



Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

Januar 2026

Sehr geehrte Mandantinnen und Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartnerinnen und Geschäftspartner,

wir wünschen Ihnen ein frohes, gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2026!

In der Januar-Ausgabe unseres Newsletters thematisieren wir diesmal beispielsweise die Arbeitnehmereigenschaft eines ärztlichen Krankheitsvertreters in einer zahnärztlichen Praxis (LAG Schleswig-Holstein) oder auch die Anforderungen der ärztlichen Überwachungspflicht bei venösen Blutentnahmen durch nichtärztliches Personal (BayVGH). Darüber hinaus berichten wir über die Haftung eines Cookie-Drittanbieters bei fehlender Einwilligung des Seitenbesuchers (OLG Frankfurt).

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre und einen gelungenen Start in das neue Jahr!

BGH: Hypothetische Einwilligung bei verspäteter ärztlicher Aufklärung	S. 2
OLG Frankfurt: Haftung eines Cookie-Drittanbieters bei fehlender Einwilligung des Seitenbesuchers	S. 5
OLG Schleswig-Holstein: Abweichung von der Heilmittelrichtlinie nicht zwangsläufig Behandlungsfehler	S. 7
LSG Baden-Württemberg: Posttraumatische Belastungsstörung eines Rettungssanitäters ist Berufskrankheit	S. 9
LAG Schleswig-Holstein: Arbeitnehmereigenschaft eines ärztlichen Krankheitsvertreters in einer zahnärztlichen Praxis	S. 10
BayVGH: Anforderungen der ärztlichen Überwachungspflicht bei venösen Blutentnahmen durch nichtärztliches Personal	S. 13
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 18
Echo	S. 19

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

www.GesundheitsRecht.com



Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

BGH: Hypothetische Einwilligung bei verspäteter ärztlicher Aufklärung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass die hypothetische Einwilligung im Sinne von § 630h Abs. 2 S. 2 BGB sich auf die tatsächlich durchgeführte Maßnahme bezieht. Keine hypothetische Einwilligung im Sinne von § 630h Abs. 2 S. 2 BGB kann angenommen werden, wenn der Patient zwar in eine entsprechende, jedoch erst später durchgeführte Maßnahme eingewilligt hätte.

Die Klägerin nimmt die Beklagte nach ärztlicher Heilbehandlung auf materiellen und immateriellen Schadensersatz in Anspruch. Die Klägerin stellte sich am 24. Mai 2013 (Freitag) mit dem Verdacht auf ein linksseitiges Felsenbeinmeningeom in der neurochirurgischen Klinik der Beklagten vor. Dort wurde eine Operationssindikation gestellt und ein Operationstermin für den 28. Mai 2013 (Dienstag) vereinbart. Die Klägerin wurde am 27. Mai 2013 (Montag) zur Operation aufgenommen und über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt. Am 28. Mai 2013 erfolgte eine Teilresektion des Tumors. Die Klägerin behauptet, die Operation habe insbesondere ein chronisches Subduralhämatom, eine therapieresistente Trigemminusneuropathie sowie eine Lähmung der Augen- und Lidmuskulatur des linken Auges verursacht, durch welche ihre Sehfähigkeit erheblich beeinträchtigt sei. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Klägerin, mit der sie ihre Ansprüche nur noch auf eine mangelhafte Aufklärung gestützt hat, hat das Oberlandesgericht zurückgewiesen. Das Berufungsgericht hat ausgeführt, die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Schadenersatzanspruch wegen Fehlens

einer ordnungsgemäßen Aufklärung. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, über Behandlungsalternativen aufzuklären. Zwar sei die Aufklärung der Klägerin über die Risiken der Behandlung am Vorabend der Operation zu spät erfolgt und ihre Einwilligung damit unwirksam. Die Beklagte habe sich jedoch erfolgreich darauf berufen, dass die Klägerin die Einwilligung auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung erteilt hätte und den Eingriff in gleicher Weise von der Beklagten hätte durchführen lassen. Das Aufklärungsgespräch habe am späten Nachmittag oder frühen Abend des 27. Mai 2013 stattgefunden. Diese Aufklärung am Vorabend der Operation sei hier verspätet. Die Umstände des Einzelfalls gäben keinen Anlass, von den in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen abzuweichen. Die Beklagte hätte die Klägerin bereits am Freitag, den 24. Mai 2013 über die Risiken der Operation aufklären können, als ihr zu dem operativen Eingriff geraten und zugleich ein Operationstermin mit ihr vereinbart worden sei. Dies wäre der richtige Zeitpunkt für die Aufklärung gewesen, auch wenn eine rechtzeitige Aufklärung noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich gewesen wäre. Zu diesem Zeitpunkt hätten alle wesentlichen Informationen vorgelegen, die dann auch zu der Entscheidung für die Operation geführt hätten. Die Beklagte habe jedoch dargelegt, dass die Klägerin die Einwilligung auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung erteilt und den Eingriff in gleicher Weise von der Beklagten hätte durchführen lassen. Genüge die Aufklärung nicht den an sie zu stellenden Anforderungen (§ 630e BGB), könne sich der Behandelnde darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte



(§ 630h Abs. 2 Satz 2 BGB). An einen dahingehenden Nachweis, der dem Behandelnden obliege, seien strenge Anforderungen zu stellen, damit nicht auf diesem Weg der Aufklärungsanspruch des Patienten unterlaufen werde. Den Arzt treffe für seine Behauptung, der Patient hätte bei ordnungsgemäßer Aufklärung in den Eingriff eingewilligt, die Beweislast aber erst dann, wenn der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel mache, dass er - wären ihm rechtzeitig die Risiken des Eingriffs verdeutlicht worden - vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, wobei an die Substantiierungspflicht zur Darlegung eines solchen Konflikts keine zu hohen Anforderungen gestellt werden dürften. Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision verfolgt die Klägerin ihre zuletzt gestellten Berufungsanträge weiter.

Der BGH entschied, dass die Begründung des Berufungsgerichts rechtlicher Nachprüfung nicht standhalte. Mit der Begründung könnten Ansprüche der Klägerin wegen unwirksamer Einwilligung in die Operation nicht verneint werden. Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, sei der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Wenn der ärztliche Eingriff nicht durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gedeckt und damit rechtswidrig sei sowie den Arzt insoweit ein Verschulden treffe, hafte der Arzt grundsätzlich für alle den Gesundheitszustand des Patienten betreffenden nachteiligen Folgen. Das Berufungsgericht sei zutreffend davon ausgegangen, dass die Wirksamkeit der Einwilligung voraussetzt, dass der Patient vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis 4 BGB aufgeklärt wurde (§ 630d Abs.

2 BGB). Revisionsrechtlich nicht zu beanzustanden sei die Beurteilung des Berufungsgerichts, dass die Beklagte die Klägerin mangels Gleichwertigkeit nicht über eine Strahlentherapie als Behandlungsalternative aufklären musste (§ 630e Abs. 1 S. 3 BGB). Das Berufungsgericht meint, die Aufklärung der Klägerin am Vorabend der Operation sei jedoch zu spät erfolgt (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB) und ihre Einwilligung sei damit unwirksam (§ 630d Abs. 2 BGB). Die weitere Annahme des Berufungsgerichts, die Beklagte habe sich erfolgreich darauf berufen, dass die Klägerin die Einwilligung auch nach ordnungsgemäßer Aufklärung erteilt hätte und den Eingriff in gleicher Weise von der Beklagten hätte durchführen lassen (§ 630h Abs. 2 Satz 2 BGB, "hypothetische Einwilligung"), halte rechtlicher Prüfung nicht stand. Nach § 630h Abs. 2 S. 2 BGB könne, wenn die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e BGB genüge, der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte. Diese Vorschrift regle die Rechtslage für den Fall einer behaupteten hypothetischen Einwilligung des Patienten nach unterbliebener bzw. unzureichender Aufklärung und soll die dazu bestehende Rechtsprechung des Senats gesetzlich umsetzen. Danach beziehe sich die hypothetische Einwilligung auf die tatsächlich durchgeführte Maßnahme. Dies sei etwa nicht der Fall, wenn der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung nur mit einem weniger weitgehenden Eingriff, einem Eingriff durch einen besonders qualifizierten und erfahrenen Spezialisten oder mit derselben Operation in einer (anderen) Fach- oder Spezialklinik einverstanden gewesen wäre. Dies ergebe sich unter anderem auch aus dem Wortlaut des § 630h Abs. 2 S. 2 BGB ("in die Maßnahme eingewilligt



hätte"). Danach könne auch keine hypothetische Einwilligung im Sinne von § 630h Abs. 2 S. 2 BGB angenommen werden, wenn der Patient zwar in eine entsprechende, jedoch erst später durchgeführte Maßnahme eingewilligt hätte. Das Berufungsgericht habe nicht festgestellt, dass die Klägerin im Fall einer ordnungsgemäßen (d.h. rechtzeitigen) Aufklärung in die durchgeführte Operation eingewilligt hätte. Bereits der rechtliche Ausgangspunkt des Berufungsgerichts sei unzutreffend. Denn es habe insoweit rechtsfehlerhaft nicht auf die hypothetische Einwilligung in die tatsächlich durchgeführte, sondern in eine hypothetische entsprechende, aber später durchgeführte Operation abgestellt. Zunächst führe das Berufungsgericht aus, dass sich die Klägerin auch bei einer rechtzeitigen Aufklärung für eine Operation entschieden und den Eingriff in gleicher Weise hätte durchführen lassen. Schon die Formulierungen "eine Operation" und "in gleicher Weise" deuten darauf hin, dass das Berufungsgericht damit einen hypothetischen späteren Eingriff meint. Weiter führt das Berufungsgericht aus, es gehe "um eine wirksame Zustimmung der Klägerin zu einem operativen Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt". Abschließend heißt es: "Soweit die Berufung darauf abstellt, bei einer Operation zu einem späteren Zeitpunkt hätte nicht sicher mit demselben Gesundheitsschaden gerechnet werden müssen und es könne sein, dass die Nervenbeeinträchtigung bei einer etwas späteren Operation nicht eingetreten wäre, kommt es darauf wegen § 630h Abs. 2 S. 2 BGB nicht an." Ersichtlich gehe das Berufungsgericht davon aus, dass es der Klägerin auch bei rechtzeitiger Aufklärung nicht mehr möglich gewesen wäre, die von ihr gewünschte Zweitmeinung so schnell einzuholen, dass sie ihre Entscheidung

noch vor der durchgeführten Operation hätte treffen können. Vielmehr hätte die Klägerin zwar eine Zweitmeinung eingeholt und sich auch auf dieser Grundlage für die vorgeschlagene Operation entschieden, diese hätte jedoch wegen der zeitlichen Abläufe später durchgeführt werden müssen. Die Entscheidung des Berufungsgerichts erweise sich auch nicht aus anderen Gründen als richtig (§ 561 ZPO). Die Zurechnung des Schadens sei auf Grundlage der bisherigen Feststellungen nicht wegen eines hypothetischen Kausalverlaufs ausgeschlossen. Die Berufung des Schädigers auf rechtmäßiges Alternativverhalten, d.h. der Einwand, der Schaden wäre auch bei einer ebenfalls möglichen, rechtmäßigen Verhaltensweise entstanden (hypothetischer Kausalverlauf), könne nach allgemeinen schadensersatzrechtlichen Grundsätzen und jenseits spezifischer arthaftungsrechtlicher Regeln für die Zurechnung eines Schadenserfolgs beachtlich sein. Dies gelte auch für den Fall, dass die Berufung des Behandlers auf eine hypothetische Einwilligung des Patienten (§ 630h Abs. 2 S. 2 BGB) keinen Erfolg hat. So könne sich der Behandler etwa darauf berufen, dass der Patient zu einem anderen Zeitpunkt eingewilligt hätte, die tatsächlich durchgeführte Maßnahme später durchzuführen, und dass diese zum selben Ergebnis geführt hätte. Steht fest, dass der Arzt dem Patienten durch rechtswidriges ärztliches Handeln einen Schaden zugefügt hat, so müsse der Arzt beweisen, dass der Patient den gleichen Schaden auch bei einem rechtmäßigen Handeln erlitten hätte. Auch soweit es darum geht, ob es zu einem schadensursächlichen Eingriff auch bei zutreffender bzw. rechtzeitiger Aufklärung des Patienten gekommen wäre, liege die Beweislast bei der Behandlungsseite. Dies entspreche dem allgemeinen Grundsatz,



wonach der Schädiger zu beweisen habe, dass sich ein hypothetischer Kausalverlauf bzw. eine Reserveursache ebenso ausgewirkt haben würde wie der tatsächliche Geschehensablauf. Das Berufungsgericht habe sich zwar davon überzeugt, dass die Klägerin sich auf Grundlage auch einer Zweitmeinung für die von der Beklagten empfohlene Operation entschieden hätte und dass diese zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt worden wäre. Allerdings habe das Berufungsgericht - auf Grundlage seiner Rechtsauffassung folgerichtig - schon keine Feststellungen dazu getroffen, welche der von der Klägerin behaupteten Gesundheitsschäden durch die Operation verursacht wurden. Ebenso habe es ausdrücklich keine Feststellungen dazu getroffen, ob diese Gesundheitsschäden durch eine spätere, entsprechende Operation ebenso verursacht worden wären. Insbesondere würde sich dies nicht schon aus der Feststellung ergeben, dass die Klägerin "den Eingriff in gleicher Weise von der Beklagten hätte durchführen lassen".

Quelle: BGH, Urt. v. 25.11.2025, VI ZR 165/23

OLG Frankfurt: Haftung eines Cookie-Drittanbieters bei fehlender Einwilligung des Seitenbesuchers

Das Oberlandesgericht Frankfurt (OLG) hat entschieden, dass das Verbot der Cookie-Speicherung nach § 25 TDDDG sich nicht auf „Anbieter“ im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 1 TDDDG beschränke; vielmehr gelte sie gegenüber jedermann. Jedenfalls aber sei derjenige, der an der Erbringung der Telemedien eines Seitenbetreibers durch Setzung von (Drittanbieter)Cookies mitwirkt, als Anbieter anzusehen.

Die Parteien streiten über die Zulässigkeit der Speicherung und des Auslesens von Cookies durch die Beklagte zu werblichen Zwecken auf bzw. von Endgeräten des Klägers ohne dessen Einwilligung. Bei der Beklagten handelt es sich um ein Technologie- und Analyseunternehmen. Am 22.03.2022 besuchte der Kläger verschiedene Webseiten. Ob, in welchem Umfang und zu welchem Analysezweck die Beklagte im vorliegenden Fall auf Endeinrichtungen des Klägers Cookies setzte, steht in Streit. Der Kläger beauftragte einen Privatgutachter, Herrn Z mit der Begutachtung der Zugriffe durch Werbepattformen auf sein Endgerät. Der Kläger ließ die Beklagte unter dem 22.04.2022 abmahnen und zur Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung auffordern. Der Kläger forderte die Beklagte auch zur unverzüglichen Auskunftserteilung über die personenbezogenen Daten des Klägers auf. Der Kläger hat behauptet, die Beklagte habe ohne Einwilligung auf seinen Endgeräten Cookies gesetzt.

Das OLG bejahte einen Unterlassungsanspruch aus §§ 1004, 823 II BGB i.V.m. § 25 I TDDDG / TTDSG. Nach §§ 25 I, II 1 TDDDG sei es jedem Anbieter von elektronischen Informations- und Kommunikationsdiensten in Deutschland verboten, Informationen in der Endeinrichtung eines Endnutzers zu speichern oder auf diese Informationen zuzugreifen, wenn nicht der Endnutzer auf der Grundlage von klaren und umfassenden Informationen eingewilligt hat. Die Vorschrift setzt Art. 2 Ziff. 5 der sog. Cookie-Richtlinie um. Gemäß Erwägungsgrund 66 der Richtlinie könne das Speichern von Informationen auf den Endeinrichtungen eines Nutzers von legitimen Gründen wie bei manchen Arten von Cookies bis hin



zum unberechtigten Eindringen in die Privatsphäre reichen. Daher sei es von größter Wichtigkeit, dass den Nutzern klare und verständliche Informationen bereitgestellt würden, wenn sie irgendeine Tätigkeit ausführen würden, die zu einer solchen Speicherung führen könnten. Die Vorschrift des § 25 I TDDDG diene folglich ihrem wortlautmäßigen Inhalt und ihrem Zweck nach dem Schutz der Privatsphäre des Endnutzers und letztendlich dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Daneben diene sie auch dem Schutz des Grundrechts auf Gewährleistung der Vertraulichkeit und Integrität informationstechnischer Systeme. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei sie auch Verpflichtete des § 25 TDDDG. Die Verpflichtung nach § 25 TDDDG sei nicht auf „Anbieter“ beschränkt wie andere Verpflichtungen des TDDDG (z.B. § 19); § 25 TDDDG verbiete vielmehr jedermann den Zugriff auf vernetzte Endeinrichtungen ohne die Einwilligung des Endnutzers. Der Tatbestand sei durch die Begriffe „Speicherung“ und „Zugriff“ rein verhaltensbezogen formuliert. Normadressat des Verbots aus § 25 und zugleich Einwilligungsadressat in den Fällen des Abs. 1 bzw. gesetzlich Zugriffsermächtigter in den Fällen des Abs. 2 sei der Akteur, der die konkrete Speicher- oder Zugriffshandlung beabsichtigt. Das könne der Anbieter eines Telemediendienstes sein, ebenso aber auch andere wie Zugriffssinteressierte unabhängig von ihren Motiven. Das Verbot adressiere auch und insbesondere Gefahren wie etwa eingeschleuste Spähsoftware oder Viren (Erwägungsgrund 66 S. 1 Cookie-RL), die üblicherweise nicht von Telemedienangeboten ausgehen. Adressat des § 25 I 1 TDDDG sei daher jede natürliche oder juristische Person, die kausal die Ausfüh-

rung des die Speicherung oder den Zugriff auf die Endeinrichtung umsetzenden Quelltextes veranlasst und der darüber hinaus bei wertender Betrachtung die mit dem Fernzugriff einhergehende Realisierung der Distanzgefahr zuzurechnen ist. Das seien regelmäßig die Personen, die den Quelltext selbst ausführen beziehungsweise ausführen lassen oder für den Endnutzer zum Abruf bereithalten oder bereithalten lassen. Ohne Bedeutung sei, ob diese Personen Anbieter eines Telemediums sind, und von allenfalls indizieller Bedeutung, ob sie datenschutzrechtlich Verantwortliche sind. Im Übrigen wäre die Beklagte auch als „Anbieterin“ iSv § 2 II Nr. 1 TDDDG anzusehen. Danach sei „Anbieter von Telemedien“ jede natürliche oder juristische Person, die eigene oder fremde Telemedien erbringt, an der Erbringung mitwirkt - wobei der Begriff des „Mitwirkenden“ alle Arten von Hilfeleistung erfassen soll - oder den Zugang zur Nutzung von eigenen oder fremden Telemedien vermittelt. § 2 II Nr. 1 TDDDG liege ein funktionales Verständnis zu Grunde, welches in der Praxis zu einem sehr weiten Anwendungsbereich des TDDDG führe, so z.B. auch der Hosting-Provider. Daher sei auch die Beklagte als Anbieterin anzusehen, da sie an der Erbringung der Telemedien der Seitenbetreiber durch die Setzung der Cookies mitwirkt. Der Ansicht des OLG stehe - entgegen der Auffassung der Beklagten - nicht entgegen, dass Verfahren auf Grundlage von § 25 TDDDG (bzw. § 25 TTDSG) bisher nur gegen Webseitenbetreiber geführt worden sein sollen. Dass für ein Verstoß gegen § 25 TDDDG auch der Webseitenbetreiber verantwortlich sein kann, werde vom OLG nicht in Frage gestellt. Dies schließe allerdings nicht aus, dass auch eine Verantwortlichkeit der Beklagten bestehe. Auch die „Orientierungshilfe der



Aufsichtsbehörden für Anbieter:innen von Telemedien“ stehen - unabhängig von der rechtlichen Unverbindlichkeit für das OLG - dem nicht entgegen, weise doch die Beklagte selber darauf hin, dass sich diese Hinweise „vor allem“ an Telemedienanbieter richten soll und eben nicht nur an diese. Dies stehe auch nicht in Widerspruch zu Art. 5 III der Cookie-Richtlinie, die durch § 25 TDDDG umgesetzt wird. Ebenso wie das TDDDG unterscheidet auch die Cookie-Richtlinie zwischen Pflichten, die gegenüber jedermann gelten und Pflichten, die nur Diensteanbieter betreffen sollen. Soweit im „Planet49“-Urteil des EuGH im dritten Leitsatz der Begriff des „Diensteanbieters“ auftaucht, könne dies die Auslegung von Art. 5 III der Cookie-Richtlinie nicht beeinflussen. Leitsätzen komme schon kein rechtlicher Charakter zu, der für die Auslegung einer Norm relevant wäre. Im Übrigen habe sich der EuGH in der Entscheidung an keiner Stelle mit der Frage der Anwendbarkeit von Art. 5 III der Cookie-Richtlinie auf Diensteanbieter befasst. Dass der Leitsatz gleichwohl auf einen Diensteanbieter Bezug nimmt, lasse sich zwanglos durch die Tatsache erklären, dass im Ausgangsverfahren eben ein Diensteanbieter beteiligt war. Die Speicherung von Cookies ohne Einwilligung des Klägers auf dessen Endgerät stellt einen Verstoß gegen § 25 I TDDDG dar.

Quelle: OLG Frankfurt, Urt. v. 11.12.2025, 6 U 81/23

OLG Schleswig-Holstein: Abweichung von der Heilmittelrichtlinie nicht zwangsläufig Behandlungsfehler

Das Oberlandesgericht Schleswig-Holstein (OLG) hat entschieden, dass Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie (hier: verspäteter Beginn

und Nichteinhaltung der Behandlungskontinuität) nicht per se zur Haftung des Behandlers für eingetretene Gesundheitsschäden führen, wenn die Behandlung unter Einhaltung des fachlichen Standards erfolgt ist.

Die Klägerin macht Schadensersatz wegen behaupteter fehlerhafter Behandlung im Rahmen von Physiotherapie geltend. Bei der Klägerin war im Universitätsklinikum ein Teil der 6. Rippe links wegen eines Knochentumors entfernt worden. Nach der Entlassung der Klägerin stellte der behandelnde Orthopäde am 20.11.2020 eine Verordnung zu sechs manuellen Therapien aus, wobei die Anzahl pro Woche zweimal betragen sollte. In der Verordnung war als Diagnose eine primäre Arthrose sonstiger Gelenke, sonstige Lokalisationen (Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule) angegeben sowie Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke). Als Therapieziel genannt wurde eine Funktionsverbesserung. Weiter heißt es: „MRT: degenerative Veränderungen mit foraminale Einengung der unteren HWS.“ In der Verordnung ist handschriftlich eingetragen ein Behandlungsbeginn am 21.12.2020. Die erste Behandlung nach dieser Verordnung erfolgte am 21.12.2020. Die Klägerin informierte den behandelnden Physiotherapeuten über die vorangegangene Operation. Bereits vorher hatten Lymphdrainagen stattgefunden. Am 05.01.2021 erfolgte eine weitere Manualtherapie durch den Physiotherapeuten. Dieser führte zunächst die manuelle Lymphdrainage durch und forderte die Klägerin anschließend auf, sich bäuchlings auf die Behandlungsliege zu legen. Der Physiotherapeut begann alsdann rechts und links der Wirbelsäule mit einer leichten



druckausübenden Massage. Dabei kam es zu einem Knacken. Der Physiotherapeut beendete die Behandlung. Die Klägerin ließ am Folgetag eine Röntgenaufnahme erstellen, bei welcher eine Fraktur der 5. Rippe links festgestellt wurde. Hierfür beansprucht die Klägerin ein Schmerzensgeld von 15.000,00 €, einen Verdienstaufschaden in Höhe von 4.304,63 €, die Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zur Erstattung künftiger Schäden und die Freistellung von außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten. Da die Klage in der ersten Instanz erfolglos blieb, ging die Klägerin in Berufung.

Auch das OLG wies die Klage ab. Der Rahmen der Verordnung bei Durchführung der Behandlung sei ausweislich der Ausführungen des Sachverständigen im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht eingehalten worden. Dass die Behandlung nicht - wie in § 15 Abs. 1 der Heilmittelrichtlinie vorgesehen - innerhalb von 28 Tagen nach Verordnung begonnen wurde, sondern erst drei Tage später, entgegen § 16 Abs. 2 der Heilmittelrichtlinie die in der Verordnung angegebene Therapiefrequenz von zwei Behandlungen pro Woche nicht eingehalten wurde und entgegen § 16 Abs. 3 der Heilmittelrichtlinie die Behandlung zwischen dem 21.12.2020 und dem 05.01.2021 einen Tag länger als 14 Kalendertage unterbrochen wurde, führe hier nicht dazu, dass die Behandlung als behandlungsfehlerhaft im haftungsrechtlichen Sinne zu bewerten sei. Entscheidend für die Frage der Haftung der Beklagten sei Folgendes: Die Behandlung habe nach § 630a Abs. 2 BGB nach dem zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard zu erfolgen. Der Standard gebe Auskunft darüber, welches Verhalten von

einem gewissenhaften und aufmerksamen Behandler in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden könne. Der Standard repräsentiere den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrungen, die zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich sei und sich in der Erprobung bewährt habe. Die Frage, welche Maßnahmen der Behandler aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten in der jeweiligen Behandlungssituation ergreifen muss, richte sich in erster Linie nach medizinischen Maßstäben, die der Tatrichter mit Hilfe eines Sachverständigen zu ermitteln habe. Er dürfe den medizinischen Standard grundsätzlich nicht ohne eine entsprechende Grundlage in einem Sachverständigengutachten oder gar entgegen den Ausführungen des Sachverständigen aus eigener Beurteilung heraus festlegen. Die Heilmittelrichtlinie biete bezogen auf den hier vorliegenden Fall keine Grundlage, von der Bewertung des Sachverständigen abzuweichen. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V seien untergesetzliche Rechtsnormen, die verbindlich regeln, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und für Ärzte, Krankenkassen und Versicherte bindend sind. Sie würden den zu beachtenden (Mindest-) Standard wiedergeben und ein Verstoß, indiziere einen Behandlungsfehler. Allerdings dienen die vertragsarztrechtlichen Richtlinien auch Wirtschaftlichkeitszielen und seien nicht auf den jeweiligen Einzel-



fall bezogen. Die Beurteilung, ob eine Abweichung von Richtlinien oder Leitlinien einen Behandlungsfehler im haftungsrechtlichen Sinn darstellt, obliege daher - auch unter Berücksichtigung von Zielrichtung und Legitimation der Richtlinie - letztlich dem sachverständig beratenen Gericht. Da keine Anhaltspunkte dafür gegeben seien, dass eine Verzögerung der verordneten Therapieeinheiten von wenigen Tagen oder der Ausfall einer wöchentlichen Therapieeinheit Auswirkungen auf den gewünschten Behandlungserfolg hätte haben können, sondern die Tatsache, dass die Klägerin eine entsprechende Verordnung bereits im Oktober 2020 erhalten und nicht eingelöst hatte, eher dagegen spreche, sei nachvollziehbar, dass das Landgericht mit dem Sachverständigen, dem die Daten bekannt waren, nicht von einer Standardunterschreitung ausgegangen ist. Selbst wenn man aufgrund der Verstöße gegen die Heilmittel-Richtlinie von einem Behandlungsfehler ausgehen würde, würde die Beklagte nicht haften, da der geltend gemachte Schaden jedenfalls nicht durch diesen Behandlungsfehler verursacht worden wäre. Die durchgeführte Weichteilbehandlung sei nicht fehlerhaft gewesen und Anhaltspunkte dafür, dass eine Verzögerung der Behandlung ursächlich für die geklagte Rippenfraktur war, würden nicht vorliegen. Angesichts der Tatsache, dass dies zu einem größeren zeitlichen Abstand zur vorangegangenen Operation führte, die die Klägerin für risikoe erhöhend hält, sei dies vielmehr eher unwahrscheinlich. Eine grob fehlerhafte Behandlung ohne ärztliche Verordnung liege entgegen der Ansicht der Klägerin nicht vor. Soweit § 16 Abs. 4 Heilmittelrichtlinie die Unwirksamkeit der Verordnung anordnet, führe dies nicht dazu, dass die Verordnung als Grundlage der physiotherapeutischen

Behandlung entfalle, sondern lediglich zu einem Entfallen der Leistungspflicht der Krankenkasse. Auch wenn die Verzögerung - sozialrechtlich - zu einer Unwirksamkeit der Verordnung führt, sei darin - insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Behandlungszeitraum 21.12.2020 bis 05.01.2021 eine Vielzahl von Feiertagen umfasste - jedenfalls kein grober Behandlungsfehler zu sehen, zumal Diagnosestellung und Therapieentscheidung durch einen Arzt erfolgten und als Behandlungsgrundlage geeignet gewesen seien.

Quelle: OLG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.08.2025, 4 U 26/25

LSG Baden-Württemberg: Posttraumatische Belastungsstörung eines Rettungssanitäters ist Berufskrankheit

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eines Rettungssanitäters, der in seinem Berufsleben wiederholt schwerwiegenden Ereignissen ausgesetzt gewesen ist, ist wie eine Berufskrankheit anzuerkennen, entschied das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG).

Der Kläger war fast drei Jahrzehnte als Rettungssanitäter in der Region Stuttgart tätig. In dieser Zeit war er u.a. in der Versorgung von Opfern beim Amoklauf von Winnenden, nach Auseinandersetzungen im Bandenkrieg der „Black Jackets“ in Esslingen, bei Suiziden (auch von Kollegen), bei Bahnunglücken und anderen schweren Unfällen sowie bei teilweise stundenlangen Babyreanimationen mit negativem Ausgang eingesetzt. Ab 2016 wurde er wegen einer PTBS behandelt und musste im Weiteren seine Tätigkeit aufgeben. Die beklagte gesetzliche Unfallversicherung lehnte die Anerkennung der PTBS als Berufskrankheit ab, da



diese nicht zu den in der Berufskrankheiten-Liste genannten Erkrankungen gehöre (sog. Listenprinzip). Auch eine Anerkennung wie eine Berufskrankheit (sog. „Wie-BK“) komme nicht in Betracht, da seit der letzten Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung keine neuen Erkenntnisse zur Bedeutung von psychischen Belastungsstörungen für bestimmte Berufsgruppen (hier: im Rettungsdienst) vorlägen. Vor Gericht blieb der Kläger zunächst – auch vor dem Landessozialgericht – erfolglos. Das Bundessozialgericht sah dagegen eine Wie-BK als möglich an und verwies den Rechtsstreit an das LSG Baden-Württemberg zurück. Rettungssanitäter seien während ihrer Arbeitszeit einem erhöhten Risiko der Konfrontation mit traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt, welche Ursache einer PTBS sein könnten. Ob dies beim Kläger tatsächlich der Fall sei, bedürfe noch weiterer Feststellungen.

Nach Durchführung medizinischer Ermittlungen hat das LSG die Beklagte nun verurteilt, die PTBS des Klägers als Wie-BK anzuerkennen. Der Kläger sei im Rahmen seiner Tätigkeit als Rettungssanitäter mehreren traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt gewesen und habe im Anschluss an einzelne Einsätze jeweils akute Belastungsreaktionen entwickelt. Da sich der schädliche gesundheitliche Effekt dieser einzelnen Belastungsreaktionen zu einer zunehmenden seelischen Labilisierung und Schwächung der seelischen Abwehrstrukturen aufaddiert habe (sog. „Building-Block-Effekt“), sei die fortgesetzte Traumatisierung schließlich in Gänze nicht mehr kompensierbar gewesen. Die PTBS sei dann ab April 2016 in klinisch schwerer Ausprägung zu Tage getreten. Der Kläger leide insbesondere unter sich aufdrängenden Erinnerungen mit ausgeprägter innerer Bedrängnis und

benötige im Anschluss daran bisweilen mehrere Stunden, um seinen Alltag wieder gelassener bewältigen zu können oder gleite in tagelang währende Stimmungstiefs ab. Andere Auslöser der PTBS als die berufliche Tätigkeit seien nicht ersichtlich, so das LSG.

Quelle: Pressemitteilung des LSG Baden-Württemberg zu Ur. v. 14.11.2025, L 8 U 3211/23 ZVW

LAG Schleswig-Holstein: Arbeitnehmereigenschaft eines ärztlichen Krankheitsvertreters in einer zahnärztlichen Praxis

Im Rahmen einer Entscheidung hatte sich das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein (LAG) mit dem Vorliegen der Arbeitnehmereigenschaft eines ärztlichen Krankheitsvertreters zu befassen.

Die Beklagte ist Zahnärztin und betreibt eine Zahnarztpraxis. Da sie nach einer Operation an der Hand ihren Beruf vorübergehend nicht ausüben konnte, suchte sie eine befristete Vertretung. Der Kläger ist Zahnarzt in Rente und bewarb sich auf die Stellenausschreibung der Beklagten im Portal der Zahnärztekammer. Es fand ein Vorstellungsgespräch zwischen dem Kläger und der Beklagten statt, dessen Inhalt zwischen den Parteien teilweise streitig ist. Die Parteien einigten sich darauf, dass der Kläger vertretungsweise bis Ende Mai 2024 als Zahnarzt in der Praxis der Beklagten tätig sein sollte und die Sprechzeiten montags und dienstags von 13:00 Uhr bis 18:00 Uhr sowie am Mittwoch bis Freitag von 09:00 – 13:00 Uhr abdecken sollte. Die Parteien vereinbarten einen Stundenlohn von 100,00 Euro pro Stunde. Urlaubstage und Feiertage sollten nicht vergütet werden. Die Parteien streiten im konkre-



ten Fall über die Zulässigkeit des Rechtswegs zu den Gerichten für Arbeitssachen, also dem Vorliegen über die Arbeitnehmereigenschaft des ärztlichen Vertreters. In der Hauptsache streiten die Parteien um Vergütungsansprüche des Klägers gegen die Beklagte aufgrund einer Tätigkeit als Zahnarzt, die hier aber nicht näher beleuchtet werden sollen.

Der Kläger ist Arbeitnehmer der Beklagten gewesen, entschied das LAG. Arbeitnehmer sind nach § 5 Abs. 1 S. 1 ArbGG Arbeiter und Angestellte sowie die zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten. Die Arbeitnehmereigenschaft eines Klägers setzt nach § 611a Abs. 1 BGB voraus, dass er im Dienste der beklagten Partei zur Leistung weisungsgebundener, fremdbestimmter Arbeit in persönlicher Abhängigkeit verpflichtet war. Dies ist aufgrund einer Gesamtbetrachtung aller Umstände festzustellen. Dabei ist es weder erforderlich, dass alle den Typus "Arbeitsvertrag" kennzeichnenden Merkmale vorliegen, noch gibt es ein Einzelmerkmal, dass aus der Vielzahl möglicher Merkmale unverzichtbar vorliegen muss, damit man von persönlicher Abhängigkeit sprechen kann. Dogmatischer Ausgangspunkt ist insoweit nicht ein tatbestandlich scharf umrissener Arbeitnehmerbegriff, sondern eine typologische Bestimmung des Arbeitnehmers. Ob jemand beschäftigt oder selbstständig tätig ist, richtet sich danach, welche Umstände das Gesamtbild der Arbeitsleistung prägen und hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen. Inwieweit sich aus der praktischen Handhabung der Vertragsbeziehungen eine persönliche Abhängigkeit ergibt, hängt daher wesentlich von der Eigenart der Tätigkeit, von dem rechtlichen Umfeld, in dem die Tätigkeit erfolgt, sowie in gewissem Maße von der Verkehrsanschauung ab. Für die arbeits-

und sozialversicherungsrechtliche Einordnung einer Praxisvertretung bietet das (Kassen-) Arztrecht allerdings wenig Anhaltspunkte. Ebenso wenig lässt sich eine feste Verkehrsanschauung hinsichtlich des arbeitsrechtlichen Status von Vertretungsärzten feststellen. Das traditionelle Bild von der Tätigkeit eines Honorararztes, wie es auch den Parteien bei Abschluss ihres Vertrages vorschwebte, sei noch weitgehend von der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geprägt gewesen, wonach es zur Bejahung einer selbstständigen Tätigkeit des Vertreters ausreichte, dass er keinen Beschränkungen unterlag, die über die Verpflichtung zur Benutzung der Praxisräume, zur Einhaltung der Sprechstunden und zur Abrechnung im Namen des Praxisinhabers hinausgingen. Eine solche generelle Einordnung der honorarärztlichen Tätigkeit sei heute aber selbst nach Einschätzung der Ärzteschaft nicht mehr angezeigt. Bezogen auf den vorliegenden Fall seien folgende Feststellungen zu treffen, die bei der gebotenen Gesamtbetrachtung für das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses sprechen würden: Nach dem gelebten Modell der Parteien in der Vertretungszeit sei der Kläger nicht berechtigt gewesen, seine Arbeitszeit frei einzuteilen. Diese seien ihm detailliert einschließlich der Lage und Dauer in Teilzeit für die Tage montags und dienstags von 13:00 Uhr bis 18:00 Uhr sowie am Mittwoch bis Freitag von 09:00 - 13:00 Uhr vorgegeben gewesen. Der Kläger sei demgemäß aufgrund dieser Vereinbarung nicht mehr im Sinne von § 611a Abs. 1 Satz 3 BGB berechtigt gewesen, seine Arbeitszeit zu bestimmen. Der Kläger habe aufgrund der festgelegten Arbeitszeit auch rein faktisch nicht mehr in beachtlichem Umfang für andere Auftraggeber tätig sein können, da er an jedem Tag



der Woche mindestens halbtags Sprechzeiten abhalten musste. Unter Berücksichtigung von Vor- und Nacharbeiten habe er für sich nicht mehr werbend am Markt auftreten können. Dies zeige sich auch daran, dass der Kläger in den verbleibenden Zeiten in der Praxis der Beklagten keine eigenen Patienten behandelt hat. Ihm sei kein Wochentag geblieben, an dem er anderweitig hätte tätig werden können. Angesichts der kurzen Dauer der Vertretungstätigkeit des Klägers sei ihm der Aufbau eines eigenen Patientenstamms auch kaum möglich gewesen. Diese Vorgaben einer Möglichkeit in beachtlichem Umfang für weitere Auftraggeber tätig zu sein und dementsprechend werbend am Markt aufzutreten, seien ein typisches Merkmal für eine selbständige Tätigkeit. Dass der Kläger innerhalb der vereinbarten Arbeitszeiten seinen medizinischen Auftrag im eigenen Ermessen und unter Berücksichtigung seiner medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen gestalten konnte und damit keinen Einzelanweisungen der Beklagten unterlag, liege in der Eigenart der zahnärztlichen Praxisvertretung und spreche nicht gegen das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses. Ärzte handeln bei medizinischen Heilbehandlungen und Therapien grundsätzlich eigenverantwortlich und frei. Hieraus könne nicht auf eine selbständige Tätigkeit geschlossen werden. Der Kläger habe hingegen über keine eigenen Betriebsmittel verfügt, da er vollständig die Einrichtungen der Praxis nutzte. Er sei damit voll in die Arbeitsabläufe der Praxis eingegliedert gewesen. Er habe mit dem angestellten Praxispersonal zusammen gearbeitet, sei auf dessen Unterstützung angewiesen gewesen und habe diesen gegenüber fachliche Weisungen erteilen müssen. Der Kläger habe die bereits durch die Beklagte einbestellten Patienten behandelt.

Die Tätigkeit des Klägers sei damit vollständig von den bestehenden Praxisabläufen und -gegebenheiten geprägt gewesen, in deren Dienst er die Arbeit verrichtete. Seine Arbeitsleistung sei damit fremdbestimmt gewesen, da sie sich als funktionsgerechte, dienende Teilhabe am Arbeitsprozess darstellte. Soweit die Beklagte vorträgt, sie habe auf der Vorlage einer Berufshaftpflichtversicherung durch den Kläger bestanden, führe dies nicht zur Annahme einer selbstständigen Tätigkeit. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflicht wurzele nicht in der Selbstständigkeit, sondern sei berufsrechtlicher Natur, da Ärzte seit jeher verpflichtet sind, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Dieser Aspekt präge die ärztliche Tätigkeit ohnehin nicht entscheidend. Entscheidend für die Annahme eines Arbeitsverhältnisses sei letztlich, dass der Kläger kein unternehmerisches Risiko trug wie es für Selbständige üblich ist. Zu einer erforderlichen eigenverantwortlichen Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit gehöre es, dass der Arzt ein wirtschaftliches Risiko trägt. Es müsse maßgebend von seiner Arbeitskraft abhängen, in welchem Umfang seine freiberufliche Tätigkeit Einkünfte einbringt. An den Honoraren der Beklagten sei der Kläger nicht beteiligt gewesen. Der Kläger habe seine Vergütung von der Beklagten erhalten. Soweit das Arbeitsgericht auf die Höhe des Stundenhonorars abgestellt hat und des Weiteren angenommen hat, dass hierin bereits eine Gewinnbeteiligung pauschaliert enthalten sei, würden sich hierfür keinerlei Anhaltspunkte in der Akte ergeben. Das Beschwerdegericht (das LAG) könne nicht feststellen, dass ein Stundenhonorar von 100 Euro weit über dem liegt, was üblicherweise im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses für



angestellte Ärzte vereinbart wird. Die Höhe des Honorars hänge in der Regel von der Qualifikation des Arztes, der Dauer der Vertretung und den damit verbundenen Aufgaben ab. Im Übrigen obliege es den Parteien sich im Rahmen der Vertragsfreiheit auf ein Stundenhonorar zu verständigen. Auch die Tatsache, dass der Kläger während des Urlaubs und an Feiertagen kein Honorar erhalten sollte, spreche nicht gegen die Annahme eines Arbeitsverhältnisses. Zum einen sei bereits fraglich, ob eine derartige Regelung aufgrund der zwingenden gesetzlichen Regelungen des BUrlG durchgegangen hätte, zum anderen möge tatsächlich von den Parteien gewollt gewesen sein, dass mit dem Stundenhonorar alle weiteren Ansprüche des Klägers auf Urlaubsentgelt und Feiertagsbezahlung abgegolten sein sollte. Dies habe der „schlanken“ Abrechnungspraxis der Parteien entsprochen nur das abzurechnen, was durch den Kläger geleistet worden ist. Ein wirtschaftliches Risiko habe der Kläger jedenfalls nicht getragen. Auch die Tatsache, dass der Kläger der Beklagten Rechnungen gestellt hat, lasse nicht auf eine Selbständigkeit des Klägers schließen. Selbst wenn beide Seiten davon ausgingen, dass eine Tätigkeit auf selbständiger Basis gewollt war, komme es hierauf ersichtlich nicht an, da weder die Bezeichnung des Vertrages noch der Wille der Parteien ausschlaggebend für die rechtliche Einordnung seien. Entscheidend sei die gelebte Praxis und deren rechtliche Bewertung. Danach sei die Tätigkeit des Klägers im Rahmen der Vertretungszeit bei der Beklagten als Arbeitsverhältnis zu qualifizieren.

Quelle: LAG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 08.04.2025, 2 Ta 27/25

BayVGH: Anforderungen der ärztlichen Überwachungspflicht bei venösen Blutentnahmen durch nichtärztliches Personal

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) hat sich mit den Anforderungen der ärztlichen Überwachungspflicht bei venösen Blutentnahmen durch nicht-ärztliches Personal auseinandergesetzt.

Die Klägerin wendet sich gegen eine Untersagungsverfügung betreffend die Durchführung von (venösen) Blutentnahmen durch nichtärztliche Fachkräfte. Die Klägerin bietet deutschlandweit für die Kunden von Versicherungsgesellschaften im Auftrag des (potentiellen) Versicherers verschiedene Dienstleistungen bei der Durchführung von Gesundheitsprüfungen vor dem Abschluss einer Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung an. Unter anderem werden am Arbeitsplatz des Kunden oder bei diesem zu Hause ein Gesundheitsfragebogen bearbeitet sowie (venöse) Blutentnahmen vorgenommen mit der Bestimmung von im Vorfeld von der Versicherungsgesellschaft festgelegten Laborwerten und Testungen. Die Leistungen – einschließlich Blutentnahme – werden hierbei nicht durch Ärzte erbracht, sondern durch medizinisches Fachpersonal. Nach Angaben der Klägerin führen etwa 100 nicht-ärztliche Mitarbeiter deutschlandweit ca. 6.000 bis 7.000 Blutentnahmen pro Jahr aus. Im Vorfeld zur Blutentnahme erhält der Kunde ein Informationsblatt „Aufklärung zur Blutentnahme“, in dem er (neben den möglichen Risiken und Nebenwirkungen einer Blutentnahme) darauf hingewiesen wird, dass die Blutentnahme von medizinischem Fachpersonal vorgenommen wird. Der Kunde erhält eine vorab zu unterschreibende „Einwilligungserklärung“, die auch die Angabe



von bei der Blutentnahme zu beachtenden Besonderheiten (Rollvenen, Gefährdung kurzer Ohnmacht, Einnahme blutverdünnender Medikamente, Chemotherapie, Lymphknotenentfernung etc.) vorsieht. Die Dokumentation weiterer Angaben und Informationen ist im Termin selbst vorgesehen. Die Klägerin beschäftigt auf Minijob-Basis (Tätigkeitsumfang: weniger als 6 Stunden im Monat) einen Arzt aus einem Klinikum als Arzt im „Homeoffice“. Der Arzt ist bei den Terminen mit den Versicherungskunden regelmäßig nicht anwesend, sondern gibt im Vorfeld definierte Standards vor, die er zu gegebener Zeit weiterentwickelt. Für die möglichen Risiken einer Blutentnahme ist eine Bewertungsmatrix mit Risikoeinteilung in drei Klassen erstellt worden, welche auf das vorliegende Risiko abgestimmte Handlungsweisen vorsieht. Ferner wählt der Arzt nach Auskunft der Klägerin alle Mitarbeiter aus, die von der Klägerin mit Blutentnahmen beauftragt werden, und „zertifiziert“ diese. Auch die Auswertung von zu protokollierenden Komplikationen bei der Blutentnahme und etwaigen Lösungsmöglichkeiten obliegt dem bei der Klägerin beschäftigten Arzt. Am 20. Januar 2021 erließ das Landratsamt E den streitgegenständlichen Bescheid. Der Klägerin wird darin spätestens ab dem siebten Tag der Bestandskraft des Bescheids untersagt, Blutentnahmen durchzuführen bzw. durchführen zu lassen, ohne dass deren ausreichende ärztliche Überwachung gewährleistet ist, oder, ohne dass die damit beauftragten Mitarbeiter Inhaber einer Heilpraktikererlaubnis sind. Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Klage. Das Verwaltungsgericht (VG) wies die Klage jedoch ab. Die Klägerin hat gegen das Urteil die Zulassung der Berufung beantragt.

Der BayVGH lehnte den Antrag der Klägerin auf Zulassung der Berufung ab. Der BayVGH teilt in vollem Umfang die Auffassung des Verwaltungsgerichts, dass die auf Art. 7 Abs. 2 Nr. 1 LStVG i.V.m. § 5 HeilprG gestützte Untersagungsanordnung, die die unzulässige Ausübung der Heilkunde verbietet – hier in Form der (venösen) Blutentnahme durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal ohne Gewährleistung ausreichender ärztlicher Überwachung – rechtmäßig sei. Die im Rahmen von Gesundheitsprüfungen von Versicherungsgesellschaften durchgeführten Blutentnahmen würden eine erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde im Sinne von § 1 Abs. 1 und Abs. 2 HeilprG darstellen, bei denen es sich in der von der Klägerin praktizierten Form nicht um eine in zulässiger Weise delegierte Leistung handelt. Ausübung der Heilkunde nach § 1 Abs. 2 HeilprG sei jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen. Das Gesetz stelle dabei nicht auf die Behandlungsweise und -methode ab. Wegen der mit dem Erlaubniszwang verbundenen Beschränkung der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG liege nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) in verfassungskonformer Auslegung der Vorschriften stets dann Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes vor, wenn die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung ärztliche Fachkenntnisse voraussetzt, und wenn die Behandlung – bei generalisierender und typisierender Betrachtung der in Rede stehenden Tätigkeit – gesundheitliche Schädigungen verursachen kann, wobei nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ein nur geringfügiges Gefahrenmoment („Gefährdungs-



potential“) nicht ausreicht, um die Erlaubnispflicht nach § 1 Abs. 1 HeilPrG auszulösen. Die Klägerin hatte eingewendet, dass die Kunden der Versicherungsunternehmen nicht krank oder akut behandlungsbedürftig seien und die Tätigkeit der Klägerin auch nicht der „Feststellung“ einer Erkrankung diene. Der BayVGH tritt dem entgegen und führte dazu aus, dass der Begriff „Feststellung“ alle Tätigkeiten erfasse, die die Entscheidung über das Vorliegen einer Krankheit ermöglichen sollen, also insbesondere Untersuchungen und Befunderhebungen, wofür die (venöse) Blutentnahme geradezu ein typisches Instrumentarium ist. Der Begriff Krankheit sei weit auszulegen und umfasse jede, auch nur unerhebliche oder vorübergehende Störung der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die geheilt oder gelindert werden kann. Ausgeschlossen würden lediglich normale Funktions- und Leistungsschwankungen, denen der Körper von Natur aus ausgesetzt ist, wie z.B. Alter, Müdigkeit und Hunger. Entgegen der Auffassung der Klägerin, wonach sich aus den Laborwerten des Blutes allenfalls für den Versicherer ein mittelbarer Indikator für die Risikoabwägung im Hinblick auf eine gewisse Wahrscheinlichkeit des späteren Auftretens von Gesundheitsbeeinträchtigungen ergebe, eine Krankheit aber noch nicht festgestellt werden könne, handele es sich auch im vorliegenden Fall um die Feststellung einer „Krankheit“ im weit auszulegenden Sinn. Es soll durch die Blutentnahmen festgestellt werden, ob beim Kunden ein in gesundheitlicher Hinsicht von der Norm abweichendes Erscheinungsbild vorhanden ist, das mit einem gewissen Grad an Wahrscheinlichkeit auf vorhandene oder in der Zukunft auftretende Gesundheitsbeeinträchtigungen hinweist. Im Übrigen habe das BVerwG im Hinblick

auf die (dort kosmetische) Zielsetzung eines Eingriffs (Faltenunterspritzung) entschieden, dass die Beantwortung der Frage nach der Einordnung des Eingriffs als Ausübung der Heilkunde im Wesentlichen von der Einschätzung der mit dieser Tätigkeit verbundenen Risiken – und damit nicht von der Zielsetzung – abhängen. Der Einwand der Klägerin, dass es sich bei der Blutentnahme um eine Tätigkeit handele, die keine nennenswerten Gesundheitsgefährdungen zur Folge haben könne, treffe nicht zu. Eine venöse Blutentnahme könne vielmehr durchaus nennenswerte Gesundheitsgefährdungen zur Folge haben. Als invasive Maßnahme sei sie zweifellos eine medizinische bzw. ärztliche Verrichtung, die auch zu Komplikationen bis hin zu Notfällen und damit zu einer Gesundheitsgefahr für den Betroffenen führen kann. Die (venöse) Blutentnahme erfordere ärztliche Fachkenntnisse, um sie sachgerecht ausführen und daraus drohende unmittelbare Gefahren für die Gesundheit des Betroffenen vermeiden zu können. Bei venösen Blutentnahmen werden mit Hilfe einer Hohladel Venen – meist in der Armbeuge – punktiert, so dass Kenntnisse insbesondere zu den Blutgefäßen, Einstichtiefe und -winkel unerlässlich seien. Die Klägerin selbst weise in ihrem Informationsblatt „Aufklärung zur Blutentnahme“ auf zahlreiche „Risiken und Nebenwirkungen einer Blutentnahme“ von unterschiedlicher Schwere und (Eintritts-) Wahrscheinlichkeit hin. Bei nicht sachgerechter Handhabung, insbesondere Nichtbeachtung anerkannter Hygieneregeln, bestünde Infektionsgefahren bis hin zu Hepatitis- und HIV-Infektionen. Ob das Gefahrenmoment geringfügig ist, könne nur auf Grund einer generalisierenden und typisierenden Betrachtung der in Rede stehenden Tätigkeit beurteilt



werden. Es komme dabei nicht maßgeblich darauf an, ob und welche Gefährdungen gerade von der Klägerin ausgehen, sondern darauf, welche Gefährdungen generell bei Personen zu besorgen seien, die venöse Blutentnahmen durchführen ohne im Besitz der Approbation als Arzt oder der Erlaubnis nach § 1 HeilprG zu sein. Die Klägerin rügt weiter, das Verwaltungsgericht habe zu Unrecht angenommen, dass im vorliegenden Fall jedenfalls die Grenzen der zulässigen Delegation überschritten worden seien. Dabei werde übersehen, dass der sog. Arztvorbehalt durch zahlreiche gesetzliche Regelungen in vielen Punkten selbst im Rahmen der Ausübung der Heilkunde weitgehend aufgeweicht bzw. die Anforderungen an die Anwesenheit des Arztes bei Blutentnahmen herabgesetzt worden seien. In der Praxis würden Blutentnahmen zu 100% nicht durch Ärzte selbst, sondern stets durch geschultes medizinisches Fachpersonal vorgenommen. Auch dieser Ansicht ist der BayVGH entgegen getreten: Bei der venösen Blutentnahme (unterstützende Maßnahme der Diagnostik) handele es sich zwar um eine delegationsfähige ärztliche Leistung, die üblicherweise von qualifizierten Fachkräften auf Anordnung und unter Verantwortung eines Arztes vorgenommen wird. Der BayVGH teilt jedoch die Auffassung des Verwaltungsgerichts, dass es sich in der von der Klägerin praktizierten Form in der Gesamtschau nicht um eine in zulässiger Weise delegierte ärztliche Leistung handelt, weil insbesondere eine ausreichende ärztliche Überwachung unter Berücksichtigung des vorliegenden Konzepts der Klägerin nicht gewährleistet sei. Angesichts von Sinn und Zweck des Erlaubnisvorbehalts in § 2 Abs. 1 BÄO und § 1 Abs. 1 HeilprG, nämlich dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, sei nicht zu beanstanden, dass das

Verwaltungsgericht zur Konkretisierung des für eine zulässige Delegation heranzuziehenden Maßstabs auf die insbesondere im Sozialrecht für die Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich der (klassischen) Heilbehandlung entwickelten Vorgaben und Wertungen zurückgegriffen habe. Der delegierende Arzt habe hinsichtlich der delegierten Leistung eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht. Er habe sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er habe ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht; vgl. § 4 Abs. 2 S. 1 und 2 der Anlage 24 zum BMV-Ä). Die Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters sei ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung (vgl. z.B. § 4 Abs. 2 S. 3 der Anlage 24 zum BMV-Ä). Die Klägerin werfe vor dem Hintergrund der erkennbaren Bestrebungen des Gesetzgebers für eine eigenverantwortliche und selbständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch bestimmte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe insbesondere die Frage nach dem erforderlichen Umfang der ärztlichen Überwachungspflicht auf. Sie ist der Auffassung, dass im Rahmen der Delegation nicht mehr grundsätzlich eine unmittelbare Anwesenheit und persönliche Aufsicht durch den jeweils verantwortlichen Arzt gefordert werde. Der bisherige Gesellschaftsarzt der Klägerin sei derzeit grundsätzlich fernmündlich erreichbar, könne jedoch keine hundertprozentige Verfügbarkeit garantieren. Bereits jetzt hätten die bei der Klägerin tätigen medi-



zinischen Fachkräfte im (höchst unwahrscheinlichen) Falle eines Notfalles insbesondere die Option den Notruf zu wählen. Nach BayVGH gelte als Grundregel nach wie vor, dass eine Abwesenheit des Arztes um so eher hingenommen werden könne, je höher die Qualifikationen und Erfahrungen des Mitarbeiters in Bezug auf die delegierte Leistung sind und je geringer das mit der Leistung für den Patienten verbundene Gefährdungspotential ist. Bei Tätigkeiten, die zwar nicht dem Arzt vorbehalten bleiben, aber doch bereits gefahrträchtig sind, werde eine unmittelbare ärztliche Aufsicht über die Durchführung der übertragenen Maßnahmen erforderlich sein. Bei wenig gefährlichen delegierbaren Tätigkeiten könne genügen, dass der Arzt ständig und zügig erreichbar ist. Die Anordnung der Blutentnahme und die Entscheidung über die Delegation bleibe allein dem Arzt vorbehalten. Als Ausgangslage sei von den in der Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung niedergelegten Grundsätzen auszugehen (Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen), die auch vielen Veröffentlichungen im einschlägigen Bereich zugrunde liegt. So durften beispielsweise vom Arzt im Einzelfall vorher angeordnete Blutentnahmen in der Zeit vor Beginn der Sprechstunde durchgeführt werden, wenn der Arzt erreichbar war und notfalls kurzfristig persönlich in der Praxis sein konnte. War der Arzt für längere Zeit persönlich nicht erreichbar, durfte das Assistenzpersonal delegierte Leistungen nicht durchführen - trotz genereller und pauschaler Anweisung. Soweit im Krankenhaus auch zur Nachtzeit und an Wochenenden Ärzte im Bereitschaftsdienst anwesend waren, konnten nichtärztliche

Mitarbeiter zuvor im Einzelfall angeordnete Leistungen auch zu diesen Zeiten erbringen. Dabei muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt im Notfall kurzfristig zur Verfügung stehen kann (Notfallkette). Diese Anforderung, dass der Arzt zumindest kurzfristig erreichbar sein muss, um bei Problemen einzugreifen, sei auch weiterhin aufrechtzuerhalten. Eine ständige physische Erreichbarkeit sei zwar nicht erforderlich, allerdings muss eine gewisse räumliche Nähe des Arztes zum Behandlungsort gegeben sein, um notfalls selbst in vertretbarer Zeit in das Geschehen eingreifen zu können. Diese Voraussetzungen erfülle das Geschäftsmodell der Klägerin nicht. Es sei nicht gewährleistet, dass sich ein von der Klägerin beauftragter Arzt in unmittelbarer Nähe des Behandlungsortes befindet, um in vertretbarer Zeit am Behandlungsort (Blutentnahme am Arbeitsplatz des Kunden oder bei diesem zu Hause) eingreifen zu können. Die Anwesenheit eines Arztes via Telemedizin oder auch die ständige telefonische Verfügbarkeit eines Arztes – unerheblich ob des Gesellschaftsarztes, eines beauftragten Arztes im Rahmen des Ärztenetzwerkes oder auch die Notfallerechbarkeit über die 112 – würden diese Voraussetzungen nicht erfüllen.

Quelle: BayVGH Beschl. v. 09.10.2025, 21 ZB 24.1347



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:
