

Nichteinhalten von Organisations- und Überwachungspflichten – vollbeherrschbare Risiken

In Haftungsprozessen liegt das Augenmerk weitreichend in der Beurteilung eines möglichen ärztlichen Fehlverhaltens. Aber auch Organisationsversäumnisse, Pflegefehler und dergleichen rücken immer wieder in den Fokus der Rechtsprechung. Der nachfolgende Artikel soll einen Einblick in wesentliche Haftungs- und auch Beweisfragen geben.

Caterina Krüger, Fachanwältin für Medizinrecht

Der Ausgangspunkt

Mit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) im Februar 2013 (BGBl 2013 Teil I Nr. 9, S. 277 ff.) sind diverse Vorschriften in das BGB eingepflegt worden, die zuvor in wesentlichen Teilen der bisherigen Rechtsprechung entnommen wurden. Zielsetzung dabei ist sicherlich gewesen, die Rechte der Patienten (noch) mehr in den Fokus zu rücken und auch Rechtssicherheit zu geben.

Im Mittelpunkt des Gesetzes steht die Normierung des Behandlungsvertrages und die damit verbundenen Pflichten des Behandelnden unter Einbeziehung von Aufklärungspflichten, Regelungen zur Dokumentation der Behandlung, Einsichtsrecht des Patienten bzw. der Patientin in die Krankenunterlagen, das Aufstellen von bestimmten Beweislastregeln. Neben den möglichen Ansprüchen, die originär aus dem Vertragsrecht resultieren, finden auch die ebenso im BGB vorhandenen Vorschriften über das Recht der unerlaubten Handlung Anwendung.

Schaut man auf die materiellrechtlichen Regelungen, wie sie durch das Patientenrechtegesetz durch die Vorschriften der §§ 630 a bis 630 h BGB eingepflegt worden sind, findet man zunächst keinerlei ausdrückliche Normierung zu Organisations- und Überwachungspflichten, die es einzuhalten gilt. Kernaussage ist zunächst einmal, dass nach § 630 a Abs. 2 BGB die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard zu erfolgen hat, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Anknüpfungspunkt auch für Mängel und Fehler in der Organisation ist aber eben

genau dieser allgemein anerkannte fachliche Standard, sodass Mängel und Fehler in der Organisation nicht nur nach allgemeinen deliktrechtlichen Grundsätzen beurteilt werden, sondern auch eine wesentliche Pflicht aus dem Behandlungsvertrag darstellen. Teil des anerkannten fachlichen Standards ist die „Pflicht zur allgemeinen ordnungsgemäßen Organisation“. In der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drucksache 17/10488) heißt es u.a.: „Nicht zuletzt erfordert der medizinische Standard auch die Pflicht zur allgemeinen ordnungsgemäßen Organisation. Sowohl in personeller als auch in organisatorischer Hinsicht bedarf es einer ausreichenden Planung. Eine sachgerechte Koordinierung setzt insbesondere eine sich schlüssige und zuverlässige Planung der Arbeitsabläufe und des Personaleinsatzes voraus. Die für eine Behandlung im Einzelfall verantwortlichen Personen sowie das mit der medizinischen Behandlung im Übrigen betraute Personal sind ordnungsgemäß auszuwählen und stetig zu überwachen. Diese Personen müssen über die erforderliche fachliche und körperliche Eignung zur Durchführung medizinischer Behandlungen verfügen.“ (...)

Wie werden Organisationsfehler von der Rechtsprechung beurteilt?

Behandlungsfehler, mit denen sich ein Risiko verwirklicht hat, das von der Behandlerseite an sich beherrschbar gewesen wäre, bilden eine besondere Kategorie, die von der Rechtsprechung dem Bereich des sog. „vollbeherrschbaren Risikos“ zugeordnet werden. Es geht insbesondere um Organisation, Koordination und den Einsatz benötigter Geräte.

Bringt das dem geschädigten Patienten in der Auseinandersetzung und bei der Klärung der Haftungsfrage einen Vorteil? Bedeutet nicht gerade die Zuordnung zu einem vollbeherrschbaren Risikobereich, dass die Behandlerseite gehalten ist zu beweisen, dass sie keinerlei Vorwurf trifft und sie sich nicht für den eingetretenen gesundheitlichen Schaden verantwortlich zeichnet?

Ganz so einfach ist es leider nicht.

Die Vorschrift des § 630 h BGB scheint Klarheit zu verschaffen. Dort heißt es in Abs. 1: „Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden vollbeherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.“

Abs. 5 hierzu lautet: „Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.“ (...)

Das klingt zunächst einmal ganz gut, denn zugunsten des Patienten soll jedenfalls eine Verschuldensvermutung greifen, wonach gilt: Verwirklicht sich ein objektiv von der Behandlungsseite vollbeherrschbares Risiko, so muss diese darlegen und beweisen, dass sie die gebotene Sorgfalt angewendet hat, um das Risiko zu vermeiden, und damit nicht schuldhaft gehandelt hat.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass man auch im Rahmen dieser

besonderen Fehlerkategorie nicht auf die Beurteilung eines medizinischen Sachverständigen verzichten können wird. Denn als Erstes bleibt zu klären, ob es überhaupt um die Verwirklichung eines vollbeherrschbaren Risikos geht.

Nach der Rechtsprechung sind vollbeherrschbare Risiken dadurch gekennzeichnet, dass sie durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt werden und auch durch dessen ordnungsgemäße Gestaltung ausgeschlossen werden können und müssen. Sie sind abzugrenzen von den Gefahren, die aus den Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus bzw. den Besonderheiten des Eingriffs in diesen Organismus erwachsen und deshalb der Patientensphäre zuzurechnen sind. Grund dafür ist, dass die Vorgänge im lebenden Organismus auch vom besten Arzt nicht immer so beherrscht werden, dass schon der ausbleibende Erfolg oder auch ein Fehlschlag auf eine fehlerhafte Behandlung hindeuten würden (vgl. u.a. BGH, Urteil vom 16.08.2016, Az. VI ZR 634/15 m.w.N.).

Typische Fallkonstellationen

Die vorgenannte Definition muss man sicherlich zweimal lesen, bevor sie sich einem gänzlich erschließt. Einfacher wird es, wenn man sich einige der Fallgruppen anschaut, die in der Praxis immer wieder relevant sind:

1. Lagerungsschäden

Die Grundsätze des vollbeherrschbaren Risikos sind auf sog. Lagerungsschäden anwendbar. Es geht um Fälle, in denen die ordnungsgemäße Lagerung des Patienten, beispielsweise auf einem Operationstisch zu beurteilen ist.

Beispielsweise hatte sich der BGH im Rahmen einer Nichtzulassungsbeschwer-

de mit Verbrennungen des Patienten durch einen atypischen Stromfluss bei der Verwendung eines Hochfrequenzgerätes auseinanderzusetzen (vgl. BGH, Beschluss vom 26.09.2017, Az. VI ZR 529/16). Im streitgegenständlichen Fall wurde der Kläger wegen eines Prostata-Karzinoms unter Verwendung eines Hochfrequenzgerätes (Elektrokauter) operiert. Am Folgetag wurde bei ihm dann eine Rötung mit Blasenbildung auf beiden Gesäßhälften festgestellt, die sehr schmerzhaft war. Daraufhin wurde ein Konsil in der Verbrennungsabteilung angefordert. Die Befunde wiesen eine Verbrennung Stadium II a mit einer Längenausdehnung von 20 cm und einer Breitenausdehnung von 10 cm aus. Im weiteren Verlauf ergab sich der Verdacht auf eine entzündliche Komplikation. Eine daraufhin durchgeführte MRT zeigte ein Ödem der Gesäßmuskulatur und der Rückenmuskulatur. Der Kläger musste schließlich aufgrund deutlich angestiegener Entzündungsparameter, einem Fieberanstieg und in Anbetracht des MRT-Befundes wegen der Verdachtsdiagnose einer entzündlichen Komplikation der Verbrennungsläsion in Form einer sog. nekrotisierenden Faszitis notoperiert werden. Das erfasste Binde- und Muskelgewebe wurde ihm schließlich entfernt. Eine weitere Revisionsoperation wurde schließlich erforderlich. Der Kläger hatte im Verfahren geltend gemacht, dass seine Lagerung und/oder die Durchführung der Operation mit dem Hochfrequenzgerät fehlerhaft gewesen sei. Bei ordnungsgemäßer Lagerung und Anwendung des Gerätes sei eine Läsion, wie sie bei ihm aufgetreten sei, ausgeschlossen. Erstinstanzlich wie auch in der Berufungsinstanz wurde die Klage abgewiesen. Nachdem die Revision nicht zugelassen wurde, legte der Kläger Nichtzulassungsbeschwerde ein.

Diese hatte schließlich Erfolg: Der BGH hat die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Der Kläger habe im Rahmen seiner Nichtzulassungsbeschwerde zu Recht gerügt, dass das Berufungsgericht verkannt habe, dass nach Operationen entstandene Lagerungsschäden grundsätzlich als vollbeherrschbar gelten, mit der Folge, dass sich die Behandlungsseite von der Fehlervermutung entlasten muss. Die technisch richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und die Beachtung der dabei zum Schutz des Patienten vor etwaigen Lagerungsschäden einzuhaltenden ärztlichen Regeln seien Maßnahmen, die dem Risikobereich des Krankenhauses und dem ärztlichen Bereich zuzuordnen seien und von diesem vollbeherrschbar sind. Die Beweislastumkehr bei Lagerungsschäden beruhe darauf, dass bei der Lagerung des Patienten während der Operation auch die Risikofaktoren, die sich etwa aus seiner körperlichen Konstitution ergeben, ärztlicherseits eingeplant und dementsprechend ausgeschaltet werden können und es deshalb Sache der Behandlungsseite ist, zu erklären, warum es gleichwohl zu einem Lagerungsschaden gekommen ist. Die erwähnten Umstände (OP-Dauer, Übergewicht des Patienten und Periduralanästhesie) seien allesamt Risikofaktoren, die vor der Operation eingeplant werden konnten. Zur Beweislast der Behandlungsseite stehe, dass eine seltene und mit vertretbarem Aufwand nicht vorab aufdeckbare Anomalie vorgelegen habe, die das damit für die Behandlungsseite verbundene Risiko für sie nicht mehr uneingeschränkt beherrschbar mache. Die Sache wurde an das Berufungsgericht zurückverwiesen, da sich dieses mit der Thematik des Lagerungsschadens als vollbeherrschbares Risiko nicht auseinandergesetzt hat.



Das Klappbett

- höchster Schlafkomfort
- lange Lebensdauer durch hochwertige handwerkliche Verarbeitung
- leichte Handhabung

Schreinerei
Claus Hein GmbH

94034 Passau · Tel.: 0851 44899 · Email: ch@claushein.de · www.hein-schreinerei.de

Ein weiteres Beispiel

In einem Rechtsstreit, den das OLG Köln zu entscheiden hatte (Urteil vom 13.05.2015, Az. 5 U 166/14), litt die Klägerin an starken Schmerzen während der Menstruation. Im Laufe der folgenden Untersuchungen wurden Myome festgestellt, zu deren operativen Entfernung sich die Klägerin entschloss. Die Entfernung wurde laparoskopisch, roboterassistiert durchgeführt. Im Aufwachraum hatte die Klägerin schließlich Schmerzen im linken Unterarm und konnte die Faust nicht schließen. Ein noch am Operationstag durchgeführtes neurologisches Konsil ergab den Verdacht auf eine Läsion des N. radialis. Die Klägerin bezog sich in ihrer Klage auf die fehlerhafte Lagerung und beanspruchte ein Schmerzensgeld wie auch Ersatz des ihr entstandenen materiellen Schadens. Erinstanzlich wurde u.a. ein neurologisches eingeholt. Das Landgericht wies die Klage ab. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Klägerin zwar eine lagerungsbedingte Armplexusläsion erlitten, sie aber nicht bewiesen habe, dass sie während des Eingriffs fehlerhaft gelagert worden sei. Beweiserleichterungen kämen ihr u.a. auch nach den Grundsätzen des vollbeherrschbaren Risikos nicht zugute. Hiergegen wendete sich die Klägerin mit der Berufung – allerdings erfolglos. Das Berufungsgericht hatte entschieden, dass bei dem streitgegenständlichen Lagerungsschaden keine Beweislastumkehr unter dem Gesichtspunkt des vollbeherrschbaren Risikobereichs eingreife, nachdem durch sachverständige Beurteilung feststand, dass die Klägerin während des Eingriffes ordnungsgemäß gelagert worden sei. Eine fehlerhafte Lagerung habe sie also bereits nicht beweisen können.

2. Geräteinsatz

Eigentlich versteht es sich von selbst, dass bei der Vorbereitung und auch letztlich Durchführung einer ärztlichen Behandlung technisch einwandfrei funktionierende Geräte zum Einsatz kommen. Gleichwohl gehört auch der Einsatz funktionsuntüchtiger bzw. versagender Geräte zu den praxisrelevanten Fragestellungen.

Ein gutes Beispiel hierfür bildet die Entscheidung des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts vom 29.08.2014 (Az. 4 U 21/13). Grundaussage dieser Entscheidung ist, dass Darlegungs- und Beweiserleichterungen für den geschädigten Patienten unter dem Gesichtspunkt des vollbeherrschbaren Risikos bereits dann

greifen, wenn ein minimales Restrisiko verbleibt oder theoretisch bleiben könnte, dass ein für die Herzkatheteruntersuchung verwendetes technisches Gerät auch bei Intaktheit und richtiger Bedienung nicht richtig funktioniert.

Was war in dem zugrunde liegenden Fall passiert?

Bei der Klägerin war die Indikation zur Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung gestellt worden. Im Zuge der Durchführung der Herzkatheteruntersuchung kam es zu einem Verschluss des linken Koronarsystems mit elektromechanischer Entkopplung und so zu einem Infarktgeschehen im Hirn rechts. Die Klägerin musste reanimiert werden und hat infolgedessen eine rechtshirnige Ischämie mit beinbetonter linksseitiger Hemiparese davongetragen. Der wesentliche Vorwurf der Klägerin gründete sich darauf, dass bei Durchführung der Herzkatheteruntersuchung Luft aus der Spülleitung ausgetreten sei, insoweit handele es sich um einen groben Behandlungsfehler, jedenfalls sei das Risiko, das bei der Katheteruntersuchung Luft in den Körper gelange, vollbeherrschbar. Denn insoweit sei vor jeder Behandlung sicherzustellen, dass sich in der Spülleitung eben keine Luft befinde.

Nach Einholung eines Sachverständigenutachtens war die Klage erstinstanzlich abgewiesen worden. Hiergegen legte die Klägerin Berufung ein. Das OLG hat diese Entscheidung abgeändert und die Haftung der Beklagten festgestellt. Tragender Gesichtspunkt war dabei die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum „vollbeherrschbaren Risiko“. Risiken könnten nun mal aus unterschiedlichen Sphären stammen, nämlich einmal aus der Sphäre des Patienten, zweitens aus dem Kernbereich des ärztlichen Handelns und drittens auch aus dem Klinikbetrieb bzw. der ärztlichen Praxis. Es läge ein objektiver Fehler im Bereich des Krankenhauses vor, denn es müsse an sich ausgeschlossen sein, dass über die Spülleitung Luft in das Herzsystem der Patientin kommt. Den Entlastungsbeweis haben die Beklagten nicht führen können.

Bemerkenswert ist auch eine Entscheidung des Landgerichtes Gießen (Urteil vom 06.11.2019, Az. 5 O 376/18), weniger, weil die Pflichtverletzung der behandelnden Ärzte bzw. Pflegekräfte dem Bereich der voll beherrschbaren Risiken zugeordnet wurde, sondern vielmehr, weil dies Schmerzensgelderhöhend gewertet wurde.



Was war passiert?

Der dortige 17-jährige Kläger hatte sich beim Fußballspiel eine Verletzung der Nase zugezogen, die operativ versorgt wurde. Während der Operation in Vollnarkose kam es zu einer etwa 25-minütigen Sauerstoffunterversorgung des Klägers. Grund dafür war ein fehlerhafter Anschluss der Schläuche am Beatmungsgerät. Der Kläger erlitt infolge der Sauerstoffunterversorgung während der Operation eine schwere hypoxische Hirnschädigung.

Das Landgericht hat in seinen Entscheidungsgründen u.a. ausgeführt: „Die der Beklagten zurechenbare Pflichtverletzung der behandelnden Ärzte bzw. Pflegekräfte entstammt dem Bereich der voll beherrschbaren Risiken. Insbesondere die Gewährleistung technischer Voraussetzungen für eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung gehört zu den voll beherrschbaren Nebenpflichten eines Klinikträgers (vgl. BGH, Urt. v. 11. 10. 1977 – VI ZR 110/75, NJW 1978, 584, 585). Gefahren aus diesem Bereich können und müssen objektiv voll ausgeschlossen werden (vgl. BGH, Urt. v. 20.3.2007 - VI ZR 158/06, NJW 2007, 1682 Rz. 9). Der falsche Anschluss der Schläuche an dem Beatmungsgerät, das während der Vollnarkose im Rahmen der Operation des Klägers am ... Verwendung gefunden hat, hätte vermieden werden können und müssen. Unerheblich ist daher, ob Mitarbeiter der Beklagten noch am Morgen des Ope-

Justitia-Statuette – Göttin der Gerechtigkeit



Foto: © Bits and Splits - stock.adobe.com

rationstages das Beatmungsgerät überprüft und kontrolliert haben. Im Rahmen der Schmerzensgeldbemessung wirkt sich der Umstand, dass sich ein voll beherrschbares Risiko verwirklicht hat, schmerzensgelderhöhend aus. Eine solche Pflichtverletzung wiegt - vergleichbar mit Fällen eines groben Behandlungsfehlers - schwerer als wenn einem Arzt im Rahmen einer Behandlung ein einfacher Fehler unterläuft, der im Zusammenhang mit den Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus steht oder durch das Erfordernis raschen Handelns begünstigt wurde.“

3. Hygiene

Dass sich zuziehen einer Infektion bzw. das Einhalten von Hygienebestimmungen hat ebenso eine erhebliche Relevanz und wird auch im Bereich des vollbeherrschbaren Risikos, Organisationsversäumnissen lebhaft diskutiert.

Dies erklärt sich naturgemäß dadurch, da Infektionsmöglichkeiten nun einmal vielfältig sind. Allein die Behauptung, wie beispielsweise eine Infektion im Krankenhaus davongetragen zu haben, wird nicht genügen, um eine Haftung zu begründen. Die Darlegungs- und Beweissituation ist für den Patienten im Zusammenhang mit Hygienevorwürfen vor besondere Herausforderungen gestellt. Steht fest, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss,

hat der Krankenhausträger für die folgende Infektion einzustehen, es sei denn, er kann sich im Einzelfall entlasten (vgl. u.a. BGH, Urteil vom 17.01.2012, Az. VI ZR 336/10). Bei feststehender Infektionsquelle greifen also die Grundsätze über das vollbeherrschbare Risiko. Anders hingegen verhält es sich, wenn die Infektionsquelle nicht feststeht; dann muss der haftungsrechtliche Zurechnungszusammenhang mit der Verletzung von Hygienevorschriften bewiesen werden, um eine Haftung der Behandlerseite zu begründen; eine Umkehr der Darlegungs- und Beweislast bzw. Beweiserleichterung nach den Grundsätzen über das vollbeherrschbare Risiko kommt hier nicht in Betracht.

Als eines von vielen Beispielen kann eine Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 29.01.2015 (Az. I-8 U 107/13) dienen. Der dortige Kläger hatte sich einer Bandscheibenoperation unterzogen. In der Folge musste im Narbenbereich eine Fistel entfernt werden. Im Rahmen dessen ergab ein Wundabstrich eine Besiedelung mit dem bakteriellen Erreger *Staphylococcus aureus*. Eine antibiotische Therapie wurde eingeleitet. Gleichwohl musste sich der Kläger dann im Folgenden einer weiteren Operation unterziehen, bei welcher neben einer Fistelrevision die komplette Spondylodese gegen ein neues Implantat ausgetauscht werden musste. Der Kläger hat sich auf den Verstoß gegen einschlägige Hygienevorschriften bezogen, aufgrund dessen er sich mit dem *Staphylococcus aureus* infiziert und der zu den späteren Fistelbildungen geführt habe. In seiner Berufungsentscheidung, in der das erstinstanzliche klageabweisende Urteil aufrechterhalten wurde, hat das OLG veranschaulichend ausgeführt: „Entgegen der Auffassung des Klägers komme ihm auch keine Beweiserleichterung zugute. Es liegt kein von der Klinik vollbeherrschbares Ri-

siko vor, sodass das Vorliegen einer Infektion nicht den Verstoß gegen Hygienevorschriften indiziert. Vielmehr handelt es sich nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. C. bei dem vorgefundenen Erreger um einen sensiblen *Staphylococcus aureus*, d.h. um einen Keim, der sich in der physiologischen Keimflora der Haut befindet und nicht um einen MRSA-Keim, sodass eine Infektion auch bei der Einhaltung aller Hygienevorschriften nicht vermeidbar sei. Diese hafte jedem operativen Eingriff als nicht vermeidbares Risiko an.“

4. Sturzereignisse

Auch hier besteht grundsätzlich zunächst einmal kein Zweifel daran, dass Patienten während einer Behandlung, sei es nun im Krankenhaus, in einer Rehaeinrichtung o.ä., durch geeignete organisatorische Maßnahmen vor Stürzen zu schützen sind. Von wesentlicher Bedeutung ist, inwieweit es Mobilitätseinschränkungen gibt, die mit einer Sturztendenz des jeweiligen Patienten verknüpft sind. Nur dann liegt ein besonderes Risikoprofil vor, welchem in organisatorischer Hinsicht durch entsprechende Vorkehrungen Rechnung getragen werden muss. Kommt es so zu einem vermeidbaren Sturzereignis, sind in aller Regel die Grundsätze zum vollbeherrschbaren Risiko einschlägig. Ähnlich wie bei den Hygienefällen ist zu differenzieren, ob es um ein vorhersehbares Sturzereignis geht, dem man durch geeignete organisatorische Maßnahmen begegnen muss oder aber um ein solches, das nicht vorhersehbar ist. In diesem Zusammenhang sind begleitete bzw. unbegleitete Toilettengänge regelmäßig ein Diskussionspunkt.

Das OLG Koblenz hat sich hierzu in einer Entscheidung vom 28.09.2015 (Az. 5 U



NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
FACHANWÄLTE FÜR MEDIZINRECHT

EIGENTLICH SOLLTE
ES UNS NICHT GEBEN.

Aber Geburtsschäden passieren.

naetherkrueger.de

810/15) zusammenfassend wie folgt geäußert: „Ob und inwieweit das Pflegepersonal eines Krankenhauses einen Patienten beim Toilettengang sichern und überwachen muss, hängt vom Alter, dem körperlichen und geistigen Zustand des Patienten sowie etwaigen Beeinträchtigungen aufgrund operativer Eingriffe oder der Medikation ab. Lässt das Pflegepersonal einen erheblich sturzgefährdeten Patienten auf dem Toilettensitz unbeaufsichtigt, ohne in sonstiger Weise sicherzustellen, dass er nicht ohne geschulte Hilfe aufsteht, kann darin eine Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages zu sehen sein.“

Die Entscheidung verdeutlicht gut, wie wichtig auch in diesem Bereich eine gute Organisation und Überwachung ist. Gerade weil Sturzereignisse oftmals unbeobachtet geschehen, wird jedenfalls der Verantwortliche, wie beispielsweise der Krankenhausträger im vorgenannten Fall, mit erheblichen Beweisproblemen konfrontiert sein. Mit Anwendung der Grundsätze des vollbeherrschbaren Risikos wird regelmäßig das Krankenhaus darzulegen und zu beweisen haben, dass der Vorfall gerade nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten beruht. Dies dürfte schwierig sein.

5. Organisation, Koordination, Personaleinsatz

Personaleinsatz und Koordination/Organisation des Behandlungsbetriebes gelten als aus objektiver Sicht vollbeherrschbar und bilden eine sehr wichtige Fallgruppe. Denn immerhin geht es um die Sicherstellung eines Versorgungsauftrages. Streitpunkte liegen insbesondere in dem Vorwurf einer unzureichenden, aber auch nicht qualifizierten Personalausstattung, dem Unterlassen von Kontrollmaßnahmen, der unzulänglichen Kommunikation und Koordination zwischen einzelnen Abteilungen und Ärzten, der nicht ausreichenden Überwachung, Instruktion des Personals. Insbesondere für den Bereich der hierarchisch gegliederten Zuständigkeiten (sog. vertikale Arbeitsteilung) gilt eine Vermutung für Organisations-, Auswahl-, Anweisungs- und Kontrollverschulden, das die Behandlungsseite entkräften muss.

Vorgaben für eine personale (Mindest-) Ausstattung finden sich beispielsweise für den Bereich der neonatologischen Intensivstation. In der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (in der Fassung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 01.04.2021, Anlage 2) heißt es für die Versorgungsstufe 1 im Perinatal-

zentrum Level I, dass der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderpflegern bestehen muss. Abweichend hierzu können auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst eingesetzt werden, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „pädiatrische Intensivpflege“ gem. der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder „pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben mit dort genannten Mindestzeiten der Berufstätigkeit. Dort findet sich beispielsweise auch eine Regelung, dass 40% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes (bezogen auf die Vollzeitäquivalente) eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „pädiatrische Intensivpflege“ gem. der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder „pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ aufweisen müssen.

Eine Entscheidung des OLG Nürnberg (Urteil vom 25.03.2011, Az. 5 U 1786/10) dient als veranschaulichender Beispielfall. Hier waren schwere organisatorische Fehler des Krankenhauses rund um die Geburt des Klägers Streitpunkt: keine ausreichende Überwachung der Hebamme, keine zureichende Organisation des Ruf- und Bereitschaftsdienstes, Anwesenheit nur einer Krankenschwester für die Überwachung der gesamten Station und des Säuglingszimmers. Der Kläger trug vor, aufgrund der Versäumnisse rund um seine Geburt einen erheblichen Entwicklungsrückstand im motorischen wie geistigen Bereich davongetragen zu haben.

Die wesentlichen Entscheidungsgründe, die eine Haftung des Krankenhauses nach Einholung eines Sachverständigengutachtens begründet haben, waren folgenden Inhalts:


„ (...) Ein Krankenhaus mit Wöchnerinnenstation muss die Grundvoraussetzungen bieten, um Neugeborene zu überwachen. Zu diesen Grundvoraussetzungen gehören und gehörten bereits 2004 auch in einem Krankenhaus niedrigster Versorgungsstufe die Anwesenheit einer Kinderkrankenschwester oder jedenfalls einer Schwester, die sich mit Neugeborenen auskennt und jedenfalls vorhandene Geräte bedienen kann. (...)

Werden (Anm.: seitens des Krankenhauses) Einrichtungen wie Oxymeter und Wärme-/Sauerstoffbett bereitgestellt, muss einerseits das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass das eingesetzte Personal auch mit

diesen Geräten umgehen kann, und darf sich ein Belegarzt umgekehrt darauf verlassen, dass dies auch der Fall ist. (...)

Die mangelnde Personalausstattung (sowohl zahlenmäßig als auch ausbildungsmäßig) stellt sich damit als ein (Anm.: zur Umkehr der Beweislast führender) grober Organisationsfehler dar, der auch dann schlechterdings nicht unterlaufen darf, wenn grundsätzlich nur die Betreuung von (vermeintlich) gesunden Kindern vorgesehen ist (...).“

Fazit

Bei genauerer Betrachtung verdeutlichen alle vorgenannten typischen Konstellationen, dass die Zuordnung in einen von der Behandlerseite voll zu beherrschenden Risikobereich nicht gleichbedeutend ist mit einem uneingeschränkten „Ja“ zu einer Haftung des jeweils Verantwortlichen, insbesondere des Krankenhausträgers. Die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze haben für den Geschädigten im Ergebnis nur einen begrenzten Wert, da es nur um eine Beweiserleichterung in Form einer (von der Gegenseite widerlegbaren) Vermutung geht und er zudem auf eine positive sachverständige Beurteilung angewiesen bleibt. Am Ende ist der Patient immer noch gehalten, die oftmals in besonderem Maße diskutierte Kausalität dieses Fehlers für seinen Gesundheitsschaden zu beweisen. Kann er das nicht, hilft ihm auch die Fallgruppe des sog. vollbeherrschbaren Risikos nicht weiter. Deshalb gilt auch hier, dass der Ursachenzusammenhang zwischen diesem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden am Ende das Hauptproblem der Haftung bildet. Nur dann, wenn der Fehler als grob eingestuft werden kann, wird es für den geschädigten Patienten einfacher, da dann bereits eine Mitursächlichkeit für die Bejahung des Ursachenzusammenhangs ausreicht. 

AUTORIN

Caterina Krüger
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht



NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de