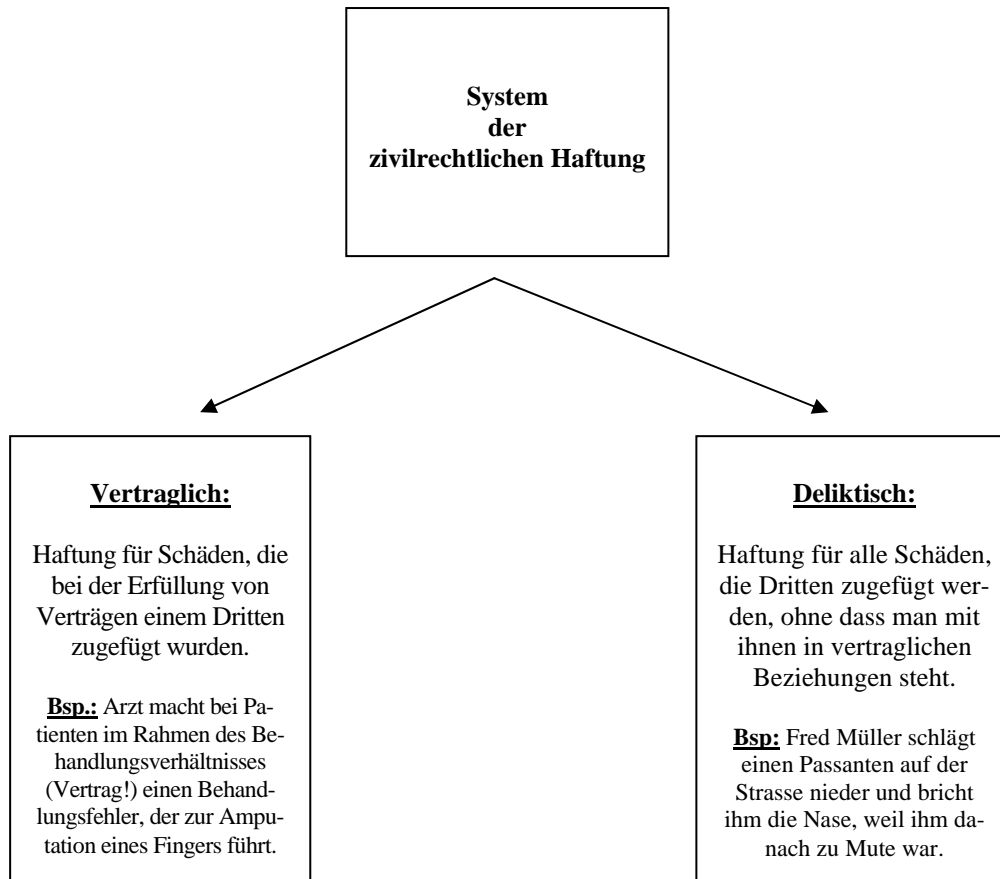


Die zivilrechtliche Schadensersatzhaftung

System der zivilrechtlichen Haftung



A. Das Haftungssystem im Überblick

Praxistip: Einer Prüfung der deliktischen Haftung bedarf es nicht mehr, soweit bereits die Voraussetzungen der vertraglichen Gefährdungshaftung vorliegen; denn der Geschädigte gewinnt nichts hinzu

Der Schadensersatz unterscheidet in die Haftung aus Vertrag und aus unerlaubter (deliktischer) Handlung.

Der zivilrechtliche Schadensersatz in der Krankenpflege

(Beide Ansprüche nebeneinander möglich)

Vertragshaftung

1. Anspruchsgrundlage: Schlechterfüllung Krankenhausvertrag (§§ 280 I, III, 281 BGB)

2. Anspruchsvoraussetzungen:

- **Vorliegen** ärztl. Behandlungsvertrag od. Pflegevertrag (Leistungspflicht)
- **Nicht-/Schlechterfüllung** v. vertraglichen Pflichten: Verletzung von vertragl./organisator. **Haupt-/Nebenleistungspflichten** (eig./Personal) -> Patient muß beweisen
- **Schadenseintritt** bei Patient an Körper, Gesundheit, Freiheit, sexueller Selbstbestimmung (§ 253 II).
- **Kausalität** Schaden - Pflichtverletzung.; Problem: hypothetische Einwilligung
- **Rechtswidrigkeit**
- **Verschulden** nach § 276 (Vors./Fahrl.) **oder**
- **Nicht-Vertreten-Müssen** Verschulden wird wg. Verl. äuß. + inn. Sorgfalt vermutet § 280 I 2 i. V.m. §§ 276, 278 BGB); Arzt / Pfleger muß sich entlasten (§ 280 I 2 BGB); z.B.: äußere + innere Sorgfalt bzw. Höchstmaß an Sorgfalt beachtet; schuldloser Irrtum; Sorgfaltsanforderungen haben sich *kurz* zuvor verschärft (Beweislastumkehr)
- **kein** Entl.beweis bei Verrichtungs-/Erfüllungsgehilfe, wenn Schmerzensgeld gefordert.
- **Geltendmachung Anspruch:**
 - erfolglose Nachfristsetzung (§ 280 III i. V.m. § 281 I 1, wenn nicht nach § 281 I 3 entbehrlich)

3. Anspruchsumfang und -folge:

- **Schadensersatzleistung** durch Schädiger an Verletzten (auch an Dritte, die im Schutzbereich d. er Norm sind = Fälle der GoA = Kinder u. [vorübergehend] Einwilligungsunfähige).
- **Umfang:** § 249 BGB: unmittell. Personen-, Sach-, Vermögens-, Gefährdungsschaden. Auch: **Schmerzensgeld** (§ 253 II BGB), wenn Verletzung vorsätzlich od. fahrlässig verursacht wurde **oder** Schaden unter Berücksichtigung s. Art und Dauer nicht unerheblich (*dann kein Verschulden nötig*).

4. Untergang des Anspruchs:

- durch Verjährung und Verwirkung.
- **Verjährungsfrist:** 3 Jahre ab Kenntniserlangung, man hat bei Verletzung v. Leib, Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit 30 Jahre Zeit zur Kenntniserlangung (§ 199 II BGB). 10 Jahre bei Verletzung Selbstbestimmungsrecht (§ 199 III Nr. 1 BGB).

Deliktische Haftung

1. Anspruchsgrundlage: § 823 BGB (bei eig. Verschulden).

2. Anspruchsvoraussetzungen:

- **Verletzung** eines in § 823 BGB genannten Rechtsgutes des Patienten: Leib, Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit, Selbstbestimmungsrecht, Eigentum.
- Durch **Schädiger**.
- Durch **Handlung** (Tun/Unterlassen).
- **Schadenseintritt** bei Patient (§ 253 II).
- **Kausalität/obj. Zurechnung;** Problem: hypothetische Einwilligung
- **Rechtswidrigkeit**
- **Vorsätzliches** oder **fahrlässiges** Handeln (§ 280 I 2, §§ 276 I, II; 278 BGB).
- **Bei Verrichtungsgehilfe:** Haftung nach
 - § 831 BGB (anderer Aufbau, dezentraler Entl.bew.), wenn regulärer Schadensersatz angestrebt ist
 - § 278 BGB, wenn Schmerzensgeld verlangt werden soll; **Folge:** der über § 831 BGB mögliche dezentrale Entlastungsbeweis kann nicht geführt werden wegen § 253 II.

3. Anspruchsumfang und -folge:

- Schadensersatzleistung durch Schädiger.
- **Grds.:** Personen-, Sach-, Vermögens-, **Gefährdungsschaden, Schmerzensgeld.**
- **Umfang:** § 249 BGB: unmittell. Personenschaden, Sachschaden, Vermögensschaden. Auch: **Schmerzensgeld** (§ 253 II BGB), wenn Verletzung vorsätzlich od. fahrlässig verursacht wurde **oder** Schaden unter Berücksichtigung s. Art und Dauer nicht unerheblich (*dann kein Verschulden nötig*).

4. Untergang des Anspruchs:

- durch Verjährung und Verwirkung.
- **Verjährungsfrist:** 3 Jahre ab Kenntniserlangung, man hat bei Verletzung v. Leib, Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit 30 Jahre Zeit zur Kenntniserlangung (§ 199 II BGB). 10 Jahre bei Verletzung Selbstbestimmungsrecht (§ 199 III Nr. 1 BGB).

B. Schadensersatz des Patienten ggü. dem Krankenhaus aus Vertrag (Hauptleistungspflichten)

Anspruch des Patienten gegen das Krankenhaus wegen der Verletzung vertraglicher Hauptleistungspflichten durch eig. Verhalten oder das des Pflegepersonals (Erfüllungsgehilfe) während der stationären Behandlung.



1. **Anspruchsgrundlage**
Schlechterfüllung des Krankenhausaufnahmevertrages (§§ 280 I, III, 281 BGB)

2. **Anspruchsvoraussetzungen**

a. **Vorliegen eines Krankenhausaufnahmevertrages**
Meist totaler Krankenhausaufnahmevertrag. **Folge:** Vorliegen eines Arzt- und Pflegevertrages in einem.

b. **Schlechterfüllung von Pflichten aus dem Krankenhausaufnahmevertrag**

- Das **Krankenhaus verletzt** aus dem Vertrag resultierende **Hauptleistungspflichten** hinsichtlich der ärztlichen oder pflegerischen Behandlung (= Vorliegen eines ärztlichen oder pflegerischen Behandlungsfehlers):
 - In Betracht kommt die Verletzung für eigenes Verhalten wie auch für dasjenige von Erfüllungsgehilfen.
 - Der Patient muß das Vorliegen der **Hauptpflichtverletzung** nachweisen (*Näheres zu den Beweisfragen vgl. unten E.*). Erst dann wird das Vertretenmüssen des Arztes/Pflegepersonals vermutet.
 - Die Verletzung sonstiger Pflichten, die keine Hauptleistungspflichten sind, also etwa reine Verhaltenspflichten, bei denen etwa medizinische und **pflegerische Qualitätsstandards** einzuhalten sind, richtet sich nach etwas anderen Kriterien.

c. **Vorliegen der sonstigen Haftungsvoraussetzungen**

- Schadenseintritt
- Kausalität Sorgfaltpflichtverletzung - Schaden (Patient = Mitsächlichkeit beweisen).
- Rechtswidrigkeit der Hauptleistungspflichtverletzung (wird indiziert).
- **Vorsatz/Fahrlässigkeit** (§ 276 BGB) **und Nicht-Vertreten-müssen** (§ 280 BGB)
Liegt die Pflichtverletzung vor, dann müssen der Arzt oder das Pflegepersonal darlegen, daß diese nicht von ihm zu vertreten sind. Zu Vertreten sind nach § 276 BGB Vorsatz und Fahrlässigkeit (**Pat. muß beweisen**).
Aber: Verschuldenszurechnung kann auch entfallen bei Nicht-Vertreten-Müssen nach § 280 BGB; Arzt muß Vermutung widerlegen (**Beweislastumkehr ! zugunst. Patient**): Anhaltspunkte können u.a. sein:
 - **Beachtung der inneren und äußeren Sorgfalt:**
Die äußere Sorgfalt stellt auf das sichtbare sachgemäße Verhalten ab. Die Nichteinhaltung der Sorgfalt im Äußeren indiziert auch die Nichteinhaltung der inneren Sorgfalt, welche zur Durchsetzung des Normbefehls und zur Durchsetzung der Befolgung eingesetzt wird.
 - **Höchstmaß und Normalmaß an Sorgfalt**
Die Außerachtlassung des Höchstmaßes an Sorgfalt begründet die handlungsbezogene Rechtswidrigkeit.
 - **Entschuldigbarer Irrtum**
Dies umfaßt den schuldlosen Irrtum.
 - **Änderung der Sorgfaltsanforderungen**
Haben sich diese kurz zuvor geändert, braucht nicht sofort dafür gehaftet zu werden.

3. **Anspruchsfolge**
Patient erhält Personen-, Sach- u. Vermögensschäden ersetzt, sowie Schmerzensgeld.



C. Schadenersatz des Patienten ggü. dem Krankenhaus aus Vertrag (Nebenpflichten)

Anspruch des Patienten gegen das Krankenhaus wegen der Verletzung von Nebenpflichten (meist: Verhaltenspflichten) durch eig. Verhalten oder das des Pflegepersonals während der stationären Behandlung.



1. **Anspruchsgrundlage**
Schlechterfüllung des Krankenhausaufnahmevertrages (§§ 280 I, III, 281 BGB)
2. **Anspruchsvoraussetzungen**
 - a. **Vorliegen eines Krankenhausaufnahmevertrages**
 - b. **Schlechterfüllung von Pflichten aus dem Krankenhausaufnahmevertrag**
 - Das **Krankenhaus verletzt** aus dem Vertrag resultierende Nebenpflichten. dies können sein: **Verhaltenspflichten** oder auch **organisatorische Sorgfaltspflichten** hinsichtl. *Unterkunft und Betreuung d. Patienten*:
 - **Verhaltenspflichten**, Pflicht, ärztliche Regeln der Kunst anzuwenden; **Merke**: Aufklärung = vertragl. Nebenpflicht des Arzt, trotzdem muß Arzt Durchführung Aufklärung beweisen u. nicht der Patient (Spindler, JuS 2004, 272 [275]).
 - **Personelle Organisationspflichten**, es muß das für die Behandlung erforderliche und qualifizierte Personal (= Berufsanfänger kontrollieren und überwachen) bereitstellen, um die bestmögliche medizinische Betreuung des Patienten sicherzustellen (Patient darf deswegen keinen Schaden erleiden).
 - **1. Sonderproblem**: das Krankenhaus muss das ärztliche und pflegerische Personal so vorhalten, dass eine zeitnahe Versorgung der Patienten sichergestellt ist; überdies müssen Anweisungen, Pläne und Routinen vorliegen, ob und wann eine Aufnahmeschwester einen erfahrenen Arzt hinzuziehen muss, wenn ein solcher gerade nicht vor Ort ist - man darf sich nicht darauf verlassen, dass das Pflegepersonal von sich aus die medizinischen Notwendigkeiten einer Behandlung erkennt (OLG Bremen, MedR 2007, 660 [661]).
 - **2. Sonderproblem**: ein Krankenhaus verletzt nicht von vorne herein seine personellen und pflegerischen Organisationspflichten, wenn eine Nachschwester für vier Stationen mit durchschnittlich 15-20 Betten zuständig ist und während ihrer Schicht mind. drei Rundgänge macht (OLG Schleswig, NJW-RR 2004, 237).
 - **Organisationspflichten des medizinischen Standards**, wenn es keine Geräte vorhält und einsetzt, die geeignet sind, den medizinischen Erfolg herbeizuführen. *Aber*: Muß nicht neuestes Gerät vorhalten.
 - **Überwachung** sedierter Patient nach ambulanter OP vor Selbstschädigung; darf nicht unkontrolliert entlassen werden (BGH, NJW 2003, 2309).
 - **Sonstige Organisationspflichten** sind verletzt, wenn vermeidbare Engpässe auftreten und Patienten dadurch zu Schaden kommen.
 - Das **Pflegepersonal verletzt u.a. pflegerische Sorgfaltspflichten**, wenn:
 - der Patient nicht auf Aufbewahrung Schmuck im Safe hingewiesen ist,
 - es den Patienten entgegen der ärztlichen Weisung fixiert,
 - es den **Patienten** nicht regelmäßig **gemäß der ärztlichen Anweisung überwacht**,
Sonderproblem: Haftung wegen nicht durchgängiger Beobachtung von monitorüberwachten Patienten
Ein **grobes pflegerisches Versäumnis** liegt bei einem **monitorüberwachten Patienten** auch dann vor, wenn deren Zustand unauffällig ist und die Vitalparameter (arterieller Blutdruck, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung des Blutes) über Sensoren und Monitore, die bei unruhigen Bewegungen des Patienten ein Alarmsignal auslösen, überwacht werden und dann über einen gewissen Zeitraum (hier: 15-20 Min.) **unbeobachtet gelassen** werden, ohne daß die Beobachtung an ein anderes Mitglied des pflegerischen Personals übergeben wurde (OLG Düsseldorf, NJOZ 2004, 2187 f.).
Aber: Eine **Haftung** kommt in diesen Fällen nur dann in Betracht:
 - bei **Patienten mit unkritischem Zustand** (dann besteht nämlich keine Pflicht, den Patienten im Krankenzimmer an dessen Bett zu überwachen, sondern es genügt die Überwachung vom Dienstzimmer aus), wenn ein Unfall dann hätte verhindert wer-

D. Schadenersatz des Patienten ggü. dem Krankenhaus aus Delikt

- den können, wenn sich die Pflegekraft im Dienstzimmer aufgehalten hätte (OLG Düsseldorf, a.a.O., ebd.),
- **bei Patienten mit kritischem Zustand** (dann besteht nämlich i.d.R. die Pflicht, den Patienten im Krankenzimmer an seinem Bett zu überwachen), wenn ein Unfall dann hätte verhindert werden können, wenn sich die Pflegekraft im Krankenzimmer am Patientenbett aufgehalten hätte (OLG Düsseldorf, a.a.O., ebd.).
- die Nachschwester den Arzt vor Einsetzen der Wehen nicht informiert und sich selbst in der Therapie versucht,
- die Pflegekraft die Thrombosegefährdung des Patienten nicht beachtet und keinen Arzt verständigt,
- auf der Intensivstation bei Risikopatienten nicht auf eig. Antrieb häufigere Kontrollen durchgeführt werden,
- die Pflegekraft nicht die Instrumente für die OP bereitstellt und entsorgt.
- Patient muß Vorliegen Pflichtverletzung beweisen.
- **Hinweis:** Das Krankenhaus haftet beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag für Sorgfaltspflichtverletzungen des Pflegepersonals (= Erfüllungsgehilfe). Beim gespaltenen Krankenhausvertrag haften Belegarzt und Krankenhaus gesamtschuldnerisch für Fehler des Pflegepersonals, weil eine Gemengelage an pflegerischen Pflichten und Aufgaben besteht. Die Haftung für Fehler der Ambulanz kommt nur dann in Betracht, wenn das Krankenhaus als Institution die Haftung übernimmt.

b. Vorliegen der sonstigen Haftungsvoraussetzungen

- Kausalität Sorgfaltspflichtverletzung - Schaden (Patient = Mitursächlichkeit beweisen).
- Rechtswidrigkeit der Sorgfaltspflichtverletzung (wird indiziert).
- Vorsatz/Fahrlässigkeit (Vertreten-müssen/Nicht-Vertreten-müssen).

3. Anspruchsfolge

Patient erhält Personen-, Sach- u. Vermögensschäden ersetzt sowie Schmerzensgeld.



Anspruch des Patienten gegen das Krankenhaus wegen der deliktischen Verletzung von Rechtsgütern durch eig. Verhalten oder das des Pflegepersonals während der stationären Behandlung.



1. Anspruchsgrundlage(n)

§ 823 BGB bei eigenen und § 831 BGB bei Handlungen der Pflegepersonals.

2. Anspruchsvoraussetzungen

a. Verletzung Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit, Selbstbestimmung

- **Verletzung des Lebens** liegt vor, wenn der Tod eingetreten ist.
- **Körperverletzung** (= Misshandlung, die körperl. Wohlbefinden nicht unerheblich beeinträchtigt; od.: Hervorrufen od. Steigern patholog. Zustand).
- **Freiheitseingriffe** sind Eingriffe in die Bewegungsfreiheit (Fixierung).
- **Eigentumsverletzungen** (= Sachen d. Patienten gestohlen od. zerstört).
- das **Selbstbestimmungsrecht** ist verletzt, wenn der Arzt trotz unzureichender/unwirksamer Aufklärung einen Eingriff vornimmt.

b. durch Krankenhaus / Arzt oder Pflegepersonal (Verrichtungsgehilfe)

- Das **Krankenhaus verletzt** seine organisatorischen Sorgfaltspflichten hinsichtlich der allg., nichtmedizinischen/nichtpatientenbezogenen **Betriebsabläufe** (sog. deliktisches Organisationsverschulden), § 823:
 - Betriebsabläufe hinsichtlich Toiletten, Strom und Wasser, Feuerlöscher und Aschenbecher auf Stationen funktionieren nicht,

E. Beweisfragen

- Patienten können Wertsachen nicht verschließen,
- Infusionslösungen werden durch unsaubere Räume verseucht.
- Ein **angestellter Arzt** kann bei totalem Krankenhausvertrag gegenüber dem Patienten auch selbst **deliktischer Verursacher** sein, weil er für die aufgrund der organisatorischen Weisung übernommene Behandlungsaufgabe eine Garantenstellung erlangt hat, die er bei unsorgfältigem Verhalten verletzen kann. Das Krankenhaus haftet in diesem Fall nicht selbst deliktisch (BGH, NJW 2000, 2741 [2742]).
- Das **Pflegepersonal** verletzt als **Verrichtungsgehilfe** (= Krankenschwester wird mit Wissen und Wollen des Krankenhauses von diesem mit typischer Tätigkeit beauftragt und ist dabei weisungsabhängig) in Ausführung dieser Verrichtung Rechtsgüter (s.o.) von Patienten, § 831

c. **durch kausale und zurechenbare Handlung/Unterlassen**

d. **Vertreten müssen: Vorsatz/Fahrlässigkeit**

- das Krankenhaus hat **sein eigenes schädigendes Verhalten** zu vertreten, wenn vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt wurde, § 823er Haftung
- bei Haftung für **Verrichtungsgehilfen** wird vermutet, daß das Krankenhaus Gehilfen **unsorgfältig ausgesucht** oder **mangelhaft überwacht** und daher zu vertreten hat, § 831er Haftung

e. **ggf. dezentraler Entlastungsbeweis des Krankenhauses**

- bei Haftung für Verrichtungsgehilfen kann sich Krankenhaus durch Führen des dezentralen Entlastungsbeweises von Haftung befreien,
- es muß darlegen, daß Krankenschwester sorgfältig ausgesucht (gute Zeugnisse, nie etwas passiert in Vergangenheit) u. überwacht hat.
- **Aber:** Wenn Schmerzensgeld verlangt wird, greift der dezentrale Entlastungsbeweis wegen der Regelung in § 278 BGB nicht (Wagner, NJW 2002, 2056).

f. **Rechtswidrigkeit und Schadenseintritt**

3. **Anspruchsfolge**

Patient erhält Personen-, Sach- u. Vermögensschäden ersetzt und Schmerzensgeld.



Die erfolgreiche Geltendmachung eines schadensersatzrelevanten Behandlungsfehlers setzt voraus, daß dies bewiesen werden kann.



1. **Ärztlicher Behandlungsfehler**

Bei einem **einfachen Behandlungsfehler** muß der Patient sowohl Fehler, Schaden und Kausalität beweisen. **Ausnahme:** Vorliegen eines Dokumentationsfehlers (vgl. dazu unten VI.) oder z.B. Unterlassen der Befunderhebung. Wird ein **grober Behandlungsfehler** festgestellt, kommt es **zur Beweislastumkehr** hinsichtlich der Kausalität. **Folge:** Der Arzt muß beweisen, daß der vom Patienten geltend gemachte Schaden nicht typischerweise durch den Behandlungsfehler hervorgerufen wurde (Spindler, JuS 2004, 272 [275]).

Def. grober Behandlungsfehler:

Es liegt ein Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregelungen oder gesicherte medizinische Erkenntnisse vor und darüber hinaus ein Fehler, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil einem Arzt dies schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Feststellung grober Behandlungsfehler:

F. Schmerzensgeld

Die Beurteilung dessen, ob ein grober Behandlungsfehler vorliegt, obliegt dem Trichter, der hierzu meist auf die (gerichtliche) **Einholung medizinischer Sachverständigengutachten** angewiesen ist.

Merke: Inhaltliche reichen allgemeine Erwägungen des Sachverständigen oder Darlegungen über die Kumulation von Fehlern nicht aus; er muß konkret darlegen, daß der festgestellte Fehler einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Der bloße Hinweis auf ein ärztliches Vorgehen, das nach der Ansicht des Gutachters nicht den anerkannten medizinischen Standards entspricht, reicht nicht aus für die Annahme eines groben Behandlungsfehlers.



2. **Pflegefehler**

Bei Pflegefehlern gilt das zuvor zum ärztlichen Behandlungsfehler Gesagte.



Der geschädigte Patient kann gegenüber Arzt, Pflegepersonal und Krankenhaus - auch in Bagatellfällen - Schmerzensgeld wegen des erlittenen Schadens einklagen.



1. **Dogmatische Einordnung**

Der Schmerzensgeldanspruch ist gemäß § 253 II BGB auf die Fälle der Verletzung von Körper, Gesundheit, Freiheit sexuelle Selbstbestimmung erstreckt.



2. **Entlastungsbeweis**

Der dezentrale **Entlastungsbeweis** des Arztes/Krankenhauses ist bei **Hilfspersonen** wegen § 278 S. 1 BGB im Rahmen des **Schmerzensgeldanspruchs** nicht mehr möglich (sonst schon, arg. ex. Spindler, JuS 2003, 272 [276]).



Ärztliche und pflegerische Dokumentationspflicht (im Beweisverfahren)



Soweit die Patienten ihre Schadensersatzansprüche nach den allgemeinen Haftungsgrundsätzen geltend machen wollen, müssen sie beweisen, daß der Arzt oder das Krankenhaus ihnen durch fehlerhaftes Verhalten einen Schaden zugefügt haben.

Um den Beweis überhaupt führen zu können, müssen die Patienten Einsicht in ihre Patientenakte, besonders in die Dokumentationsunterlagen nehmen.



Denn insbesondere über die Dokumentation kann der Patient Beweiserleichterungen (**bis hin zur Beweislastumkehr**) in Anspruch nehmen, wenn Pflegepersonal und Arzt die **Dokumentationspflicht verstoßen** haben (Feststellung erfolgt über Einsichtnahme in Patientenakte!).



Sinn u. Zweck der Dokumentation:

- Ärztliches und pflegerisches Personal unterliegen der **Pflicht** zur **Dokumentation** ihrer Maßnahmen.
- Die Dokumentationspflicht ist **Nebenpflicht** des ärztlichen Behandlungsvertrages u. d. **Krankenhausbehandlungsvertrages**.

G. Ärztliche und pflegerische Dokumentation im haftungsrechtlichen Beweisverfahren

- Durch die Dokumentation soll die Behandlung **transparent** und **nachvollziehbar** werden, damit jeder mit dem Fall befasster Fachmann erkennen kann, ob die Behandlung vertretbar ist oder nicht,
- dabei reichen eine **schlagwortartige Abkürzung** oder **zeichnerische Darstellungen** völlig aus, wenn sie von einem Fachmann verstanden werden können.



1. Inhalt der Dokumentationspflicht

a. Die ärztliche Dokumentation muss enthalten

- die wichtigsten diagnostischen und **therapeutischen Maßnahmen**,
- alle wichtigen Punkte der **Anamnese, Diagnose und Therapie**,
- alle **Untersuchungsbefunde** und Berichte über Behandlungsmaßnahmen,
- chronologisch aufbereitete **Krankengeschichte** (Verlaufsbericht),
- **Verlaufskurven** mit Eintragungen von Körpertemperatur, Blutdruck- und Pulswerten,
- die ärztliche **Aufklärung**,
- **Nicht der ärztlichen Dokumentationspflicht unterliegen:**
 - Routinemaßnahmen (Desinfektion vor OP [OLG Hamburg, MDR 2002, 1315]), nebensächliche Sachverhalte (u.a. Weigerung Patient, einen AIDS-Test zu machen),
 - Bagatelleuntersuchungen in der Notfallambulanz,

b. Die Pflegedokumentation muss enthalten

Grundsätzlich umfasst die Pflegedokumentation den **lückenlosen** Nachweis aller Maßnahmen, die der **unmittelbaren körperlichen Pflege und Versorgung** des Patienten dienen. Dazu zählen auch die menschlich-psychologische Betreuung sowie die damit verbundene Patientenbeobachtung und -überwachung.

- Medikation und deren Wirkung, Fieber-, Puls-, Blutdruck- u. sonstige Kontrollen oder die Durchführung besonderer Hygienemaßnahmen (lückenlos !),
- besondere Pflegebedürfnisse, Ermahnungen an die Patienten oder ärztliche Anweisungen (Bettruhe, Diät),
- bes. Vorkommnisse (Sturz aus Bett und Gegenmaßnahmen [Bettgitter]),
- bei Fehlen konkreter ärztlicher Maßnahmen zur Pflege müssen im Krankenblatt dokumentiert sein: Medikation, Injektionen, Infusionen, Anlegen von Verbänden, medizinische Bäder, Bedarfsmedikation.

2. Organisation und zeitliche Abfolge der Dokumentation

- Für die **ärztliche Dokumentation** ist der behandelnde Arzt zuständig. Die Organisation der **Pflegedokumentation** obliegt der Pflegedienstleitung nach Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst.
- **Beachte:** Nach herrschender Auffassung ist die Pflegedokumentation Teil der ärztlichen Dokumentationspflicht. Juristisch gesehen wird die **Durchführungsverantwortung** dieser Pflicht auf das Pflegepersonal delegiert u. in Form d. Grund- und Behandlungspflege ausgestaltet. Daß die Pflegedokumentation von der Pflegedienstleitung organisiert wird, ändert also nichts an der grundsätzlichen Verantwortung des Arztes für eine ordnungsgemäße Gesamtdokumentation.
- Bei **Verstößen gegen die Pflegedokumentationspflicht** kann sich der **Arzt** nur dadurch **exkulpieren**, dass er nachweist, daß die mit der Pflegedokumentation betrauten Kräfte sorgfältig ausgewählt wurden.
- Daneben trifft auch den **Krankenhausträger** eine **Haftung**, wenn er **nicht** nachweisen kann, daß die mit der Organisation der Pflegedokumentation betraute Pflegedienstleitung die Abläufe der Dokumentation nicht sorgfältig strukturiert und überwacht hat (bei Verstoß: Haftung wegen Organisationsverschulden).

- Die Dokumentation soll **unmittelbar nach der Behandlung** erfolgen, wobei ein kurzer handschriftlicher Vermerk ausreicht.
- Die **Reinschrift** muss jedoch spätestens aber innerhalb einer Woche erfolgen.

3. Folgen der Dokumentation bzw. der fehlerhaften oder unterbliebenen Dokumentation

a. Folgen der Dokumentationspflicht

- Aus der Dokumentationspflicht resultiert die Notwendigkeit der **Aufbewahrung von Patientendaten und Dokumentationen**.
- Wegen etwaiger Schadensersatzprozesse empfiehlt sich für den Arzt oder Krankenhausträger eine **Aufbewahrungszeit** der Patientenunterlagen und Dokumentationen von **30 Jahren**.
- Die Unterlagen sind **vertraulich zu behandeln**

b. Folgen der fehlerhaften Dokumentation

- Eine mangelhafte oder fehlende Dokumentation kann in einem **Schadensersatzprozess** gegen den Arzt oder das Krankenhaus wegen eines ärztlichen oder pflegerischen Behandlungsfehlers entweder eine **Beweiserleichterung** oder eine **Beweislastumkehr** zur Folge haben.
- **Begründung:** Es besteht die Vermutung, dass der Arzt/Krankenpflegepersonal alle Maßnahmen, die nicht oder nicht hinreichend klar dokumentiert sind, nicht getroffen wurden.
 - **Beweiserleichterung:** Sie betrifft ärztliche Behandlungsfehler. Es wird bei Vorliegen bestimmter Tatsachen auf einen Behandlungsfehler geschlossen, wobei letzte Details als vorliegend angenommen werden.
 - **Beweislastumkehr:** Sie betrifft grobe Behandlungsfehler. Nicht der Patient muß beweisen, daß der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, sondern Arzt oder Pflegeperson müssen beweisen, daß ihr Verhalten nicht ursächlich war für beim Patienten eingetretenen Schaden.
 - **Die Beweislastumkehr greift auch, wenn:**
 - Patient kann **groben Pflegefehler** nachweisen (= pflegerisches Verhalten obj. nicht nachvollziehbar = Fehler darf so nicht unterlaufen),
- der Patient vom Arzt unvollständig aufgeklärt wurde.

c. Strafrechtliche Folgen der nachträglichen Veränderung von Dokumentation und sonstigen Eintragungen in der Patientenakte

- bei der **Patientenakte** handelt es sich um eine **Urkunde** im **strafrechtlichen Sinne**,
- sobald eine **Dokumentation** von der Pflegekraft (bzw. dem Arzt) **beendet** und der Vorgang abgeschlossen ist, dürfen die Dokumentation oder auch andere **Einträge** in der **Patientenakte** **nur** dann **verändert** werden, wenn die **Änderungen** als solche **kennzeichlich** gemacht werden, indem:
 - der ursprüngliche Text durchgestrichen wird,
 - der daneben gesetzte und ergänzte Text als solcher gekennzeichnet wird,
 - die Änderung datiert und paraphiert wird, so daß erkennbar wird, wer diese vorgenommen hat.
- andernfalls handelt es sich um eine strafbare Urkundenfälschung i.S.d. § 267 StGB,
- Eine **strafbare Urkundenfälschung** i.S.d. § 267 StGB **liegt** in jedem Falle **vor**, wenn jemand:
 - eine Änderung an den von ihm vorgenommenen Daten der Patientenakte vornimmt und nicht deutlich macht, daß es sich um eine nachträgliche Änderung handelt,
 - Daten in der Patientenakte verändert, die nicht von ihm verfasst wurden und er nicht kenntlich macht, daß die Änderungen von ihm

sind.

4. Sonderproblem: Einsichtnahme in die Patientenakte zu Beweiszwecken

a. Rechtliche Grundlagen des Einsichtnahmeanspruchs:

Soweit der Patient oder sein Prozessvertreter eine **Schadensersatzklage vorbereiten**, kommt es häufig dazu, dass der Wunsch geäußert wird, die Patientenakte einzusehen.

Eine Herausgabe der Patientenakten ist nicht möglich, da diese im Eigentum des Arztes stehen.

Begründung:

Dadurch erhofft der Patient, die erforderlichen Informationen zu erhalten, mit denen er ggf. einen Behandlungsfehler oder ein sonstiges schuldhaftes und vertragswidriges Verhalten des Arztes oder des Pflegepersonals leichter nachweisen zu können.

Die **Einsichtnahme** dient also **Beweissicherungszwecken**.

Jeder **Patient hat das Recht**, die ihn betreffenden **Behandlungsunterlagen einzusehen** und auf seine Kosten Kopien oder Ausdrücke von den Unterlagen fertigen zu lassen. Er muss sein rechtliches Interesse an der Einsichtnahme nicht begründen (vgl. MedR 2007, 663).

Rechtliche Verankerung:

Das Recht zur Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen bzw. Patientenakten ist **Hauptpflicht** des ärztlichen **Behandlungsvertrages** sowie des **Krankenhausaufnahmevertrages**.

b. Ort der Einsichtnahme:

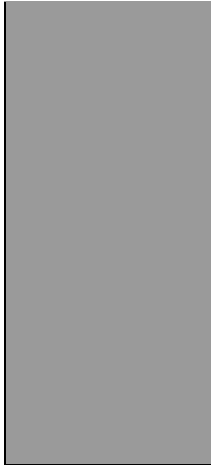
Der Patient darf seine Akte in den **Räumlichkeiten** des **Arztes** bzw. **Krankenhauses** einsehen. Andere Örtlichkeiten als diese kommen nicht in Betracht.

Jedoch ist für den Fall von **Röntgenbildern** entschieden, dass der Patient einen Anspruch auf **Übersendung** in die **Kanzleiräume** seines Rechtsanwaltes hat. Eine Übersendung auf dem Postwege ist unproblematisch (LG Kiel, MedR 2007, 733 [734]).

c. Umfang und Einschränkung des Einsichtnahmeanspruchs:

Der Anspruch auf Einsichtnahme erstreckt sich auf alle objektiven Feststellungen über den Gesundheitszustand des Patienten, d.h.

- alle **naturwissenschaftlich objektivierbaren physischen Befunde**, Ergebnisse von Laboruntersuchungen sowie von Untersuchungen am Patienten wie EKG und Röntgenbilder,
- Aufzeichnungen über die **Umstände** und den **Verlauf der Behandlung**, wie Angaben über verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte, Arztbriefe
- **nicht** aber erstreckt sich das Einsichtsrecht auf Aufzeichnungen, die subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes betreffen oder die im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung die Rechte anderer, in die Behandlung einbezogenen Personen betreffen
- die Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme kann **aus therapeutischen Gründen eingeschränkt** sein, um einen gesundheitlichen Schaden beim Patienten zu verhindern (BVerfG, MedR 1993, 232 ff.). Möglich ist jedoch, daß der Patient die Unterlagen im Beisein des Arztes einsieht (sog. kontrollierte Beschäftigung mit der Krankheit),



d. **Eidesstattliche Versicherung der Richtigkeit oder Vollständigkeit von Patientenakten:**

- Der Arzt ist über die Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte **nicht verpflichtet**, dem Patienten an Eides statt zu versichern, dass die dem **Patienten zugänglich gemachten Kopien** der Behandlungsunterlagen diese **vollständig** abbilden (OLG München, MedR 2007, 47 [48]).
- Es ist auch **keine Rechtsgrundlage** für ein Verlangen des Patienten ersichtlich, der **Arzt** möge **eidesstattlich versichern** oder **schriftlich bestätigen**, dass die dem Patienten vorgelegten **Originalbehandlungsunterlagen authentisch und vollständig** (OLG München, MedR 2007, 47 [48]) oder **richtig** (LG Düsseldorf, MedR 2007, 663 [664]) sind.

Sonderproblem: Die Haftung bei der Delegation ärztlicher Aufgaben

A. Problemauf- riss

Ein häufiges Problem ist die **Haftung** des Pflegepersonals für die fehlerhafte Ausführung **delegierter ärztlicher Aufgaben** wie intravenöse Injektionen



1. Rechts- lage:

- Eine **gesetzliche Rechtsgrundlage**, welche die Delegation ärztlicher Aufgaben an das Pflegepersonal explizit regelt, **besteht nicht**.
- **Grundsätzlich** gilt, daß ein **ärztlicher Behandlungsfehler** vorliegt, wenn eine **ärztliche Aufgabe** - und dazu gehören insbesondere die intramuskuläre und die subkutane Injektion - auf dafür **nicht ausreichend ausgebildetes Hilfspersonal übertragen** wird (OLG Köln, VersR 1988, 44 [45]).



2. Voraus- setzungen der Delega- tion:

- In der Rechtsprechung (vgl. LG Berlin, NJW-RR 1994, 801 f.) ist jedoch anerkannt, dass die **Übertragung** intramuskulärer und subkutaner Injektionen auf das Pflegepersonal grundsätzlich **zulässig** ist, soweit folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - bei der Art der Erkrankung und der Lokalisation der Spritze drohen **keine** besonderen **Komplikationen**,
 - das Pflegepersonal hat seine **Qualifikation** unter besonderer fachlicher **Anleitung** eines **Arztes** erworben und aktualisiert,
 - es hat zuvor bereits mehrfach unter **kompetenter Überwachung** derartige Injektionen gegeben, wovon sich der Arzt überzeugt hat
 - und der **Patient** in die Maßnahme **eingewilligt** hat.
- Es wird bei der Delegation nicht **zwischen Berufsgruppen** wie Pflegekräften, Arzthelfern, technischen Assistenten etc. **unterschieden**.



3. Folgen bei fehler- hafter De- legation:

- **Erfüllt** ein Krankenpfleger die vorstehenden **Voraussetzungen nicht**, wenn er einen Patienten spritzt und kommt es wegen unsachgemäßer Behandlung zu Komplikationen, so muß der Arzt bzw. das Krankenhaus nachweisen, daß
 - die fehlende Qualifikation **nicht kausal** für den Schaden war,
 - und sich der Arzt in regelmäßigen Abständen durch **Kontrollen** von der **fachgerechten Injektionstechnik** seiner Mitarbeiter überzeugt hat.



B. Delegation in Sondersituatio- nen

Delegation auf Kran- kenpflege- schüler ?

Ein Sonderproblem ist die Frage, ob die **Übertragung der Injektion** auch auf **Krankenpflegeschüler im dritten Ausbildungsjahr** zulässig ist ?

- die selbständige **Erteilung von intramuskulären, subkutanen Injektionen** von **Krankenpflegeschülern** im ersten und zweiten Ausbildungsjahr ohne Anleitung und Überwachung ist **unzulässig**.
 - **Begründung:** Das Geben einer Injektion erfordert medizinische Umfeldkenntnisse und -fertigkeiten. Diese werden erst mit dem Abschluß des Pflegeexamens abschließend erworben und nachgewiesen. Würde man die Injektion auch nicht examinierten Kräften gestatten, liefen die Vorschriften des KrPflG leer, weil man solche Aufgaben dann auch ohne jegliche Fachausbildung erledigen dürfte. Das KrPflG will aber genau dies verhindern.
- die **Erteilung von Injektionen** von **Krankenpflegeschülern** im letzten Ausbildungsjahr unter ärztlicher Anleitung und Überwachung ist hingegen **zulässig**, wenn der Schüler nachweislich besonders qualifiziert und über das Ausbildungsziel hinaus geübt ist.

C. Rechtsfolgen



1. Haftungsgrundsätze:

Bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben sind stets auch die **Haftungsfragen** zu beachten. Sie stellen sich, wenn ein **Patient** durch eine **fehlerhafte Injektion** des Pflegepersonals einen **Schaden** erleidet.

- Der **Patient** kann zunächst aus deliktischer Haftung nach § 823 BGB **gegen das Pflegepersonal** vorgehen, das ihm die fehlerhafte Injektion erteilte, die dann auch zum Schaden geführt hat.
- Ebenso kann er **gegen den** diese Maßnahme anordnenden **Arzt** vorgehen. Der Arzt haftet dann wegen der Verletzung von Sorgfaltspflichten, die als Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag folgen.
- Schließlich kann er **gegen das Krankenhaus** vorgehen, wenn sich ergibt, daß das Pflegepersonal wegen organisatorischer Mängel auf Seiten der Pflegedienstleitung bei der Injektion dem Patienten einen Schaden zugefügt hat (etwa: das Pflegepersonal kam von einer beendeten Nachtschicht und wurde durch die Pflegedienstleitung angewiesen, einem Patienten im übermüdeten Zustand eine Spritze setzen, weil aufgrund von Dienstplanversäumnissen keine ausgeruhte Fachkraft zur Verfügung stand).



2. Haftungsverteilung

Bei der **Übertragung ärztlicher Aufgaben** sind stets auch die **Haftungsfragen** zu beachten. Sie stellen sich, wenn ein Patient durch eine **fehlerhafte Injektion** des Pflegepersonals einen Schaden erleidet.

- Den Arzt, der die ärztliche Aufgabe an das Pflegepersonal delegiert, trifft die sog. **Anordnungsverantwortung**.
 - dies umfasst die **fehlerfreie Auswahl** des **Pflegepersonals** sowie die Richtigkeit des Anordnungsinhalts
 - bei **telefonischen Anweisungen** durch den diensthabenden Arzt an die Nachtschwester gelten **erhöhte Anforderungen**; so ist etwa die Anordnung einer Bedarfsmedikation am Telefon unzulässig. In jedem Fall muß die telefonische Anweisung genau dokumentiert werden.
- Mit der Übernahme der angeordneten ärztlichen Maßnahme unterliegt das Pflegepersonal der **Übernahme- und Durchführungsverantwortung**.
 - dies ist die Verantwortung für die sachgerechte Ausführung der Anordnung.
 - Überschätzt jedoch das die Aufgabe übernehmende Pflegepersonal seine Fähigkeiten, so kommt es zum **Übernahmever-schulden**. Dieser Haftung kann dadurch entgehen, daß man gegenüber dem Arzt darlegt, zur Durchführung der angewiesenen Tätigkeit subjektiv nicht in der Lage zu sein. Bei einer berechtigten Weigerung sind arbeitsrechtliche Konsequenzen ausgeschlossen.



3. Sonderfall: Spritzenschein

Häufig versuchen Ärzte und Krankenhäuser, durch die Erteilung sog. **Spritzenscheine** die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals pauschal zu erweitern („...*bei uns dürfen dies examinierte Kräfte mit drei Berufsjahren Erfahrung...*“) und dadurch die Haftung wegen der Delegation ärztlicher Aufgaben auf den Arzt bzw. das Krankenhaus zu übertragen.

- Dies ist **rechtlich problematisch**, weil es bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben immer auf die **Qualifikation im Einzelfall** ankommt.

▪ **Folge:**

Ein **formularmäßig erteilter Spritzenschein** ist daher **unwirksam**, wenn sich der **Arzt nicht** zuvor gesondert von den Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegeperson **überzeugt** hat (arg. ex. VGH Kassel, NJW 2000, 2760 [2761]).

▪ Dies geschieht dadurch, daß der Arzt zusätzlich zum Spritzenschein:

▪ auf qualifizierte **Arbeitszeugnisse** zurückgreift,

▪ zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Mitarbeiter einen **Test durchführt**, um sich so einen Überblick über die praktischen und theoretischen Kenntnisse der Pflegeperson verschaffen

▪ Sind dem **Arzt** Unerfahrenheit, **Unsicherheit** oder Unzuverlässigkeit der **Pflegeperson bekannt**, liegt eine **fehlerhafte** Ausübung seines **Auswahlermessens** vor, wenn er die Eingriffsdurchführung gleichwohl überträgt.

▪ **Unterschreitet** der nichtärztliche Mitarbeiter einen bestimmten Qualifikationslevel, verbietet sich grundsätzlich die Übertragung (z. B. die Betrauung der Krankenpflegehelferin mit der Verabfolgung einer intramuskulären Spritze [Hahn, NJW 1981, 1977 {1983 f.}]).