

Rechtsanwältin Friederike DeCoite
Rechtsanwälte Bantel & Kollegen
Okenstr. 1c
77652 Offenburg
Tel.: 0781 / 93 99 94 90
Fax: 0781 / 93 99 94 92
e-Mail: rechtsanwaelteOG@kanzlei-bantel.de

Urteile

Haftungsrecht von Pflegepersonal und ErzieherInnen

Inhalt

1. **BGH vom 07.03.1995 - II ZR 6750 –**
Voraussetzungen der Delegation einer i.m.-Injektion
2. **BGH vom 07.02.1956 - VI ZR 302/54 –**
Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Behandlung
3. **BGH vom 30.06.1959 - VI ZR 181/58 –**
Voraussetzungen der Delegation einer i.m- Injektion
4. **OLG Köln vom 11.02.1969 - Ss 6/69 – (Strafrecht)**
Fahrlässige Tötung wegen Verwechslung einer Koffeinlösung
5. **OLG Düsseldorf vom 22.04.1971 - 8 U 148/68 –**
Wann muss die Pflegeperson den Arzt (noch nicht) hinzuziehen
6. **Arbeitsgericht Bamberg vom 08.03.1997 - 2 Ca 530/76 C- (Arbeitsrecht)**
Fristlose Kündigung einer Stationsschwester wegen Arbeitsverweigerung
7. **Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Konstanz vom 18.10.1978 - 32 Js 316/78 – (Strafrecht)**
fahrlässige Tötung durch Unterlassen bei cerebraler Blutung nach „leichter Gehirnerschütterung“
8. **BGH vom 08.05.1979 - VI ZR 58/78 –**
Übernahme von i.m. Injektion durch Krankenpflegehelferin
9. **AG Augsburg vom 11.09.1979 (Strafrecht)**
Sorgfaltspflichten beim Einsatz von Geräten;
Führungs-/Anordnungsverantwortung, Durchführungsverantwortung
10. **LG Hildesheim vom 17.10.1979 - 5 Ls 34179 – (Strafrecht)**
Übernahme ärztlicher Tätigkeit, Übernahmeverschulden
11. **OLG Düsseldorf vom 12.08.1981 - 8 U 40/80 –**
Umfang der geschuldeten Pflege und Betreuung und die Verantwortung des Arztes
12. **BGH vom 10.01.1984 - VI ZR 158/82 -**
Voll beherrschbare Risiken; Verantwortlichkeit für Behandlungspflege
13. **BGH vom 18.03.1986 - VI ZR 215/84 –**
Dekubitusprohylaxe, Dokumentation
14. **BGH vom 02.06.1987 - 6ZR174/86 –**
Anordnungsverantwortung bei Dekubitusprohylaxe und -behandlung
15. **OLG München vom 29.09.1988 - 24 U 806/87 -**
Nicht rechtzeitige Information des Belegarztes
16. **BGH vom 18.12.1990 - 6 ZR 169/90 –**
Sturz eines Patienten beim Heben vom Nachtstuhl
17. **BGH vom 25.06.1991 - VI ZR 320/90 –**
Sturz eines Patienten beim Transport
18. **OLG Köln vom 02.12.1992 - 27 U 103/91 –**
Fixierung
19. **Beschluss des bayrischen OLG vom 06.05.1993 - 3 ZBR 70/93 –**
Fixierung
20. **OLG Karlsruhe vom 18.08.1993**
Fixierung
21. **OLG Koblenz vom 19.09.1994 - 2 Ss 123/04 – (Strafrecht)**
Urkundenfälschung
22. **BGH vom 13.9.1994 - 1 StR 357/94 – (Strafrecht)**
Kemptener Sterbehilfefall
23. **OLG Oldenburg vom 09.04.1996 - 8 U 158/95 –**
Kompetenzüberschreitung des Pflegepersonals
24. **Beschluss des AG Tempelhof-Kreuzberg vom 28.04.1998 - 50 XVII G 361 -**
Einschließung der betreuten Pflegeperson zu Hause bei ambulanter Versorgung
25. **Beschluss der Staatsanwaltschaft Krefeld vom 23.03.1998 - 3Js18/98 -**
Sorgfaltspflichten des ambulanten Pflegedienstes (Strafrecht)
26. **Urteil des OLG Oldenburg vom 14.10.1999 - 1 U 121/98 -**
Dokumentationspflichten bei Dekubitus (Pflegeheim); Beweislastumkehr
27. **Urteil des OLG Karlsruhe vom 30.03.2006 - 12 U 298/05 -**
Umfang der Aufsichtspflicht bei Kindergartenkindern
28. **Urteil des OLG Schleswig-Holstein vom 22.06.1994 - 9 U 95/93 -**
Aufsichtspflicht gegenüber Kindergartenkindern beim Überqueren der Fahrbahn
29. **Urteil des LG Paderborn vom 16.12.1977 - 4 O 355/77 -**
Haftung einer Schulkinderpädagogin bei Fahrbahnüberquerung nach Schulschluss; private Haftpflicht
30. **Urteil des LG Zweibrücken vom 06.09.2005 - 3 S 4/05 -**
Aufsichtspflicht in Heim für straffällig gewordene Jugendliche
31. **Urteil des LG Münster vom 24.02.1997 - 7 O 163/96 -**
Haftung bei Grillunfall in Kinderwohnheim
32. **Urteil des OLG Dresden vom 04.12.1996 - 6 U 1393/96 -**
Aufsichtspflicht in Heim für schwer erziehbare Kinder
33. **Urteil des LAG Rheinland-Pfalz vom 15.07.2004 - 6 Sa 2066/03 -**
Kündigung wegen Verletzung der Aufsichtspflicht

1. BGH vom 07.03.1995 - II ZR 6750 –

Voraussetzungen der Delegation einer i.m.-Injektion

Am 06.11.1947 wurde ein Patient wegen einer Lungen- und Rippenfellentzündung in ein Krankenhaus eingewiesen. Im Zuge der ärztlichen Behandlung wurden dem Patienten i.m.-Injektionen in die rechte Gesäßhälfte durch eine Schwesternschülerin verabreicht. Bei der letzten Injektion gab der Patient starke Schmerzäußerungen von sich und rief laut, dass er einen Krampf im rechten Bein bekomme. Die Schwesternschülerin führte die Einspritzung gleichwohl zu Ende. Bei einer weiteren stationären Behandlung vom 27. bis 29.04.1948 wurde festgestellt, dass der rechte Ischiasnerv des Patienten in Folge der Injektion geschädigt war und eine 50 %-ige Minderung der Erwerbstätigkeit zur Folge hatte. Der Patient verklagte den Krankenhausträger auf Schadenersatz und Zahlung eines Schmerzensgeldes. Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. Berufung und Revision des Krankenhausträgers hatten keinen Erfolg.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Schädigung des Nervs ist auf schuldhaftes Verhalten der Schwesternschülerin zurückzuführen, für deren Verschulden der Krankenhausträger haftet. Es wäre erforderlich gewesen, die Schwesternschülerin über die Gefährlichkeit des einzuspritzenden Medikaments bzw. einer falschen Sprizentechnik genau zu unterrichten und aufzuklären. Eine Schülerin muss aufgrund der erteilten Belehrung in der Lage sein, sich ein Bild über die Folgen eines Injektionsfehlers zu machen.

2. BGH vom 07.02.1956 - VI ZR 302/54 –

Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Behandlung

Bei einem Mädchen wurde 1957 in einem Krankenhaus eine Mandeloperation durchgeführt. Nach dieser Operation sollte, da das Mädchen unter Spulwürmern litt, eine Wurmkur durchgeführt werden. Für solche Kuren war in dem Krankenhaus eine Krankenschwester beauftragt, die hierfür mit allgemeinen Anweisungen versehen war. Nach Verabreichung des Mittels Oleum chenopodii in mehreren Portionen kam es bei dem Mädchen zu Hautrötungen und zu Erbrechen. Später gab ihr die Krankenschwester zum Abführen Rizinus und verabreichte dem Mädchen schließlich einen Einlauf. Es kam zu einer Stuhlentleerung mit Abgang einer erheblichen Anzahl von Spulwürmern. Noch am selben Tag zeigte sich, dass das Mädchen nur schwer hörte, schließlich wurde es völlig taub und bewusstlos. In der Folgezeit kehrte die Hörfähigkeit zurück, doch konnte das Mädchen nur noch wenige Worte sprechen; es war schwer geschädigt (stark schwachsinnig).

Das Mädchen klagte gegen den Krankenhausträger auf Schadenersatz und war in allen Instanzen erfolgreich.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es könne dahingestellt bleiben, ob Schadenersatzansprüche auf vertraglicher Grundlage in Betracht kämen, denn solche Ansprüche seien unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der Haftung auf unerlaubter Handlung begründet. Es sei als erwiesen anzusehen, dass das Mädchen in Folge der Wurmkur einen Vergiftungsschaden davongetragen habe und schwachsinnig geworden sei. Nach Eingabe des Wurmmittels sei nicht für die notwendige unverzüglich Stuhlentleerung gesorgt worden. Der Chefarzt habe die ihm obliegenden Pflichten schuldhaft verletzt, da er es zuließ, dass die Krankenschwester Wurmkuren selbständig durchführte, ohne sie über die Gefährlichkeit dieses Mittels eingehend belehrt und über die unbedingte Notwendigkeit der Entfernung des Mittels aus dem Organismus durch eine alsbald herbeizuführende und spätestens im Laufe des Tages zu erzwingende Stuhlentleerung unterrichtet und sie mit den entsprechenden strikten Anweisungen versehen zu haben. Die der Krankenschwester allgemein erteilten Anweisungen seien nicht ausreichend gewesen.

3. BGH vom 30.06.1959 - VI ZR 181/58 –**Voraussetzungen der Delegation einer i.m.- Injektion**

Nach einer Blinddarmoperation (07.01.1949) erhielt ein 12-jähriges Mädchen wegen einer Bauchfellentzündung i.m.-Injektionen von Supronal in den linken Gesäßmuskel. Am folgenden Tag wurde bei der Visite eine fast komplette Lähmung im Bereich des Peronäusnervs links festgestellt. Eine neurologische Untersuchung ergab, dass die Lähmungserscheinungen auf die Supronal-Injektion zurückzuführen waren. Das Krankenhaus wurde zu Schadenersatz und Zahlung eines Schmerzensgeldes verurteilt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Klage ist nach § 831 BGB begründet, weil die Krankenschwester als Gehilfin des Krankenhausträgers durch die unsachgemäße Injektion widerrechtlich gehandelt und der Krankenausträger den im obliegenden Entlastungsbeweis des § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB nicht geführt habe. Die Krankenschwester sei zwar sorgfältig ausgewählt worden und habe sich im Krankenhaus als zuverlässige Pflegekraft erwiesen. Davon sei aufgrund der vorliegenden Zeugnisse auszugehen. Damit allein sei aber noch nicht den Anforderungen genügt. Eine Pflegekraft, die wie die tätig gewordene Krankenschwester beauftragt gewesen sei, intramuskuläre Injektionen bei Kindern vorzunehmen, müsse vielmehr für diese Aufgabe besondere Anweisungen und Belehrungen erhalten. Sie müsse über die Gefährlichkeit des Injektionsmittels unterrichtet, über die anatomischen Verhältnisse, v.a. über die Lage des Ischiasnervs belehrt und darauf hingewiesen werden, dass die Injektionsflüssigkeit nicht in die Nähe des Ischiasnervs gelangen dürfe.

4. OLG Köln vom 11.02.1969 - Ss 6/69 – (Strafrecht)

Fahrlässige Tötung wegen Verwechslung einer Koffeinlösung

Im Januar 1969 sollte bei einem 10-jährigen Kind eine sog. fraktionierte Magenausheberung vorgenommen werden. Die mit der Vorbereitung beauftragte Krankenschwester ging ins Labor, um dort eine dafür genau bezeichnete Koffeinlösung zu holen. Dabei wurde der Krankenschwester von der Laborangestellten eine zur äußeren Anwendung vorgesehene Koffeinlösung ausgehändigt. Weder der Krankenschwester noch der Laborangestellten war aufgefallen, dass eine völlig falsche Lösung übergeben wurde. Diese falsche Koffeinlösung wurde benutzt; die Maßnahme endete mit dem Tod des Kindes. Das Schöffengericht verurteilte die Krankenschwester wegen fahrlässiger Tötung zu einer Geldstrafe von € 600,00 und sprach die Laborangestellte frei. Auf die Berufung der Krankenschwester hat das Landgericht diese ebenfalls freigesprochen. Die Revision der Staatsanwaltschaft und der Nebenkläger führten zur Aufhebung des Urteils und zur Zurückverweisung der Sache wegen Verkennung des Fahrlässigkeitsbegriffs.

Aus den Entscheidungsgründen:

Das Urteil des Landgerichtes hatte fälschlicherweise angenommen, dass die Angeklagten wegen ihrer mangelnden Kenntnisse, die ihnen nicht vorzuwerfen seien, in schuldausschließender Weise jeweils auf die Kenntnisse der anderen vertrauen durften. Je weniger die Angeklagten wussten, desto vorsichtiger hätten sie sein müssen. Es hätte sich keine auf die andere verlassen dürfen. Die Angeklagten hätten erkennen können, dass die herausgegebene Lösung nur für den äußerlichen Gebrauch bestimmt war. Es sei im Übrigen eine Rückfrage bei den jeweils zuständigen Vorgesetzten unerlässlich gewesen. Bei der erneuten Hauptverhandlung müsse gegebenenfalls ein Mitverschulden der für die mangelhafte Organisation des Hauses Verantwortlichen berücksichtigt werden.

5. OLG Düsseldorf vom 22.04.1971 - 8 U 148/68 –

Wann muss die Pflegeperson den Arzt (noch nicht) hinzuziehen

Bei einer Patientin war am vierten Tag nach einer Miniskusoperation ein Ansteigen der Temperatur verbunden mit starken Schmerzen festzustellen. Die Stationschwester maß dem Umstand keine besondere Bedeutung zu und verständigte daher keinen Arzt. Später diagnostizierte der Chefarzt eine Infektion die im weiteren Verlauf zu einer Versteifung des Kniegelenks führte. Die Patientin verlangte vom Krankenhaus Schadenersatz mit der Begründung, dass die Schwester den Arzt nicht rechtzeitig in Kenntnis gesetzt hätte.

Die Klage wurde abgewiesen.

Entscheidungsgründe:

Der damals etwa 53 Jahre alten erfahrenen Stationsschwester müsse eine gewisse Selbständigkeit zugesprochen werden. Sie habe nicht bei jedem ungewöhnlichen Ereignis sofort den Arzt zu rufen brauchen, sondern sich selbst aufgrund ihrer Erfahrungen vergewissern dürfen, ob die Hinzuziehung eines Arztes geboten sei. Dies gelte hier umso mehr, als eine Miniskusoperation nicht zu den gefährlichen Eingriffen zähle und in der Regel ohne Komplikationen verlaufe.

6. Arbeitsgericht Bamberg vom 08.03.1997 - 2 Ca 530/76 C- (Arbeitsrecht)**Fristlose Kündigung einer Stationsschwester wegen Arbeitsverweigerung**

Am 09.08.1976 wurde ein Patient in bewusstlosem Zustand in ein Krankenhaus mit der Einweisungsdiagnose „Verdachts auf Meningitis“ eingewiesen. Der Arzt ordnete an, dass die Patientin auf einer Pflegegruppe unterzubringen sei, auf der 15 an den Mandeln frisch operierte Kinder versorgt wurden. Die Stationsschwester weigerte sich lautstark, die Patienten aufzunehmen; sie weigerte sich auch dann noch, als der Arzt ihr erklärt hatte, dass der Verdacht auf Meningitis sich bei der Patientin nicht bestätigt habe. Als dann der Arzt eine Calciumspritze verlangte, wurde auch dies von der Stationsschwester verweigert. Erst nachdem der Arzt die Spritze mehrmals lautstark verlangte, wurde dann schließlich von der Stationsschwester die Spritze aufgezogen. Der Krankenhausträger kündigte daraufhin der Schwester fristlos wegen Arbeitsverweigerung. Die hiergegen erhobene Kündigungsschutzklage war erfolglos.

Aus den Entscheidungsgründen:

Soweit sich die Stationsschwester auf ihr Verantwortungsbewusstsein berufe, müsse sie als langjährige Beschäftigte im Krankenhaus wissen, dass die Entscheidung jeweils der Arzt zu verantworten habe, wenn er eine Anordnung treffe. Wenn dieser trotz Äußerung von Bedenken, zu denen die Stationsschwester natürlich berechtigt gewesen sei, an seiner Auffassung festhielt, hätte sich die Stationsschwester dem beugen müssen. Es bestand auch keine Verpflichtung, der Stationsschwester die Maßnahme des Arztes plausibel zu machen. Etwas anderes hätte nur dann gelten können, wenn der Arzt den Meningitisverdacht bestätigt hätte.

**7. Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Konstanz vom 18.10.1978 - 32 Js 316/78 – (Strafrecht)
 fahrlässige Tötung durch Unterlassen bei cerebraler Blutung nach „leichter Gehirnerschütterung“**

Am 18.12.1978 wurde ein 12-jähriger Junge nach einem Sturz auf den Kopf wegen einer „leichten“ Gehirnerschütterung in die chirurgische Abteilung einer Privatklinik aufgenommen. Der Aufnahmearzt stellte keine auffälligen Krankheitsbefunde fest und

ordnete Beobachtung an. Der Arzt (Dr. A) wurde von der Pflegedienstleitung (Oberin) darauf aufmerksam gemacht, dass die allein Dienst habende Stationsschwester, eine gelernte Kinderkrankenschwester, mit der Krankenbeobachtung des Jungen überfordert sei. Sie hatte am 18.02.1978 von 06:15 Uhr bis 20:30 Uhr Dienst; die zusätzliche Schicht ab 13:15 Uhr hatte sie für eine Kollegin übernommen.

Auf der chirurgischen Station hatte die Stationsschwester insgesamt 42 Patienten zu versorgen. Als der Junge mehrmals erbrach, wurde er daraufhin von der Stationsschwester versorgt, sowie Puls-; Temperatur-; und Blutdruck untersucht und gemessen. Danach wurde der Zustand des Jungen durch äußerlichen Augenschein etwa stündlich überprüft. Gegen 17:00 Uhr hatte der Junge im Schlaf eingenässt. Um 19:00 Uhr wurde auf Hinweis von Mitpatienten erneutes Einnässen mitgeteilt, worauf die Stationsschwester nunmehr den Arzt rief, der den Chefarzt (Dr. C) verständigte. Gegen 19:45 Uhr wurde die Verlegung des Jungen auf die Intensivstation angeordnet. Nach einer weiteren Verlegung in die 70 km entfernte Universitätsklinik starb der Junge gegen 23:00 Uhr.

Die Ärzte Dr. A. und Dr. C. wurden angeklagt und wegen fahrlässiger Tötung zu hohen Geldstrafen verurteilt. Das gegen die Stationsschwester eingeleitete Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung wurde mangels hinreichendem Tatverdacht eingestellt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Stationsschwester B. sei eine ursächliche pflichtwidrige Unterlassung für den eingetretenen Tod des Jungen nicht nachzuweisen. Sie habe trotz Überlastung durch doppelte Schicht und überdurchschnittlich viele Patienten etwa stündlich nach dem Jungen geschaut und auch rechtzeitig die Ärzte informiert. Spätestens um 20:00 Uhr hätte eine Verlegung des Jungen in die 5 km entfernte städtische Unfallklinik erfolgen müssen. Der Junge hätte dann in kürzester Zeit durch eine Schädelöffnung notversorgt werden können. Hier liegt ein Fall der unterbrechenden bzw. überholenden Kausalität vor, weil die Versäumnisse der Stationsschwester B. durch die Versäumnisse der Ärzte nicht nur verstärkt, sondern als für den Tod unerheblich beseitigt worden seien.

8. BGH vom 08.05.1979 - VI ZR 58/78 –

Übernahme von i.m. Injektion durch Krankenpflegehelferin

Einem Patienten wurden vom 27.03. bis 01.04.1972 täglich Injektionen von Megacillin in die Gesäßmuskulatur gegeben. Dabei kam es durch eine von einer Krankenpflegehelferin fehlerhaft gesetzte Spritze zu einer sog. Spritzenlähmung im Bereich des linken Beines. Das Krankenhaus wurde zu Schadenersatz verurteilt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es sei davon auszugehen, dass der Krankenhausträger die Folgen der fehlerhaften intramuskulären Injektion nach den Regeln der Vertragshaftung und der Haftung aus unerlaubter Handlung zu vertreten habe. Krankenpflegehelferinnen sind nicht generell zur Ausführung von Injektionen befugt und befähigt. Selbst wenn man zugestehen sollte, dass auch besonders qualifizierten und über das allgemeine Ausbildungsziel hinaus geübten Krankenpflegehelferinnen ausnahmsweise selbständige intramuskuläre Injektionen anvertraut werden dürften, dann seien hier diese besonderen Voraussetzungen von Krankenhausträgern nicht nur nicht bewiesen, sondern nicht einmal dargelegt worden. Damit könne von einer Entlastung des Krankenhausträgers nach § 831 BGB keine Rede sein. Es stehe fest, dass der Krankenhausträger seiner Pflicht zur genügenden Auswahl, Anleitung und Überwachung seiner Hilfskräfte nicht nachgekommen sei.

9. AG Augsburg vom 11.09.1979 (Strafrecht)

Sorgfaltspflichten beim Einsatz von Geräten; Führungs-/Anordnungsverantwortung - Durchführungsverantwortung

Ein noch unter Narkosewirkung stehender 64-jähriger Patient sollte nach einem Eingriff am Operationstisch in sein Bett gebracht werden. Dazu wurde auf Anweisung des Oberpflegers ein sog. Hoyer-Lifter mit zwei Gurten benutzt. Eine erfahrene Krankenschwester bediente den Lifter, während ein gerade examinierter Krankenpfleger den Kopf des Patienten waagrecht hielt. Da der Transport des Patienten zunächst nicht gelang, wurde im letzten Moment eine weitere Krankenschwester herbeigerufen, um die Beine des Patienten zu halten. Plötzlich glitt der Patient durch die Gurte, schlug mit dem Kopf auf den Boden auf und erlitt Schädelverletzungen, an denen er kurz darauf starb. Der 1974 gekaufte zweigurtige Lifter war vom Hersteller nur zum Transport sitzender Personen gedacht, während für Bewusstlose eine Ausführung mit vier Gurten angeboten wurde. Der Oberpfleger hatte den Einsatz des selten benutzten Lifters ohne Kenntnis der genauen Gebrauchsanweisung veranlasst. Die Pflegekräfte waren in den Gebrauch des Gerätes nicht eingewiesen worden. Das AG Augsburg verurteilt den Oberpfleger wegen fahrlässiger Tötung zu DM 3.000,00 Geldstrafe, die erfahrene Krankenschwester zu DM 2.000,00 und den gerade examinierten Krankenpfleger zu DM 600,00. Die zuletzt herbeigerufene Krankenschwester wurde freigesprochen.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Hauptschuld traf den Oberpfleger im Rahmen seiner Führungsverantwortung. Beim Einsatz von Geräten muss sich der Führungsverantwortliche davon überzeugen, ob das Gerät überhaupt hierfür geeignet ist. Darüber hinaus muss er sich bei der Auswahl der ausführenden Personen davon überzeugen, dass diese auch für den Umgang mit dem Gerät ausgebildet und eingewiesen sind.

Der erfahrenen Krankenschwester und dem gerade examinierten Krankenpfleger sei vorzuwerfen, dass sie der Anweisung des Oberpflegers ohne eigene Überlegung und Überprüfung Folge geleistet hätten. Der Untergebene hat Anweisung des Vorgesetzten nicht einfach auszuführen, sondern muss überprüfen, ob ihm die Durchführung möglich und zumutbar ist, insbesondere nicht gegen Strafgesetze verstoße. Ohne die erforderliche Ausbildung und Einweisung hätten sowohl die erfahrene Krankenschwester als auch der gerade examinierte Krankenpfleger die Übernahme der Bedienung des Hoyer-Lifters ablehnen müssen. Dagegen hat die zuletzt herbeigerufene Krankenschwester ohne Verschulden gehandelt, weil sie in einer Notsituation tätig geworden ist. Dass sie selbst mit der Bedienung des Lifters nicht vertraut gewesen war, konnte ihr nicht angelastet werden, weil sie lediglich zur Hilfe eilte. Man könne ihr allenfalls vorwerfen, dass sie sich nicht bemüht habe, den Transportversuch abubrechen. Da der Patient aber bereits gefährdet war, konnte sie zunächst lediglich insoweit Hilfe leisten, für die ausreichende Balance zu sorgen. Sofort danach sei der Patient durch die Gurte gegliiten, so dass für sie der Zwischenfall unvermeidbar war. Im Übrigen sei in diesem Fall letztendlich von einem Versagen der Krankenhausleitung, insbesondere des Chefarztes, auszugehen, denn immerhin habe sogar der für die urologische Klinik zuständige Chefarzt gegen den Einsatz des Lifter keine Bedenken gehabt.

10.LG Hildesheim vom 17.10.1979 - 5 Ls 34179 – (Strafrecht)

Übernahme ärztlicher Tätigkeit, Übernahmeverschulden

Eine Krankenpflegeschülerin im dritten Ausbildungsjahr wurde von einem Arzt beauftragt, in einem fast dunklen Röntgenraum eines Krankenhauses bei einer Patientin einen Kontrasteinlauf mittels Darmrohr durchzuführen. Dabei wurde das Darmrohr versehentlich nicht in den Dickdarm, sondern in die Scheide der Patientin eingeführt. Von dem richtigen Sitz des Darmrohres hatten sich weder die Schülerin noch der die Untersuchung vornehmende Arzt überzeugt. Nachdem von der Schülerin die Blockiermanchette aufgeblasen worden war, ließ sie weisungsgemäß durch Drücken eines Gummiballes Kontrastmittel einlaufen. Kurz darauf klagte die Patientin über Schmerzen und Übelkeit und verstarb kurze Zeit später. Der Tod der Patientin war Folge einer Kontrastmittelembolie, zu der es kam, weil große venöse Gefäße ruptiert waren und Bariumsulfat in die Blutbahn gelangt war. Die Krankenpflegeschülerin wurde darauf vom LG Hildesheim zu einer 4-monatigen Freiheitsstrafe mit Bewährung verurteilt. Die Strafverfahren gegen den Arzt, der die Untersuchung durchführte, bzw. den Oberarzt wurden eingestellt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Krankenpflegeschülerin ist vorzuwerfen, dass sie eine ärztliche Tätigkeit übernommen hat, die sie nicht ausreichend beherrscht hat. Gegen sie spräche zunächst,

dass sie das Darmrohr eingeführt habe, ohne eine nachträgliche Kontrolle vorzunehmen. Bei gehöriger Gewissenhaftigkeit hätte sie erkennen müssen, dass unter den gegebenen Umständen ein fälschliches Einführen des Darmrohrs es leicht möglich war. Die Tatsache, dass die Gesamtverantwortung für den ordnungsgemäßen Ablauf einer Durchleuchtung beim Arzt liegt, begründet zwar die Haftung des Arztes für einen ordnungswidrigen Ablauf, kann die Krankenpflegeschülerin aber nicht entlasten.

Sie hat für ihre eigene Pflichtwidrigkeit bei Ausführung der übertragenen Aufgaben einzustehen. Zugunsten der Schülerin muss zwar berücksichtigt werden, dass sie nach ihren eigenen Einlassungen während der Ausbildung auf die Gefahr eines fälschlichen Einführens des Darmrohres in die Scheide einer Patientin nicht hingewiesen worden sei. Das Übernahmeverschulden der Schülerin ist aber so groß, dass die fahrlässige Tötung der Patientin mit einer Geldstrafe nicht mehr geahndet werden kann.

Die erforderliche Freiheitsstrafe von 4 Monaten konnte allerdings zur Bewährung ausgesetzt werden, weil dies bei einem Ersttäter in einem solchen Fall angemessen und üblich ist.

11. OLG Düsseldorf vom 12.08.1981 - 8 U 40/80 –

Umfang der geschuldeten Pflege und Betreuung und die Verantwortung des Arztes

Eine 79-jährige stark sehbehinderte Patientin erlitt am 27.10.1978 nach einer Operation in einer Augenklinik bei der Benutzung der Toilette einen Unfall. Eine Krankenschwester hatte den Auftrag, den Toilettengang der Patientin zu überwachen. Die Schwester ließ die Patientin auf der Toilette zurück mit dem Bemerkten, dass sie abgeholt würde. Die Patientin befolgte aber die Anweisung nicht und machte sich auf, allein den Rückweg anzutreten. Dabei stürzte sie und zog sich einen Beinbruch zu. Die Söhne der am 15.04.1981 verstorbenen Patientin machen gegen die Klinik und die Krankenschwester Ansprüche auf Schadenersatz geltend. Das zunächst angerufene Landgericht wies die Klage in vollem Umfang ab. Vor dem Oberlandesgericht Düsseldorf hingegen waren die Kläger gegen den Träger der Klinik erfolgreich.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Klinikträger hat für den Schaden und das Schmerzensgeld einzustehen, die die Kläger als Erben und Rechtsnachfolger der Geschädigten geltend machen können. Der Sturz und die Körperverletzung sind auf eine ungenügende Betreuung und Beaufsichtigung der Patientin zurückzuführen. Umfang und Ausmaß der dem Krankenhaus obliegenden Pflege und Betreuung richtet sich nach dem Gesundheitszustand des jeweiligen Patienten, also in erster Linie nach den Beschwerden und Erkrankungen, die den stationären Aufenthalt und die Behandlung notwendig

machen. Von Bedeutung sind ferner die körperliche, seelische und geistige Verfassung. Sie kann von Patient zu Patient unterschiedlich sein und überdies bei einzelnen Patienten Schwankungen unterliegen. Ob und in welchem Umfang der Zustand eines Patienten besondere und zusätzliche pflegerische Maßnahmen und Vorkehrungen erforderlich, sei vom behandelnden Arzt des Krankenhauses zu klären und zu entscheiden. Die vom zuständigen Arzt getroffene Anordnung, die Patientin solle mit Begleitung zur Toilette gehen, war unter Berücksichtigung der beschriebenen Situation sachlich ungenügend und ursächlich für den eingetretenen Sturz und Beinbruch. Ärztliche Begleitmaßnahmen werden, wenn sie den Gang des Patientin zur Toilette betreffen, in Krankenhäusern allgemein so verstanden und ausgeführt, dass eine Pflegeperson den Patienten zur Toilette führe und ihn dort zurücklasse mit der Bemerkung, er werde wieder abgeholt, wenn er fertig sei. Bei der sehbehinderten Frau hat dies ärztliche Anordnung nicht ausgereicht, weil damit gerechnet werden musste, dass die 79-jährige Patientin den Hinweis des Pflegepersonals, sie werde abgeholt, vergessen und nicht befolgen werde, wie bei der Patientin ein schwerer cerebralsklerotischer Abbau bestand, verbunden mit den für diese Beschwerden typischen Ausfallerscheinungen beim Kurzzeitgedächtnis. Diesen Besonderheiten hätte der zuständige Arzt durch entsprechende Anordnungen Rechnung tragen müssen.

12. BGH vom 10.01.1984 - VI ZR 158/82 -

Voll beherrschbare Risiken; Verantwortlichkeit für Behandlungspflege

Bei einem vier Monate alten Kind wurde am 12.12.1975 eine Operation an einer linksseitigen Doppelnieren in der urologischen Klinik der Universität W. in Bayern durchgeführt. Bei der Aufnahme wurde die ärztliche Behandlung durch den Direktor der Klinik vereinbart, d.h. es bestand neben dem Krankenhausaufnahmevertrag ein Arztzusatzvertrag. Weil es bei der Einleitung der Narkose nicht gelang, eine Vene zu punktieren, wurde von dem Narkosearzt ein zentralvenöser Zugang (Abbocath) gelegt. Nach der erfolgreichen Operation wurde das Kind auf die Station der Kinderklinik verlegt, es verblieb jedoch in der Behandlung der Ärzte der urologischen Klinik. Am 14.12.1975 fand eine Krankenschwester gegen 18:00 Uhr das Kind einer Blutlache vor. Der Infusionsschlauch hatte sich gelöst, so dass über die Kanüle Blut austreten konnte. Das Kind, bei dem wegen dem Entblutungsschock ein Herzstillstand eingetreten war, wurde auf die Intensivstation verlegt und dort bis 12.01.1976 behandelt. Als Folge des Zwischenfalls ist bei dem Kind eine schwere Gehirnschädigung und die Lähmung aller vier Gliedmaßen zurückgeblieben. Das so auf Dauer behinderte Kind macht, gesetzlich vertreten, umfassende Schadenersatzansprüche gegen den urologischen Klinikdirektor und den Freistaat Bayern als Träger der Klinik geltend.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Klinikdirektor hat für die geltend gemachten materiellen Schäden wegen Verletzung vertraglicher Sorgfaltspflichten einzustehen. Der Freistaat Bayern muss hingegen auch den immateriellen Schaden (Schmerzensgeld) ersetzen. Die Gefahr einer Entkoppelung des Infusionsschlauchs von der Kanüle kann und muss von ärztlicher und pflegerischer Seite voll beherrscht werden, jedenfalls was mögliche lebensbedrohende Auswirkungen einer solchen Entkoppelung für den Patienten betrifft. Wenn durch entsprechende Fixierung der Kanüle und der Infusionsschlauchs die Entkoppelungsgefahr nicht sicher ausgeschlossen werden kann, dann muss ihre lebensbedrohende Auswirkung durch intensivere, nötigenfalls durch ständige Überwachung der Patientin begegnet werden. Die Kanüle hätte als Verweilkanüle nur belassen werden dürfen, wenn eine solche Dauerüberwachung gewährleistet gewesen wäre. So folgenschwere Risiken aus dem technisch-apparativen Bereich müssen jedenfalls dann, wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, in dem Krankenhaus ausgeschlossen bleiben. Im Übrigen gehört die pflegerische Betreuung auch zur ärztlichen Behandlungsaufgabe des Klinikdirektors, soweit es um die von ihm dem Pflegepersonal zu gebenden Instruktionen hinsichtlich der Betreuung des Infusionssystems ging. Die erforderlichen Anweisungen für die Behandlungspflege zu geben, ist Sache des die Behandlung führenden Arztes. Der Arzt darf sich nicht damit beruhigen, dass dem Pflegepersonal die Möglichkeit einer Entkuppelung von Infusionsschläuchen bekannt ist. Stellten die vom Arzt zu verantwortenden Behandlungsmaßnahmen spezifische Anforderungen an die pflegerische Betreuung, so ist es seine Sache, durch entsprechende Hinweise und Anordnungen an das Pflegepersonal darauf hinzuwirken, dass diesen Anforderungen genüge getan wird. Jedenfalls insoweit sei er den Patientin auch für die pflegerische Betreuung mitverantwortlich.

13. BGH vom 18.03.1986 - VI ZR 215/84 –

Dekubitusprophylaxe, Dokumentation

Eine Patientin befand sich nach einem im Alter von 65 Jahren erlittenen Schlaganfall mit vollständiger schlaffer Halbseitenlähmung in stationärer Krankenhausbehandlung. In Folge ihrer Krankheit lag sie nahezu bewegungslos im Bett. Ende Dezember 1977 trat bei ihr ein Durchliegegeschwür am Steißbein auf, das sich zu einem großen, tiefgreifenden Geschwür entwickelte und schließlich ungefähr die Größe einer Männerfaust erreichte. Die Patientin nahm den Krankenhausträger wegen mangelhafter Dekubitusprophylaxe seines Pflegepersonals in Anspruch. Das Landgericht verurteilte den Krankenhausträger zum Schadenersatz einschließlich Schmerzensgeld. Das Oberlandesgericht wies die Klage in der Berufungsinstanz ab. Der Bundesgerichtshof hob das Urteil des Oberlandesgerichts auf und wies es zur Neuverhandlung an das Oberlandesgericht zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

Nach der Rechtsprechung kommen zu Gunsten eines Patienten Beweiserleichterungen dann in Betracht, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für den Patienten im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird. Dasselbe hat zu gelten, wenn erforderliche Aufzeichnungen über Maßnahmen der Krankenpflege fehlen, die nicht die normale Grundpflege betreffen, sondern wegen eines aus dem Krankheitszustand des Patienten folgenden spezifischen Pflegebedürfnisses Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung sind. Von einer Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen hätte nur dann abgesehen werden dürfen, wenn im Krankenhaus der Beklagten eine allgemeine schriftliche Anweisung bestanden hätte, aus der deutlich hervorging, welche einzelnen Maßnahmen in den Fällen des Dekubitus-Risikos unbedingt durchgeführt werden müssen. Die Krankenblattunterlagen, die über die Klägerin geführt worden sind, enthielten aber weder die Feststellung, dass bei der Klägerin eine erhebliche Dekubitusgefahr bestand, noch Aufzeichnungen über die angeordneten bzw. getroffenen Pflegemaßnahmen zur Vorbeugung und zur Behandlung des Durchliegegeschwürs; es fehlte sogar eine Eintragung über dessen erste Wahrnehmung. Die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation sei ein Indiz dafür, dass im Krankenhaus die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet worden sind und dass daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat. Bei dieser Sachlage könne der Klägerin billigerweise nicht die volle Beweislast für die behaupteten Behandlungsfehler obliegen. Die Beklagte müsse vielmehr die indizjelle Wirkung der fehlenden Krankenblatteintragungen entkräften. Dazu genügen nicht die bisher vorliegenden Aussagen des behandelnden Arztes und der Krankenschwester, die nur dazu etwas bekunden konnten, was im Krankenhaus der Beklagten im allgemeinen bei jedem fest oder länger liegenden Patienten ohne Rücksicht auf seine Beweglichkeit und seine eigenen Antriebskraft gegen das Auftreten von Durchliegegeschwüren unternommen werde. Entscheidend ist, ob dem besonderen Pflegebedürfnis der Klägerin von Anfang an die erforderliche besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, obwohl man es nicht für nötig angesehen hat, diesen Gesichtspunkt in den Krankenblattaufzeichnungen die notwendige Beachtung zu schenken.

14. BGH vom 02.06.1987 - 6ZR174/86 –**Anordnungsverantwortung bei Dekubitusprophylaxe und -behandlung**

Ein nach einer Tumoroperation querschnittsgelähmter Patient entwickelte in der Zeit seines Krankenhausaufenthalts oberflächliche Durchliegegeschwüre an beiden Gesäßhälften. Über eine Dekubital-Prophylaxe und –Behandlung findet sich in den

Krankenunterlagen kein Vermerk. Der Patient befand sich nach einem kurzen Zwischenaufenthalt in einer anderen Klinik für nahezu 3 Monate in stationärer Behandlung im Krankenhaus R. Dabei verschlimmerten sich die Geschwüre zunächst, besserten sich dann aber. Die Entlassung des Patienten erfolgte auf eigenen Wunsch. Während der ambulanten Versorgung verschlechterte sich der Zustand der Geschwüre erheblich, so dass eine erneute stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus erforderlich wurde. Diese dauerte dann bis zum Tode des Patienten ca. 5 Monate später. Die Ehefrau verlangt als Erbin wegen der nicht ausreichend durchgeführten Prophylaxe und Pflege die Zahlung eines Schmerzensgeldes. Vor dem Bundesgerichtshof war die Klägerin erfolgreich.

Aus den Entscheidungsgründen:

Ansichts der unzulänglichen Dokumentation von Pflegemaßnahmen war Beweiserleichterungen zu Gunsten der Klägerin zu berücksichtigen. Bei einem querschnittsgelähmten Risikopatienten, der hinsichtlich eines Dekubitus besonders gefährdet ist, müssen intensive Pflegemaßnahmen angeordnet und durchgeführt werden. Wenn keine allgemeinen schriftlichen Anweisungen bestehen, müssen in der Krankendokumentation die ärztliche Diagnose sowie die ärztlichen Anordnungen hinsichtlich der Wahl der erforderlichen Pflegemaßnahmen festgehalten werden. Die Entscheidung über das, was zu tun sei, darf nicht allein dem Pflegepersonal überlassen bleiben. Es muss organisatorisch sichergestellt werden, dass die Dekubitus-Prophylaxe und Pflege ärztlich ausreichend überwacht wird.

15. OLG München vom 29.09.1988 - 24 U 806/87 -

Nicht rechtzeitige Information des Belegarztes

Einer Patientin wurden 1982 durch den Belegarzt eines Krankenhauses stationär die Mandeln entfernt. Nach der Operation wurde sie auf der chirurgischen Station des Krankenhauses von der Stationsschwester und einer Schwesternschülerin überwacht. Als es zu Komplikationen kam, die Patientin erbrach einige Stunden nach der Operation massiv frisches Blut, zog die Krankenschwester einen für die ärztliche Behandlung nicht zuständigen und im Übrigen nicht fachkundigen Assistenzarzt hinzu. Als sich der Zustand der Patientin weiter verschlimmerte (Schockzustand) verständigte die Krankenschwester schließlich mit einer etwa halbstündigen Verspätung den zuständigen Belegarzt. Dieser traf kurze Zeit später ein und stillte in einer Nachoperation die Blutung. Die Patientin erwache allerdings nicht mehr aus der Narkose und verstarb einige Monate später an einer irreversiblen Hirnschädigung und einer Lungenentzündung. Die Angehörigen der Patientin machten nunmehr Schadensersatzansprüche gegenüber Krankenhausträger und Belegarzt, begründet auf Organisationsmängel und Behandlungsfehler, geltend.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es hätte zum Tod der Patientin nicht kommen müssen, wenn der Belegarzt rechtzeitig informiert worden wäre. Die Hirnschädigung und der Tod wären mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden worden. Der Belegarzt hätte klare Anweisungen erteilen müssen, ihn stets unverzüglich zu verständigen, wann immer sich bei einem Patienten in der postoperativen Zeit Auffälligkeiten oder Besonderheiten ergeben würden, insbesondere wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert. Solche Anweisungen hätten im Übrigen in angemessenen Zeitabständen wiederholt und die Einhaltung hätte überwacht werden müssen. Auch der Krankenhausträger hätte organisatorisch sicherstellen müssen, dass sein Pflegepersonal vom zuständigen Belegarzt ausreichend Anweisungen erhält. Damit sei dem Krankenhaus auch ein Organisationsmangel vorzuwerfen.

Der Krankenhausträger muss organisatorisch sicherstellen, dass sein Personal, das die Patienten in der Postoperativenphase zu überwachen hat, vom zuständigen Belegarzt ausreichende Anweisungen dafür erhalte, wann dieser bei einer Verschlechterung des Zustandes eines Patienten zu benachrichtigen sei. Im Übrigen seien auch der Krankenschwester Versäumnisse vorzuwerfen. Denn die Beurteilung und die Verpflichtung, dem Belegarzt rechtzeitig zu verständigen, gehört zu den pflegerischen und nachgeordneten medizinischen Aufgaben einer Stationsschwester, die diese als Verrichtungsgehilfin (§ 831 BGB) zu erbringen hat. Eine alarmierende Nachricht erst dann zu übermitteln, wenn nach der Durchführung einer Mandeloperation das Vorliegen einer frischen Nachblutung zweifelsfrei vorliegt, stellt eine fachliche Überforderung auch einer besonders fachkundigen Stationsschwester dar.

16. BGH vom 18.12.1990 - 6 ZR 169/90 –**Sturz eines Patienten beim Heben vom Nachtstuhl**

Ein 73-jähriger Patient war in einem Krankenhaus zu Fall gekommen, als ihn eine Krankenschwester vom Nachtstuhl heben und auf die Bettkante setzen wollte. Das Krankenhaus wurde zum Ersatz des Schadens verurteilt.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es darf in einem Krankenhaus nicht vorkommen, dass ein Patient bei einer Pflegemaßnahme seitens der ihn zu betreuenden Krankenschwester aus nicht zu erklärenden Gründen zu Fall kommt. Verliert ein Patient bei einer Bewegungs- und Transportmaßnahme der ihn betreuenden Krankenschwester aus ungeklärten Gründen das Übergewicht und stürzt, so sei es Sache des Krankenhausträgers, aufzuzeigen und nachzuweisen, dass der Fall nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten der Pflegekraft beruht. Es geht insoweit um Risiken aus dem Krankenhausbetrieb, die vom Träger des Krankenhauses und dem dort tätigen Personal voll beherrscht werden könnten. So lägen

die Dinge z.B. im Bezug auf die Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens und den Zustand der dazu benötigten Geräte und Materialien; z.B. Tubus, Narkosegerät, Reinheit des benutzten Desinfektionsmittels, Sterilität der verabreichten Infusionsflüssigkeit, Entkuppelung eines Infusionssystems, Zurückbleiben eines Tumpfers im Operationsgebiet und richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch. Wie bei all diesen Fallgestaltungen, so liegt auch im Streitfall die Ursache für den Sturz des 73-jährigen Patienten im voll beherrschbaren Gefahrenbereich des Krankenhausträgers mit der Folge, dass der Träger den Nachweis eines pflichtgemäßen Verhaltens der Krankenschwester zu führen hat. Dieser Beweis ist im vorliegenden Fall aber nicht geführt worden.

17. BGH vom 25.06.1991 - VI ZR 320/90 –

Sturz eines Patienten beim Transport

Eine 1939 geborene Frau befand sich in einer orthopädischen Klinik und wurde am 10.06.1987 am rechten Knie operiert; ihr linkes Bein konnte sie infolge einer Kinderlähmung nur mit einem Spezialschuh belasten. Am 01.07.1987 wurde sie erstmals in das Bewegungsbad der Klinik auf einem sog. Duschstuhl (leichter Spezial-Rollstuhl) unter die Dusche gebracht. Mit dem Duschstuhl wurde die Patientin dann von einer Masseur- und medizinischen Bademeister-Praktikantin in den Ankleideraum nahe an eine Bank gefahren. Als die damals mindestens noch 90 kg schwere Patientin ein auf der Bank liegendes Handtuch greifen wollte stürzte sie vornüber über den Duschstuhl und zog sich eine Fraktur sowie Prellungen und Blutergüsse zu. Die Patientin war von der Praktikantin kurzzeitig allein gelassen worden mit dem Hinweis, sie solle sich schon mal abtrocknen. Nachdem die ersten beiden Instanzen die Klagen der Patientin auf Schadensersatz abgewiesen hatten, hob der Bundesgerichtshof diese Urteile auf und verwies sie zu erneuten Verhandlungen an das Oberlandesgericht zurück.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Praktikantin ist den Anforderungen an die Sorgfaltspflichten, die dem Pflegepersonal in einem Krankenhaus gegenüber den Patienten obliegen, nicht gerecht geworden. In einer Klinik muss der Sturz einer Patientin bei ihrem Transport ausgeschlossen werden. Diese Aufgabe ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und damit Teil der Verpflichtung des Krankenhausträgers zu sachgerechter pflegerischer Betreuung. Sie obliegt dem Krankenhausträger und dem Pflegepersonal auf Grund ihrer Garantenstellung für die übernommene Behandlungsaufgabe in gleicher Weise auch deliktisch.

18. OLG Köln vom 02.12.1992 - 27 U 103/91 – (Fixierung)

Ein 1920 geborener Patient befand sich wegen seiner seit 1943 psychischen Erkrankung wiederholt in stationärer Behandlung. Am Abend des 02.11.1983 wurde er von 2 Pflegekräften wegen starker Unruhe mittels eines Bauchgurtes und Fußfesseln im Bett fixiert. Etwa 1 ½ Stunden später wurde eine Pflegekraft wegen eines Hilferufs darauf aufmerksam, dass in dem Zimmer des Patienten ein mit starker Rauchentwicklung verbundenes Feuer ausgebrochen war. Das Bettzeug des Patienten war in Brand gesetzt worden. Der Patient wurde auf Grund schwerer Verbrennungen in ein anderes Krankenhaus verlegt, wo er am 14.02.1984 verstarb. Das Landgericht Bonn verurteilte die Pflegekräfte und den Krankenhausträger im Wesentlichen dazu, den Schaden zu tragen. Die Berufung vor dem Oberlandesgericht Köln hatte nur hinsichtlich der Schadenshöhe Erfolg.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Pflegekräfte und der Krankenhausträger sind wegen des Todes des Patienten gesamtschuldnerisch zum Schadenersatz verpflichtet. Die Pflegekräfte haben pflichtwidrig gehandelt, indem sie entgegen der ihnen bekannten Weisung der ärztlichen Klinkleitung den Patienten ohne vorherige schriftliche Anordnung des diensthabenden Arztes sofort teilfixiert und es darüber hinaus unterlassen hatten, den Arzt sofort von dieser Maßnahme zu unterrichten und dessen weitere Entscheidung abzuwarten. Hierdurch hatten sie, ohne über die erforderliche Sachkompetenz zu verfügen, Behandlungsmaßnahmen im weitesten Sinne ergriffen, die im Interesse des Heilerfolges und der Sicherheit des Patienten dem Arzt vorbehalten sind. Eine eigenmächtige Fixierung durch das Pflegepersonal kann zur Abwendung akuter Gefahren für den Patienten oder andere, die keinen Aufschub dulden, zugelassen werden. Abgesehen davon, dass ein solcher Ausnahmefall nicht ersichtlich gewesen ist, hätten die Pflegekräfte danach auf jeden Fall den diensthabenden Arzt zuziehen müssen. Jedenfalls das eigenmächtige Aufrechterhalten der Fixierung erweist sich als pflichtwidrig. Das Fehlverhalten der Pflegekräfte ist ursächlich dafür, dass der Patient schwere Verletzungen erlitt und diese Verletzungen hätten zum Tode des Patienten geführt.

19. Beschluss des bayrischen OLG vom 06.05.1993 - 3 ZBR 70/93 – (Fixierung)

Auch wenn ein Mensch, der bereits unter Betreuung steht, mit gerichtlicher Genehmigung in einer Einrichtung untergebracht ist, muss stets eine weitere Genehmigung eingeholt werden, wenn ihm durch mechanische Vorrichtungen für einen längeren Zeitraum oder regelmäßig zusätzlich die Freiheit entzogen werden soll.

Denn über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung habe von Verfassungswegen nur der Richter zu entscheiden (Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG). Als

Freiheit der Person werde auch die körperliche Bewegungsfreiheit geschützt. Diese könne kaum stärker entzogen werden als durch eine Fixierung, weil diese weit stärker als die bloße Unterbringung in die körperliche Bewegungsfreiheit eingreift; eine solche Maßnahme stellt auch dann eine Freiheitsentziehung dar, wenn sie nur verhältnismäßig kurze Zeit andauert. Über ihre Zulässigkeit und Fortdauer müsse daher der Richter entscheiden. Die gerichtliche Genehmigung der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung umfasst alle damit regelmäßig verbundenen Beschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit, zu denen aber ein Anbinden der Betreuten im Bett durch einen Beckengurt „für einen längeren Zeitraum oder regelmäßig“ nicht gehört.

20. OLG Karlsruhe vom 18.08.1993 (Fixierung)

Ein Patient befand sich seit mehreren Jahren zur Behandlung einer endogenen Psychose in einem psychiatrischen Krankenhaus. In der Zeit von Juli bis Oktober 1987 war der Patient auf Grund seines umtriebigen, erregten und auch aggressiven Verhaltens häufig fixiert worden. Am 24.10.1987 befand sich der Patient nach Ansicht des behandelnden Arztes bzw. des Pflegepersonals in einem auf übermäßigen Kaffeekonsum zurückzuführenden toxischen Zustand und wurde deshalb nach der Mittags- und Rauchpause in einem Zweibettzimmer teilfixiert, d. h. mit einem ca. 60 cm langen, an seinem linken Bein befestigten Gurt am Bett festgebunden. Der Patient setzte mit Streichhölzern die Bettdecke in Brand und erlitt Verbrennungen 1. bis 3. Grades an beiden Oberschenkeln und im Genitalbereich bis zur Höhe des Bauchnabels. Die Kosten der wochenlangen stationären Behandlung des Patienten in mehreren Kliniken in Höhe von rund DM 100.000,00 übernahm der für den Patienten zuständige Sozialhilfeträger. Dieser verlangte von dem Träger des psychiatrischen Krankenhauses und dem ärztlichen Klinikleiter Ersatz dieser Kosten, u. a. mit der Behauptung, die Fixierung sei medizinisch nicht indiziert gewesen. Das Landgericht Freiburg gab der Klage statt. Die Berufung von Krankenhausträgern und Klinikleiter waren vor dem Oberlandesgericht Karlsruhe erfolglos.

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Krankenhausträger hatte die ihm aus dem Krankenhausvertrag dem Patienten gegenüber obliegende Pflichten verletzt. Die Anordnung der Fixierung sei mit der psychiatrischen Behandlungspflicht nicht vereinbar gewesen. Fixierungen seien in der psychiatrischen Praxis nur in engen Grenzen gerechtfertigt, z. B. in Fällen einer unmittelbaren Eigen- oder Fremdgefährdung. Eine solche Ausnahmesituation hat nicht vorgelegen. Die Fixierung ist kausal dafür, dass der Patient die Bettdecke angezündet und Verbrennungen erlitten hat. Darüber hinaus besteht auch ein deliktischer Schadensersatzanspruch des Patienten. Der Krankenhausträger hat durch seine Verrichtungsgehilfen mit seiner Fixierungsanordnung den dem Patienten entstandenen

Schaden verursacht. Ein Entlastungsbeweis sei nicht angetreten worden. Im Übrigen haftet der Klinikleiter aus § 823 Abs. 1 BGB, da die disziplinarisch bedingten Fixierungen auf seine Anordnungen zurückgingen und er bei Anwendung der in der Psychiatrie üblichen Maßstäbe diese hätte unterlassen müssen.

21. OLG Koblenz vom 19.09.1994 - 2 Ss 123/04 – (Strafrecht)

Urkundenfälschung

Die Krankendokumentation ist eine Urkunde im Rechtssinne und darf nicht durch Veränderungen der Eintragungen verfälscht werden: Verändert ein Arzt die vom Laborpersonal in der Krankenakte dokumentierten Befunde, so ändert er die Beweisrichtung der „Urkunde Krankenakte“ ab und begeht damit eine Urkundenfälschung.

22. BGH vom 13.9.1994 - 1 StR 357/94 – (Strafrecht)

Kemptener Sterbehilfefall

Ein Arzt hat bei einer Patientin, die unansprechbar seit 3 Jahren über eine Magensonde ernährt wurde, nach Rücksprache mit den Angehörigen die Einstellung der Sondenernährung angeordnet. Im Verordnungsblatt unterschrieben der behandelnde Arzt und der Sohn folgende Erklärung: "Im Einvernehmen mit Dr. Th. möchte ich, dass meine Mutter nur noch mit Tee ernährt wird, sobald die vorhandene Flaschennahrung zu Ende ist" Das Pflegepersonal setzte jedoch entgegen dieser Anordnung die Ernährung fort und verständigte das Vormundschaftsgericht. Das Vormundschaftsgericht Kempten versagte mit Beschluss vom 21.5.1993 die vom Sohn beantragte Genehmigung zur Einstellung der künstlichen Ernährung. Frau Sch. verstarb am 29.12.1993 an einem Lungenödem. Das Landgericht Kempten hat den Arzt und den Sohn der Patientin wegen versuchter fahrlässiger Tötung verurteilt; der BGH hob das Urteil wieder auf.

Aus den Urteilsgründen:

Der BGH prüfte in seiner Entscheidung zunächst, ob eine mutmaßliche Einwilligung der Patientin vorlag, verneinte diese jedoch anhand der bisher vom LG Kempten getroffenen Feststellungen. Die acht oder zehn Jahre vor dem maßgebenden Zeitpunkt unter dem unmittelbaren Eindruck einer Fernsehsendung erfolgte Äußerung der Patientin, "so wolle sie nicht enden" biete keine tragfähige Grundlage für eine mutmaßliche Einwilligung zum Behandlungsabbruch. Sie könne einer momentanen Stimmung entsprochen sein.

Sodann prüfte der BGH, ob der Sohn dem Behandlungsabbruch wirksam zugestimmt hatte. Der BGH verneinte dies im Ergebnis, weil der Sohn nicht die Genehmigung des

Vormundschaftsgerichts eingeholt hatte. Der BGH bejahte also im Ergebnis, dass die Einwilligung des Betreuers in den Behandlungsabbruch der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf (in analoger Anwendung des § 1904 BGB). Hierzu führte der BGH aus: "Nach § 1904 BGB i.d.F. des Betreuungsgesetzes v. 12.9.1990 (BGBl. I S. 2002) bedarf der Betreuer zur Wirksamkeit seiner Einwilligung in bestimmte ärztliche Maßnahmen der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Allerdings ist die Vorschrift auf den - tödlich verlaufenden - Behandlungsabbruch nicht unmittelbar anwendbar; denn nach ihrem Wortlaut umfasst sie nur aktive ärztliche Maßnahmen wie Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe. Nach ihrem Sinn und Zweck muss sie jedoch in Fällen der Sterbehilfe jedenfalls dann - erst recht - entsprechend anzuwenden sein, wenn die ärztliche Maßnahme in der Beendigung eine bisher durchgeführten lebenserhaltenden Behandlung besteht und der Sterbevorgang noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Wenn schon bestimmte Heileingriffe wegen ihrer Gefährlichkeit der alleinigen Entscheidungsbefugnis des Betreuers entzogen sind, dann muss dies um so mehr für Maßnahmen gelten, die eine ärztliche Behandlung beenden sollen und mit Sicherheit binnen kurzem zum Tode des Kranken führen."

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Strafkammern an die Entscheidung der Vormundschaftsgerichte nicht gebunden sind. Das bedeutet: Auch wenn eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nicht vorliegt oder verweigert wurde, kann ein Behandlungsabbruch rechtlich zulässig sein, wenn er tatsächlich dem mutmaßlichen Willen des Kranken entsprach. Und umgekehrt: Trotz vorliegender Genehmigung des Vormundschaftsgericht könnte es sein, dass Ärzte und Betreuer strafrechtlich verfolgt werden, weil der Behandlungsabbruch nicht dem mutmaßlichen Willen des Kranken entsprach. Entscheidendes Kriterium ist also der mutmaßliche Wille des Kranken.

Wie ermittelt man nun den mutmaßlichen Willen des Kranken? Der BGH machte hierzu im vorliegenden Fall folgende Ausführungen:

"Der Senat ist der Auffassung, dass angesichts der besonderen Umstände des hier gegebenen Grenzfalles ausnahmsweise ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vornherein ausgeschlossen ist, sofern der Patient mit dem Abbruch mutmaßlich einverstanden ist. Denn auch in dieser Situation ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten (vgl. BGHSt 32, 367, 379; 35, 246, 249; 37, 376, 378 f.), gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf. [...] An die Voraussetzungen für die Annahme eines solchen mutmaßlichen Einverständnisses des entscheidungsunfähigen Patienten sind - im Interesse des Schutzes des menschlichen

Lebens - in tatsächlicher Hinsicht allerdings strenge Anforderungen zu stellen. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Patienten im Tatzeitpunkt, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstellt. Hierbei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen (vgl. BGHSt 35, 246, 249). Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin "vernünftig" oder "normal" sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.

Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurück gegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, des Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person. Im Einzelfall wird die Entscheidung naturgemäß auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Tode ist: Je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen."

23. OLG Oldenburg vom 09.04.1996 - 8 U 158/95 –

Kompetenzüberschreitung des Pflegepersonals

Ein Patient, der nach einer stationären Mandeloperation nach Hause entlassen worden war, wurde noch am selben Tag erneut wegen Nachblutungen im Krankenhaus vorgestellt. Die diensthabende Krankenschwester konnte aber bei einer Nachuntersuchung keine frischen Blutungen feststellen. Daraufhin kehrte der Patient, ohne von einem Arzt untersucht worden zu sein, nach Hause zurück. In der folgenden Nacht traten erneut Blutungen auf, die wenig später in einem anderen Krankenhaus eine Notoperation erforderlich machten. Der Patient verlangte darauf hin Schadensersatz wegen der Pflichtwidrigen Nachbehandlung in dem zuerst in Anspruch genommen Krankenhaus. Das Oberlandesgericht Oldenburg sprach dem Kläger einen Schadensersatzanspruch zu.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es ist von einer eindeutigen Kompetenzüberschreitung der Krankenschwester auszugehen. Denn beim Eintreten von ernsthaften Komplikationen hat das Pflegepersonal grundsätzlich den zuständigen Arzt zu verständigen. Dies gilt auch bei Nachblutungen im Anschluss von Mandeloperationen; Diese sind bekanntermaßen nicht ungefährlich und können bei ungünstigem Verlauf sogar zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Wie eine solche Situation zu beurteilen ist und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, kann nur ein Arzt beurteilen, der den Patienten selbst untersucht und hierbei auch die Vorgeschichte berücksichtigt hat. In dem Verhalten der Krankenschwester ist daher ein elementarer Pflichtverstoß zu sehen, so dass eine Umkehr der Beweislast gerechtfertigt erscheint. Es ist unbeachtlich, dass einige Geschehensabläufe nicht vollständig aufgeklärt werden konnten. Auch ein Entlastungsbeweis nach 831 BGB konnte dem Krankenhausträger nicht gelingen. Der Vortrag, die Krankenschwester sei gut ausgebildet worden, wäre ständig überwacht worden und hätte auch die nötigen Anweisungen erhalten, ändert daran nichts. Diese Ausführungen sind zu allgemein; es sind nämlich keinerlei konkrete Angaben darüber gemacht worden, welchen Inhalt die (behaupteten) Anweisungen gehabt hätten.

**24. Beschluss des AG Tempelhof-Kreuzberg vom 28.04.1998 - 50 XVII G 361-
Einschließung der betreuten Pflegeperson zu Hause bei ambulanter
Versorgung**

Eine unter Betreuung stehende Person wurde in ihrer Wohnung durch eine Hauspflegestation versorgt; sechsmal am Tag wurde sie besucht. Die Pflegekräfte sollten jeweils beim Verlassen der Betreuten die Wohnung abschließen. Der Betreuer hielt solche Sicherungsmaßnahmen für geboten und beantragte die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung. Zur Begründung führte der Betreuer aus, dass die Betreute häufig nachts ihre Wohnung im Zustand völliger Verwirrung verlassen habe und dann auf der verkehrsreichen Straße vor ihrem Haus herumgeirrt sei. Einen Heimaufenthalt bzw. andere fürsorgliche Maßnahmen lehne die Betreute ab. Das Vormundschaftsgericht genehmigte die Einschließung der Betreuten nach § 1904 Abs. 4 BGB als unterbringungsähnliche Maßnahme.

**25. Beschluss der Staatsanwaltschaft Krefeld vom 23.03.1998 - 3Js18/98 –
Sorgfaltspflichten des ambulanten Pflegedienstes (Strafrecht)**

Eine 83-jährige Pflegebedürftige Patientin hatte mit einem Pflegedienst vereinbart, dass sie von montags bis freitags einmal täglich in ihrer Wohnung aufgesucht werden sollte, um ihr beim Waschen und Anziehen behilflich zu sein. Der Pflegedienst hatte, um sich

Zutritt zur Wohnung verschaffen zu können, einen Wohnungsschlüssel erhalten. Allerdings war die Wohnungseingangstür zusätzlich durch eine Kette gesichert, die von außen vorgelegt werden konnte. Bei einem morgendlichen Besuch des Pflegedienstes um 8:00 Uhr war die Kette vorgelegt, so dass eine Betreuung der Frau nicht möglich war. Der Pflegedienstleiter ordnete lediglich an, dass die Frau zur Mittagszeit erneut aufzusuchen sei. Beim Mittagsbesuch wurde das zwischenzeitlich vom Menüdienst angelieferte Mittagessen unberührt vor der unveränderten verschlossenen Wohnungstür vorgefunden. Von außen konnte sich die Mitarbeiterin keinen Einblick in die Erdgeschosswohnung verschaffen. Nunmehr wurde der Hausarzt verständigt, der jedoch ebensowenig über Aufenthalt oder etwaige Verwandte Bescheid wusste. Man verständigte sich auf einen neuerlichen Besuch am Abend. Dieser abendliche Kontrollbesuch verlief jedoch erneut erfolglos. Lediglich das zwischenzeitliche Abendessen stand ungeöffnet neben der Tür. Jetzt vertagte man sich auf den nächsten Morgen, um dann bei unveränderter Lage die Polizei zum Zwecke der Wohnungsöffnung zu verständigen. Dazu kam es allerdings nicht mehr, da zwischenzeitlich die anderweitig herbeigerufene Polizei die Patientin in hilfloser Lage halb entkleidet vorgefunden hatte. Die Frau hatte einen Herzinfarkt und einen Schlaganfall erlitten und war, da mehr als 24 Stunden unversorgt, schwerst pflegebedürftig geworden. Die Angehörigen stellten Strafantrag. Daraufhin ermittelte die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 StGB) durch Unterlassen (§13 StGB) gegen den Pflegedienstleiter und stellte das Verfahren schließlich durch Beschluss gegen Zahlung einer Geldbuße in Höhe von DM 1.500,00 ein.

Aus den Entscheidungsgründen:

Es muss eine Rechtspflicht des angeschuldigten Pflegedienstleiters angenommen werden, spätestens am ersten Abend und die unberührten Mahlzeiten zu reagieren; sinnvollerweise aber sogar deutlich früher, denn sein ambulanter Dienst besaß immerhin den Eingangsschlüssel und genoss damit eine besondere Vertrauensstellung. Das Besitzen des Eingangsschlüssels sollte ja geradezu verdeutlichen, dass hier eine besondere Pflichtenlage (= Garantenstellung) bestand und eine zeitgerechte Öffnung der Türe hätte veranlasst werden müssen. Es hätten dann aufgrund des Krankheitsgeschehens erheblich früher die geeigneten Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden können. Die Staatsanwaltschaft ging von einer Pflicht zum Öffnen der Eingangstür am ersten Tag aus, sah aber unter Zahlung einer Geldbuße in Höhe von DM 1.500,00 von einer Anklageerhebung ab. Zuvor waren nach und nach weitere Verfahren gegen drei beteiligte Mitarbeiterinnen bereits eingestellt worden.

26. Urteil des OLG Oldenburg vom 14.10.1999 - 1 U 121/98 –

Dokumentationspflichten bei Dekubitus (Pflegeheim); Beweislastumkehr

Eine an Morbus Alzheimer leidende Frau wurde am 24.10.1997 in einem Pflegeheim aufgenommen und dort versorgt. Die Frau war aufgrund der bestehenden senilen Demenz mit einem bestehenden depressiven Erscheinungsbild weder verbal noch schriftlich zu verständlichen Äußerungen in der Lage. In dem der Pflege zu Grunde liegenden Pflegeheimvertrag war ausdrücklich eine pflegerische Versorgung durch erfahrene Pflegekräfte zugesichert worden. Nach einem Aufenthalt von 24 Tagen im Landeskrankenhaus W. kehrte die Heimbewohnerin am 19.11.1997 in das Pflegeheim zurück. Am 21.01.1998 sah sich der die Frau behandelnde Arzt veranlasst, diese zur stationären Behandlung wegen eines Dekubitus vierten Grades mit Nekrosen in Größen von 10 cm mal 5 cm in ein Krankenhaus einzuweisen. Aus dem Operationsbericht vom 29.01.1998 ergibt sich, dass die bei der Patientin vorhandenen Nekrosen aus der Tiefe mit einem scharfen Löffel sowie einer Schere entfernt worden sind, wobei ein Teil des Steißbeins, welches sich auch bereits in Destruktion befand, mit entfernt werden musste. Außerdem musste bei der Patientin ein anus praeter angelegt werden, um zu verhindern, dass die Ausscheidungen die Wunde verschmutzten und sie sich entzündete. Die Patientin blieb bis zum 06.03.1998 in stationärer Behandlung im Krankenhaus, die Wunde heilte aber nicht endgültig ab, vielmehr befand sich im Steißbeinbereich der Patientin eine deutliche Eindellung. Die Patientin verlangte daraufhin die Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes. Dieser Anspruch wurde mit der Behauptung gerichtlich anhängig gemacht, im Pflegeheim sei die vereinbarte Pflege nicht ordnungsgemäß erbracht worden. Vor dem OLG Oldenburg wurde der Klage der Patientin stattgegeben und ein Schmerzensgeld in Höhe von DM 35.000,00 festgesetzt.

Entscheidungsgründe:

Die Heimbewohnerin hat einen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von DM 35.000,00 gem. §§ 832 Abs. 1, 847 BGB iVm 831 BGB. Seit dem Zeitpunkt ihrer Rückverlegung vom Landeskrankenhaus W. in das Pflegeheim hat ein Dekubitus zweiten Grades bestanden. Dieser Dekubitus hat sich aufgrund grober Pflegefehler im Heim zu einem Geschwür vierten Grades mit Nekrosen entwickelt. Bei der Rückverlegung ins Heim hätte die Heimbewohnerin bei fachgerechter Pflege, da sie inkontinent gewesen sei, sofort von Kopf bis Fuß betrachtet werden müssen, was im vorliegenden Fall aber nicht dokumentiert worden ist. Es war für diesen Tag, dem 19.11.1997, lediglich im Berichtsblatt vermerkt „Riss zwischen den Gesäßbacken“. Wegen dieses Risses hätte die Bewohnerin aber unverzüglich spätestens am nächsten Tag einem Arzt vorgestellt werden müssen. Selbst wenn man dann die Behauptung des Heimträgers, die Bewohnerin sei wegen dieses Risses am 21.11.1997 einem Urologen vorgestellt worden, als richtig unterstellt (wobei die Dokumentation des Heimes dies nicht bestätigt, sondern nur einen Hausbesuch dieses Arztes), hätte im weiteren Verlauf die Entwicklung des Dekubitus dokumentiert und eine entsprechende Prophylaxe vorgenommen wie auch

dokumentiert werden müssen, was ja ebenfalls nicht geschehen sei. Denn eine Dekubitusprophylaxe ist Standard und erfordert eine zwei- bis zumindest aber dreistündliche Umlagerung, während die Bewohnerin nachts 6,5 Stunden „schlafen gelassen“ worden sei. Soweit das Heim die Bewohnerin dann mit Betaisadonna behandelt hat, ist dies zwar grundsätzlich als jodhaltige Salbe wegen ihrer antibakteriellen Wirkung bei einem Dekubitus geeignet, aber dieses Medikament sei verschreibungspflichtig. Eine derartige Medikation sei für die Bewohnerin jedoch von keinem Arzt verordnet worden. Im Übrigen fehlt es auch für die dokumentierte Behandlung des Risses mit Panthenol an einer entsprechenden Diagnose und Verordnung eines Arztes, wie sich aus dem ärztlichen Ordnungsblatt ergibt. Weiter ist es grob fehlerhaft, dass die Pflegekräfte des Heimes, als keine Besserung eingetreten ist, nicht in zeitlicher Nähe eine erneute Vorstellung der Bewohnerin beim Arzt veranlasst hatten. Soweit die von einem Arzt am 13./14.01.1998 durchgeführte Blutsenkung unauffällig gewesen ist, ist dies kein Anhaltspunkt, dass zu dieser Zeit kein Dekubitus vorhanden gewesen ist. Im Übrigen ergibt sich weder aus dem Berichteblatt noch aus der Dokumentation des Arztes, dass die Bewohnerin dem Arzt am 13.01.1998 wegen des Dekubitus vorgestellt worden ist. Eine fachgerechte Behandlung hätte den schweren Verlauf des Krankheitsprozesses vermeiden können. Unter Berücksichtigung aller Umstände sei die Pflege der Bewohnerin im Heim als grob fehlerhaft einzustufen. Es handelt sich um Verstöße gegen bewährte Pflegebehandlungsregeln, die in der Pflege schlechterdings nicht unterlaufen dürfen. Das Pflegepersonal habe zu spät den Dekubitus erkannt, die Bewohnerin nicht einem Arzt vorgestellt und keine geeigneten Maßnahmen (Dekubitusprophylaxe) durchgeführt. Deshalb sind hier für die Frage der Kausalität zwischen den Pflegefehlern und der Entwicklung des Dekubitus zweiten zu einem vierten Grad die Regeln über Beweiserleichterungen anwendbar. Solche Beweiserleichterungen sind generell im Fall von grob behandlungsfehlerhaftem Verhalten anzuwenden. Dies führt hier zu einer Beweislastumkehr, da die lückenhafte Dokumentation des Heimträgers zudem die Aufklärung erschwert. Denn in der Zeit ab Bestehen des Dekubitus am 19.11.1997 spätestens sei der Zustand/ die Entwicklung des Risses nicht dokumentiert worden. Die Regeln der Beweislastverteilung bei ärztlichen Behandlungsfehlern sind auch beim Krankenpflegepersonal anzuwenden. Für den Pflegefehler habe daher der Heimträger gem. § 831 BGB einzustehen. Der Heimträger hat die für den nach § 831 BGB möglichen Entlastungsbeweis erforderlichen Umstände, dass alle organisatorischen Vorkehrungen gegen das Übersehen eines Dekubitus getroffen worden sind, weder dargelegt noch unter Beweis gestellt.

27. Urteil des OLG Karlsruhe vom 30.03.2006 - 12 U 298/05 - Umfang der Aufsichtspflicht bei Kindergartenkindern

Im Juni 2004 spielte eine Gruppe von drei bis vier Kindern zwischen vier und fünf Jahren auf dem Gelände eines Waldkindergartens. Die Kinder kletterten auf Bäume und warfen von dort aus Steine und Holzstücke auf das mit Acrylglas gedeckte Dach einer Pergola auf dem Nachbargrundstück, die dadurch beschädigt wurde. Die Kläger machten geltend, die bei der beklagten Betreiberin des Kindergartens beschäftigten Erzieherinnen hätten die ihnen obliegende Aufsichtspflicht verletzt. Das OLG Karlsruhe entschied zugunsten der Betreiberin des Kindergartens und führte aus, eine etwaige Aufsichtspflichtverletzung habe nicht nachweislich kausal zu dem eingetretenen Schaden geführt. Das Maß der gebotenen Aufsicht bestimme sich bei Minderjährigen nach deren Alter, Eigenart und Charakter, wobei sich die Grenze der erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen danach richte, was verständige Aufsichtspflichtige nach vernünftigen Anforderungen im konkreten Fall tun müssten, um eine Schädigung Dritter zu verhindern. Welche Maßnahmen zumutbar seien, lasse sich nur im Einzelfall unter Berücksichtigung des insgesamt angestrebten Erziehungsziels entscheiden; den Aufsichtspflichtigen sei ein gewisser Freiraum für vertretbare pädagogische Maßnahmen zu belassen. Bei Anlegung dieser Maßstäbe seien die bei der Beklagten beschäftigten Erzieherinnen nicht verpflichtet gewesen, die auf der unteren Ebene des Kindergartens spielenden Kinder ununterbrochen im Auge zu behalten. Zwar seien die Anforderungen bei der Beaufsichtigung einer Gruppe höher als bei der Beaufsichtigung einzelner, weil eine Gruppe eine Eigendynamik entfalte und Kinder sich dadurch nicht nur größeren Verletzungsgefahren aussetzen, sondern tendenziell auch eher zu Dummheiten neigen, die auch Dritte schädigen könnten. Dem stehe jedoch gegenüber, dass es sich in diesem Fall lediglich um eine kleine Gruppe von drei bis vier Kindern gehandelt habe, bei denen es sich um normale Kinder ohne besondere Auffälligkeiten gehandelt habe. Im Hinblick auf die Aufsichtspflicht käme es vorliegend nur darauf an, was unter den konkreten Umständen erforderlich und zumutbar gewesen sei, um Risiken für Dritte auszuschließen. Vergleichbare Fälle, welche zu einer erhöhten Aufsichts- und Kontrolldichte geführt hätten, wurden von den Klägern nicht ausreichend dargelegt. Das Gericht verneinte zudem, dass eine etwaige Aufsichtspflichtverletzung ursächlich für den entstandenen Schaden war. Da die Erzieherinnen der Beklagten nicht verpflichtet waren, die Kinder ständig im Auge zu behalten, hätte eine Pflicht zum Einschreiten erst dann bestanden, als die Erzieherinnen von den Stein- und Holzwürfen Kenntnis erlangt oder eine Kenntnisnahme schuldhaft versäumt hätten.

28. Urteil des OLG Schleswig-Holstein vom 22.06.1994 - 9 U 95/93 -

Aufsichtspflicht gegenüber Kindergartenkindern beim Überqueren der Fahrbahn

Kindergärtnerinnen handeln fehlerhaft, wenn sie eine aus neun Kindern bestehende Kindergartengruppe erst in so naher Entfernung von der zu überquerenden Fahrbahn

sammeln und ordnen, insbesondere die Kinder veranlassen, sich an die Hand zu nehmen, dass die Gefahr besteht, dass sich eines oder mehrere Kinder aus der noch nicht geordneten Gruppe lösen und über die Fahrbahn laufen. Ein Mitverschulden der Kindergärtnerinnen an den Verkehrsunfallverletzungen des Kindes wurde als vorliegend angenommen.

29. Urteil des LG Paderborn vom 16.12.1977 - 4 O 355/77 -

Haftung einer Schulkindergärtnerin bei Fahrbahnüberquerung nach Schulschluss; private Haftpflicht

Klägerin war in diesem Fall eine Schulkindergärtnerin, die gegen ihre private Haftpflichtversicherung klagte, nachdem sie in einem weiteren Gerichtsverfahren zur Zahlung von Schadenersatz an zwei Kinder, welche bei einem Verkehrsunfall verletzt wurden, verurteilt worden war; das entsprechende erstinstanzliche Urteil war noch nicht rechtskräftig.

Die Klägerin begleitete nach Beendigung der Schulzeit zu ihrer Gruppe gehörende Kinder in unmittelbarer Nähe des Schulkindergartens über eine Straße, die die Kinder auf dem Heimweg zu überqueren hatte. Auf der Straße rissen sich die Kinder von ihrer Hand los und wurden von einem PKW erfasst und verletzt. Üblicherweise begleitete die Klägerin die Kinder ihrer Gruppe aus dem Kindergarten bis zum Bürgersteig der betreffenden Straße. Den Kindern, die diese Straße auf dem Heimweg zu überqueren hatten, gab die Klägerin in der Regel Zeichen, wenn die Verkehrslage für das Überqueren der Straße günstig war. Der Gemeindeunfallversicherungsverband hat den Unfall der Kinder als Schulunfall anerkannt. Die Klägerin verlangte von der beklagten Versicherung Versicherungsschutz, soweit sie den Kindern Schadenersatz zu leisten habe. Das Gericht wies die Klage ab und führte aus, die Beklagte sei nicht verpflichtet, der Klägerin Versicherungsschutz zu gewähren. Nach dem Versicherungsvertrag der Klägerin sei die gesetzliche Haftpflicht als Privatperson, nicht aber aus Gefahren des Berufes. Vorliegend handele es sich um einen Schaden, der dem Beruf der Klägerin zuzuordnen sei. Der Unfall habe sich zwar außerhalb des Schulgeländes und nach Schulschluss ereignet, stehe jedoch in engem Zusammenhang mit der dienstlichen Tätigkeit der Klägerin. Die Kinder gehörten dem Schulkindergarten, in welchem die Klägerin unterrichtete an und sie gehörten auch zu ihrer Gruppe. Wenn die Klägerin auch für die Sicherheit der Kinder auf dem Heimweg nicht verantwortlich war, so hielt sie es doch in Anbetracht der Verkehrssituation für geboten, den Kindern beim Überqueren der Fahrbahn behilflich zu sein. Dies offenbar weil sie aufgrund ihrer beruflichen Beschäftigung mit den Kindern wusste, dass diese den Anforderungen des Verkehrs noch nicht gewachsen waren. Da sie gerade aus ihrer beruflichen Kenntnis die Sicherheit der Kinder im Verkehr beurteilen können, könne nicht angenommen werden, dass sie wie ein unbeteiligter Passant aus Gefälligkeit gehandelt habe. Sie habe vielmehr in

Ausübung ihres Berufes gehandelt. Der Schaden sei damit nicht im Bereich der Gefahren des täglichen Lebens, sondern im Bereich der Gefahren des Berufs eingetreten. Für diesen Bereich bestehe kein Versicherungsschutz bei der Beklagten.

30. Urteil des LG Zweibrücken vom 06.09.2005 - 3 S 4/05 -

Aufsichtspflicht in Heim für straffällig gewordene Jugendliche

Der Beklagte ist ein gemeinnütziger Verein, der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit betreibt, unter anderem auch das betreffende Jugendheim. Dieses Jugendheim bietet als einzige Einrichtung des Bundeslandes die Möglichkeit der geschlossenen Unterbringung an. Die jungen Menschen, die in dieser Einrichtung betreut werden, weisen durchweg gravierende Störungen des Sozialverhaltens und der geistigen und seelischen Entwicklung auf. Betreut werden Jugendliche zwischen 10 und 15 Jahre, die bereits straffällig geworden sind und/oder sich allen bisherigen Maßnahmen durch Flucht und Verweigerung entzogen haben. Die Eingliederung und Betreuung der Jugendlichen erfolgt nach einem Stufenplan. Dieser sieht in der 1. Stufe zu Beginn ein Aufnahmegespräch, zu einem späteren Zeitpunkt (hier ab der 5. Woche) begleiteten Ausgang und Gruppenaktivitäten in kleinem Rahmen und zu einem wiederum späteren Zeitpunkt (hier ab der 11. Woche) Ausgang im Umfang von 2 - 4 Stunden wöchentlich vor. Voraussetzung hierfür war jeweils die Teilnahme an verschiedenen Programmen, Gruppendiensten und Gruppengesprächen. Ziel des Stufenplanes ist, durch diverse pädagogische und betreuende Maßnahmen im Verlauf des Aufenthaltes eine Entwicklung herbeizuführen, die es den Jugendlichen möglich macht, sich wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Der Jugendliche A. hatte am 31.03.2004 gegen 15.00 Uhr begleiteten Ausgang zu einem Arztbesuch. Auf dem Heimweg entwich er dem begleitenden Mitarbeiter. Der Jugendliche B. hatte am Nachmittag des 31.03.2004 genehmigten unbegleiteten Einzelausgang von 3 Stunden, von welchem er nicht zurückkehrte. Gegen 21.00 Uhr wurde durch einen Mitarbeiter der Beklagten die Fahndung bei der Polizei ausgelöst. Am Abend des 31.03.2004 gegen 23.30 Uhr versuchten die Jugendlichen A und B gemeinsam einen PKW zu stehlen, wobei sie von der Polizei festgenommen wurden. Der Kläger ist der Eigentümer des bei dem Diebstahlsversuch beschädigten PKW, welcher den ihm entstandenen Schaden von der Beklagten ersetzt verlangt. Die Beklagte wurde zur Zahlung verurteilt. Das Gericht hielt eine Verletzung der Aufsichtspflicht von Seiten der Beklagten für erwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Träger eines Heimes für straffällig gewordene Jugendliche unterliegt besonders strengen Anforderungen und darf die Aufsichtsführung keinesfalls in der Betreuung schwer erziehbarer Kinder völlig unerfahrenen Hilfskräften überlassen. Für die Ausgestaltung der jeweiligen Aufsichtspflicht kommt es auch auf die Größe des

drohenden Schadens an. Auch ohne konkreten Anlass sind umso höhere Anforderungen an die Aufsichtspflicht zu stellen, je schwerwiegender die drohenden Nachteile und das Schutzbedürfnis der Betroffenen sind. In vorliegendem Fall bestand eine über den allgemeinen Stufenplan hinausgehende, gesteigerte Aufsichtspflicht des beklagten, soweit wie hier schwer erziehbare und verhaltensauffällige Jugendliche mit erhöhtem Aggressionspotential, die wie vorliegende zum Herumstreuen neigen, aus eben diesen Gründen in einem geschlossenen Heim untergebracht sind. Dies beinhaltet auch die Pflicht, Schutzmaßnahmen zu treffen, um ein Entweichen aus dem Heim zu unterbinden. Kommt es zur Schädigung Dritter durch einen solchen im Heim untergebrachten Jugendlichen, so haftet der Heimträger unter dem Aspekt der Aufsichtspflichtverletzung. Zwar sind in der Regel Aufsichtsmaßnahmen, die eine ständige Überwachung und gefängnisartige Einschließung der Kinder bedeuten, weder pädagogisch vertretbar noch geboten, gleichwohl ist bei heimuntergebrachten Jugendlichen, die schon Straftaten begangen haben und dazu neigen, Straftaten zu begehen, das höchste Maß an Aufsicht geboten. Dem Aufsichtspflichtigen ist allerdings ein gewisser Freiraum für pädagogische Maßnahmen zu belassen. Inwieweit der bei der Beklagten geltende Stufenplan auch und gerade die persönlichen Belange und Eigenheiten der Jugendlichen berücksichtigt und auf diese abgestellt hat, konnte die Beklagte nicht ausreichend darlegen. Das Gericht ging davon aus, dass der Stufenplan wenigstens im konkreten Fall und für die Jugendlichen A. und B. unzureichend war. Es hätte Anlässe bestanden, bei den Jugendlichen den begleiteten Arztbesuch und den unbegleiteten Freigang genauer zu kontrollieren oder darauf vorerst ganz zu verzichten. Der jeweilige Stufenplan war bezogen auf die Jugendlichen A. und B. unzureichend. Das erkennende Gericht hat offen gelassen, ob das Zuwarten bis 21.00 Uhr bis zur Verständigung der Polizei eine weitere Pflichtverletzung darstellt.

31. Urteil des LG Münster vom 24.02.1997 - 7 O 163/96 -

Haftung bei Grillunfall in Kinderwohnheim

Ein 16jähriger Jugendlicher, der Brennspritus auf heiße oder glühende Grillkohle gießt, wodurch es zu einer Verpuffung und Stichflamme kommt und diese einen ca. 1 m entfernt sitzenden 8jährigen Jungen erfasst, handelt fahrlässig und ist zum Schadenersatz verpflichtet. Die Aufsichtspflicht der Erzieherin in einem Kinderwohnheim gegenüber einem Jugendlichen, dem die Verwendung von Spiritus zum Anzünden von Holzkohle gestattet wird, gebietet, ihn besonders auf die versteckten Gefahren hinzuweisen und zu entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen zu ermahnen.

32. Urteil des OLG Dresden vom 04.12.1996 - 6 U 1393/96 -

Aufsichtspflicht in Heim für schwer erziehbare Kinder

Aus einem Heim für schwererziehbare Kinder entwich ein Kind durch eine nicht verschlossene Tür und beging eine Brandstiftung. Kläger war der Geschädigte, Beklagte waren der Träger des Heimes, die Heimleiterin und eine Erzieherin. Grundsätzlich wurden in dem Heim sämtliche Türen verschlossen gehalten. Allerdings ließen Handwerker entgegen einer ihnen von der Heimleiterin erteilten Weisung eine Kellertür offen stehen. Das Gericht ging davon aus, die beklagte Erzieherin habe die ihr obliegende Aufsichtspflicht verletzt. Das Maß der gebotenen Aufsicht bestimme sich bei Minderjährigen nach deren Alter, Eigenart und Charakter, wobei sich die Grenze der erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen danach richte, was verständige Eltern oder Aufsichtspflichtige nach vernünftigen Anforderungen im konkreten Fall tun müssen, um Schädigungen Dritter durch den Aufsichtsbedürftigen zu verhindern. Bei Minderjährigen, die sich als schwer erziehbar erwiesen haben oder zu Straftaten neigen, seien erhöhte Anforderungen zu stellen. An die Aufsichtspflicht eines Heimes für schwererziehbare Kinder sei ein besonders strenger Maßstab anzulegen. Allerdings seien jeder Überwachung, insbesondere älterer Kinder und Jugendlicher naturgemäß Grenzen gesetzt. Welche Maßnahmen im Einzelfall zumutbar seien, lasse sich nur im konkreten Fall unter Berücksichtigung des insgesamt angestrebten Erziehungsziels, dem Jugendlichen zur Entwicklung seiner Persönlichkeit zu verhelfen und ihn in selbständiges, verantwortungsbewusstes Handeln einzuüben, entscheiden. Um Einflussmöglichkeiten nicht zu verlieren, könnten sich allzu strenge Maßnahmen verbieten; dem Aufsichtspflichtigen sei ein gewisser Freiraum für vertretbare pädagogische Maßnahmen zu belassen. Die Erzieherin habe ihre Aufsichtspflicht verletzt, wenn sie die Kinder 1 ¼ Stunden unbeaufsichtigt gelassen habe, so dass diese unkontrolliert entweichen konnten. Zwar könne bei einem 10- und 11-Jährigen eine Überwachung auf Schritt und Tritt und eine regelmäßige Kontrolle, etwas in halbstündigen Abständen, bei einem normal entwickelten Kind unangemessen sein, dieser Maßstab dürfe aber nur auf Kinder Anwendung finden, bei denen vorauszusetzen sei, dass sie sich den Belehrungen der Erziehungsberechtigten nicht grundsätzlich verschließen, die Erfahrungen des Lebens mit seinen Gefahren in sich aufnehmen und ihr Verhalten danach ausrichten könnten. Die besonderen Charaktermerkmale der Kinder, die als schwer erziehbar in dem Heim untergebracht waren, nötigten zu zeitlich engen Kontrollen ihres Tuns, auch wenn man nur die vorhandenen Sozialisationsdefizite der Kinder in Rechnung stelle. Die Kinder litten an spezifischen Erziehungs- und Verhaltensdefiziten, insbesondere an Defiziten in der sozialen Entwicklung; damit sei eine strengere Aufsichtspflicht verbunden. Dies bedeute zwar nicht, dass die Kinder ständig überwacht werden müssten, jedoch dürften sie nicht über eine längere Zeit, hier 1 ¼ Stunden, unbeaufsichtigt bleiben. Auf eine besonders aggressive Veranlagung der Kinder käme es nicht an. Der Erzieherin habe auch obliegen, dafür Sorge zu tragen, dass die im Hause tätigen Handwerker ihrer Anweisung, die Türe zu verschließen, Folge

leisteten. Die Erteilung der Anweisung selbst führe nicht zu einer fehlenden Aufsichtspflichtverletzung. Eine Haftung der Heimleiterin wurde angenommen, da diese für den betrieblichen Ablauf verantwortlich gewesen sei und dafür Sorge hätte tragen müssen, dass kontrolliert wurde, ob die Kellertür verschlossen blieb. Aufgrund der angenommenen Aufsichtspflichtverletzung der Erzieherin und der Heimleiterin wurde der Träger des Heimes zur Zahlung von Schadenersatz verurteilt.

33. Urteil des LAG Rheinland-Pfalz vom 15.07.2004 - 6 Sa 2066/03 -

Kündigung wegen Verletzung der Aufsichtspflicht

Die Klägerin war bei der Beklagten als Gruppenleiterin im Kindergarten angestellt. Nach mehrfachen Abmahnungen, u.a. auch wegen Verstoßes gegen die Aufsichtspflicht wurde eine verhaltensbedingte Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen. Die gegen die Kündigung gerichtete Klage hatte keinen Erfolg.

Das erkennende Gericht wertete es Verletzung der Arbeitspflicht, dass die Klägerin an einem Tag die mit einem Bus ankommenden Kinder nicht von der Bushaltestelle abholte und zum Kindergarten brachte. Die Kinder mussten ohne Aufsicht aus dem Bus aussteigen und ohne Aufsicht auf das Kindergartengelände laufen. Abgestellt wurde nicht so sehr auf die Gefahr, die von dem Bus ausgeht, der die Kinder brachte, sondern auf die Gefahren, die von anderen Verkehrsteilnehmern ausgehen und die nicht wissen oder entsprechende Rücksichtnahme üben, weil sie die Situation nicht erkennen, dass Kleinstkinder ohne Bewachung aus dem Bus zur Kindergarteneinrichtung laufen. Nachdem noch weitere arbeitsrechtliche Verstöße wie unentschuldigtes Entfernen von der Arbeitsstelle und Zuspätkommen hinzukamen, erachtete das erkennende Gericht die Kündigung des Arbeitsverhältnisses für wirksam.