arzneimittelpreisbindung und sei wettbewerbswidrig. Er nimmt die Beklagte auf Unterlassung sowie auf Erstattung von Abmahnkosten in Anspruch. Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. Die Berufung der Beklagten hatte keinen Erfolg. Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision verfolgt die Beklagte ihren Antrag auf Abweisung der Klage weiter.

Die Revision der Beklagten hat Erfolg. Das Berufungsgericht hat zwar zutreffend angenommen, dass die von der Beklagten gewährten Boni als unmittelbarer Preisnachlass auf den eigentlichen Apothekenabgabepreis gegen § 78 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 S. 2 AMG in der bis zum 14. Dezember 2020 geltenden Fassung und § 1 Abs. 1 Nr. 2, § 3 Abs. 1 AMPreisV verstoßen. Das Berufungsgericht hat jedoch zu Unrecht einen hiermit verbundenen Verstoß gegen § 4 Nr. 11 UWG aF sowie § 3a UWG angenommen. Denn die genannten früheren Regelungen zur Arzneimittelpreisbindung sind wegen Verstoßes gegen die Warenverkehrsfreiheit (Art. 34, 36 AEUV) unionsrechtswidrig und daher gegenüber der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union ansässigen Beklagten nicht anwendbar. Nach dem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union in der Sache "Deutsche Parkinson Vereinigung" (EuGH, Urt. v. 19.10.2016, C-148/15) stellt die in § 78 Abs. 1 S. 4 AMG aF vorgesehene Arzneimittelpreisbindung eine Maßnahme mit gleicher Wirkung wie eine mengenmäßige Einfuhrbeschränkung im Sinne des Art. 34 AEUV dar. Zur Rechtfertigung einer solchen Maßnahme wegen des Schutzes der Gesundheit und des Lebens von Menschen (Art. 36 AEUV) ist mit Hilfe statistischer Daten, auf einzelne Punkte beschränkter Daten oder anderer Mittel objektiv zu prüfen, ob die vorgelegten Beweise bei verständiger Würdigung die Einschätzung erlauben, dass die gewählten Mittel zur Verwirklichung der verfolgten Ziele geeignet sind, und ob es möglich ist, diese Ziele durch Maßnahmen zu erreichen, die den freien Warenverkehr weniger einschränken. Der Kläger hat es nicht vermocht, solche Daten oder andere Mittel zum Beweis seiner Behauptung vorzutragen, dass ohne die Arzneimittelpreisbindung die Aufrechterhaltung einer sicheren und flächendeckenden Arzneimittelversorgung und deshalb die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet sei. Empirische Daten zu den Auswirkungen einheitlicher Apothekenabgabepreise auf die flächendeckende, sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sind nach der durch das Berufungsgericht eingeholten Auskunft der Bundesregierung nicht erhoben worden. Die von den Parteien vorgelegten Gutachten, Studien und Modellierungen beziehen sich sämtlich nicht auf den im Streitfall maßgeblichen Zeitraum der angegriffenen Rabattaktionen aus dem Jahr 2012 und stützen auch für die Folgejahre die Annahmen des Gesetzgebers zur Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit einer Arzneimittelpreisbindung

nicht. Diese Annahmen des Gesetzgebers hat schon der Gerichtshof der Europäischen Union in seinem Urteil "Deutsche Parkinson Vereinigung" als nicht hinreichend belegt angesehen. Auf die Frage, ob die von der Beklagten gewährten Boni - wie vom Berufungsgericht angenommen - gegen § 129 Abs. 3 S. 3 SGB V verstoßen, kommt es danach nicht mehr an, weil es mangels Verstoßes gegen § 4 Nr. 11 UWG aF sowie § 3a UWG in Verbindung mit § 78 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 S. 2 AMG aF an der Wiederholungsgefahr fehlt und schon deshalb die Klage abzuweisen ist.
Quelle: Pressemitteilung Nr. 134/2025 des BGH zu Urt. v. 17.07.2025, I ZR 74/24

BSG: Begriff der „Intensivmedizinische Versorgung“
Das Bundessozialgericht (BSG) hatte sich im Rahmen zweier Entscheidungen mit dem Begriffe der „Intensivmedizinischen Versorgung“ zu befassen.

Ein Versicherter der beklagten Krankenkasse wurde wegen einer akuten, infektbedingten Verschlechterung seiner chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung zunächst in einem anderen Krankenhaus nach notfallmäßiger Einlieferung antibiotisch behandelt und wegen zunehmender Erhöhung der Kohlendioxidkonzentration im Blut durch eine Ausscheidungsschwäche und eine Bewusstseinsstörung auf der Intensivstation nicht-invasiv beatmet. Nach Verlegung in das (nach § 108 SGB V zugelassene) Krankenhaus der Klägerin wurde er dort auf der Abteilung “Beatmungsmedizin/Weaning, pneumologische Intensivstation“ vom 08.12.2017 (14:00 Uhr) - bis 10.12.2017(13.35 Uhr) (unterbrochen von beatmungsfreien Intervallen) über ein Maskensystem im assistierten durchkontrollierten Modus beatmet. Nach Verlegung auf die Normalstation am 12.12.2017 wurde die Maskenbeatmung bis zum 16.12.2017 fortgeführt und dann auf Wunsch des Patienten abgebrochen, der nach Umstellung auf eine palliative Therapie am 19.12.2017 verstarb. Die Klägerin berechnete 8234,89 Euro nach Fallpauschale E40C unter Kodierung von 48 Beatmungsstunden. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, verrechnete später unter Verweis auf eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung jedoch 5615,84 Euro mit anderen, für sich genommen unstreitigen Forderungen: Die Vergütung richte sich nach Fallpauschale E65C, da Beatmungsstunden nicht zu kodieren seien. Der Patient sei nicht auf der Intensivstation behandelt und daher nicht intensivmedizinisch versorgt worden. Zudem habe ein Strukturgespräch am 21.02.2012 ergeben, dass eine intensivmedizinische Versorgung lediglich an 10 von 24 Stunden pro Tag gewährleistet gewesen sei, da der diensthabende Arzt in der verbleibenden Zeit zusätzlich die weiteren Patienten in der gesamten Lungenklinik in L. habe versorgen müssen. Das Sozialgericht hat die Beklagte zur Zahlung des verrechneten Betrags verurteilt: Eine intensivmedizinische Versorgung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinie 1001h sei auch auf einer Station zur Beatmungsentwöhnung (Weaning-Station) grundsätzlich möglich, wie das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen bereits zu einer Intermediate-Care-Station entschieden habe. Das Landessozialgericht hat die Berufung der Beklagten unter Verweis auf die Gründe des Sozialgerichts zurückgewiesen.

Die Revision der Beklagten hat im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das

Landessozialgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung Erfolg gehabt. Es stehe aufgrund der Feststellungen des Landessozialgerichts nicht fest, dass der Beklagten aus dem hier in der Sache umstrittenen Beatmungsfall ein Erstattungsanspruch gegen die Klägerin zusteht. Voraussetzung der abgerechneten Fallpauschale E40C sei, dass die Klägerin die 48 Beatmungsstunden zu Recht kodiert hat. Dies setze unter anderem voraus, dass eine "intensivmedizinische Versorgung" stattgefunden hat. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei Intensivmedizin die Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind. Ziel sei es, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Der Begriff der Intensivmedizin sei funktional an den deutlich gesteigerten Behandlungsnotwendigkeiten für die Aufrechterhaltung der akut bedrohten Überlebensfähigkeit schwer erkrankter Patienten orientiert. Es sei aber kein quantitativer Begriff. Mit dem Begriff der Intensivstation sei keine konkrete apparative oder personelle Mindestausstattung im Sinne von Strukturmerkmalen oder ein konkreter Personalschlüssel für die ärztliche oder pflegerische Tätigkeit verbunden. Die hier maßgebliche Deutsche Kodierrichtlinie 1001l stelle keine über die "intensivmedizinische Versorgung" hinausgehenden Anforderungen auf. Sie stelle auch keinen Bezug zu einer räumlich-organisatorischen Einheit im Sinne einer "Intensivstation" her. Erforderlich sei neben der Beatmungsnotwendigkeit als solcher, dass zumindest eine weitere für das Leben notwendige vitale oder elementare Funktion (Kreislauf, Homöostase oder Stoffwechsel) bei dem Versicherten lebensgefährlich bedroht oder gestört ist. Der Versicherte müsse deswegen zu seiner Überwachung und Behandlung auch insoweit der Mittel der Intensivmedizin bedürfen, also einer umfassenden apparativen und personellen Ausstattung. Wie dies räumlich-organisatorisch im Krankenhaus sicherzustellen ist, regele die Deutsche Kodierrichtlinie nicht. Dies werde in der Regel durch das Vorhalten einer Intensivstation erfolgen. Es sei aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen, dass die notwendigen Geräte auch auf einer anderen Station zum Einsatz kommen können, solange sie im Bedarfsfall am Bett des Patienten unmittelbar zur Verfügung stehen. Auch der Arzt mit Notfallkompetenz müsse nicht zwingend durchgängig auf der Station präsent sein. Er müsse aber erforderlichenfalls unmittelbar, das heißt innerhalb weniger Minuten, eingreifen können.

Quelle: Terminsbericht des BSG zu Urt. v. 27.08.2025, B 1 KR 13/24 R sowie B 1 KR 28/24 R

LSG BaWü: Vollständige Dokumentation der Leistungsinhalte als Voraussetzung für die Vergütung

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) hat in einem Urteil ausgeführt, dass die vollständige Dokumentation der Leistungsinhalte Voraussetzung für die Vergütung ist.

Im vorliegenden Fall streiten die Beteiligten über die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honorarabrechnungen des Klägers – eines Facharztes für Orthopädie – für mehrere Quartale in den Jahren 2014 und

2015. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung hatte auf Grundlage einer Plausibilitäts- und Dokumentationsprüfung Honorarkürzungen vorgenommen und eine Rückforderung in Höhe von 149.263,83 Euro geltend gemacht. Beanstandet wurden unter anderem unzureichende Dokumentationen bei verschiedenen Abrechnungsziffern (GOPen), insbesondere bei Akupunktur-, Chirotherapie-, Punktions- und Analgesieleistungen. Der Kläger wehrte sich gegen die Rückforderung mit dem Argument, die Leistungen seien ordnungsgemäß erbracht worden und die Dokumentation genüge den Anforderungen. Er berief sich zudem auf Vertrauensschutz, da eine frühere Plausibilitätsprüfung durch die Beklagte für zurückliegende Quartale keine Beanstandungen ergeben hatte und er davon ausgegangen sei, seine bisherige Dokumentationsweise sei weiterhin zulässig. Auch habe er keine Hinweise erhalten, dass sich die Anforderungen seitens der Beklagten geändert hätten. Er hätte dadurch keine Möglichkeit gehabt, seine Dokumentationsweise entsprechend zu ändern. Nach erfolglosem Klageverfahren hat der Kläger Berufung beim Landessozialgericht eingelegt.

Das LSG entschied, dass in den hier streitigen Fällen die Beklagte zu Recht festgestellt habe, dass der Kläger den notwendigen Leistungsinhalt der GOPen nicht dokumentiert habe, so dass der jeweilige Inhalt der GOPen nicht vollständig erfüllt sei. Nach ständiger Rechtsprechung sei der Arzt seit jeher verpflichtet, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren. Bereits nach § 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) habe der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung "in geeigneter Weise zu dokumentieren". Weitergehende Dokumentationsanforderungen könnten insbesondere - wie sich auch aus § 87 Abs. 2d Sa. 1 Hs. 2 SGB V ergibt - in der Leistungslegende des EBM-Ä formuliert werden. Eine GOP sei nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung sei gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind (Allgemeine Bestimmungen EBM). Wenn sich begründete Zweifel daran ergeben, dass der Tatbestand einer GOP erfüllt ist, obliege es auch dem Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken, da ihn als Anspruchsteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch treffe. Das gelte vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen müsse der Vertragsarzt in diesen Fällen so genau wie möglich angeben und belegen. Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hänge von den Umständen des Einzelfalles und insbesondere der Art der erbrachten Leistung ab.
Der Kläger könne sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen. Der Vertragsarzt könne auf den Bestand eines vor einer endgültigen Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erteilten Honorarbescheides grundsätzlich nicht vertrauen. Ein Vertrauensschutz komme nur

bei dem Vorliegen einer der vier vom BSG entwickelten Fallkonstellationen in Betracht. Danach könne sich der Arzt auf Vertrauensschutz berufen, wenn (1) die Frist von vier Jahren seit Erlass des Quartalshonorarbescheides bereits abgelaufen ist; (2) die K(Z)ÄV ihre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung bereits "verbraucht" hatte, wenn die K(Z)ÄV die Honoraranforderungen des Vertrags(zahn)arztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüfte und vorbehaltlos bestätigte, indem sie z.B. auf den Rechtsbehelf des Vertrags(zahn)arztes hin die Richtigstellung eines bestimmten Gebührenansatzes ohne jede Einschränkung wieder rückgängig machte, weil dadurch die spezifische Vorläufigkeit eines Honorarbescheides entfallen ist; (3) wenn einer K(Z)ÄV vorzuhalten ist, sie hätte die Vertrags(zahn)ärzte auf ihr bekannte Ungewissheiten hinweisen müssen, habe dies aber unterlassen und dadurch sei bei ihren Mitgliedern schützenswertes Vertrauen entstanden oder (4) wenn die Fehlerhaftigkeit des Bescheides aus Umständen herrührt, die außerhalb des eigentlichen Bereichs einer sachlich und rechnerisch korrekten Honorarabrechnung und -verteilung liegen oder wenn eine K(Z)ÄV eine bestimmte Leistungserbringung in Kenntnis aller Umstände geduldet hat, sie aber später als fachfremd beurteilt. Keiner dieser Punkte ist vorliegend erfüllt.
Quelle: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.05.2025, L 5 KA 2276/24

SG Darmstadt: Abgrenzung abhängige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit eines Physiotherapeuten

Das Sozialgericht Darmstadt (SG) hatte sich im Rahmen des Streits über die Sozialversicherungspflicht eines Physiotherapeuten mit der Abgrenzung einer abhängigen Beschäftigung zu einer selbstständigen Tätigkeit des Physiotherapeuten auseinanderzusetzen.

Die Beteiligten streiten über den sozialversicherungsrechtlichen Status des Klägers. Der Kläger und die Beigeladene stellten einen Antrag auf Statusfeststellung bei der Beklagten. In dem Antrag gab der Kläger an, dass er als freier Mitarbeiter in der Physiotherapie tätig sei. Daneben sei er noch für einen Auftraggeber tätig. Er sei selbstständig tätig. Das monatliche Arbeitsentgelt übersteige regelmäßig 450,-€. Er sei an einer Hoch- oder Fachschule im 5. Semester immatrikuliert. Der Kläger führe selbstständig in freiberuflicher Tätigkeit physiotherapeutische Behandlungen durch. Die Auftragsausführung werde nicht kontrolliert. Er sei nicht weisungsgebunden und lege die Arbeitszeiten selber fest. Es gäbe keine Dienstpläne, lediglich eine Absprache hinsichtlich der Raumbelegung. Die Behandlungen würden entweder in der Praxis oder bei einem Hausbesuch durchgeführt. Der Kläger sei hinsichtlich des Orts der Tätigkeit nicht eingeschränkt. Es gäbe keine Dienstbesprechungen, keine Dienstpläne und keine Dienstkleidung. Der Kläger verfüge über eigene Visitenkarten, Briefbögen etc. Es würden teilweise eigene Betriebsmittel von ihm eingesetzt. Gegenüber Privatpatienten gestalte er seine eigene Preise. Er sei für seine Patienten selbst verantwortlich. Bei Krankheit oder Urlaub habe er einen fi-

nanziellen Verlust und trage somit ein unternehmerisches Risiko. Beide Beteiligte beantragten festzustellen, dass eine Beschäftigung nicht vorliege. Die Beklagte stellte fest, dass in dem Auftragsverhältnis als Physiotherapeut bei der Beigeladenen Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung in der gesetzlichen Rentenversicherung und Versicherungsfreiheit aufgrund abhängiger Beschäftigung in der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bestehe. Folgende Merkmale würden für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis sprechen: Die Tätigkeit werde am Betriebssitz der Beigeladenen unter Nutzung ihrer Infrastruktur und damit in einer fremdbestimmten Arbeitsorganisation ausgeübt. Die Tätigkeit werde ausschließlich höchstpersönlich ausgeübt. Die Beigeladene trage als Praxisinhaberin die fachliche Verantwortung für die seitens des Klägers durchgeführte Behandlungen. Dieser habe keine eigene Betriebsstätte und Kassenzulassung. Die Beigeladene habe ihm die Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt. Es liege kein nennenswerter Kapitaleinsatz vor, sodass auch kein unternehmerisches Risiko bestehe. Der Abrechnungsverkehr für physiotherapeutische Leistungen werde von der Praxis übernommen. Der Erstkontakt mit den Patienten erfolge über die Praxis.

Das SG entschied, dass die Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden zu Unrecht festgestellt habe, dass zwischen dem Kläger und der Beigeladenen ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis und damit eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bestand. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung sei § 7 Abs. 1 SGB IV. Danach sei Beschäftigung die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IV). Nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung setze eine Beschäftigung voraus, dass der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber persönlich abhängig ist. Bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb sei dies der Fall, wenn der Beschäftigte in den Betrieb eingegliedert ist und dabei einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Demgegenüber sei eine selbstständige Tätigkeit vornehmlich durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet. Der Einsatz eigenen Kapitals sei für eine selbständige Tätigkeit typisch. Ob jemand abhängig beschäftigt oder selbstständig tätig ist, hänge davon ab, welche Merkmale überwiegen. Maßgebend sei stets das Gesamtbild der Arbeitsleistung. Grundlage der Beurteilung seien die tatsächlichen Verhältnisse. Im Rahmen der Gesamtabwägung kam das SG sodann zum Ergebnis, dass mehr Anhaltspunkte für das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit und nicht für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung sprechen würden. Dabei erläuterte es zunächst, welche Aspekte nicht automatisch das Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit begründen könnten. Soweit im Vertrag vereinbart wurde, dass sich der Kläger eigenständig um die Anmeldung zur Kranken- und Rentenversicherung, bei der Berufsgenossenschaft, beim Finanzamt und beim Gesundheitsamt anmeldet, könne daraus nicht auf eine selbstständige Tätigkeit geschlossen werden. Die jeweils abzugebende Erklärung würden

das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit voraussetzen, könnten sie aber nicht begründen, da andernfalls die Gefahr eines Zirkelschlusses bestünde. Dies gelte gleichermaßen, soweit der Kläger als Selbstständiger Steuern und Beiträge bezahlt habe. Der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung komme dagegen auch bei abhängig Beschäftigten vor, sodass dies nicht für eine selbstständige Tätigkeit spreche. Es sei zu beachten, dass aus der fehlenden Gewährung bzw. Inanspruchnahme von arbeitsrechtlichen Vergünstigungen (Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) nicht zu schließen sei, dass eine selbstständige Tätigkeit und keine abhängige Beschäftigung vorliege. Aus dem Umstand, dass jemand von seinem Vertragspartner keinen für Beschäftigte typischen sozialen Schutz zur Verfügung gestellt erhalte, könne nicht geschlossen werden, dass ein unternehmerisches Risiko bestünde. Vielmehr sei die fehlende Gewährung von arbeitsrechtlichen Vergünstigungen Folge des Willens der Vertragsparteien, kein abhängiges Beschäftigungsverhältnis zu schließen. Diese willensabhängige Folge könne dann aber nicht als Begründung für das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit herangezogen werden. Folgende Umstände führte das SG dann an, um das Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit zu begründen: Bei dem Kläger habe ein unternehmerisches Risiko bestanden. Ein unternehmerisches Risiko sei gegeben, wenn der Auftragnehmer eigenes Kapital oder die eigene Arbeitskraft auch mit der Gefahr eines Verlustes einsetzt, also der Erfolg der sächlichen oder persönlichen Mittel ungewiss ist. Das Risiko, nicht durchgehend arbeiten zu können, sei zunächst ein Risiko, das auch jeden Arbeitnehmer treffe, der nur Zeitverträge bekommt oder auf Abruf arbeitet und nach Stunden bezahlt oder unständig Beschäftigter ist. Es müsse deshalb ein Wagnis bestehen, das über dasjenige hinausgeht, kein Entgelt zu erzielen. Zum echten Unternehmerrisiko werde dieses Risiko deshalb regelmäßig erst, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen oder Entgelt aus Arbeit erzielt wird und zusätzlich auch Kosten für betriebliche Investitionen und / oder Arbeitnehmer anfallen oder früher getätigte Investitionen brach liegen. Die Belastung mit Risiken im Zusammenhang mit der Verwertung der Arbeitskraft spreche nur dann für Selbständigkeit, wenn ihr eine größere Freiheit bei der Gestaltung und der Bestimmung des Umfangs des Einsatzes der eigenen Arbeitskraft gegenübersteht. Im konkreten Fall würden unter anderem die vom Kläger aufgewandten Kosten für Fortbildungen, die die Voraussetzungen für die Anerkennung der Fortbildungskosten erfüllten, ein solches unternehmerisches Risiko begründen. Es bestehe ein Verlustrisiko des Klägers, soweit sich die Fortbildungskosten im weiteren Verlauf der Tätigkeit nicht amortisieren. Zudem sei der Kläger weder zeitlich noch örtlich weisungsabhängig beschäftigt gewesen, sodass dies nicht für eine abhängige Beschäftigung spreche. Eine Tätigkeit gelte als weisungsgebunden, wenn sie in ihrer gesamten Durchführung vom Weisungsberechtigten bestimmt werden könnte. Das Weisungsrecht des Arbeitsgebers ergebe sich aus § 106 Gewerbeordnung (GewO), wonach der Arbeitgeber im Grundsatz Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen kann. Eine solche einseitige Weisungsmöglichkeit bestehe aber nicht, soweit sich die Vertragsparteien zweiseitig über bestimmte vertragliche Modalitäten geeinigt haben. Der Ort seiner Tätigkeit sei im konkreten Fall nicht

durch eine einseitige Weisung des Beigeladenen festgelegt worden. Nach dem Vertrag hatte der Kläger mit der Beigeladenen vereinbart, dass er in ihren Praxisräumen tätig sein darf. Damit sei der Ort der Tätigkeit zweiseitig festgelegt worden, sodass sich in der Hinsicht nicht auf ein einseitiges Weisungsrecht der Beigeladenen schließen lasse. Der Kläger habe im gesamten Verfahren vorgetragen, dass er seine Arbeitszeiten selbst festgelegt hat. Nach seiner Aussage hatte er sich bemüht, zwei Tage in der Woche da zu sein. Er habe aber bei zu wenigen Terminen auch zeitlich anders disponieren, insbesondere Termine absagen können. Nach Ansicht des Gerichts bestehe eine solche zeitliche Freiheit nur bei einer selbstständigen Tätigkeit. Im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung hätte der Kläger Weisungen im Hinblick auf die Arbeitszeit erhalten. Weiterhin spreche für eine selbstständige Tätigkeit, dass der Kläger seine Patienten aussuchen konnte. Der Kläger habe erklärt, dass er keinen Zugriff auf die Papierdaten der Beigeladenen hatte. Diese bestätigte wiederum, dass sie keinen Zugriff auf das Terminsbuch und die Patientenkartei des Klägers hatte und auch keine Patienten des Klägers behandelt hat. Als weiterer Gesichtspunkt spreche für das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit, dass der Kläger in der Praxis der Beigeladenen seinen eigenen verschließbaren Raum hatte. Die Beigeladene habe bestätigt, dass sie den Raum nur betreten konnte, wenn der Kläger anwesend war. Zudem habe der Kläger seinen Raum auch selbst gesäubert, sodass dies ebenfalls für eine selbstständige Tätigkeit spricht. Dafür spreche auch, dass der Kläger und die Beigeladene sich nicht gegenseitig vertreten haben, sodass diese Gesichtspunkte für eine selbstständige Tätigkeit sprechen. Der Erstkontakt sei zudem über den Kläger und nicht über die Beigeladene zustande gekommen. Weiterhin habe die Beigeladene mit dem Kläger keine Dienstbesprechungen durchgeführt und auch keine Dienstpläne erstellt, in denen der Kläger aufgeführt war. Zudem habe der Kläger schon bei seiner Tätigkeit bei der Beigeladenen eine eigene Patientenkartei gepflegt. Auch dies spreche für das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit. Im Hinblick auf diese Feststellungen könne das Gericht auch keine fachliche Gesamtverantwortung der Klägerin gegenüber den Patienten erkennen.

Quelle: SG Darmstadt, Urt. v. 16.06.2025, S 8 BA 45/21

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: