

Beweislastumkehr in der zivilrechtlichen Haftung am Beispiel der Dekubitusprophylaxe in der Pflege

von Thorsten Müller/Jan P. Schabbeck

Die zivilrechtliche Haftung in der Pflege ist ein häufiges Thema und Schadensersatzforderungen sind ein Dauerbrenner. Vor Gericht gilt allerdings bekanntlich, dass Recht bekommen und Recht haben, zwei verschiedene Dinge sind. Hinter dieser Erkenntnis steht die Frage der Beweislastverteilung: Wer muss im Streitfall beweisen, dass ein Fehler vorlag – oder eben nicht?

Grundsätzlich gilt: Die geschädigte Person muss den Schaden selbst, einen Fehler und seine Ursächlichkeit für den Schaden beweisen. Die Ansprüche sind dabei hoch. Wer die Beweislast trägt, muss andere Möglichkeiten ausschließen. Nicht ausreichend ist die bloße Wahrscheinlichkeit oder ein „Für-möglich-Halten“. Erforderlich ist eine Überzeugung des Gerichts, von der Wahrheit der Tatsache – nicht absolute Gewissheit, aber ein hoher Grad an Wahrscheinlichkeit, der vernünftige Zweifel ausschließt.

In Haftungsfragen hilft dem Gericht ein Sachverständiger, der prüft, ob ein Pflegefehler vorliegt. Dabei gilt: Pflege wird durch Pflege bewertet – also durch Angehörige der eigenen Berufsgruppe. Auch nicht entscheidend ist, ob die Maßnahme im Nachhinein „perfekt“ war, sondern ob sie zum Zeitpunkt der Handlung selbst pflegefachlich vertretbar war. Häufig zeigt sich im Rückblick, dass eine Entscheidung falsch war – obwohl sie aus damaliger Sicht fachlich korrekt und nachvollziehbar war. Maßgeblich ist deshalb, ob das Handeln dem Stand der Pflegewissenschaft zum Zeitpunkt des vermuteten Schadens entsprach und auch dem entsprach, was man zum damaligen Zeitpunkt über den Menschen mit Pflegebedarf wissen konnte oder hätte wissen müssen. Der Sachverständige muss also prüfen, ob die Pflegekraft zum damaligen Zeitpunkt nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt hat – und nicht mit dem Vorteil des nachträglichen Wissens vom Schreibtisch aus.

Gerade im Pflegebereich ist die Beweiserhebung schwierig. Zum einen ist der menschliche Körper ein hochkomplexes System – Gesundheitsschäden können viele Ursachen haben, sodass sich Ursache und Wirkung nicht immer klar zuordnen lassen. Zum anderen ist der Mensch mit Pflegebedarf in vielen Fällen allein mit den Pflegekräften, wenn die relevante Pflegemaßnahme durchgeführt wird. Häufig ist er aufgrund von Krankheit, Delir oder Sedierung nicht in der Lage, das Geschehen bewusst zu erfassen oder später zu schildern.

Diese strukturelle Beweisschwäche ist ein Hauptgrund dafür, dass der Gesetzgeber in § 630h BGB Beweiserleichterungen zugunsten des Menschen mit Pflegebedarf vorgesehen hat. Diese wirken ganz unterschiedlich und nur im Zivilrecht, nicht jedoch im Strafrecht.

Im Folgenden werden die Beweiserleichterungen im Haftungsfall dargestellt:

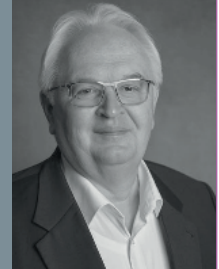
Voll beherrschbares Risiko (§ 630h Abs. 1 BGB):

Verwirklicht sich ein Risiko, das die Pflegeeinrichtung organisatorisch oder fachlich vollständig kontrollieren konnte, wird ein Pflegefehler vermutet. Typische Fälle in der Pflege sind solche, in denen die Organisation der Pflege nicht stimmt, etwa, wenn z. B. der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflegeeinrichtung nicht etabliert ist.

Aufklärungsfehler (§ 630h Abs. 2 BGB):

Kann nicht bewiesen werden, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung über Risiken und Maßnahmen in einem Beratungsgespräch zur Dekubitusprophylaxe wie z. B. Lagern, Mobilisation, Hautpflege, Lagerungshilfsmittel, erfolgt ist, wird angenommen, dass keine wirksame Einwilligung vorlag. Kann die Einwilligung (und korrekte Aufklärung als Basis dafür) nicht anderweitig bewiesen werden und kann auch nicht gezeigt werden, dass der Mensch mit Pflegebedarf „sowieso“ der Maßnahme zugestimmt hätte, dann ist die Maßnahme rechtswidrig und löst zum Beispiel ein Schmerzensgeld aus. Das gilt selbst

Thorsten Müller ist Dipl. Pflegewirt, Pflegesachverständiger und Hochschuldozent mit 25 Jahren Erfahrung. Er war Mitglied des Direktoriums, Medizincontroller und Abteilungsleiter bei einer Krankenkasse. Zudem lehrt er in Case Management, Gesundheitsökonomie und Pflegeberatung. Seine Schwerpunkte sind Abrechnung, Gutachten sowie Korruption im Gesundheitswesen.



Jan P. Schabbeck ist Fachanwalt für Medizinrecht, Geschäftsführer der VSZ Rechtsanwälte Ludwigs-hafen. Er ist Autor und Referent zu Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, pflegt Kontakte zu Institutionen, Verbänden und Politik. Seine Schwerpunkte sind Kooperation, Delegation, Haftung, Compliance und Arbeitsrecht.



dann, wenn alles richtig gemacht worden ist und auch eine Indikation für die Maßnahme vorgelegen hat.

Dokumentationsmangel (§ 630h Abs. 3 BGB):

Ist eine gebotene Pflegemaßnahme (z. B. sitzen auf einem Anti-Dekubitus Kissen im Rollstuhl) nicht dokumentiert, wird vermutet, dass diese nicht durchgeführt wurde. Es bleibt aber die Chance den Beweis anders zu führen, zum Beispiel durch Zeugen.

Fehlende Befähigung (§ 630h Abs. 4 BGB):

War das Personal für die durchgeführte Pflegemaßnahme nicht ausreichend qualifiziert, wird vermutet, dass gerade die mangelnde fachliche Eignung ursächlich für den Schaden war. Das wäre dann der Fall, wenn die nicht befähigte Pflegefachperson das Dekubitusrisiko mittels Waterlow-Skala



Geltendes Recht: Geschädigte sind in der Beweispflicht.

ermittelt hätte. Dann kann das Gericht erst einmal davon ausgehen, dass der Fehler bei der Pflegeeinrichtung liegt, denn es hätte vorab eine Schulung für die Pflegefachperson zur Waterlow-Skala stattfinden müssen. Die Pflegeeinrichtung kann darstellen, dass die Ermittlung des Dekubitusrisikos dennoch richtig gewesen ist – ist dies aber am Ende des Verfahrens zweifelhaft, dann muss das Gericht den Pflegefehler annehmen.

Grober Fehler (§ 630h Abs. 5 BGB):

Liegt ein grober Pflegefehler vor – also ein objektiv nicht mehr verständlicher Verstoß gegen pflegerische Standards – wird vermutet, dass dieser kausal für den Gesundheitsschaden war. Spinnt man also den gerade genannten Fall weiter und stellt fest, dass bei einem offensichtlichen Dekubitusrisiko der Mensch mit Pflegebedarf über einige Tage nicht bewegt wird, dann wird nicht nur der Pflegefehler vermutet, sondern kausal auch der zwischenzeitlich eingetretene Gesundheitsschaden, der mittels eines großflächigen Wunddebridement mit VAC-Anlage unter ITN behandelt werden muss. Kommt es unter der Narkose zu einer Komplikation, dann wird vermutet, dass diese Komplikation auf den Pflegefehler der mangelnden Dekubitusprophylaxe zurückzuführen ist. Ein Beweis, den der Patient typischerweise nicht führen könnte, denn die Komplikationen bei Operationen und Anästhesien sind bekanntlich nie ganz auszuschließen. Dieses Problem wird nun der Pflegeeinrichtung aufgebürdet und diese muss den Gegenbeweis führen – was ihr typischerweise nicht gelingen wird.

Unterlassene Befunderhebung (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB):

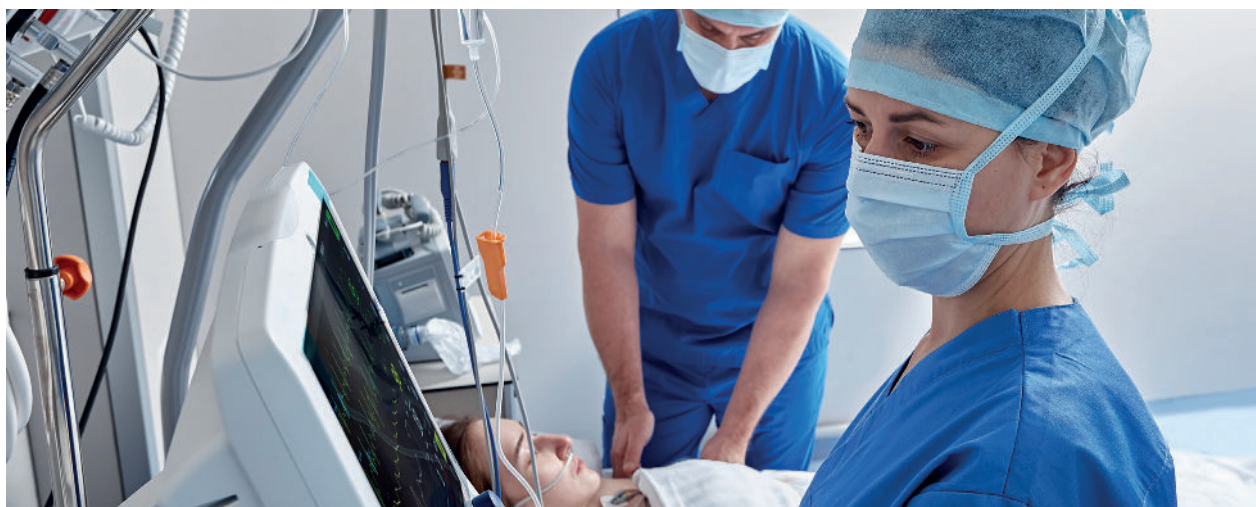
Die Pflegefachperson schätzt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch das Dekubitusrisiko des Menschen mit Pflegebedarfs ein (Befunderhebung). Aufgrund einer Personalunterbesetzung wird dies nun unterlassen. Die Folge dieser mangelnden Befunderhebung ist, dass Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht durchgeführt werden und ein Dekubitus Stadium II entsteht. Nun wird eine Kausalitätsvermutung zugunsten der Person mit Pflegebedarf angenommen – wenn das Unterlassen des Assessments zum Dekubitusrisiko dazu führt, dass eine Maßnahme nicht durchgeführt wird, weil man die Behandlungsbedürftigkeit wegen des fehlenden Befundes nicht erkannt hat. Kommt der Sachverständige dazu, dass das Unterlassen der Dekubitusprophylaxe bei vorliegender Indikation nicht durchgeführt wurde und somit grob fehlerhaft gewesen wäre, so hat dies Einfluss auf die Beweislast. Die Person mit Pflegebedarf ist dann wieder in der Situation, dass sie nicht beweisen muss, dass ein Wunddebridement auf dem Fehler der Pflegefachperson oder der Pflegeeinrichtung basiert. Wenn die Befunderhebung durch eine mangelnde Organisation nicht erfolgt, dann liegen beide Arten der Beweiserleichterung vor.

Anscheinsbeweis (nicht im BGB geregelt):

Zuletzt kann sich der Mensch mit Pflegebedarf auch zur Beweiserleichterung auf den Anscheinsbeweis berufen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Beweislastumkehr,

sondern es wird lediglich auf Grund eines typischen Sachverhaltes vermutet, dass sich der Sachverhalt so darstellt, wie dies üblich ist. Der Mensch mit Pflegebedarf wurde nicht bewegt. In der Folge ist ein Dekubitus entstanden. Der Anscheinsbeweis erlaubt es, bei typischen Geschehensabläufen (z. B. nicht bewegen) aufgrund allgemeiner Erfahrungssätze von einer feststehenden Ursache (Druck x Zeit) auf einen bestimmten Erfolg (Dekubitus ist entstanden) oder umgekehrt zu schließen. Dabei werden im konkreten Einzelfall die Ursache bzw. das Verschulden gerade nicht konkret festgestellt, sondern diese Feststellung wird durch Erfahrungssätze ersetzt. Es kommt also darauf an, dass typischerweise ein äußeres Bild (das der Mensch mit Pflegebedarf beweisen muss) aus der Erfahrung einen Fehler typischerweise annehmen kann. Tritt also beim immobilen Menschen mit Pflegebedarf ein Dekubitus wegen nicht Bewegens auf, dann kann das Gericht – weil dieser Zusammenhang typisch ist – von einem Pflegefehler ausgehen. Die in Anspruch genommene Pflegefachperson oder Pflegeeinrichtung muss in diesen Fällen aber nicht das Gegenteil beweisen, es reicht aus, dass alleine dargestellt war (und das ist etwas anderes als beweisen), dass der Sachverhalt eben nicht typisch war (der Mensch mit Pflegebedarf hat die Lagerungen verweigert). Dann entfällt der Anscheinsbeweis.

Im Haftungsprozess in der Pflege – ist es nicht ungewöhnlich, dass mehrere Beweiserleichterungen nach § 630h BGB gleichzeitig relevant werden. Dabei können verschiedene Beweiserleichterungen in einem Verfahren kumulativ zur Anwendung kommen, da sie



Wichtig: lückenlose Dokumentation.

unterschiedliche Aspekte betreffen. Nehmen wir ein Beispiel: Ein Bewohner mit Pflegegrad 5 in der Langzeitpflege entwickelt innerhalb weniger Tage einen Dekubitus Stadium II am Kreuzbein. Die Pflegedokumentation ist lückenhaft: Weder Lagerungen noch Hautinspektionen oder Risikoeinschätzungen sind regelmäßig dokumentiert. Die Pflegemaßnahmen wurden weitgehend von einer Pflegehilfskraft erbracht, deren Befähigung zur Durchführung von Dekubitusprophylaxen nicht nachgewiesen ist und in der Pflegeeinrichtung ist keine Verfahrensweisung definiert, wann und mit welchem Assessmentinstrument eine Dekubitusrisikoeinschätzung vorzunehmen ist. Hier muss die Pflegeeinrichtung widerlegen, dass ein Fehler vorliegt, denn es greifen zu Gunsten des Menschen mit Pflegebedarfs gleich mehrere Beweislastumkehrungen:

Hier liegt wegen der mangelnden Verfahrensweisungen ein Organisationsfehler vor. Es wird deswegen vermutet, dass ein Pflegefehler vorliegt. Ein solcher wird auch deswegen vermutet, weil die eingesetzte Pflegehilfskraft keine befähigte Person gewesen ist. Hinzu kommt aufgrund der mangelnden Dokumentation eine Beweiserleichterung. Hier wäre der Schaden vollständig von der Pflegeeinrichtung zu verantworten.

Zusammenfassend gilt: Pflegefehler sind trotz aller Sorgfalt nicht immer gänzlich auszuschließen. Hier ist eine Haftung sachgerecht. Aus diesem Grund sind alle Pflegekräfte durch den Arbeitgeber pflichtversichert und von einer Haftung – außer bei größten Fehlern und vorsätzlichem Handeln, freigestellt. Ärgerlich ist aber, wenn auf Grund von

Dokumentationsmängeln oder einer schlechten Pflegeorganisation, es zu einer Haftung kommt, obwohl die Pflegefachperson alles richtig gemacht hat, aber man dies nun nicht beweisen kann.

Daher gilt:

Die Expertenstandards sind einzuhalten. Sie stellen den aktuellen Stand der Pflegeforschung und Pflegewissenschaft dar. Eine unbegründete Abweichung hiervon wird als Sorgfaltspflichtverletzung gewertet und kann eine Haftung auslösen. Gleiches gilt für die personelle und materielle Ausstattung. Die Personalschlüssel nach § 113c SGB XI oder PPR 2.0 sowie Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V und die Vorschriften des Medizinprodukterechtes müssen eingehalten werden.

Die Dokumentation muss ausreichend und zweckmäßig sein und ist Bestandteil der vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 Pflegeberufegesetz. Bedeutet, nur Pflegefachpersonen dürfen die Pflegedokumentation führen. Im Pflegebericht werden Abweichungen vom Pflegeplan, Auffälligkeiten, Pflegeerfolge, Misserfolge und Reaktionen – nach dem Schema Vorfall – Handlung – Ergebnis dokumentiert. Wichtig sind klare Beschreibungen, die Entwicklungen nachvollziehbar machen. Ob der Mensch mit Pflegebedarf gut geschlafen hat ist nur dann interessant, wenn mit anderem zu rechnen wäre, z. B. weil er über Schmerzen geklagt hat und am Schlafen dadurch gehindert wurde. Die Einhaltung der Expertenstandards muss sich aus der Dokumentation ergeben. Seitens

der Führungskräfte sollte hier regelmäßig geprüft werden, z. B. durch eine Pflegevisite, dass diese vorbehaltenen Tätigkeiten korrekt durchgeführt werden. Wer selbst Missstände in der Pflegeeinrichtung feststellt, der sollte diese – ggf. mittels einer Überlastungsanzeige gegenüber seinem Vorgesetzten anzeigen. Dabei gilt, dass der Missstand deutlich zu benennen ist.



Mehr zum Thema:
www.bfd.de/pflegerecht

Wissens-Vorsprung



Müller/Schabbeck
Praxishandbuch Pflegerecht

2., neu bearbeitete Auflage 2025, XXI,
394 Seiten, kartoniert

ISBN 978-3-98800-174-0
medhochzwei Verlag

59,00 Euro