

Rechtsanwältin Dr. Ruth-Schultze-Zeu (Berlin)

www.ratgeber-arzthaftung.de

Haftung bei Sturzfällen im Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim unter Heranziehung der Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos

A. Einleitung

Bundesweit gab es im Dezember 2001 über 8.000 zugelassene Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege. Insgesamt wurden hier über 600.000 Pflegebedürftige betreut. Wegen der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen absolut und in Verbindung mit einer abnehmenden Zahl von Geburten auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung.¹ Die „Rürup-Kommission“ geht deswegen in ihrer Prognose zur Bevölkerungsentwicklung davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung von derzeit rd. 1,9 Mio. bis zum Jahr 2040 auf rd. 3,4 Mio. (stationär und ambulant) ansteigen wird (Seite 107). Der Anteil Demenzkranker unter den Pflegeheimbewohnern liegt bei über 50 % mit steigender Tendenz (S.199). Demenz bedeutet Desorientiertheit, unkontrollierte Hyperaktivität, akute Verwirrtheit verbunden mit der Unfähigkeit, sich frei zu bewegen. Dies ist eine der schlimmsten Bedrohungen für ein selbst bestimmtes Leben im Alter. Körperlicher, geistiger und psychischer Leistungsverlust bedingen und verstärken sich gegenseitig.²

Risikofaktoren
1) Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen <ul style="list-style-type: none">• Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht• Gangveränderungen/eingeschränkte Bewegungsfähigkeit• Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen<ul style="list-style-type: none">- Multiple Sklerose- Parkinsonsche Erkrankung- Apoplexie/apoplektischer Insult- Polyneuropathie- Osteoarthritis- Krebserkrankungen- andere chronische Erkrankungen/schlechter klinischer Allgemeinzustand
2) Sehbeeinträchtigungen <ul style="list-style-type: none">• reduzierte Kontrastwahrnehmung• reduzierte Sehschärfe• ungeeignete Brillen
3) Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung <ul style="list-style-type: none">• Demenz³

¹ Siehe hierzu im einzelnen: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Fundstelle: www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A503.pdf

² Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI vom Dezember 2004 (<http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/download/65120.pdf>)

³ Zitat aus dem neuesten noch nicht veröffentlichten Bericht des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Arbeitstexte zur 4. Konsensus-Konferenz in der Pflege: „Da das Syndrom Demenz aufgrund der damit einhergehenden Gangveränderungen, sowie der damit verbundenen Verhaltensveränderungen zu einem erhöhten Sturzrisiko führen kann, lassen sich keine plausiblen Gründe anführen, warum das Syndrom Demenz nicht auch für Patienten im Krankenhaus als eigenständiger Sturzrisikofaktor angesehen werden sollte. Insbesondere die, durch eine Einweisung ins Krankenhaus eintretende akute Veränderung der Umgebung, dürfte aufgrund der damit verbundenen Orientierungsschwierigkeiten bei Patienten mit Demenz die Sturzgefährdung höher werden lassen.“

- Depression
- Delir
- 4) Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen**
 - Hypoglykämie
 - Haltungsbedingte Hypotension
 - Herzrhythmusstörungen
 - TIA (Transitorische ischämische Attacke)
 - Epilepsie
- 5) Inkontinenz**
 - Dranginkontinenz
 - Probleme beim Toilettengang
- 6) Angst vor Stürzen**
- 7) Sturzvorgeschichte**
- 8) Personenbezogene Gefahren**
 - Verwendung von Hilfsmitteln
 - Schuhe (Kleidung)
- 9) Medikamente**
 - Psychopharmaka
 - Antidepressiva
 - Neuroleptika
 - Sedativa/Hypnotika
 - Benzodiazepine
- 10) Gefahren in der Umgebung**
 - Innen:**
 - Schlechte Beleuchtung
 - Steile Treppen
 - Mangelnde Haltemöglichkeiten
 - Glatte Böden
 - Stolpergefahren
(z. B. Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere)

Medien, Gesellschaft, Staat, Gesetzgebung, Gerichte, Forschung⁴, die Medizin und betroffene Einrichtungen befassen sich immer gründlicher mit diesem Phänomen. Vorrangig geht es darum, Standards der Pflege in geriatrischen Kliniken, Altenheimen und Pflegeheimen zu entwickeln, die möglichst auf Rehabilitation gerichtet sind. Vor allem in den Pflegeheimen – aber nicht nur dort – sind die Bewohner vor Stürzen zu bewahren, die zu den großen Gesundheitsrisiken im Alter zählen. Laut einer internationalen Studie zur Vorbeugung von Stürzen in der stationären Altenpflege belaufen sich die Operations- und Behandlungskosten nach Stürzen bundesweit auf rund eine Milliarde Mark pro Jahr. Jeder Sturz kann eine Rehabilitation endgültig unmöglich machen.

Es geht schlicht um die Frage, welche Maßnahmen die Einrichtungen ergreifen dürfen und sollen, um die Schutzbefohlenen unter Wahrung der Menschenwürde vor körperlichen Schäden zu bewahren.

Die oberstgerichtliche Haftpflicht-Rechtsprechung begleitet diese Entwicklungen eher zurückhaltend und sicherlich nicht in jeder Hinsicht sachkompetent. Die Urteile bleiben oft an der Oberfläche des komplexen Sachverhalts, was daran liegen mag, dass die Kläger nicht hinreichend die geltend gemachten Regressansprüche durch Sachvortrag untermauern. Vor allem wird offensichtlich nicht erkannt, welches Arsenal an Maßnahmen den Einrichtungen zur Verfügung steht, um Stürze zu vermeiden oder, was diese zu tun haben, den Vorwurf eines Organisationsverschuldens abzuwenden. Nach Begriffen wie Sturzmanagement oder

⁴ Siehe vor allem die Forschungsaktivitäten des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin zum Problem Sturzprävention (www.charite.de/ch/pflege/)

Sturzprophylaxe sucht man in der einschlägigen Rechtsprechung vergeblich. Auf die Darstellung, ob und wie die aufnehmende Einrichtung in Kooperation mit dem behandelnden Arzt und möglicherweise einem Psychologen sowie den Angehörigen den künftigen Bewohner unter Einsatz von Testverfahren befragt hat, um die körperlichen, neuropsychologischen und kognitiven Fähigkeiten zu bestimmen, wird verzichtet. Von den Möglichkeiten eines **geriatrischen Assessments, in dessen Verlauf** die medizinischen, psychischen, sozialen und funktionellen Einschränkungen und Ressourcen des künftigen Bewohners erfasst und protokolliert werden, scheint man noch nicht gehört zu haben. Die Verpflichtung der aufnehmenden Einrichtung, im Zweifelsfall die Aufnahme abzulehnen, wenn es die Sicherheit des Interessenten unter Beachtung der Anamnese nicht gewährleisten kann, wird nicht thematisiert. Erst die Ergebnisse einer solchen Anamnese in Verbindung mit dem Bericht des behandelnden Arztes ermöglichen jedoch Prognosen für eine Sturzgefährdung des künftigen Bewohners oder Patienten. Sie sind Grundlage für den individuellen täglichen Behandlungsplan eines jeden Schutzbefohlenen, der zudem die Wirtschaftlichkeit und die zur Verfügung stehenden Ressourcen der Einrichtung zu beachten hat. Er ist ständig von der verantwortlichen Pflegekraft fortzuschreiben. Pflegedokumentationen, in denen Verhaltensauffälligkeiten – vor allem vorangegangene Stürze – festzuhalten sind, werden nicht herangezogen, usw. Völlig unzureichend ist es, wenn darauf verzichtet wird, aufzuklären, welche sedierenden Medikamente – vor allem Psychopharmaka – in welcher Dosierung dem Betreffenden ärztlich verordnet worden sind, und was ihm das Pflegepersonal laut Dokumentation verabreicht hat (Problem der bevorratenden Medikation). Medikamente dieser Art erhöhen häufig die Sturzgefahr.⁵

Skandalös ist es, wenn Gerichte zwar eine Sturzgefahr bestätigen, aber dann kuzschlüssig meinen, die Einrichtung habe ein Bettgitter nicht verwenden dürfen, weil dies freiheitsentziehend wirke, ohne zu erwägen, welche anderen Maßnahmen in Frage kommen könnten, oder ob das Vormundschaftsgericht einzuschalten ist (§1906 BGB). Siehe hierzu im Einzelnen der Katalog möglicher Maßnahmen am Ende dieser Ausführungen. Möglicherweise verzichten vor allem Altenheime und Pflegeheime häufig darauf, alternative Schutzmaßnahmen zu erwägen, weil sie höhere Folgekosten für Sonderanschaffungen scheuen und stattdessen auf die normale Ausstattung der Einrichtung zurückgreifen oder von vornherein darauf verzichten.⁶ Die Pflicht der GKV zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nach der gesetzlichen Konzeption des SGB V und SGB XI endet dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers zur Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt.

Es verwundert nicht, daß in jüngster Zeit die Regressabteilungen der Kranken – und Pflegekassen wegen der immens hohen Folgekosten immer häufiger in Sturzfällen unter Hinweis auf die Obhutspflichten der Einrichtungen Schadensersatzansprüche geltend machen. Der Referent für Medizinschadenfälle bei der GVV-Kommunalversicherung in Köln meint⁷ die Versicherungen seien der Auffassung, in den Einrichtungen müsse rund um die Uhr eine lückenlose Überwachung der Bewohner und Patienten sichergestellt werden. Aus deren

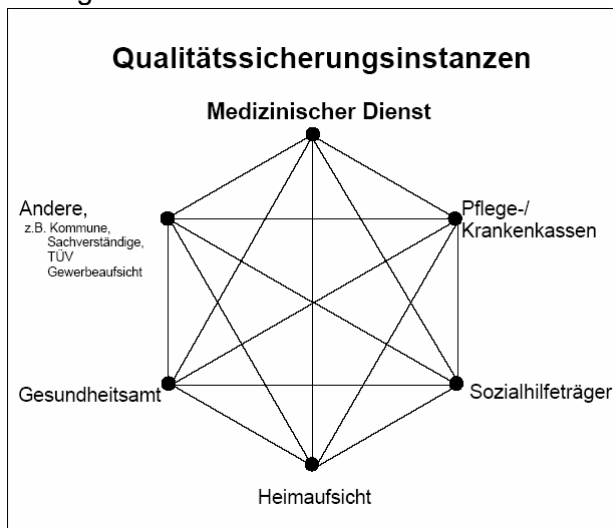
⁵ Leipzig et al. haben anhand ihrer Übersichtsarbeit nachgewiesen, dass die Einnahme von Psychopharmaka, Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa/Hypnotika und Benzodiazepine mit einer Erhöhung des Sturzrisikos einher geht. (Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999 Jan;47(1):40-50. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999 Jan;47(1):30-9).

⁶ Gestützt auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 10. Februar 2003 und die darin aufgestellten Kriterien, unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege grundsätzlich zur Ausstattung eines Pflegeheims zählen bzw. wann die Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 33 SGB V besteht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen - zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen - am 31. August 2001 einen Abgrenzungskatalog verabschiedet, der die Finanzierungszuständigkeit für die verschiedenen Hilfsmittelarten darstellt. Angesichts der inzwischen ergangenen weiteren BSG-Rechtsprechung haben sie einen Abgrenzungskatalog entwickelt und eine aktualisierte Fassung am 14. März 2003 verabschiedet.

www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/aufgaben/hilfsmittel/abgrenzungskatalog.html

⁷ Lutterbeck, Christian: Der Sturz in Pflegeeinrichtungen – Die Rechtsprechungssystematik des BGH und der Oberlandesgerichte. BADK-Information 2004, S. 72 ff.

Sicht sei es belanglos, ob dies gegen den Willen der Betroffenen geschehe und ob Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Diese Pauschalierung wird sicherlich nicht der Wirklichkeit gerecht. Richtig ist aber: Es ist außerordentlich dringlich, den Einrichtungen und den gerichtlich bestellten Betreuern die rechtlichen Handlungsvorgaben möglichst übersichtlich nahe zu bringen, ja sie in gewisser Weise im eigenen Interesse und im Interesse der Schutzbefohlenen zu erziehen. Gerichte einschließlich der Vormundschaftsgerichte, Rechtsanwälte und Regressabteilungen müssen im Zusammenwirken mit dem Gesetzgeber für eindeutige Vorgaben sorgen. Im Hintergrund sind zahlreiche Instanzen für das Einhalten der erforderliche Betreuungsqualität zuständig:



Verlangt der Geschädigte oder seine Kranken – oder Pflegeversicherung Schadensersatz, sind einige Besonderheiten zu beachten. Die betreuende Einrichtung ist grundsätzlich aufgrund des Behandlungs- bzw. Heimvertrages sowie Deliktsrechts (Verkehrssicherungspflichten) verpflichtet, für seine Patienten bzw. Bewohner Gefahrenquellen zu vermeiden und zu beseitigen. Sie muss alle zumutbaren Maßnahmen zur Schadensabwehr treffen. Kommt sie diesen Pflichten nicht nach und verursacht dadurch Schäden, hat sie für diese grundsätzlich einzustehen. Die Vertrags- und Verkehrssicherungspflichten sind regelmäßig unter Abwägung der Rechte des Einzelnen und der Funktionsfähigkeit der Einrichtung zu ermitteln. Der Geschädigte trägt in der Regel die Beweislast für alle anspruchsbegründenden Voraussetzungen, wie Vertrags- bzw. Rechtsgutsverletzung, Schaden, Kausalität und Verschulden. Dies wird ihm häufig sehr schwer gelingen, da ihm der Einblick in die Sphäre des Krankenhauses- bzw. Pflegeheimbetriebes fehlt. Aus diesem Grunde greifen zugunsten des Geschädigten Beweiserleichterungen ein. Dies ist im Folgenden das zentrale Thema.

Hierzu einige einschlägige Texte:

- [Pflegeteilsicherungsrecht \(PQsG\), Stand 2002, PDF-Format](#)
- [Entwurf der Pflegeprüfverordnung \(noch nicht in Kraft getreten\)](#)
- [Empfehlungen zur Überprüfung der Qualität von Pflegeheimen des BMG](#)
- [MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI-stationär, PDF](#)
- [Die Pflegeversicherung – Prüfverordnung des Bundesministeriums Gesetzlichen Grundlagen zur Qualitätssicherung Aufsatz von Nicolas Starck](#)
- [Die Pflegeversicherung – Gesetzliche Grundlagen zur Qualitätssicherung – Aufsatz von Nicolas Starck](#)
- [Heimgesetz \(HeimG\), Stand 2002, PDF](#)
- [Das neue HeimG - Zusammenfassung und Umsetzung](#)

B. Die Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos

Bei Risiken aus dem Krankenhaus -, Alten - oder dem Pflegeheimbetrieb, die durch sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungs – und Betreuungsgeschehens (z.B. bei Gerätesicherheit, Hygienegewähr, Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals, keine Anfängerbeschäftigung, usw.) – voll beherrscht werden können und müssen, kann sich zu Gunsten des Geschädigten eine Beweiserleichterung ergeben. Kommt er in diesem Gefahrenbereich zu Schaden und geht die vertragliche Pflicht auch dahin, ihn gerade vor einem

solchen Schaden zu bewahren, dann greift analog § 282 BGB alter Fassung und § 280 Abs.1 Satz 2 BGB neue Fassung diese Beweiserleichterung ein (vgl. auch nachfolgend BGH Nr.1; OLG Dresden Nr.18 und LG Mönchengladbach Nr.14).

§ 282 a.F.

Ist streitig, ob die Unmöglichkeit der Leistung die Folge eines von dem Schuldner zu vertretenden Umstandes ist, so trifft die Beweislast den Schuldner.

§ 280 BGB n.F.

1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

Es wird die Vermutung aufgestellt, dass der Betreffende geschädigt worden ist, weil die Einrichtung ein Risiko nicht beherrscht hat, das sie hätte beherrschen können und müssen.

Allerdings kann der Schädiger die Vermutung auf zweierlei Weise beseitigen (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 4. Auflage, 2001, B, Rdnr. 246, 241):

1) Er beweist, dass ein Behandlungsfehler, d.h. eine Abweichung vom geschuldeten Standard, nicht vorliegt.

Bsp.: Es wird ein Lagerungsschaden vermutet. OPE-Team beweist, dass die intraoperative Lagerung des Patienten dem Facharztstandard entsprach (vgl. BGH VersR 1984, 386, vgl. auch nachfolgend BGH Nr.1).

2) Die Behandlungsseite weist nach, dass der Körperschaden auch durch nicht erkennbare Umstände bzw. nicht beherrschbare Umstände, z.B. eine unerkannte und nicht zu erwartende körperliche Disposition des Patienten, verursacht sein könnte (Geiß/Greiner aaO B Rdnr. 246, 241; BGH NJW 1995, 1618):

Während die erste Entlastungsmöglichkeit in einzelnen Fällen möglich sein dürfte, halte ich die zuletzt genannte Entlastungsmöglichkeit für äußerst schwierig.

Gelingt der Behandlungsseite - wie beschrieben – der Entlastungsbeweis, muss der geschädigte Patient den Behandlungsfehler ohne die Beweiserleichterung nachweisen.

C. Sturzfälle im Krankenhaus

I. Rechtsprechung zur schuldhaften vertraglichen Pflichtverletzung

Nr.1. BGH 18.12.1990 – VI ZR 169/90 - VersR 1991, 310: (Vertragliche Haftung bei Transportsturz, § 282 BGB a. F. Grundsatz)

Anmerkung: Der BGH legt hier umfassend die Voraussetzungen für das Eingreifen der Beweisregel des vollbeherrschbaren Risikos fest. Auf dieses Urteil greifen in der Folgezeit sämtlichen Entscheidung, die sich hiermit befassen zurück.

„Bekommt ein Patient im Krankenhaus bei einer Bewegungs- und Transportmaßnahme der ihn betreuenden Krankenschwester aus ungeklärten Gründen das Übergewicht und stürzt, so ist es Sache des Krankenhausträgers, aufzuzeigen und nachzuweisen, dass der Vorfall nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten der Pflegekraft beruht. Bei Schadensersatzansprüchen wegen vertraglicher Schlechterfüllung trägt nicht der Geschädigte die Beweislast für die vertragliche Pflichtverletzung und das Verschulden des Krankenhauses, sondern das Krankenhaus hat sich gemäß § 282 a.F. BGB (§ 280 I 2 BGB n. F.) zu entlasten. Zwar greift diese Beweisregel grundsätzlich erst ein, wenn feststeht, dass der Schuldner objektiv gegen seine Vertragspflichten verstoßen hat und dadurch der behauptete Schaden entstanden ist. Jedoch kann die Beweislastumkehr nach dem Sinn der Beweisregel auch den Nachweis eines objektiven Pflichtverstoßes des Schuldners umfassen, wenn der Gläubiger im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten (auch) dahin gehen, den Gläubiger gerade vor einem solchen Schaden zu bewahren.“

Im einzelnen gilt folgendes:

- a. Es muss sich um Risiken handeln, die vom KH und dessen Personal voll beherrscht werden können (Funktionstüchtigkeit von Behandlungs – und Untersuchungsgeräten, Richtige Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch).
- b. Die Zuweisung der Beweislast umfasst insbesondere auch die Risikosphäre des Pflegedienstes. Also dann, wenn das Pflegepersonal in seinem eigentlichen Aufgabenbereich tätig wird. Für den Kernbereich des ärztlichen Handelns gilt diese Beweiserleichterung jedoch nicht.
- c. Der sachgerechte Transport (Verlagerung des Patienten) ist als Teil einer sachgerechten pflegerischen Betreuung des Patienten Bestandteil des Behandlungsvertrages.
- d. Inhalt des Entlastungsbeweises: Sturz beruht nicht auf einem pflegerischen Fehlverhalten. (Also: Die eigentliche Ursache des Sturzes muss das KH nicht beweisen).

Nr. 2. OLG Stuttgart, Urteil vom 20.8.1992 – 14 U 3/92 NJW 1993, 2384 (Krankenhaus, Vertragshaftung, Bereitschaftsdienst, positiv):*

Anmerkung: Der Entscheidung ist zuzustimmen. Besonders positiv: Hier wird hervorgehoben, dass der Belegarzt dem Pflegedienst Anweisungen geben muß, um eine Pflege zu gewährleisten, die fachärztlichen Standards entspricht.

„Stehen in einem Krankenhaus lediglich 2 Nachtschwester für 88 Betten in drei Abteilungen zur Verfügung, so verstößt der Träger des Krankenhauses gegen seine Pflicht, in ausreichendem Maße fachkundiges, nichtärztliches Personal bereitzustellen. Bei einem Belegkrankenhaus ist der Krankenhausträger verantwortlich dafür, dass alle organisatorischen Maßnahmen im pflegerischen Bereich getroffen werden, um die ärztliche Versorgung der Patienten auch in seinen Belegabteilungen sicherzustellen. Er muss erforderlichenfalls auf den Belegarzt einwirken, dass dieser dem Pflegepersonal ausreichende Anweisungen gibt. Soweit der Träger die Aufnahme zur Geburtshilfen bei Risikogeburten zulässt, trifft ihn die Pflicht dafür zu sorgen, dass ein in jeder Hinsicht ausreichender ärztlicher Bereitschaftsdienst vorhanden ist.“

II. Rechtsprechung zur schuldhaften Verkehrssicherungspflichtverletzung

a) Bejahung einer Verkehrssicherungspflichtverletzung

Nr. 3. [BGH, 20.06.2000 – VI ZR 377/99](#) – Deliktsrechtliche Haftung – hier: (Selbstmord, Verkehrssicherungspflicht, Abwägung)

Anmerkung: Es ist unverständlich, warum hier die Vertragshaftung nicht geprüft wird.

„Der Träger eines psychiatrischen Krankenhauses ist nicht nur zur Behandlung der Patienten verpflichtet. Ihm obliegt deliktsrechtlich auch eine Verkehrssicherungspflicht zum Schutz des Patienten vor einer Schädigung, die diesem wegen der Krankheit durch ihn selbst und durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Krankenhauses droht. Diese Pflicht beschränkt sich auf das Erforderliche und das für das Personal und die Patienten Zumutbare. Das Sicherheitsgebot ist abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch allzu strikte Verwahrung. ...Das Berufungsgericht überspannt aber die Anforderungen an die der Beklagten als Krankenhausträger zum Schutz ihrer Patienten obliegende Sorgfalt, wenn es ohne konkrete Anhaltspunkte einer Selbstgefährdung als Sicherung gegen einen - unvorhersehbaren – Selbstmordversuch verlangt, ...

...Auch in der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte wird – soweit ersichtlich – darauf abgestellt, ob vor dem Unfall („ex-ante“) eine Selbstmordgefahr akut oder nur latent erkennbar vorhanden ist, und nur bei Akutfällen eine verstärkte Sicherungspflicht erwogen.

... Allerdings darf auch eine psychiatrische Klinik nicht Gefahrenquellen für die Patienten schaffen, ohne die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz der Patienten zu treffen...Die Schutzmaßnahmen müssen aber therapeutisch vertretbar sein und dürfen die Therapie des Patienten nur dann beeinträchtigen, wenn dies zum Wohle des Patienten erforderlich ist.“

Im Einzelnen gilt folgendes:

- a. Dem Krankenhausträger obliegt eine Verkehrssicherungspflicht zum Schutz des Pat. vor einer Schädigung, die im Zusammenhang mit seiner Krankheit steht, das heißt,

- durch ihn selbst und durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Krankenhauses.
- b. Diese Pflicht beschränkt sich auf das Erforderliche und auf das für das Personal und den Patienten Zumutbare.
 - c. Das Sicherheitsgebot ist abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch zu strikte Verwahrung.
 - d. Das Maß der Selbstgefährdung und Verhältnis zur Therapiegefährdung ist abzuklären.

Nr. 4. OLG Köln, 14.2.1991, 27 W 49/9, VersR 1990, 1240 (Krankenhaus, Deliktsrecht, Schaffung von Gefahrenquellen, Vorsehbarkeit der Gefahr, Verkehrssicherungspflicht, positiv):*

Anmerkung: Das Gericht arbeitet vorbildlich heraus, unter welchen Bedingungen die eine Gefahrenquelle vorsehbar ist. Die Vertragshaftung wird nicht angesprochen, obwohl ihre Voraussetzungen ebenfalls vorliegen.

“Die Behandlungsseite hat die Durchführung von Diagnostik und Therapie so zu organisieren, dass jede vermeidbare Gefährdung der Patienten ausgeschlossen ist. Die damals 72 Jahre alte Klägerin ließ sich (...) in der Augenklinik X behandeln (...) Bei dem Versuch, sich nach Abschluss der Untersuchung aufzurichten, stürzte die Klägerin von der Untersuchungs- liege. Hierdurch zog sie sich einen Bruch des Schenkelhalskopfes zu (...) Das beklagte Krankenhaus ist gemäß § 823 Abs. 1 BGB dafür verantwortlich, dass die Klägerin im Behandlungszimmer der augenärztlichen Ambulanz der Universitätsklinik zu Fall gekommen ist (...) Voraussetzung für die Schadenersatzhaftung ist, dass es sich um die Verletzung von Nebenpflichten zum Schutz des Patienten vor Gefahren handelt, die aus dem räumlich-gegenständlichen Bereich der Behandlung herrühren (...) Die besondere Gefährdung der in der augenärztlichen Ambulanz zu betreuenden Patientin rührt zum einen her aus der medikamentös bewirkten Pupillenweitstellung, die (...) eine erhebliche Sichttrübung (...) zur Folge hat, andererseits aus der unkomfortablen Rückenlagen der Patientin auf der über Tisch hohen Liege (...) Hinzu kommt, dass das Behandlungszimmer in dämmriges Licht getaucht ist (...) Dies beeinträchtigt ihre Wahrnehmungsfähigkeit zusätzlich. Der Senat hält es in dieser Lage für geboten, dass den Patienten, zumindest beim Besteigen und Verlassen des Betts Hilfestellung geleistet wird. Darüber hinaus müssen aber zusätzliche Schutzvorkehrungen für diejenigen Patienten getroffen werden, die – sei es in Überschätzung ihrer untersuchungsbedingt – tatsächlich eingeschränkten Fähigkeit, sei es in der irrtümlichen Annahme, die Liege verlassen zu sollen – selbstständig vom Behandlungstisch abzustiegen versuchen (...) War der Patientin nicht gesagt worden liegen zu bleiben, so musste damit gerechnet werden, dass sie aufstehen würde”.

b) Verneinung einer Verkehrssicherungspflicht

Nr. 5. OLG Zweibrücken, 18.3.2003 –5 U 2/02- (Sturz in Toilette, Duschvertiefung, Gehwagen, Verkehrssicherungspflicht)

Anmerkung: Meines Erachtens ist es der Einrichtung zumutbar, Vertiefungen dieser Art zu beseitigen. Mit geringem Aufwand können beispielsweise ausgleichende Rampen eingebaut oder die Unebenheiten mit Spezialkitt ausgeglichen werden. Zumindest müssen sie eindeutig kenntlich gemacht werden.

Das Gericht hat eine Haftung des Krankenhausträgers wegen einer Verkehrssicherungspflichtverletzung für den Fall verneint, dass ein Patient mit seinem Gehwagen nach Einweisung in dessen Gebrauch beim Toilettengang stürzt, weil der Gehwagen in eine Duschvertiefung rutscht:

Zwar hat ein Krankenhausträger bei der Gestaltung der Nasszellen der Patientenzimmer die allgemeine Verkehrssicherungspflicht zu beachten, die ihn verpflichtet, für seine Patienten keine Gefahrenquellen zu schaffen. Jedoch bedeutet dies keine Pflicht, die bautechnisch den DIN-Normen entsprechenden Nasszellen zur Abgrenzung der Duschwanne zur Toilette optisch andersfarbig zu gestalten, solange der Duschbereich aufgrund einer Duschabtrennung eindeutig erkennbar ist. Die abgeschrägte Vertiefung stellt dann keinen besonderen Gefahrenbereich dar. Wenn die geringe Absenkung tatsächlich für Patienten

nicht beherrschbar sein sollte, müsste dem durch eine intensivpflegerische Betreuung, nicht aber durch eine besondere optische Gestaltung, Rechnung getragen werden.

Nr. 6. OLG Frankfurt, 17.10.2000 – 14 U 131/99 - VersR 2002, 249-251 (Rollstuhl, Verkehrssicherungspflicht, kein Hinweisschild, KH muß nicht fremde Rollstühle überprüfen)

Anmerkung: Die Entscheidung überzeugt nicht. Der Einrichtung ist es zuzumuten, eine Unebenheit von 2 cm im Krankenhaus zu beseitigen. Eine Unebenheit dieser Art darf in Krankenhäusern nicht vorkommen. Mindestens aber hätte das Krankenhaus mit Infoschildern auf die Gefahrenquelle hinweisen müssen.

„Ein Krankenträger ist nicht verpflichtet, einen Fahrstuhl mit älterer Technik, bei dem in der Vergangenheit auch nach häufigen Reparaturen immer wieder eine Fehlbündigkeit von 2 cm aufgetreten ist, komplett zu erneuern. Der hierdurch bedingte Kostenaufwand ist nämlich ins Verhältnis zu der potentiellen Gefahr zu setzen, die durch das Auftreten einer Fehlbündigkeit von 2 cm droht. Diese Gefahr ist aber selbst in einem Bereich, in dem das Publikum zum größten Teil aus Rollstuhlfahrern besteht, als gering einzuschätzen, denn ein ordnungsgemäß ausgerüsteter Rollstuhl kippt an einer Kante von 2 bis 3 cm auch beim Rückwärtsfahren nicht um. Rollstühle sind so konstruiert, dass sie Kanten von 2 bis 3 cm problemlos überwinden können. Für den Kläger wurde die Kante nur deshalb zur Gefahr, weil die rückwärtige Kippsicherung an seinem Rollstuhl fehlte. Selbst wenn die Beklagte damit rechnen musste, dass in ihrem Krankenhaus gelegentlich auch Rollstühle ohne Kippsicherung unterwegs sind, stellt die fehlende technische Erneuerung des Fahrstuhles noch keine Verletzung der allgemeinen Verkehrssicherungspflicht dar. Eine Fehlbündigkeit von 2 cm lässt sich auch mit einem Rollstuhl ohne Kippsicherung gefahrlos überwinden, wenn der Kläger vor dem Verlassen des Fahrstuhles seinen Blick nach Rückwärts gerichtet und die Kante bemerkt hätte. Er hätte dann die Kante auch durch vorsichtiges Ansteuern überqueren können. Eine Fehlbündigkeit von 2 bis 3 cm zwischen Fahrstuhlboden und Etagenboden im Krankenhaus der Beklagten mag daher ein Grund gewesen sein, den Fahrstuhl zu warten und die Fehlbündigkeit korrigieren zu lassen. Ein Grund, den Fahrstuhl komplett auszutauschen, oder zumindest die Steuerung zu erneuern, war dies jedoch nicht.

Auch eine Pflicht zur Anbringung eines Hinweisschildes bestand nicht, da die Fehlbündigkeit nur sehr unregelmäßig aufgetreten ist. Darüber hinaus war sie beim Auftreten für jedermann erkennbar, denn beim Anhalten eines Fahrstuhles hat jeder Benutzer darauf zu achten, ob der Fahrstuhl korrekt angehalten hat. Insoweit besteht im Streitfall ein deutlicher Unterschied zu sonstigen Unebenheiten im Fußboden. Zwar können Höhenunterschiede von 2 cm im Fußboden oder Gehsteig gegebenenfalls schon eine objektive Gefahrenquelle darstellen, die beseitigt werden muss. Im vorliegenden Fall besteht jedoch die Besonderheit, dass sich der Fahrstuhlfußboden im Verhältnis zum Etagenfußboden ständig verändert und in Bewegung ist. Es ist daher die Pflicht eines jeden Benutzers, beim Verlassen des Fahrstuhles darauf zu achten, ob dieser korrekt, insbesondere bündig, angehalten hat, ohne dass es hierzu eines Hinweises durch ein Schild bedarf. Eine Fehlbündigkeit des Fahrstuhles ist deshalb für den Benutzer sofort erkennbar.“

Nr. 7. OLG München, 7.5.1998 – 1 W 1512/98 - MedR 1998, 340-341 (Krankenhaus, Alkoholdelirium, negativ, Sturz aus Bett, Gefährdung nicht voraussehbar)

Anmerkung: Das Urteil ist nicht überzeugend, denn befindet sich eine Person im Alkoholdelirium, ist eine solche Gefährdung Nahe liegend und damit voraussehbar.

„Ein Patient, der im Alkoholdelirium in eine Klinik eingeliefert worden ist, sollte zwar durch geeignete Überwachungsmaßnahmen (z.B. Sitzwache) vor einer Selbstgefährdung geschützt werden. Da aber auch Überwachungsmaßnahmen nicht mit Gewissheit einen Unfall verhindern können und strengere Maßnahmen (Fixierung im Bett) nur bei eindeutigen Anzeichen einer Selbstgefährdung bzw. Suizidalität zulässig und medizinisch vertretbar sind, besteht keine Haftung des Klinikarztes, wenn solche Überwachungsmaßnahmen unterbleiben. Solche eindeutigen Anzeichen einer Selbstgefährdung lagen nicht vor.“

III. Rechtsprechung ohne nähere Differenzierung zwischen Vertrags- und deliktischer Verkehrssicherungspflichtverletzung

a) Haftung des Krankenhauses

Nr. 8. BGH, 25.6.1991 VI ZR 320/90 - NJW 1991, 2960 f. (Duschstuhlfall; Haftung, voraussehbare Gefahr, positiv) – anders: OLG Zweibrücken Nr. 5, das Gefahrenquelle im Duschbereich verneint –

Anmerkung: Der BGH übersieht, dass ein gefährlicher Stuhl niemals nicht verwendet werden darf! Die Voraussetzungen für Vertrags- und Deliktshaftung sind nicht identisch.

„Ein Patient darf in einem Duschstuhl mit besonderer Kippgefahr nicht allein gelassen werden, wenn der Betreuer die besondere Kippgefahr kennt und ihm klar war bzw. klar sein musste, dass dem Patient nach dem Duschen kalt werde und er versuchen würde, nach einem Handtuch zu greifen, um sich abzutrocknen. Der Betreuer hätte den Patienten auf die besondere Kippgefahr eindringlich hinweisen und ihn auffordern müssen, sich aus diesem Grunde absolut ruhig zu verhalten und insbesondere nicht nach dem Handtuch zu greifen. Unterlässt er dies, wird er den Anforderungen an die Sorgfaltspflichten, die dem Pflegepersonal in einem Krankenhaus gegenüber dem Patienten obliegen, nicht gerecht. Die nicht erfüllte Aufgabe ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und damit Teil der Verpflichtung des Krankenhausträgers zu sachgerechter pflegerischer Betreuung. Sie obliegt dem Krankenhausträger und dem Pflegepersonal aufgrund ihrer Garantenstellung für die übernommene Behandlungsaufgabe in gleicher Weise auch deliktisch.“

b) Verneinung einer Haftung des Krankenhauses

Nr. 9. OLG Düsseldorf, 7.6.2001 – 8 U 153/00 - VersR 2002, 984-985 (Voraussetzung für Bettgitter, kein Hinweis auf Selbstgefährdung, damit keine Voraussehbarkeit, negativ)

„Die Fixierung des Patienten an das Bettgestell zur Verhinderung eines Sturzes beeinträchtigt die Bewegungsfreiheit des Betroffenen erheblich und ist deshalb nur angebracht, wenn es Hinweise auf eine Selbstgefährdung durch unkontrollierte Bewegungen gibt.“ (Siehe aber Nr. LG Mönchengladbach, Nr.4)

Nr. 10. [OLG Celle, 19.11.2001 – 1 U 30/01](#) - NdsRpfl 2002, 113 ff. (Krankenhaus EKG-Liege, keine Voraussehbarkeit der Gefahr)

Anmerkung: Dem ist zuzustimmen. Es gab keine signifikanten Hinweise auf eine Sturzgefährdung.

„Schließlich ist es dem Beklagten auch nicht anzulasten, dass Frau ... nach Erstellung des EKG allein im Behandlungszimmer auf der Liege zurück gelassen worden ist. Denn in der konkreten Situation bestand kein Anlass für die Befürchtung, die Patientin werde - etwa durch unkontrollierte, von ihr nicht selbst beherrschbare Bewegungen - von der Liege stürzen und sich dabei verletzen können. Zwar hatte Frau ... der Sprechstundenhilfe gegenüber geäußert, dass sie sich möglicherweise werde übergeben müssen. Dies rechtfertigt aber nicht die Annahme, Frau ... hätte einer besonderen Aufsicht oder Betreuung bedurft und keinesfalls allein im Raum zurückgelassen werden dürfen. Außer der geäußerten (aufkommenden) Übelkeit lagen keine objektiv erkennbaren oder von Frau ... geäußerten Anzeichen dafür vor, die Patientin bedürfe der besonderen Aufsicht und gefährde sich gegebenenfalls selbst. Frau ... hat ihren Arztbesuch selbst angekündigt und ist allein in die im ersten Stock gelegenen Praxisräume des Beklagten gekommen. Sie hat ferner dort ihre Beschwerden bekundet und sodann selbständig den EKG-Raum betreten und dort unter Aufsicht der Sprechstundenhilfe das EKG erstellen lassen. In dieser Situation durften sowohl der Beklagte als auch seine Sprechstundenhilfe darauf vertrauen, dass Frau ... sich auf der Liege in einer für sie sicheren Position befand. Wollte man in einer solchen Situation gleichwohl eine Aufsichts- oder Überwachungspflicht annehmen, würde man das Maß des Zumutbaren überschreiten und für den Bereich einer Arztpraxis höhere Sicherheitsanforderungen aufstellen, als sie etwa in Alten- und Pflegeheimen oder in Krankenhäusern

bestehen. Denn selbst dort werden die Patienten, die sich im Bett befinden, nur dann besonders beaufsichtigt oder überwacht, wenn konkrete Anhaltspunkte für eine Gefahrensituation bestehen.“

Nr. 11. [OLG Düsseldorf, Urteil vom 21.9.2000](#)- NJW-RR 2001, 667 = VersR 2002, 441 (Toilettenfall, nach Auffassung des Gerichts keine Gefahr von Kreislaufinstabilität nach Narkose, deshalb keine voraussehbare Sturzgefahr)*

Anmerkung: Da die Vollnarkose erst 20 Minuten zurückliegt, ist ein Vorfall dieser Art sehr wohl voraussehbar.

„Es stellt kein pflegerisches Versäumnis dar, eine Patientin nach vollständigem Abklingen einer leichten - etwa 20 Minuten andauernden - Vollnarkose bei regelgerechtem Blutdruck und sonst unauffälligem Verhalten alleine auf der Toilette zu belassen, wenn die Patientin in der Lage war, die Toilette in Begleitung selbst aufzusuchen.

... Schlussfolgerung, dass keine Bedenken aufkommen mussten, sie in Begleitung einer Krankenschwester zur Toilette gehen und dort alleine zurückzulassen: Hinweise auf eine akute Instabilität der Kreislaufsituation gab es nicht. Der bei der Klägerin um 10.50 Uhr gemessene Blutdruck (120/80 RR) lag im Normalbereich. Wie sich aus der Darstellung der die Klägerin seinerzeit als Stationsschwester betreuenden Zeugin H ergibt, war es der Klägerin auch ohne Probleme möglich, sich mit ihrer -- der Zeugin -- Hilfe aufzurichten und, nachdem sie einige Zeit auf der Bettkante sitzen geblieben war, in Begleitung der Zeugin selbständig zur Toilette zu gehen. Unter diesen Umständen durfte die Zeugin H davon ausgehen, dass die Klägerin auf der Toilette alleine zu recht kam und imstande war, sich beim Auftreten von Problemen über die dort vorhandene Klingel zu melden.“

Nr. 12. [OLG Stuttgart, 2.11.1999](#) –14 U 43/98- MedR 2002, 153-155 (Krankenhaus, Bettgitterfall, kein vollbeherrschbares Risiko, Sturzgefahr bekannt, negativ) siehe auch Nr. 4 und 12

Anmerkung: Das Gericht äußert sich nicht eindeutig zur Voraussehbarkeit eines Sturzes aus dem Bett. Ein Patient, der mit sedierenden Medikamenten behandelt worden ist, ist meines Erachtens konkret schutzbedürftig.

„Im Rahmen der Fürsorge- und Obhutspflicht des Krankenhausträgers muss ein Bettgitter zum Schutze des Patienten vor dem Herausfallen nur bei Vorliegen von besonderen Gründen im Einzelfall angebracht werden. Bestehen trotz einer Vorerkrankung des Patienten keine Hinweise auf drohende Bewusstseinstörung oder Verwirrtheit infolge einer präoperativen Medikation, begründet das unterlassene Anbringen eines Bettgitters auch dann keine Haftung des Krankenhausträgers für einen Sturz des Patienten aus dem Bett, wenn dieser bereits während eines früheren Krankenhausaufenthalts aus dem Bett gefallen war. Bei der Klägerin bestand keine Veranlassung, vorsorglich ein Bettgitter anzubringen, um einem Sturz vorzubeugen. Dieser Sturz hat sich nicht in einem Bereich zugetragen, dem durch vorsorgliche Maßnahmen im Rahmen des stationären Aufenthalts begegnet werden kann und muss (voll beherrschbares Risiko). Stürze aus dem Bett ereignen sich im Klinikalltag immer wieder. Es bedarf keiner näheren Begründung dafür, dass allein deshalb das Anbringen von Bettgittern nicht gefordert werden kann, und zwar schon wegen der damit verbundenen Beschränkung des Patienten, der zum Aufstehen auf die Hilfe Dritter angewiesen wäre, und wegen der erhöhten Gefahr, die etwa mit dem eigenmächtigen Überwinden des Gitters verbunden ist. Das Sturzereignis hat sich nicht in einem Gefahrenbereich zugetragen, der für die Behandlungsseite voll beherrschbar war. Weil Klinikträger und Personal auch bei optimalen Bedingungen nicht in jedem Fall Vorsorge dagegen treffen können und müssen, dass der auf Station liegende und nicht in besonderer Weise gefährdete Patient aus dem Bett stürzt, kommen der Klägerin keine Beweiserleichterungen zu. Die Sedierung ist kein Sonderfall, bei welchem hiervon eine Ausnahme zu machen wäre. Es geht vorliegend auch nicht um einen Bereich, in welchem etwa vom Pflegepersonal sichere Vorsorge gegen bekannte Gefahren -- wie bei speziellen Verrichtungen - zu erwarten war.“

Nr. 13. OLG München, 17.9.1998 – 1 U 3254/98 – OLGR München 1999, 235-236 (Krankenhaus, Vierfüßlerstand bei Krankengymnastik, nicht vollbeherrschbares Risiko, weil Mitarbeit des Patienten gefordert)

Anmerkung: diese Entscheidung ist nicht überzeugend. Ohne nähere Begründung behauptet das Gericht, im Bereich krankengymnastischer Übungen gäbe es keine Obhutspflichten. Auch ein Physiotherapeut muß vor Beginn der von ihm angeordneten Übungen sorgfältig prüfen, ob der Betreffende ohne Selbstgefährdung in der Lage ist, die Übung durchzuführen. Es gehört auch zu seinen Pflichten, voraussehbare und vermeidbare Sturzgefahren zu verhindern. Zu Unrecht wird hier die Anwendbarkeit der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos verneint.

„Der Kläger hat einen objektiven Behandlungsfehler und seine Ursächlichkeit für den behaupteten Schaden zu beweisen (BGH NJW 88, 2949). Wie das Erstgericht, auf dessen Begründung insoweit Bezug genommen wird, unter Würdigung der Ausführungen des Sachverständigen ... bereits zutreffend dargelegt hat, stellte die Durchführung des Vierfüßlerstandes selbst keinen Behandlungsfehler dar, sondern eine geeignete Therapieform. Der Kläger macht insoweit auch keinen Behandlungsfehler mehr geltend.

*Der Kläger kann auch im Übrigen einen Behandlungsfehler nicht beweisen. Der - unterstellte - Sturz des Klägers aus dem Vierfüßlerstand lässt vorliegend nicht bereits an sich auf eine Verletzung der Sorgfaltspflichten der Beklagten zu 1) schließen und führt nicht zu einer Umkehr der Beweislast zu Lasten der Beklagten für das Nichtvorliegen eines Behandlungsfehlers. Der Fall ist mit den vom BGH mit Urteilen vom 18.12.90 (Entscheidung des BGH Nr.1) und 25.6.91 (Entscheidung des BGH Nr.8) entschiedenen Fällen nicht vergleichbar. Nach diesen Entscheidungen darf es nicht geschehen, dass ein Patient bei einer Pflegemaßnahme der ihn betreuenden Krankenschwester oder beim Transport in einer Klinik zu Fall kommt, so dass bei einem dennoch vorkommenden Sturz es Sache des Betreuenden bzw. des Krankenhauses ist, darzustellen und nachzuweisen, dass der Vorfall nicht auf einem Fehlverhalten des Pflegepersonals beruht. **Diese Anforderungen lassen sich auf die Durchführung krankengymnastischer Übungen nicht übertragen.** Bei diesen besteht die Behandlung im Gegensatz zu pflegerischen Maßnahmen oder beim Transport des Patienten, wobei dieser weitgehend passiv bleibt, gerade in der Anweisung und Anleitung zu aktiver Bewegung, bei welcher Geschicklichkeit, Mitarbeit und Konzentration des Patienten gefordert sind, so dass der Ablauf nicht mehr im "vollbeherrschbaren Gefahrenbereich" (BGH, a.a.O.) des Behandelnden bzw. des Trägers der Einrichtung bleibt. Deshalb würde, selbst wenn im Zusammenhang mit dem Sturz ein Behandlungsfehler anzunehmen wäre, dies nicht zu Beweiserleichterungen oder einer Beweislastumkehr für die Frage der Kausalität führen. "Denn das Gewicht der Möglichkeit, dass der Fehler zum Misserfolg der Behandlung beigetragen hat, kann nicht unberücksichtigt bleiben. Je unwahrscheinlicher ein solcher ursächlicher Zusammenhang ist, desto mehr verringert sich das Gewicht eines Behandlungsfehlers. Umstände, die einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Schaden in hohem Maße unwahrscheinlich machen, müssen auch bei der Frage, ob und in welchem Umfang im Einzelfall die gerechte Rollenverteilung im Arzt-Patienten-Verhältnis eine Beweiserleichterung für den Patienten erfordert, Rechnung getragen werden" (BGH, NJW 88, 2949 ff.). Dieselben Grundsätze müssen auch im Verhältnis Krankengymnastin zum Patienten Anwendung finden und würden Beweiserleichterungen bzw. eine Beweislastumkehr zu Gunsten des Klägers hinsichtlich der Kausalität ausschließen“*

D. Sturzfälle im Pflege – und Altenheim

I. Rechtsprechung zur Haftung wegen vertraglicher Pflichtverletzung

a) Bejahung einer Haftung unter Heranziehung der Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos

Nr.14. Landgericht Mönchengladbach, 24.10.2003 – 2 S 81/03 - VersR 2004, 1608 (Vertragliche Haftung Pflegeheim, ständige Sturzneigung, Pflegestufe II, Neigung Nachts aufzustehen, schon dreimal hingefallen, Sturzgefahr bekannt, Bettgitterfall, Weglaufdrang, vollbeherrschbares Risiko, Antrag Vormundschaftsgericht, positiv)

Anmerkung: Diese Entscheidung stellt einen Meilenstein in der Rechtsprechung zum vollbeherrschbaren Risiko dar. Das Gericht ermittelt vorbildlich die vertraglich übernommenen Pflichten des Pflegeheims. Zutreffend wendet es die Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos an. Zudem wägt es sorgfältig zwischen möglichen Grundrechtsverletzungen und der Erforderlichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen ab.

- a. Das Pflegeheim ist bei bekannter Sturzneigung eines Patienten verpflichtet, besondere Vorsorgemaßnahmen dagegen zu treffen, dass der Patient Nachts unbeaufsichtigt das Bett verlässt. Zwei bis vier Kontrollgänge genügen nicht, um vermeidbare Gefahren auszuschließen.
- b. Das Pflegeheim ist verpflichtet, den Aufenthalt des Bewohners so zu gestalten, dass jede vermeidbare Gefährdung ausgeschlossen ist. Die Obhutsverpflichtung erstreckt sich nicht nur auf die Verhütung von Folgen, die aus dem eigentlichen Pflege – und Heimaufenthalt resultieren, sondern umfasst auch die gebotene Vorsorge für die aus der Erkrankung bzw. der Konstitution des Bewohners selbst ergebenden körperlichen und gesundheitlichen Integrität. Dazu gehört auch die Verpflichtung, den Patienten vor Selbstgefährdung zu schützen, soweit dieser erkennbar zu einer vernünftigen Einsicht und zu einem entsprechenden Verhalten nicht in der Lage ist.
- c. Das Pflegeheim wäre wegen der bekannten Sturzgefahr verpflichtet gewesen, die Betreuung so zu organisieren, dass diese Nachts nicht unbeaufsichtigt und ohne Hilfe aus dem Bett aufstehen konnte.
- d. Wegen der Sturzgefahr in Verbindung mit der Demenz ist ein Pflegeheim verpflichtet, rechtzeitig bei dem Vormundschaftsgericht eine Genehmigung zur Durchführung Freiheits entziehender Maßnahmen einzuholen.
- e. Nach umfassender Abwägung sämtlicher Umstände ist die Erwirkung einer Freiheits beschränkenden Maßnahme zumutbar: Das Sicherheitsgebot ist abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit und der Menschenwürde. Der Sicherheitsaspekt hat Vorrang bei einem alten und gebrechlichen Menschen, der nicht mehr in der Lage ist, einen eigenen vernünftigen Willen zu bilden und danach zu handeln. Bei Abwägung von Menschenwürde und Freiheitsrecht auf der einen Seite und Schutz der körperlichen Unversehrtheit auf der anderen Seite ist eine Entscheidung zu fällen, die den besonderen Umständen des Einzelfalles gerecht wird.
- f. Subsumtion: Demenz (nicht Erkennen der eigenen Gefährdung), Sturzgefahr und Neigung nachts aufzustehen, ohne Personal zu rufen, war bekannt. Deswegen überwog das Schutzbedürfnis des Bewohners. Pflegeheim musste ihn mit geeigneten Maßnahmen schützen. Dies war dem Bewohner zumutbar und war auch erforderlich (Dauerhafte Überwachung durch das Pflegepersonal, Überwachung durch Video, Fixierung mit Bauchgurt oder Schlafdecke, Anbringen von Bettgittern, Klingeleinrichtung).
- g. Analog zu § 282 BGB a. F. steht fest, dass das Pflegeheim schuldhaft gehandelt hat, und der Sturz auf einer vertraglichen Pflichtverletzung des Pflegeheim beruht. Das Pflegeheim muß beweisen, dass der Sturz nicht auf einem Fehlverhalten des Personals beruhte. Die Ursache für den Sturz liegt in dem allein vom Pflegeheim beherrschbaren Gefahrenbereich. Der Bewohner befand sich in der Obhut des Pflegeheims. Das Pflegepersonal hätte erkennen müssen, dass zum Schutz vor der bekannten Sturzgefahr besondere Sicherheitsmaßnahmen erforderlich waren. Derartigen voraussehbaren Gefahren zu begegnen, stellt eine typische Pflicht einer Pflegeeinrichtung dar und gehört zum Kernbereich der auf Grund des Pflegevertrags geschuldeten Pflichten.

Nr. 15. OLG Düsseldorf, 14.2.2001 - 15 U 149/00 - (Pflegeheim, Weglaufdrang, voraussehbar, positiv):*

Anmerkung: Dem ist zuzustimmen.

„Der Klägerin steht ein Schadensersatzanspruch aus §§ 611, 276, 287 BGB i.V.m. § 116 SGB X zu. Die Beklagte hat gemäß §§ 611, 276, 278 BGB schuldhaft ihre vertragliche

Pflegeverpflichtung verletzt, indem die Pflegerin der Geschädigten den Rücken zuwandte und sich von ihr entfernte, ohne zuvor sicher zu stellen, dass sich die Geschädigte nicht – motiviert durch ihren Weglaufdrang – durch eigene Bewegungen Verletzungen zufügen konnte. Der Geschehensablauf war auch nicht für die Beklagte unvorhersehbar, da die „ausgeprägte Weglauftendenz“, „die motorische Unruhe mit Weglaufdrang“ und ihre Bewegungen hektischer und überschießender Art, dem medizinischen Gutachten zu entnehmen waren.“

Nr. 16. OLG Dresden, veröffentlicht in VersR 2001, 520 ff. (Pflegeheim, Fallsucht bekannt, Beweislastumkehr, positiv):*

Anmerkung: Ebenso wie das LG Mönchengladbach (Nr.14) ermittelt das OLG Dresden sorgfältig die von der Einrichtung vertraglich übernommenen Pflichten. Zutreffend wendet es die Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos an.

„Die Beklagte war aufgrund des Pflegeheimvertrages dazu verpflichtet, insbesondere Schäden an Körper und Gesundheit der Patienten abzuwenden. Die Parteien haben unstrittig einen Pflegeheimvertrag geschlossen und der Beklagten war unstrittig bekannt, dass die Klägerin unter Fallsucht litt und Hilfe beim Gehen benötigte, sodass die vertragliche Nebenpflicht aus dem Pflegeheimvertrag auch dahin ging, die Patientin vor unerwarteten Stürzen zu bewahren. Die Klägerin hat ihrer Darlegungslast sowohl hinsichtlich der objektiven Pflichtverletzung als auch des Verschuldens genügt, indem sie vorgetragen hat, dass die Patientin im Gefahrenbereich der Beklagten gestürzt ist. Nach dem Sinn des § 282 BGB a.F. ist eine Beweislastumkehr nicht nur hinsichtlich des Verschuldens, sondern auch für den Nachweis eines objektiven Pflichtverstoßes des Schuldners angebracht, wenn der Gläubiger im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten (auch) dahin gehen, den Gläubiger gerade vor einem solchen Schaden zu bewahren. Es wäre daher hier Sache der Beklagten gewesen, aufzuzeigen und wegen des Bestreitens der Klägerin nachzuweisen, dass der Vorfall, der zum Sturz des Patienten geführt hat, nicht auf einem Fehlverhalten des von ihr mit der Begleitung des Patienten betrauten Pflegepersonal bzw. der konkreten Fachkraft beruht.“

Nr. 17. LG Berlin, 24.7.2003, Az. 31 O 17/03, (Pflegeheim, vollbeherrschbares Risiko, technische Sicherungsmaßnahmen am Bett, Vormundschaftsgericht): *

Anmerkung: Das LG Berlin entscheidet ähnlich wie das LG Mönchengladbach (Nr.14) und wie das OLG Dresden (Nr. 16).

„Die Beklagte war aufgrund des Pflegeheimvertrages verpflichtet, Schäden der Versicherten an Körper und Gesundheit abzuwenden und zu verhindern, § 242 BGB. Die Beklagte war insbesondere verpflichtet, zum Schutz der Versicherten Hilfsmittel wie Hüftschutzhosen, Lichtschrankensysteme oder Sensormatratzen einzusetzen. Diese vertragliche Nebenpflicht hat die Beklagte verletzt, indem sie es unterließ, die in ihrer Obhut lebende Versicherte vor Körperverletzungen und Gesundheitsschädigungen durch Stürze zu bewahren, obwohl geeignete Schutzmaßnahmen möglich, erforderlich und geboten waren. Welche Maßnahmen im Einzelnen die Beklagte zu treffen hatte, bestimmt sich im rechtlichen Spannungsfeld des Schutzes des Freiheitsrechtes (Art. 2 I GG) und der Menschenwürde (Art. 1 I GG) eines alten und kranken Menschen, der Pflicht, seine körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zu schützen sowie vor dem Hintergrund des den Heimbewohnern und dem Pflegepersonal im Rahmen der Verhältnismäßigkeit Zumutbaren. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind stets das letzte Mittel zum Schutz der Gesundheit. Die Heimbetreiber sind nur zur personellen Überwachung der Pflegepatienten im Rahmen des finanziell und personell möglichen und zumutbaren verpflichtet. Insoweit ist der Betreiber aber verpflichtet, andere geeignete Maßnahmen zum Schutz zu ergreifen. So ist es jedenfalls geboten, die wirksamen und kostengünstigeren Möglichkeiten technischer Hilfsmittel auszuschöpfen. Gemäß § 3 HeimG sind Pflegeheime verpflichtet, ihre Leistungen nach dem jeweils anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen. Diese Pflicht umfasst auch den Einsatz moderner, wirksamer Hilfsmittel. Die Beklagte trägt insoweit analog § 282 BGB in der gemäß Art. 229 § 5 S. 1 EGBGB anwendbaren Fassung die Darlegungslast.“

**Nr. 18. LG Berlin, 20.1.2003, Az.: 10 O 412/02 – (Pflegeheim, vollbeherrschbares Risiko)
- siehe auch Nr. 4,16,17**

Anmerkung: Das LG Berlin beurteilt zutreffend den Inhalt der vertraglich übernommenen Pflichten des Pflegeheims. Sachgerecht wendet es die Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos an, denn im konkreten Fall war die Sturzgefahr der Versicherten voraussehbar und hätte auch vermieden werden können.

„Der Klägerin steht ein Schadensersatzanspruch aus übergegangenem Recht gemäß § 116 I SGB X i.V.m. §§ 611, 278 BGB zu. Die Beklagte war aufgrund des Pflegeheimvertrages dazu verpflichtet, u.a. Schäden an Körper und Gesundheit vom Patienten abzuwenden. Die Klägerin ist ihrer Darlegungslast hinsichtlich der objektiven Pflichtverletzung als auch des Verschuldens analog § 282 BGB a. F. nachgekommen, indem sie vorgetragen hat, dass die Geschädigte im Obhutsbereich der Beklagten gestürzt ist. Nach dem Sinn der Beweisregel ist eine Beweislastumkehr auch für den Nachweis eines objektiven Pflichtverstoßes des Schuldners angebracht, wenn der Gläubiger im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten auch dahin gehen, den Gläubiger gerade vor einen solchen Schaden zu bewahren. Dieser Darlegungs- und Beweislast ist der Beklagte nicht ausreichend nachgekommen.“

Nr. 19. OLG Frankfurt a. M., 11.2.2002, Az.: 22 U 98/99 (Pflegeheim, Demenz, voraussehbar, Bettgitter, Vormundschaftsgericht, positiv)

Anmerkung: Diese Entscheidung ist zu begrüßen. Ausdrücklich erinnert das Gericht daran, dass die Einrichtung verpflichtet ist, unverzüglich den Betreuer/ das Vormundschaftsgericht einzuschalten, wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich sind, um Sturzgefahren auszuschließen (siehe hierzu den Exkurs zum § 1906 BGB).

„... stellt sich die Frage, ob der Beklagte bzw. das Personal des von ihm betriebenen Pflegeheims, für dessen Handeln und Unterlassen er einzustehen hat, verpflichtet gewesen wäre, ein derartiges Schadensereignis durch bestimmte Sicherungsmaßnahmen zu verhindern. Diese Frage ist jedenfalls dann zu bejahen, wenn bei dem Pflegebedürftigen infolge der bei ihm vorliegenden geistigen Behinderung und der damit einhergehenden Bewusstseinsstrübung, Verwirrtheit und Desorientiertheit die Gefahr besteht, dass er aus dem Bett stürzen und sich dabei gesundheitlichen Schaden zufügen kann. Diese Gefahr war vorliegend gegeben, da das Gutachten des MDK ergibt, dass schon damals Orientierungsvermögen und Risikoschätzung aufgehoben waren. Die Art der zu ergreifenden Sicherungsmaßnahmen mussten in Abstimmung mit dem zuständigen Vormundschaftsgericht erfolgen, denn jedenfalls die Anbringung eines hohen Bettgitters oder gar eines Befestigungsgürtels hätten als freiheitsbeschränkende Maßnahmen der vormundschaftlichen Genehmigung bedurft.“

b) Verneinung einer Haftung unter der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos

Nr. 20. OLG Köln, 15.1.2004 – 12 U 66/03 - VersR 2004, 1607 (Vertragliche Haftung Pflegeheim ,Pflegestufe III, dement, desorientiert und verwirrt, Stütz- und Bewegungsapparat schwer beeinträchtigt, beim Gehen Unterstützung, negativ); andere Ansicht Nr. 1,14,15, 17, 16, 19,

Anmerkung: Das OLG Köln missversteht völlig die Pflichten von Pflegeheimen. Da hier immer Menschen zu betreuen sind, die körperlich und meist auch psychisch ständig pflegebedürftig sind, sind die vertraglich übernommenen Pflichten durchaus mit denjenigen eines geriatrischen Krankenhauses vergleichbar. Zudem wird der Anwendungsbereich der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos verkannt. Das Gericht übersieht, dass diese Beweiserleichterung vor allem im Pflegebereich, anders als im Kernbereich ärztlichen Handelns, anwendbar ist (vgl. BGH Nr.1).

Völlig unannehmbar ist es, wenn das Gericht meint, die Beweislasteilerleichterung des vollbeherrschbaren Risikos gehe auf Kosten eines menschenwürdigen Daseins der in der Einrichtung untergebrachten Menschen. Im Gegenteil: Sie sorgt gerade für deren Schutz und Gesundheit. Die Obhutspflichten der Einrichtung sind auf ein menschenwürdiges Dasein der Insassen gerichtet. Bei voraussehbaren Gefahren hat eine Abwägung gemäß § 1906 BGB stattzufinden. Damit ist stets der Schutz des hilfebedürftigen Bewohners gesichert.

- a. Die Beweislast der Einrichtung für das nicht Vorliegen der objektiven vertraglichen Pflichtverletzung tritt ein, wenn der Geschädigte im Herrschafts – und Organisationsbereich der Einrichtung zu Schaden kommt und die Vertragspflichten der Einrichtung auch dahin gehen, den Geschädigten gerade vor einem solchen Schaden zu bewahren.
- b. Vertragspflicht eines Pflegeheims ist es auch, den Bewohner vor Schäden durch Sturz bewahren. Die Bewohner eines Pflegeheims befinden sich aber nicht in einer Behandlungssituation wie in einem Krankenhaus. Vielmehr soll ihnen das Führen eines normalen Lebens – mit der erforderlichen Unterstützung – ermöglicht werden. Dies ist zwangsläufig mit Gefahren und Risiken verbunden, die das Leben auch außerhalb eines Pflegeheim bereit hält.
- c. Es wird den vertraglichen Aufgaben eines Pflegeheims nicht gerecht, wenn man in erster Linie nur deren Betreuungs - und Beaufsichtigungsaufgaben sehen. Eine darauf aufbauende Beweislastverteilung, die eine gleiche Situation wie in einem Krankenhaus (ausschließliche Zielsetzung der Heilung und Gesundheit) annehmen würde, entspricht nicht den Aufgaben eines Pflegeheims.
- d. Die Beweislasteilerleichterung hätte zur Gefahr, dass das Pflegeheim aus Haftungsgründen gezwungen wäre, den Umgang mit alten und gebrechlichen Menschen aus Sicherheitsgründen restriktiv zu gestalten. Dies würde auf Kosten eines menschenwürdigen Daseins dieser Menschen geschehen.
- e. Das Vorliegen eines objektiven Pflichtenverstößes des Pflegeheims wäre nur anzunehmen, wenn der Bewohner auf Grund seines Gesundheitszustandes beim Gehen nicht nur gelegentlich, sondern ständig einer Stütze oder Hilfsperson bedürft hätte. Nur dann wäre davon auszugehen, dass der Bewohner zum Unfallzeitpunkt hätte geführt oder begleitet werden müssen.

Nr.21. OLG München, Urteil vom 25.7.03, 27 U 237/03 in VersR 2004, 618 f. (Altenheim, Weglaufen eines Dementen, Abwägung der Rechtsgüter, kein vollbeherrschbares Risiko, negativ) anderer Ansicht: Entscheidungen Nr. 1,14,15, 17, 16, 19

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht akzeptabel: Ist das Altenheim aus organisatorischen Gründen nicht in der Lage, den Bewohner vor Gefahren zu schützen, darf es ihn nicht aufnehmen. Nimmt es hingegen den latent Gefährdeten auf, muß es nach Einschaltung des Betreuers und des Vormundschaftsgerichts, das notfalls einen Medizinischen Sachverständigen befragt, zwangsweise daran hindern, das Heim zu verlassen.

„Eine laufende Überwachung durch eine Pflegeperson kann von einem Heimträger eines Altenheimes ohne geschlossene Abteilung schon unter finanziellen Gesichtspunkten nicht gefordert werden. Die Pflicht, Heimbewohner vor Schaden zu bewahren, ist auf üblichen Maßnahmen begrenzt, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Das Überwachen sämtlicher Ein- und Ausgänge ist schon insoweit nicht möglich; ihr Verschließen bereits nach 19.20 Uhr kann im Interesse anderer Heimbewohner und der Besucher nicht gefordert werden. Außerdem finden alle Sicherungsmaßnahmen des Heims ihre Grenzen dort, wo sie Grundrechten eines Bewohners einschränken, was in der Erforderlichkeit vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zum Ausdruck kommt. Selbst wenn das Altenheim aufgrund ihrer Kenntnisse der von schwerer Demenz des Bewohners zu weiteren Sicherungsmaßnahmen verpflichtet wäre, trägt der Kläger hierfür die Beweislast. Zwar hat der BGH eine Beweislastverteilung nach Gefahrenbereichen entwickelt. Eine Beweislastumkehr kann auch den Nachweis eines objektiven Pflichtverstoßes umfassen, wenn der Gläubiger im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten auch dahin gehen, den Gläubiger gerade vor einem solchen Schaden zu bewahren. Um ein derartiges Risiko handelt es sich gerade nicht. Der Unfall ereignete sich nicht in Verrichtung pflegerischer Maßnahmen, sondern im Rahmen eigenmächtigen Verlassens des Heims.“

c) Verneinung einer Haftung wegen Ablehnung einer Vertragspflicht

Nr. 22. LG Kiel, Beschluss vom 11.8.03, 8 S 49/03 in VersR 2004, 619 f. (Pflegeheim, Fortbewegungsdrang, Rolle des Betreuers, Einschränkung der Vertragspflichten, negativ):* Anderer Ansicht: Entscheidungen Nr.1, 14,15, 16 und 17 –

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht überzeugend. Die Feststellung des Gerichts, eine Pflege, die Stürze der Betreuten komplett ausschließt, sei nicht denkbar, ist banal und inhaltsleer. Das Gericht ermittelt nicht umfassend den Sachverhalt. Vorliegend geht es darum, zu prüfen, was für zumutbare Schutzmaßnahmen zur Verfügung stehen, um voraussehbare Stürze zu vermeiden. (Siehe Checkliste). Dies unterlässt das Gericht.

„Die Entscheidung, einen Heimbewohner zur Vermeidung von Stürzen zu fixieren, steht im Ermessen des Heimträgers. Die Entscheidung ist auf Ermessensfehler überprüfbar. Für Ermessensfehler liegen keine Anhaltspunkte vor. Eine Pflege, die Stürze der Betreuten komplett ausschließt, ist nicht denkbar. Der Versorgungsauftrag von Pflegeheimen verlangt nicht die Rund-um-die-Uhr-Betreuung jedes bewegungsfreudigen Bewohners. Ein Sturz könnte allein durch Beobachtung nicht verhindert werden, vielmehr müssten Pfleger die Bewohner ständig stützen, was wiederum der freien Entfaltung des Pflegebedürftigen widerspräche. Die geforderte „Sicherheit mittels Gurt“ dürfte zwar keine höheren Kosten verursachen, ist mit der Fortbewegungsfreiheit des Einzelnen grundsätzlich nicht zu vereinbaren und stellt daher keine Standardmaßnahme des Pflegebetriebs dar.“

II. Rechtsprechung zur Haftung wegen deliktischer Verkehrssicherungspflichtverletzung

Nr. 23. OLG Koblenz, Urteil vom 21.3.2002, 5 U 1648 / 01 in NJW-RR 2002, 867-869 = VersR 2003, 907-908 (Altenheim, Verkehrssicherungspflicht, Rolle des Betreuers)

Anmerkung: Das Gericht meint, ohne konkreten Anhalt für eine Gefährdung sei ein

Altenheim nicht verpflichtet, beim Vormundschaftsgericht die Fixierung eines geistig verwirrten und gehbehinderten Heimbewohners in seinem Rollstuhl zu beantragen. Dies ist eine Behauptung. Sie wird nicht begründet. Ist ein Bewohner geistig verwirrt und außerdem gehbehindert, ist in der Regel eine Sturzgefahr gegeben. In dieser Situation muß die Einrichtung mindestens für eine vormundschaftsgerichtliche Überprüfung gemäß § 1906 BGB mit Einschaltung eines ärztlichen Gutachters sorgen.

„Der Träger eines Altenheimes ist nicht nur zur Betreuung und Versorgung der Heimbewohner verpflichtet. Ihm obliegt deliktsrechtlich auch eine Verkehrssicherungspflicht zum Schutz der alten Menschen vor einer Schädigung, die diesen wegen Krankheit oder einer sonstigen körperlichen oder geistigen Einschränkung durch sie selbst oder durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Altenheimes droht. Diese Pflicht beschränkt sich auf das Erforderliche und für das Pflegepersonal Zumutbare. Ohne konkreten Anhalt für eine Gefährdung ist ein Altenheim nicht verpflichtet, beim Vormundschaftsgericht die Fixierung eines geistig verwirrten und gehbehinderten Heimbewohners in seinem Rollstuhl zu beantragen. Maßgeblich sind insoweit die Erkenntnisse, die vor dem Schadensereignis gewonnen werden konnten. Hat der Betreuer des Altenheimbewohners in Kenntnis aller maßgeblichen Umstände einen Antrag auf Fixierung des Betreuten aus vertretbaren Erwägungen abgelehnt, ist die Leitung des Altenheims im Regelfall gehalten, diese Entscheidung zu respektieren. Was sich dem medizinischen Dienst der im Schadensfall eintrittspflichtigen Krankenkasse an Sicherungsmaßnahmen nicht aufdrängt, muss sich bei unverändertem Befund auch der Leitung eines Altenheims nicht aufdrängen. Ein Erfordernis, ständig und lückenlos eine Pflegekraft neben behinderten Heimbewohnern zu platzieren, überspannt die Anforderungen an die Sorgfaltspflichten eines Altenheimes.“

III. Rechtsprechung ohne Differenzierung zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung

a) Ablehnung einer Haftung wegen Verneinung einer Vertrags- und Verkehrssicherungspflicht

Nr. 24. [OLG Hamm, Urteil vom 30.04.2002 – 24 U 87/01](#) - VersR 2003, 73 (Altenheim, Toilette, Sturz nicht vorhersehbar):*

Anmerkung: Niemand wird behaupten, Bewohner eines Altenheims seien stets beim Toilettengang zu begleiten und zu beaufsichtigen. Maßgeblich für die Betreuungsdichte ist die latente bzw. konkrete Sturzgefahr des Schutzbefohlenen. Ist sie gegeben, muß die Einrichtung handeln. (Siehe Checkliste).

„Es gehört nicht zum „kleinen Einmaleins der Pflege“, einen Altenheimbewohner bei einem Toilettengang in der Weise zu beaufsichtigen, dass dem Pflegepersonal ein sofortiger Zugriff auf den Patienten ständig möglich ist. Vielmehr ist auch in einem Altenwohn- und –Pflegeheim die Intimsphäre der Bewohner und Patienten so weit wie möglich zu respektieren. Es würde eine erhebliche Überdehnung der Pflichten des Pflegepersonals bedeuten, bei jedem Bewohner oder Patienten ständig zugriffsbereit sein zu müssen. Das Maß der Beaufsichtigung beim Toilettengang ist immer vom konkreten Hilfsbedürfnis des Patienten abhängig.“

Nach diesen Grundsätzen trifft das Heim aus keinen rechtlichen Gesichtspunkt eine Haftung, wenn ein Altenheimbewohner, der bei einem Toilettengang in der an sein Zimmer angrenzenden Nasszelle zunächst von 2 Pflegepersonen begleitet wird, binnen weniger Sekunden, in denen sich die Pflegepersonen in dem angrenzenden Schlafzimmer befinden, von dem Toilettensitz stürzt, sofern bei dem Heimbewohner zuvor weder Anzeichen für ein Unwohlsein noch für eine motorische Unruhe bemerkbar waren. Bei dem plötzlichen und nicht vorhersehbaren Sturz von der Toilette handelt es sich dann um ein im Risiko des täglichen Lebens liegendes Unfallereignis.“

Nr. 25. [OLG Oldenburg, 17.11.2003 - 6 U 111/03](#) - (Altenheim, Rollator, altersbedingte Gebrechlichkeit, Freiheitsentziehung unzumutbar, negativ)

Anmerkung: Unstreitig kann es bei Sturzgefährdeten keine lückenlose Überwa-

chung geben. In jedem Fall ist aber zu prüfen, ob sämtliche zur Verfügung stehenden zumutbaren Schutzmaßnahmen unter Zugrundelegung der aktuellsten Anamnese ergriffen worden sind. Vorliegend pauschaliert das Gericht, ohne den Sachverhalt umfassend zu ermitteln.

Das OLG hat eine Klage eines 82-jährigen Bewohners eines Altenheimes, der mit Hilfe eines Rollators das Pflegeheim verlassen und auf dem Gehsteig vor dem Heimeingang gestürzt war und deswegen das Altenheim wegen seines Schadens in Anspruch nahm, abgewiesen. Es könne zwar im Einzelfall gesteigerte Aufsichtsanforderungen geben, so insbesondere bei Hinweisen auf Selbstgefährdung. Eine lückenlose Überwachung sei jedoch ein derart gravierender Eingriff in das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen, dass eine entsprechende Berechtigung und dem korrespondierend eine Verpflichtung des Heims nicht angenommen werden könne. Dem Heim könne auch nicht vorgeworfen werden, es versäumt zu haben, bei Gericht auf freiheitsentziehende Maßnahmen hingewirkt zu haben; denn allein altersbedingte Gebrechlichkeit rechtfertige keine Unterbringung. Anhaltspunkte dafür, dass der Betroffene die Einrichtung verlassen und seine Gesundheit gefährden könnte, habe es vorher nicht gegeben. Die Pflegeheime seien gehalten, auf die Rechte und Wünsche der Heimbewohner größtmögliche Rücksicht zu nehmen und v. a. freiheitsentziehende oder - einschränkende Maßnahmen nur vorzunehmen, wenn dies unbedingt erforderlich sei. Insoweit könne eine Verletzung der Fürsorge- und Betreuungspflichten nicht angenommen werden.

b) Ablehnung einer Haftung wegen Verneinung einer Vertrags- und Verkehrssicherungspflichtverletzung unter Heranziehung des vollbeherrschbaren Risikos

Nr. 26. [KG Berlin, 25.5.2004 - 14 U 37/03](#) - (Pflegeheim, Rolle des Betreuers, Weglauftendenz bekannt, Sturz aus Rollstuhl, Vormundschaftsgericht, negativ)

Anmerkung: Es ist rechtlich völlig abwegig, anzunehmen, die Einrichtung könne sich damit begnügen, den Betreuer über die Selbstgefährdung des Schutzbefohlenen zu informieren. Offensichtlich hat sich das Kammergericht nicht hinreichend mit dem Vormundschaftsrecht und Obhutspflichten der Einrichtung auseinandergesetzt. Die Alternativen zu einer Fixierung werden nicht thematisiert. Die Anwendbarkeit der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos wird zu Unrecht verneint. Die Sturzgefahr war voraussehbar und vermeidbar.

„Der Beklagten kann eine schuldhafte Pflichtverletzung des Heimvertrages gemäß §§ 611, 276, 278 BGB oder eine unerlaubte Handlung gemäß § 823 I BGB nicht vorgeworfen werden. Zwar hatten die Mitarbeiter der Beklagten den veränderten Zustand der Versicherten durch deren zunehmende Mobilität und zeitweise Neigung, die Station zu verlassen, erkannt und auch die damit verbundene Selbstgefährdung wahrgenommen. Eine Pflichtverletzung liegt jedoch nicht vor, da die Beklagte nicht zur ständigen Beaufsichtigung der Versicherten verpflichtet war und weitere Maßnahmen zur Fixierung nicht treffen konnte, sondern durch die Benachrichtigung des Betreuers alles Erforderliche unternommen hatte. Eine Pflichtverletzung kann nicht schon deswegen angenommen werden, weil die Versicherte im Herrschaftsbereich der Beklagten aus dem Rollstuhl gestürzt ist und kein Pflegepersonal anwesend war (= Vollbeherrschbares Risiko). Die Beklagte schuldete nämlich keine ständige ununterbrochene Betreuung, sondern musste im Rahmen ihrer Möglichkeiten in regelmäßigen Abständen je nach den Bedürfnissen des Einzelfalles nach den Bewohnern sehen. Vielmehr wären geeignete Maßnahmen die Fixierung im Bett oder Rollstuhl gewesen. Zu derartigen Maßnahmen wäre die Beklagte ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nicht berechtigt, § 1906 BGB. Die Beklagte war auch noch nicht gehalten, die Genehmigung zu beantragen, sondern konnte sich mit einer Benachrichtigung des Betreuers begnügen. Es ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte nicht ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts fixierende Maßnahmen vorgenommen hatte. Denn grundsätzlich ist eine freiheitsentziehende Maßnahme nur angemessen, wenn eine erhebliche Gesundheitsgefährdung diese erfordert.“

E. Zusammenfassende Auswertung der Rechtsprechung zu den Sturzfällen

1. Ein Behandlungsfehler liegt stets vor, wenn vom geschuldeten Facharztstandard abgewichen wird (vgl. BGH Urteil vom 6. Mai 2003, AZ: VI ZR 259/02). Ein Pflegefehler liegt dementsprechend vor, wenn vom anerkannten Standard fachlicher Erkenntnisse, die im Pflegebereich gelten, abgewichen wird (vgl. § 3 Heimgesetz und LG Berlin Nr.17).
2. Die Gerichte stützen häufig die Haftung nur auf Deliktsrecht (Verkehrssicherungspflicht), ohne sich mit der möglichen Anspruchsgrundlage einer Vertragshaftung zu befassen (vgl. Nr.3, 4, 5 und 7). Manche Gerichte grenzen die Haftungsgrundlagen nicht sauber voneinander ab oder setzen die Voraussetzungen undifferenziert gleich (vgl. BGH Nr. 8).
3. Auf Grund der im Vertragsrecht für die Vertragsparteien geltenden Privatautonomie sind hier die Haftungsvoraussetzungen leichter zu begründen als im Deliktsrecht (vgl. Nr.14, 16, 17 (Vertragshaftung) und Nr. 3, 5, 6 (Deliktshaftung)). Verpflichtet sich z.B. ein Altenheim vertraglich zu umfangreichen Obhuts - und Aufsichtsmaßnahmen, so ist es an diese Verpflichtungen gebunden. Pacta sunt servanda. Ist es dazu etwa aufgrund unzureichender personeller und sachlicher Ausstattung nicht in der Lage, und kommt ein Bewohner hierdurch – vermeidbar – zu Schaden, haftet das Altenheim bereits aufgrund eines Übernahmeverschuldens. Es kann sich im Rahmen der Vertragshaftung nicht damit entlasten, eine umfassende Beaufsichtigung hätte den finanziellen Rahmen gesprengt (so aber nicht überzeugend OLG München Nr.21).
4. Die Zumutbarkeitskriterien bei der Prüfung der Verkehrssicherungspflichten werden häufig wegen unzureichender Sachverhaltsauseinandersetzung zu Gunsten der Einrichtungen niedrig angesetzt (vgl. Nr. 5 und 6).
5. Der Anwendungsbereich der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos wird häufig zu Unrecht zu Gunsten der Einrichtung eingeschränkt (vgl. Nr.12,13, 20,21, 22):
Zum einen wird der Umfang der vertraglichen Pflichten der Einrichtung gegenüber dem Patienten/ Bewohner verkannt (vgl. Nr. 12, 13, 20, 21). Das OLG Köln (Nr. 20) ist der Auffassung, eine Einrichtung sei nicht verpflichtet, ständig einen Pflegeheimbewohner mit Pflegestufe III, dement und verwirrt sowie mit einem schwer beeinträchtigten Bewegungsapparat vor Stürzen zu schützen.
Zum anderen wird oft bei alten und dementen Menschen lebensfremd die Voraussehbarkeit einer Sturzgefahr verneint. So meint das OLG Stuttgart (Nr. 12), der Sturz aus einem Krankenhausbett habe sich bei einem unter Beruhigungsmitteln stehenden schutzbedürftigen Patienten nicht im vollbeherrschbaren Risikobereich des Krankenhauses ereignet. Das OLG München (Nr. 7) verneint sogar die Voraussehbarkeit der Sturzgefahr bei einem Patienten, der sich im Alkoholdelirium befindet. Das OLG Düsseldorf (Nr.11) verneint – nicht überzeugend – die Voraussehbarkeit der Kreislaufinstabilität und damit der Sturzgefahr bei einer frisch operierten Patientin, bei welcher die Vollnarkose erst 20 Minuten zurück liegt.
6. Zutreffend und vorbildlich stellen das LG Mönchengladbach (Nr.14) und das OLG Dresden (Nr.16) sowie das LG Berlin (Nr.17) fest, dass die einschlägige Einrichtung nicht nur verpflichtet ist, Schadensfolgen zu vermeiden, die aus dem eigentlichen Pflegeaufenthalt resultieren. Sondern sie ist auf Grund einer vertraglichen Nebenpflicht gehalten, den Bewohner vor Selbstgefährdung, z.B. vor Stürzen, zu schützen.
7. Sowohl bei einer vertraglichen Pflichtverletzung als auch bei der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos ist die Voraussehbarkeit der Gefahr notwendige Voraussetzung (vgl. OLG Hamm Nr.24). Hier tendieren die Gerichte dazu, bei alten und dementen oder kranken Personen mit beeinträchtigtem Bewegungsap-

parat eher die Voraussehbarkeit einer Sturzgefahr zu verneinen als zu bejahen (vgl. Nr. 7, 12, 13, 20, 21, 22).

8. Übersehen wird auch, dass die typischen Sachverhalte, die der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos unterliegen, vor allem den pflegerischen Bereich betreffen. Diese Beweiserleichterung liegt in Pflege – und Altenheimen stets vor (vgl. Nr. 1, 14, 16, anders aber OLG Köln Nr. 20 mit der ergebnisorientierten und damit zweifelhaften Begründung, dass die Bejahung dieser Beweislasteichterung zur Folge hätte, dass die Pflegeheime aus Haftungsgründen gezwungen wären, den Umgang mit alten und gebrechlichen Menschen aus Sicherheitsgründen restriktiv zu gestalten). Zu Unrecht verneint das OLG München (Nr.13) die Anwendbarkeit der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos. Dies begründet es sinngemäß damit, dass im Rahmen einer krankengymnastischen Übung vom Patienten aktive Mitarbeit gefordert werde, so dass eine Sturzgefahr nicht mehr zum vollbeherrschbaren Gefahrenbereich gehöre. Dies überzeugt nicht. Die Vertragspflichten des Krankenhauses gehen nicht nur dahin, mit dem Patienten krankengymnastische Übungen durchzuführen. Er ist auch verpflichtet, unter Beachtung der ihm vorliegenden medizinischen Verschreibung und nach Befragung des Patienten Übungen auszuwählen, bei denen eine Sturzgefahr nicht besteht bzw. sich so zu positionieren, dass er einen Sturz verhindern kann. Es handelt es sich damit um eine vermeidbare und damit beherrschbare Gefahr. Das OLG München (Nr.13) hat deshalb zu Unrecht die Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos verneint.
9. Die Auseinandersetzung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (z.B. Maßnahmen gegen Sturz aus dem Bett – technisch und medikamentös – Einschließen im Zimmer, usw.) ist oft fehlerhaft und befasst sich nicht hinreichend mit den vormundschaftsrechtlichen Kriterien (§ 1906 BGB).
10. Bereits der Begriff der „freiheitsentziehenden Maßnahme“ wird häufig zu Unrecht bejaht. So stellt z.B. eine Behandlung von kurzer Dauer (z.B. eine Depotspritze mit einem Neuroleptikum), selbst wenn sie in 2-wöchigen Abständen und gegen den Willen des Patienten durch zu führen ist, noch keine freiheitsentziehende Maßnahme dar. Eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist in diesem Fall nicht erforderlich (vgl. [BGH, Beschluss vom 11.10.2000, XII, ZB 69/00](#)).
11. Das OLG Stuttgart (Nr.12) meint, das Anbringen eines Bettgitters könne nicht erwartet werden, weil hierdurch die Freiheit des Bewohners beschränkt werde, und er dann auf die Hilfe Dritter angewiesen sei. Außerdem könne er ohnedies über das Gitter klettern. Die Anwendung des § 1906 BGB zum Selbstschutz des Gefährdeten wird überhaupt nicht thematisiert. Voraussetzung für das Ergreifen freiheitsentziehender Maßnahmen ist hiernach die voraussehbare Selbstgefährdung des Schutzbefohlenen, der wegen Demenz seine Gefahrenlage nicht einzuschätzen vermag. In einem solchen Fall obliegt es der Einrichtung, unverzüglich den Betreuer und/oder das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Notfalls muss sie auch zur Abwendung akuter Gefahr sofort die Freiheit vorläufig einschränken. Sie kann sich nicht darauf berufen, sie habe ihre Schutzpflicht mit der Benachrichtigung des Betreuers erfüllt (so aber KG Berlin, Nr. 26 und OLG Koblenz, Nr. 23). Zutreffend weist das Landgericht Mönchengladbach (Nr.14) darauf hin, dass die unterlassene Einschaltung des Vormundschaftsgerichts einen Schuldvorwurf begründen kann (vgl. auch OLG Frankfurt Nr. 19). Das Argument: „Der Patient kann sowieso über das Bettgitter klettern.“ (vgl. Nr. 12) ist abwegig. Maßgeblich ist gemäß § 1906 BGB die Vermeidung einer erkennbaren Selbstgefährdung mit einem geeigneten, mildesten Mittel. Zum Beispiel, Bettgurt, Fixierdeckel in Kombination mit Klingel, Medikamente.
Das weitere Argument: „Das Recht auf Menschenwürde und allgemeine Handlungsfreiheit geht vor.“ (vgl. Nr.20) überzeugt ebenfalls nicht. Es wird übersehen, dass bei einer dementen Person, die ihre Gefahrenlage nicht überblicken kann,

das Schutzbedürfnis ihr Freiheitsrecht zurückdrängt. (so zutreffend LG Mönchengladbach, Nr. 14).

Fazit:

- Durch rechtzeitig eingeleitete systematische Risikoeinschätzung, eine konsequente Sturzerfassung, Information und Beratung sowie gemeinsame Maßnahmenplanung mit Patienten/Bewohnern und Angehörigen zur Förderung einer sicheren Mobilität können und müssen Stürze und Sturzfolgen reduziert werden.
- Bei der rechtlichen Prüfung von Sturzfällen empfehle ich, sorgfältig den Inhalt der von der Einrichtung übernommenen vertraglichen Obhuts - und Betreuungspflichten unter Berücksichtigung des gesamten Sachverhaltes (siehe nachfolgende Checkliste), analysierend zu ermitteln. Oft werden die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos vorliegen, denn die **Voraussehbarkeit** einer Sturzgefahr bei alten und pflegebedürftigen Menschen – vor allem bei dementen - wird man häufig bejahen können. Diese zu verhindern, ist dann die vertraglich übernommene Pflicht der Einrichtung.
- Im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen wird regelmäßig zu prüfen sein, ob eine solche wirklich erforderlich ist, was für mildere, weniger eingreifende alternative Maßnahmen in Betracht kommen können und ob diese tatsächlich genehmigungsbedürftig sind.
- Gemäß § 1906 BGB setzt eine freiheitsentziehende Maßnahme eine **voraussehbare Gefährdung** voraus. Sie kann auch latent vorhanden sein. Nur dann von einer Voraussehbarkeit der Gefahr auszugehen, wenn sie unmittelbar und akut bevorsteht, ist rechtsfehlerhaft und widerspricht der eindeutigen Gesetzeslage des § 1906 BGB und der hierzu ergangenen Rechtsprechung. Gerade in Fällen der latenten Gefährdung ist die betreffende Einrichtung verpflichtet, rechtzeitig die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts zur Vorbereitung der erforderlichen Maßnahme zu veranlassen. Dies wird häufig versäumt. Im Eilfall muß und darf sie sofort handeln. Kommt die Einrichtung zur Überzeugung ein Notfall vorliegt, ohne dass ein Arzt sofort greifbar ist, darf und muss es auch ohne rechtswirksame Einwilligung handeln. Ein solcher **Notfall** ist gegeben, wenn ohne die zu treffende Maßnahme eine erhebliche Gesundheitsgefährdung des Patienten zu befürchten wäre und mit der Maßnahme nicht gewartet werden kann, bis die Einwilligung eingeholt werden kann. Rechtsgrundlage für das Handeln ist hier die so genannte mutmaßliche Einwilligung des Bewohners/ Patienten. Von ihrem Vorliegen ist auszugehen, wenn eine solche Handlung im objektiven Interesse des Bewohners/ Patienten liegt und seinem mutmaßlichen Willen entspricht (Mayer, Karl-Georg, Medizinische Maßnahmen an Betreuten, Würzburg 1995, S. 116). Deswegen können Fixierungen etc. **für kurze Zeit** ausnahmsweise und für kurze Zeit unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes zulässig sein, so daß der Einrichtung keine Freiheitsberaubung im Sinne von § 239 StGB begeht („*Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*“)⁸

§ 34

Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstrebenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

⁸ Siehe hierzu auch: Klie, Thomas, Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen, S. 160 ff.

Voraussetzungen der Organisation	Pflichten
<ul style="list-style-type: none"> (1) Die Pflegefachkraft verfügt über das aktuelle Wissen zur Identifikation von Sturzrisikofaktoren. (2) Die Pflegefachkraft verfügt über die notwendige Beratungskompetenz in Bezug auf Sturzrisikofaktoren und wirksame Interventionen. (3) Die Pflegefachkraft kennt wirksame Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Folgen. (4) Die Einrichtung ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote. (5) Die Einrichtung ist zur Koordination der Interventionen autorisiert. (6) Die Einrichtung sorgt für geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine individuelle Umgebungsanpassung. (7) Die Einrichtung gewährleistet die Informationsweitergabe über notwendige prophylaktische Maßnahmen zur Sturzvermeidung an weitere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen. (8) Die Einrichtung hat für eine systematische Sturzerfassung und – analyse zu sorgen. 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Die Pflegefachkraft hat unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die personen- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren eines Patienten/Bewohners, bei denen ein erhöhtes Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann, anzulegen. (2) Die Einrichtung muß die Erfassung der Sturzrisikofaktoren bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Pflegeabhängigkeit und nach jedem Sturz des Patienten/Bewohners wiederholen. (3) Die Einrichtung hat gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner, seinen Angehörigen und dem Betreuer sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan anzulegen. (4) Die Einrichtung gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner/ Betreuer gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans. (5) Die Einrichtung leitet unmittelbar nach der Erfassung der Sturzrisikofaktoren in Absprache mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Umgebungsanpassung ein, die zur Förderung der sicheren Mobilität des Patienten/ Bewohners beitragen. (6) Die Einrichtung informiert weitere an der Versorgung des Patienten/Bewohners beteiligte Berufsgruppen über die jeweils notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. (7) Die zuständige Pflegekraft dokumentiert und analysiert systematisch jeden Sturz eines Patienten/Bewohners und schätzt auf dieser Grundlage die Sturzrisikofaktoren neu ein.

Pflichten der betreuenden Einrichtung

Kriterien der Pflegedokumentation:

In diesem Kontext sind die vom Landespflegeausschusses Niedersachsen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI am 28.10.2004 erlassenen Empfehlungen außerordentlich hilfreich:

[Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation.](#)

Auf sie wird ausdrücklich verwiesen.

Die Pflegedokumentation erfolgt durch die Pflegekraft und ggf. durch Mitglieder des therapeutischen Teams. Sie bezieht die Informationen von Patienten und Bezugspersonen mit ein. Sie bildet die wichtigen Informationen, die zur Pflege und Betreuung des Patienten notwendig sind, übersichtlich, vollständig, präzise, rationell, widerspruchsfrei und möglichst schnell zugänglich ab. Die Dokumentation ermöglicht die kontinuierliche und erfolgreiche Anwendung des Betreuungsprozesses. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Die zurzeit gültige MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI können hier entsprechend herangezogen werden. Danach sollten mindestens folgende Daten bei der Aufnahme festgehalten werden:

vorgehalten sein:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese
- Biografie
- Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie Evaluation der Ergebnisse
- Verordnete medizinische Behandlungspflege
- Gabe verordneter Medikamente
- Durchführungsnachweis / Leistungsnachweis
- Pflegebericht
- Lagerungsplan
- Trink-/ Bilanzierungsbogen
- Überleitungsbogen
- Bisherige Aufenthalte in Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)
- bisher eingesetzte technische Hilfsmittel,
- Medizinische/therapeutische Versorgungssituation
- sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z. B. Hausarzt und Fachärzte
- Bisherige Krankengymnastik, Ergotherapie
- Informationen für Notfallsituationen (z. B. Erreichbarkeit einer Bezugsperson, Betreuer/ Angehörige, Zuständiges Vormundschaftsgericht, usw.)

Siehe hierzu auch die Pflege Begutachtungsrichtlinien BW⁹

- Körpergewicht über 80 kg
- Kontrakturen / Einsteifung großer Gelenke
- hochgradige Spastik
- Hemiplegien oder Paraparesen
- einschießende unkontrollierte Bewegungen
- Fehlstellungen der Extremitäten
- eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit
- Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Ödemen

⁹ <http://www.bad-ev.de/download/Pflege-Begutachtungsrichtlinien.pdf>

- . Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen /
- psychischen Erkrankungen)
- . stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- . starke therapieresistente Schmerzen

Checkliste:

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) die Aufgabe übertragen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Die Prüfgrundlagen für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen ergeben sich u.a. aus den "Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI". Zur praktischen Umsetzbarkeit dieser eher abstrakt formulierten Prüfgrundlagen hat die MDK-Gemeinschaft die "MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI" jeweils gesondert für die ambulante und stationäre Pflege entwickelt. Diese MDK-Arbeitsanleitungen sind nach dem Beschluss der MDK-Geschäftsführer bei den Qualitätsprüfungen anzuwenden. Der Vorstand des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat seinen Mitgliedskassen empfohlen, Prüfaufträge ausschließlich auf der Grundlage dieser MDK-Anleitungen zu erteilen. Die hier vorliegende MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität in der Stationären Pflege ist seit dem 1. Oktober 2000 in Kraft.¹⁰

- (1) Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
- (2) Vorlage des Aufnahmeberichts des Bewohners.
- (3) Anfordern des Aufnahmevertrags, um die Pflichten der Einrichtung zu ermitteln.¹¹
- (4) Anfordern der schriftlich niedergelegten Verhaltensregeln für den Pflegedienst der Einrichtung mit Angabe des Erstellungsdatums.
- (5) Durchsicht des Medizinischen Gutachtens, das der Pflegekasse zur Feststellung der Pflegestufe im Zeitpunkt der Aufnahme vorlag.
- (6) Anfordern des Beschlusses des Vormundschaftsgerichts, wenn der Bewohner unter Betreuung steht.
- (7) Analyse der Pflegedokumentation, die gemäß den Anforderungen des Heimgesetzes anzulegen ist sowie möglicher ergänzender Berichte.
- (8) Anfordern des Berichts des behandelnden Arztes einschließlich der Beschreibung verordneter Medikamente.
- (9) Nachfrage bei der Einrichtung, ob der Bewohner im Verlauf des Aufenthaltes schon vorher gestürzt ist.

¹⁰ <http://www.mdk-sh.de/downloads/konzmds.pdf>

¹¹ Siehe zum Beispiel der Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein - <http://www.mdk-sh.de/downloads/vollstat.pdf>: Dort heißt es:

*"§ 1**Hilfen bei der Mobilität** - Ziele der Mobilität Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten."*

*"§ 5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen: Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. **Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, daß Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlaßt sie die notwendigen Schritte.** Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten."*

- (10) Nachfragen bei Angehörigen und Betreuer, ob es vor und nach der Aufnahme zu Stürzen des Bewohners gekommen ist.
- (11) Prüfung der personellen Ausstattung sowie der fachlichen Qualifikation des Personals (Stichwort: Übernahmeverschulden). Vor allem Kontrolle der Qualifikation des Pflegepersonals, das im Zeitpunkt des Sturzes für die Pflege eingesetzt worden ist. Den Einsatzplan des fraglichen Tages gesondert anfordern.
- (12) Prüfung der Belegstärke der Einrichtung im Zeitpunkt des Sturzes.
- (13) Prüfung der sachlichen Ausstattung der Einrichtung (Rollstühle, Rollstuhl-Gurte, Bettgurte, sonstige Fixiermittel usw.) im Zeitpunkt des Sturzes.
- (14) Prüfung, was konkret unternommen worden ist, um durch Anschaffung besonderer Schutzeinrichtungen, das Verletzungsrisiko bei Stürzen zu vermindern.
- (15) In welcher Form wird die medizinische Behandlungspflege geregelt und gesichert?
- (16) Wird die medizinische Behandlungspflege von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt?
- (17) Welche fachlichen Qualifikationen „geeigneter Kräfte“ liegen vor?
- (18) Über welche Arbeitshilfen verfügt die Pflegeeinrichtung?
- (19) Liegen Dienst – und Einsatzpläne vor?
- (20) In welcher Form wird die Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt?
- (21) Liegt eine standardisierte Pflegedokumentation vor?
- (22) Umfaßt das angewandte Pflegedokumentationssystem einen Erhebungsbogen zum Erstbesuch? Einen Planungsteil? Einen Verordnungsbogen zur medizinischen Behandlungspflege? Einen Berichtsteil? Wird nach Pflegestandards gearbeitet?
- (23) Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Mobilität im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?
- (24) Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?
- (25) Ist ein Pflegebericht (Verlaufskontrolle und Beurteilung der gegebenen Pflege) erstellt?
- (26) Haben die Ergebnisse des Pflegeberichtes zur Aktualisierung der Pflegeplanung geführt?
- (27) Liegt ein Pflegedokumentationssystem vor und umfaßt dieses die Grundlagen des Pflegeprozesses (Stammblatt, Anamnesebogen, Pflegeplanung mit Zielen und Maßnahmen, Zielkontrolle, Maßnahmenanpassung, Pflegebericht)?
- (28) Sind ärztliche Verordnungen aus der Dokumentation ersichtlich?
- (29) Enthält die Dokumentation Angaben zur ärztlichen Versorgung/sonstigen therapeutischen Versorgung?
- (30) Liegt eine Pflegeanamnese vor? Umfasst die Pflegeanamnese neben den Problemen/Defiziten auch die Ressourcen/Fähigkeiten der/des Versicherten?
- (31) Sind Pflegediagnosen in der Pflegedokumentation ausgewiesen bzw. formuliert und stimmen diese überein mit den Angaben in der Pflegeanamnese?
- (32) Sind die angewandten Standards individuell auf die spezifische Versicherungssituation abgestimmt?
- (33) Sind die durchgeführten Pflegemaßnahmen dokumentiert, gegengezeichnet und nachvollziehbar?

- (34) In welcher Form wird die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege geregelt und gesichert? (nicht ambulant) Eine Möglichkeit der Regelung ist eine klare schriftliche Vereinbarung zwischen Heimleitung und Pflegedienstleitung einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits, die für alle verbindlich festlegt, welche Tätigkeiten von den Ärzten selber durchgeführt werden oder von diesen an die Pflegefachkräfte delegiert werden.

Wird die medizinische Behandlungspflege von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt? Qualifizierte Pflegefachkräfte sind z. B. 3-jährig ausgebildetes Kranken- und Altenpflegepersonal. Die Pflegefachkräfte halten sich bei der Durchführung an die ärztlichen Anweisungen. Sie übernehmen nur solche Aufgaben, auf die sie fachlich vorbereitet sind, dokumentieren diese Maßnahmen und überwachen die Wirkung. Wo nötig, geben sie dem Arzt sofort Rückmeldung. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder -pfleger, als Kinderkrankenschwester oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.

Ausführungen zum Vormundschaftsrecht:

1. Exkurs: Die Voraussetzungen des [§ 1906 BGB](#) am Beispiel Bettgitter und Rollstuhlgurt ([OLG Hamm, 22.06.1993, 15 W 145/93](#), in FamRZ 1993, 1491 ff.):¹²

Nach § 1906 IV BGB bedarf eine Maßnahme, durch die dem Betreuten,

1. der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält,
2. ohne untergebracht zu sein,
3. durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise
4. über einen längeren Zeitraum
5. oder regelmäßig

die Freiheit entzogen werden soll,

der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung.

a) Voraussetzung für die vormundschaftsgerichtliche Entscheidung ist deshalb zunächst, daß es sich bei dem Anbringen des Bettgitters im Laufe der Nacht und des Bauchgurtes am Tag im Rollstuhl um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt.

Entscheidend ist, ob durch die getroffenen Maßnahmen der Betreute gegen seinen natürlichen Willen daran gehindert wird, seinen jeweiligen Aufenthaltsort zu verlassen (Begründung zum Regierungsentwurf, BT-Drucks. 11/4528, S. 149; Bürgle, NJW 1988, 1881, 1885; Soergel/Damrau, BGB, 13. Aufl., § 1906 Rz. 2; Dodegge, MDR 1992, 437, 438). Sicherungsmaßnahmen der hier in Rede stehenden Art können deshalb begrifflich nicht zu einer Freiheitsentziehung bei einem Betreuten führen, der sich aufgrund körperlicher Gebrechen ohnehin nicht mehr fortbewegen kann oder aufgrund geistigen Gebrechens zur Bildung eines natürlichen Willens im Hinblick auf eine Fortbewegung nicht mehr in der Lage ist.

b) Die Erteilung der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung hat sich am Wohl des Betreuten, also konkret an dessen Gefährdungssituation und seinen Bedürfnissen zu orientieren. Die richterliche Entscheidung darf deshalb nicht in eine Abhängigkeit von Personalschlüsseln geraten, die lediglich allgemein für die pflegerische Versorgung der in dem Heim Betreute festgelegt werden. Andererseits darf bei der Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nicht außer acht gelassen werden, welcher pflegerische Aufwand tatsächlich realisierbar [ist] und von der sozialen Gemeinschaft getragen werden kann. Bei der Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit muß entscheidend darauf abgestellt werden, wie sich die freiheitsentziehende Maßnahme konkret für den Betreute auswirkt, in welchem Ausmaß sie von ihm als Einschränkung einer ihm verbliebenen Lebensqualität empfunden wird und in welchem Umfang sie für den Betreuten gleichwohl zur Anwendung einer Selbstgefährdung hinnehmbar ist. (**Anmerkung: Vor der Genehmigung muss der Richter in jedem Fall das Gutachten eines Sachverständigen einholen, der in der Regel nicht ausführender Arzt sein soll - § 69d Abs. 2 Satz 1 und 2 FGG-. Grundsätzlich muss der Sachverständige den Betroffenen selbst untersuchen. Kommt es später zum Sturz des Bewohners/ des Patienten und zum Regress sollte dieses Gutachten stets mit herangezogen werden!!**).

c. Unter diesem Gesichtspunkt bestehen bezogen auf die Lebenssituation eines Betreuten weder gegen die Anbringung eines Bauchgurtes tagsüber noch gegen die Anbringung eines Bettgitters in der Zeit von 19 Uhr abends bis 7 Uhr morgens durchgreifende Bedenken.

Voraussetzung: Bei dem Betreuten muss z.B. ein fortgeschrittener geistiger Abbauprozess mit weitgehender Desorientierung seiner Person vorliegen. Im Hinblick auf eine solche Lebenssituation des Betreuten bedarf es keiner weiteren Ausführungen dazu, ob sich das als Alternative in Betracht zu ziehende zur Verfügungstellen einer dauernden Sitzwache für den Betreuten im Einzelfall als freiheitsentziehende Maß-

¹² Siehe zum Betreuungsrecht im Einzelnen: [Die Darstellung des BAYObLG](#)

nahme auswirken kann. Gerade eine solche ständige Kontrolle würde zu einer umfassenden, jegliche private Lebensentfaltung ausschließenden Überwachung des Betreuten führen. Unter diesen Umständen ist ein Bettgitter während der Schlafenszeit und ein Anschnallgut im Rollstuhl am Tag das mildere Mittel und rechtlich nicht zu beanstanden. Eine Einrichtung die ohne Not auf den Einsatz solcher Mittel verzichtet, insbesondere es unterlässt, rechtzeitig den Betreuer und/oder das Vormundschaftsgericht einzuschalten, macht sich in der Regel haftbar.

2. Exkurs: Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des [§ 1906 Abs. 4 BGB](#)?

Als Mittel der Freiheitsentziehung kommen mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder sonstige Vorkehrungen in Betracht, insbesondere:

- a) Festbinden des Betreuten mit einem Leibgurt am Stuhl oder Bett, also die typische Fixierung,
- b) Anbringen von Hand – , Fuß – oder Körperfesseln,
- c) Einsatz von Hüftprotektoren (nur selten gegen den Willen des Betroffenen einsetzbar)
- d) Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken,
- e) Anbringen eines nicht vom Bewohner lösbaren Tablett/ Riegels am Stuhl oder Rollstuhl,
- f) das Personal hindert den Bewohner am Verlassen des Zimmers oder der Einrichtung durch besonders komplizierte Schließmechanismen oder durch Zeit weises Sperren der Eingangstür tagsüber oder nachts, ohne dass der Bewohner einen Schlüssel erhält oder das Öffnen der Tür anderweitig sichergestellt ist, Verwendung von Trick-schlössern, Vortäuschung einer Verriegelung,
- g) das Arretieren des Rollstuhls,
- h) ständiges Verhindern des Verlassens des eigenen Zimmers oder der gesamten Einrichtung durch Vergabe von sedierenden Medikamenten, Schlafmitteln und Psychopharmaka,
- i) Wegnahme der Schuhe und der Straßenbekleidung,
- j) Ausstattung mit besonderen Pflegehemden,
- k) Ausübung psychischen Drucks,
- l) Ausspruch von Verboten,
- m) Einsatz von List, Zwang und/ oder Drohungen.

Wie schwierig es sein kann, eine einwandfreie Maßnahme auszuwählen, ist an Hand des Bandagensystems Segufix 2201 M darstellbar:



Abb. 2 Bandagensystem „Segufix“ 2201 M

In einer Testuntersuchung kommen U. Boenick, P. Diesing¹³ von der Technischen Universität Berlin zu folgendem Ergebnis:

¹³ Untersuchung der Patientengefährdung durch die Verwendung von Bandagensystemen zur Fixierung von nicht kooperativen Patienten, in Orthopädie-Technik 2001, S.836 ff.



Abb. 1 Strangulationsposition.

„Bandagensysteme werden in der Pflege zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit von agitierten, aggressiven oder desorientierten Patienten oder Heimbewohnern eingesetzt. Helfen diese Hilfsmittel auf der einen Seite, die Fixierung für den Patienten und das Pflegepersonal erträglich zu gestalten, so können durch ihre Verwendung auf der anderen Seite zusätzliche Komplikationen wie Dekubitus, Pneumonie oder sogar Strangulationen mit Todesfolge auftreten. [...].

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei festem Anlegen der Leibbandage, der Verwendung der Seitenbefestigung sowie der straffen Fixierung des Bettgurtes am Bettgestell und der Verwendung von seitlichen Bettgittern eine Patientengefährdung durch Strangulation nicht auftreten kann. Problematisch ist die Verwendung der Leibbandage insbesondere ohne Bettgitter, da der Patient in diesem Fall über die Bettkante rutschen kann. Die Verwendung der Seitenbefestigungen allein sichert den Patienten bei lose angelegtem Bett und Körpergurt nicht vor einer möglichen Strangulation. Bei einer ungünstigen Konstellation von Betthöhe, Patientengröße, Mobilität des Patienten und Sitz von Körper und Bettgurt führt der Befreiungsversuch des Patienten zu einer Strangulationsposition, aus der er sich ohne fremde Hilfe nicht mehr befreien kann und die nach kurzer Zeit zum Tod führen kann. Ein Entkommen aus der Leibbandage „Segufix“ 2201 M ist mobilen Patienten durchaus möglich. Es wird erleichtert durch eine „zylinderähnliche“ Körpergestalt, durch einen zu losen Sitz der Leibbandage und natürlich durch die Mobilität und Gelenkigkeit des Patienten. Das Entkommen aus dem Bett ist auf einfache Weise durch eine für den Patienten nicht lösbare Fußhalterung zu verhindern. Die Leibbandage wird ebenfalls erst durch eine zusätzliche Hand- oder Fußhalterung fluchtsicher.“

3. Exkurs: Die Voraussetzungen des [§ 1904 BGB](#) (Abgrenzung zum [§ 1906 BGB](#)) am Beispiel der Verabreichung von Neuroleptika:

§ 1904 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

Hierzu zählen beispielsweise Schmerzmittel mit morphinartiger Wirkung, Neuroleptika, Antidepressiva, usw.

[OLG Zweibrücken, Beschluss vom 16.11.1999](#) - 3 W 223/99

Durchsetzung ambulanter Zwangsmedikation - BGB §§ 1904 I, [1906](#) 1 Nr. 2, IV; FGG §§ 33, 70 g V

a. Die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einer ärztlicherseits zur Vermeidung einer Unterbringung für erforderlich gehaltenen regelmäßigen ambulanten Medikation des Betroffenen mit Depot-Neuroleptika kommt weder nach [§ 1906 I Nr. 2 BGB](#) noch nach [§ 1906 IV BGB](#) in Betracht. Der Genehmigung des Gerichts bedarf es jedoch unter den Voraussetzungen des [§ 1904 I BGB](#).

b. Unabhängig von der Frage, ob danach der für den Bereich Gesundheitsfürsorge verantwortliche Betreuer zur Behandlungsmaßnahme eine Genehmigung benötigt, kann eine ambulante Dauertherapie mit Depot-Spritzen nicht zwangsweise gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgesetzt werden. Insoweit fehlt es an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Angesichts der - aus Sicht des Betroffenen zu beurteilenden - unterschiedlich gearteten Beeinträchtigung ist der Eingriff in Freiheitsrechte (hier: polizeiliche Zuführung) insbesondere nicht schon deshalb als zulässig anzusehen, weil dies gegenüber einer Unterbringung die weniger belastende Maßnahme darstellt.

© **Rechtsanwältin Dr. Ruth-Schultze-Zeu (Berlin)**
www.ratgeber-arzthaftung.de