

Oliver Roth

Die Beweislastumkehr im Zivilprozess bei Pflege- und Behandlungsfehlern

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Fachhochschule Frankfurt a. M.
University of Applied Sciences

Fachbereich 4: Soziale Arbeit & Gesundheit
Studiengang Pflegemanagement

Diplomarbeit zum Thema:

**Die Beweislastumkehr im Zivilprozess
bei Pflege- und Behandlungsfehlern**

Februar - April 2003

vorgelegt

von

Oliver Roth

INHALTSVERZEICHNIS	Seite:
1. <u>Einleitung: Die Haftung im Pflegerecht</u>	6
1.1 Die ökonomische Dimension der Haftung aus Heilbehandlung	6
1.2 Beweislast im Pflegehaftungsrecht – Zielsetzung der Arbeit	7
1.3 Inhaltliche Abgrenzung und Vorgehensweise	9
2. <u>Grundsätze der Haftung bei Heilbehandlung</u>	10
2.1 Grundlagen des Zivilrechts	10
2.2 Haftung aus Vertrag (§ 611 BGB)	11
2.2.1 Vertragliche Trägerhaftung nach § 280 BGB	12
2.2.2 Trägerhaftung für eigenes Verschulden (§ 276 BGB)	13
2.2.3 Trägerhaftung für fremdes Verschulden (§ 278 BGB)	14
2.3 Organhaftung	14
2.4 Deliktische Haftung	15
2.4.1 Deliktische Haftung des Trägers für eigenes Handeln	16
2.4.2 Deliktische Haftung des Trägers für fremdes Handeln	17
2.4.3 Deliktische Haftung des Arbeitnehmers	17
2.5 Schadensersatz und Schmerzensgeld	18
2.6 Arbeitsrechtliche Haftung – Der Rückgriff des Arbeitgebers beim Pflegepersonal	19
3. <u>Zivilprozessrecht</u>	20
3.1 Abgrenzung materielles Recht und formelles Recht	20
3.2 Maximen des Zivilprozesses	21
3.2.1 Verhandlungsmaxime	21
3.2.2 Dispositionsmaxime	21
3.2.3 Anspruch auf rechtliches Gehör	22
3.2.4 Grundsatz der Mündlichkeit und Öffentlichkeit	22
3.2.5 Weitere Verfahrensgrundsätze	22
3.3 Richterrecht	22
3.4 Das Verfahren vor dem Zivilgericht	23
3.4.1 Die Klageerhebung	24
3.4.2 Die Haftungsprüfung vor dem Zivilgericht	26
3.4.2.1 Tatbestandsmäßigkeit und Rechtswidrigkeit	26
3.4.2.2 Die Kausalitätsprüfung	27

3.4.2.3	Die Schuld: Sorgfaltspflichtverletzung und deren Maßstab	28
3.4.3	Grundsätze des zivilgerichtlichen Beweisrechts	29
3.4.3.1	Beweisführung und Beweisverfahren	30
3.4.3.2	Die prozessuale Mitwirkungspflicht	32
3.4.3.3	Die Rolle des Sachverständigen	33
3.4.4	Das Ende eines Prozesses: Urteil und Rechtsmittel	34
4.	<u>Beweisführung und Beweislastumkehr im Pflegerecht</u>	35
4.1	Die Begriffe Beweislast und Beweislastumkehr	36
4.2	Die Entwicklung der Beweislastumkehr aus dem Arzthaftungsrecht	38
4.2.1	Gefährdungshaftung und defensive Medizin	39
4.2.2	Grundsätzliche Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts	40
4.2.3	Die Beweisregel des § 280 BGB	42
4.2.4	Die typischen Fallgruppen mit Beweiserleichterung für Patienten	42
4.2.4.1	Der Anscheinsbeweis	43
4.2.4.2	Dokumentationsmängel	45
4.2.4.3	Grobe Behandlungsfehler und mangelnde Diagnostik	46
4.2.4.4	Aufklärungsfehler	48
4.2.5	Haftungsverantwortung bei gemeinsamer Handlung von Arzt und Pflege	50
4.3	Die Haftungsverantwortung der Pflege und die beweisrechtlichen Regelungen	51
4.3.1	Die ärztliche Gesamtverantwortung	52
4.3.2	Delegationsrecht	55
4.3.2.1	Anordnungs- und Durchführungsverantwortung	56
4.3.2.2	Grundregeln der Aufgabendelegation und die Rechtsprechung	57
4.3.3	Sorgfaltspflichtverletzungen im Aufgabenbereich der Pflege	59
4.3.3.1	Grobe Pflegefehler	59
4.3.3.2	Aufsichtspflichtverletzungen	61
4.3.3.2.1	Beweislastumkehr bei Sturz eines Patienten	61
4.3.3.2.2	Selbstschädigung von Patienten in der Psychiatrie	63
4.3.3.3	Besonderer Bereich: Neugeborenenpflege und Geburtshilfe	65

4.3.3.4	Mängel in der Pflegedokumentation	66
4.3.3.4.1	Zusammenhang Pflegedokumentation und ärztliche Dokumentation	66
4.3.3.4.2	Pflegedokumentation als Urkunde	67
4.3.3.4.3	Anforderungen an die Pflegedokumentation	68
4.3.3.5	Pflegefehler Dekubitus und Beweislastumkehr	68
4.3.3.5.1	Die Entwicklung der Rechtsprechung	69
4.3.3.5.2	Sonderfall Dekubitus als Lagerungsschaden im OP	71
4.3.3.5.3	Rechtliche Bedeutung von Pflegestandards am Beispiel Dekubitushaftung	71
4.3.3.6	Organisationsversagen und Pflgetätigkeit	73
4.3.3.6.1	Mängel in der Hygiene	73
4.3.3.6.2	Fehlerhafter Einsatz von Medizingeräten u. –produkten	75
5.	<u>Zusammenfassung und Ausblick: Das Haftungsrisiko der Krankenpflege</u>	76
6.	<u>Literaturverzeichnis</u>	81

Abkürzungsverzeichnis:

AG	Amtsgericht
Art.	Artikel
BÄO	Bundesärzteordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BverfG	Bundesverfassungsgericht
CTG	Kardiotokographie
DBfK	Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiographie
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
i. m.	intramuskulär
JZ	Juristenzeitung (Zeitschrift)
KrPflG	Krankenpflegegesetz
LG	Landgericht
LWS	Lendenwirbelsäule
MBO-A	Musterberufsordnung Ärzte

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MedGV	Verordnung über die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MPBetreibVO	Medizinproduktevertreiberverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation(-s)
PDL	Pflegedienstleitung
RdNr.	Randnummer
SGB I	Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil
SGB V	Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung
StGB	Strafgesetzbuch
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)
ZPO	Zivilprozessordnung

1. Einleitung: Die Haftung im Pflegerecht

1.1 Die ökonomische Dimension der Haftung bei Heilbehandlung

Genauere statistische Angaben zum Ausmaß der Patientenschäden in Deutschland fehlen, jedoch gibt es Studien, Schätzungen und Hochrechnungen u. a. der Haftpflichtversicherer, die belegen, dass es jährlich ca. 30-35.000 Schadensersatzansprüche von Patienten gibt, davon werden etwa 12.000 – 15.000 vor Gericht verhandelt (vgl. Ulsenheimer 2002, § 112, RdNr. 2). Zwischen 1975 und 1990 hat sich die Zahl der Haftungsansprüche gegen Ärzte verfünffacht, mit weiter steigender Tendenz (vgl. Heidermann, RdNr. 285). Ebenso wird von einem jährlichen Anstieg des Aufwands von 10 % pro Schadensfall für die Versicherer ausgegangen. Erreichen die Schadensersatzsummen z. B. in den USA z. T. mehrfache Millionenhöhe (z. B. 8,3 Mio. \$ bei Schädigung eines Kindes bei Geburt), so urteilen deutsche Gerichte weiterhin zurückhaltend: Nur 5 % der Schadensbeträge liegen über 50.000 DM (vgl. Giesen, RdNr. 59 ff.). Summen über 100.000 DM werden fast nur bei Querschnittslähmungen und schweren Patientenschäden in der Geburtshilfe erreicht. Die Prämien der Berufshaftpflichtversicherung betragen für Chefarzte mittlerweile bis 40.000 DM (vgl. Uhlenbruck/Schlund § 22, RdNr. 1). Nach einem Bericht der Ärzte-Zeitung im Jahr 2000 schätzen Experten, dass in der BRD jährlich 400.000 Patienten falsch behandelt werden und sich die Zahl der Medizin-Toten auf bis zu 39.200 beläuft (vgl. Schell, S. 51 ff.). Wissenschaftliche Hochrechnungen belegen eine Zahl von 10.000 Todesfällen allein durch Hygienemängel. Diese Zahlen liegen deutlich höher als die Zahl der Opfer durch Verkehrsunfälle (7.749 im Jahr 1999). Die Gesamtsumme der jährlichen Schadensersatzzahlungen der Haftpflichtversicherer wurde 2001 mit ca. 390 Mio. DM beziffert (vgl. Heidermann, RdNr. 312).

W. Schell kommt zu dem Schluss: *„Es kann kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass die Medizinschäden ... wahrscheinlich sogar das größte Schadensgebiet in der BRD sind.“* (S. 53).

Demgegenüber darf man aber nicht vergessen, dass bei jährlich etwa 350 Mio. ambulanten und 13 Mio. stationären Behandlungen die ca. 35.000 Schadensersatzansprüche eine verschwindend geringe Anzahl sind und für eine außerordentlich niedrige Fehlerrate der Medizin in Deutschland sprechen (Ehlers/Brogli im Vorwort z. 2. Aufl., S. V).

Zum Schadensaufkommen im Bereich der Krankenpflege sind überhaupt keine verlässlichen statistischen Angaben zu erhalten. Einzig Höfert, Vorstand im Deutschen Pflegeverband e.V., gibt an, von 10.000 Arzthaftungsprozessen würden sich 1.000 auf Pflegefehler beziehen (vgl. Höfert, *Pflege i. Spannungsfeld rechtl. Anford.*, Anmerk.: der Verfasser bekam auf seine Anfrage beim Autoren nach dem Beleg dieser Aussage keine Antwort).

Angesichts dieser Schadensträchtigkeit der Heilbehandlung für Patienten ist es notwendig, dass alle Gesundheitsberufe mit den haftungsrechtlichen Konsequenzen ihres Handelns

vertraut sind und auch die Pflege weiß, wie ihre Haftungsverantwortung beschaffen ist. Das Haftungsrecht ist hierbei erheblich durch höchstrichterliche Entscheidungen geprägt, denen eine hohe Verbindlichkeit in ähnlich gelagerten Fällen zukommt. Das Beweisrecht spielt bei diesen Entscheidungen eine herausragende Rolle.

1.2. Beweislast im Pflegehaftungsrecht – Zielsetzung der Arbeit

Ein eigenständiges „Pflegerrecht“ existiert noch nicht. Ebenso wenig gibt es ein definiertes „Arztrecht“. Unter Pflegerrecht lassen sich alle Vorschriften aus dem arbeits-, zivil-, straf- u. sozialrechtlichen Bereich subsumieren, die die berufliche Tätigkeit der Pflegenden beeinflussen (vgl. Großkopf, *Begründ. d. Vorlesungsinhalte*). Gleiches gilt für das Arztrecht, als Ausdruck eines höheren Professionalisierungsgrads dieses Berufsstands kommt hier noch ein verbindlich gefasstes Standesrecht hinzu (z. B. Berufsordnung für deutsche Ärzte – MBO-A). Im Zuge einer allgemeinen Verrechtlichung des gesellschaftlichen und insbesondere des beruflichen Lebens nimmt jedoch die Bedeutung beider Rechtsgebiete ständig zu. Mit der fortschreitenden Entwicklung der Krankenpflege als Profession entwickelt sich zunehmend ein spezifisches Recht der Pflege in ihrer eigenen Berufsrolle. Großkopf bezeichnet die Entwicklung eines eigenständigen Rechtsgebiets Pflegerrecht als einen der spannendsten Bereiche der jüngsten Rechtsentwicklung (vgl. Großkopf a. a. O.). Die Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen üben eine schadensträchtige Tätigkeit aus. Die medizinische und pflegerische Betreuung von Patienten birgt erhebliche Haftungsrisiken (vgl. Krause, S. 13). Das Haftungsrecht ist somit ein wichtiges Teilgebiet des Pflegerrechts.

Die wesentlichen Antworten auf Fragen der Haftung für pflegerisches Handeln müssen aus dem normativen Recht des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) entnommen werden (vgl. Schell, S. 42). Sowohl bei Arzt-, wie auch Pflegehaftungsrecht müssen diese Bestimmungen durch die Rechtsprechung ausgefüllt werden. Haftungsrecht der Pflege ist somit Richterrecht (vgl. Krause, S. 13).

Auch in Pflegehaftungsprozessen kommt den beweisrechtlichen Regelungen eine entscheidende Rolle zu. Die Zivilgerichte formen Pflege- u. Arzthaftung durch beweisrechtliche Mittel. Die Pflegehaftung ist analog zum Arztrecht dabei geradezu eine Domäne der zivilrechtlich atypischen Sonderregelung der Beweislastumkehr. Die Frage der Beweislastverteilung bei den Prozessparteien ist entscheidend für den Ausgang von Zivilgerichtsverfahren. Diese geschieht selbstverständlich nicht willkürlich, sondern folgt bestimmten Regeln.

Die Beantwortung der Frage, welche Logik hinter der richterlichen Beweislastverteilung steckt und auf welchen Rechtsgedanken und Grundsätzen diese in der Pflegehaftung beruht, ist ein zentrales Anliegen dieser Arbeit. Mit welchen Begründungen nehmen Gerichte eine Abkehr von der rechtsüblichen Verfahrenspraxis vor, wo wird dies angewendet und was