

Healthcare Hospital & Law

Das eJournal für Recht in der Praxis

Inhalt

- » Bedeutende Änderungen und Schaffung anderer Gesundheitsgesetze im Rahmen des GVWG
- » Zur Haftung eines Krankenhauses für grobe Fehler einer Pflegekraft
- » Der Landshuter Vertuschungsfall – Mordversuch oder unterlassene Hilfeleistung?
- » Die ärztliche Dokumentationspflicht
- » Neues aus der Rechtsprechung
- » Praxisfrage: Müssen STK-Fristen kalendergenau eingehalten werden?

Herausgeber

Prof. Hans Böhme
Prof. Dr. Bernd Halbe
Dr. Hartmut Münzel

Ständige Autorenschaft

Prof. Dr. Dr. Reinhold Altendorfer
Ernst Burger
Till Flachsbarth
Michael Grübnau-Rieken
Christoph Heppekausen
Henrike Korn
Philipp Pürner

Thorsten Siefarth
Dr. Frank Stollmann
Leon Steinbacher
Ulrich Trefz
Prof. Dr. Thomas Weiß
Dr. Matthias Wiemers

Lockdowns und Verbot von Präsenzunterricht in der Pandemie waren verfassungsgemäß

Mit Beschluss vom 19.11.2021 hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts in mehreren Hauptsacheverfahren Verfassungsbeschwerden zurückgewiesen, die sich unter anderem gegen die durch das *Vierte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* vom 22.04.2021 in § 28b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 IfSG für einen Zeitraum von gut zwei Monaten eingefügten bußgeldbewehrten Ausgangsbeschränkungen sowie bußgeldbewehrten Kontaktbeschränkungen nach § 28b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 IfSG zur Eindämmung der Corona-Pandemie richteten¹ (vgl. Einzelheiten in „Rechtsprechung aktuell“ in dieser Ausgabe).

Mit Beschluss vom 19.11.2021 hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts überdies mehrere Verfassungsbeschwerden zurückgewiesen, die sich gegen das vollständige oder teilweise Verbot von Präsenzunterricht an allgemeinbildenden Schulen zum Infektionsschutz („Schulschließungen“) nach der vom 22.04. bis zum 30.06.2021 geltenden „Bundesnotbremse“ richten².

Der Altbundespräsident Joachim Gauck sagte in einem Interview zu Recht sinngemäß: „*Freiheit ist nicht grenzenlos, echte Freiheit ist verbunden mit sozialer Verantwortung.*“ Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts waren zu erwarten und sind zu Recht mit diesem Ergebnis ergangen.

Ausgabe 1/2022 beginnt erneut mit „Aktuelles aus Gesundheitspolitik und Gesundheitsrecht“, insbesondere werden Aussagen aus dem Koalitionsvertrag 2021 zu Gesundheit und Pflege und Neuerungen, die ab 01.01.2022 gelten, vorgestellt.

Aktuelle Beiträge erfolgen von **Prof. Hans Böhme** zum Thema „*Bedeutende Änderungen und Schaffung anderer Gesundheitsgesetze im Rahmen des GVWG*“, **Prof. Dr. Thomas Weiß** zum Thema „*Zur Haftung eines Krankenhauses für grobe Fehler einer Pflegekraft – Das Urteil des OLG München vom 06.08.2020 – 24 U 1360/19*“, **Leon Steinbacher** zum Thema „*Der Landshuter Ver-*

tuschungsfall – Mordversuch oder unterlassene Hilfeleistung“ und **Michael Grünau-Rieken** zum Thema, „*Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht in Patientenakten*“.

Anschließend folgt Rechtsprechung aktuell mit 46 neuen Urteilen. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind erneut einige grundlegende Entscheidungen ergangen.

So hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass kein Vergütungsanspruch wegen Annahmeverzug bei coronabedingter Betriebsschließung besteht und Kurzarbeit Null den Urlaubsanspruch verringert. Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass Werbung mit Fernbehandlungen nur unter den Voraussetzungen des § 9 S. 2 HWG erlaubt ist, dass bei einer Pflegevereinbarung mit Immobilienübertragung unter Geschwistern ein dauerhaftes, gegenseitiges Vertrauen Geschäftsgrundlage ist und privat Krankenversicherte, die aufgrund einer unwirksamen Prämienhöhung zu hohe Beiträge gezahlt haben, nur in einem Dreijahreszeitraum Geld zurückfordern können. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass eine Entschädigungszahlung wegen überlanger Gerichtsverfahrensdauer kein Einkommen im Sinne des SGB II ist und der Weg vom Bett ins Homeoffice gesetzlich als Arbeitsunfall versichert ist. Schließlich hat das Bundesverwaltungsgericht zur Aufnahme eines Fachkrankenhauses in den Krankenhausplan bei Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen entschieden.

Nach mehreren Buchbesprechungen wird abschließend die Praxisfrage „*Müssen STK-Fristen kalendergenau eingehalten werden?*“ beantwortet.

Nach 4 Ausgaben im Jahre 2021 werden nunmehr in 6 Ausgaben in diesem Jahr hochaktuelle Beiträge für die Verantwortlichen und Berater als wichtige Handlungshilfen veröffentlicht.

Prof. Hans Böhme
Prof. Dr. Bernd Halbe
Dr. Hartmut Münzel

1 BVerfG, Beschl. v. 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, 1 BvR 889/21, 1 BvR 860/21, 1 BvR 854/21, 1 BvR 820/21, 1 BvR 805/21, 1 BvR 798/21.

2 BVerfG, Beschl. v. 19. November 2021 – 1 BvR 971/21, 1 BvR 1069/21.

INHALT

1 » Editorial

Beitrag

Hans Böhme

3 » Aktuelles

Beitrag

Hans Böhme

5 » Bedeutende Änderungen und Schaffung anderer Gesundheitsgesetze im Rahmen des GVWG

Bundespflegesatzverordnung | Datentransparenzverordnung | DRK-Gesetz | Ergotherapeutengesetz, | Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland | Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende. | Gesundheitsausgaben- und personalstatistikgesetz | Krankenhausentgeltgesetz, | Krankenhausfinanzierungsgesetz | Krankenversicherung der Landwirte | Logopädengesetz | Masseur- und Physiotherapeutengesetz | Pflegeberufegesetz | Risikostruktur-Ausgleichsverordnung | Schiedsstellenverordnung | Transplantationsgesetz | Versicherungsvertragsgesetz Zulassungsverordnung für Vertragsärzte | Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Beitrag

Thomas Weiß

12 » Zur Haftung eines Krankenhauses für grobe Fehler einer Pflegekraft

Arzthaftung | Behandlungsvertrag | Beweislastumkehr – EKG – Krankenhaushaftung | Organisationsverschulden | Pflegekraftshaftung

Beitrag

Leon Steinbacher

17 » Der Landshuter Vertuschungsfall – Mordversuch oder unterlassene Hilfeleistung?

Garantenstellung | Infektionsschutzgesetz | Körperverletzung | Medikamentenverwechslung | Mord(versuch) | Palliativversorgung | Patientenverfügung | Pflegefehler | Pflegestrafrecht | Sterbehilfe | Tötung | Unterlassene Hilfeleistung | Unterlassungshandlungen

Beitrag

Michael Grünau-Rieken

21 » Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht in Patientenakten

Ärztliche Berufsordnung | Arzthaftung | Arztvertrag | Behandlungsvertrag | Beweiserleichterung | Beweissicherung | Datenschutz | DSGVO – Dokumentation | Einsichtsrecht | informationelle Selbstbestimmung | Krankenhausbehandlungsvertrag | MBO | Patientenakte | Patientenrechtgesetz | Persönlichkeitsrecht | Schweigerecht

Beitrag

Hans Böhme

25 » Neues aus der Rechtsprechung

Buchbesprechung

31 » Buchbesprechung Ulsenheimer/Gaede, Arztstrafrecht in der Praxis in 6. Auflage

Buchbesprechung

32 » Buchbesprechung Kremer/Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren von Kremer/Wittmann, 4. Auflage

Buchbesprechung

33 » Buchbesprechung Janda, Pflegerecht in 2. Auflage

Buchbesprechung

34 » Buchbesprechung Market Access im Gesundheitswesen – Hürden und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung

Praxisfrage

Hans Böhme

35 » Praxisfrage: Müssen STK-Fristen kalendergenau eingehalten werden?

37 » Impressum

Aktuelles

Der Koalitionsvertrag 2021 der Ampelkoalition zu Gesundheit und Pflege

Im Koalitionsvertrag 2021 der Ampel-Koalition¹ sind unter IV. mit dem Titel „Pflege und Gesundheit“ auf den Seiten 80–87 die gesundheitspolitischen Ziele in 10 Untertiteln ausformuliert:

- Pflege
- Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Gesundheitsförderung
- ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung
- Krankenhausplanung und -finanzierung
- Rechte von Patientinnen und Patienten
- Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen
- Drogenpolitik
- Gesundheitsfinanzierung

Unter dem Titel „Pflege und Gesundheit“ wird von der Ampelkoalition als Hauptziel formuliert:

„Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat. Wir sorgen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und eine menschliche und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege. Wir verbessern die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte. Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran. Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege.“

Der Untertitel *Pflege* ist umfangreich ausformuliert und wird in einem Beitrag von Rechtsanwältin Dr. Wiemers aus Berlin in HHL 2/22 ausführlich kommentiert. Es ist einiges geplant, wie ein Abschnitt aus diesem Untertitel zeigt:

„Wir bringen ein allgemeines Heilberufegesetz auf den Weg und entwickeln das elektronische Gesundheitsberuferegister weiter. Wir machen Schmerzmittel im Betäubungsmittelgesetz für Gesundheitsberufe delegationsfähig. Wir bringen ein Modellprojekt zum Direktzugang für therapeutische Berufe auf den Weg.“

Im Untertitel *Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege* wird unter anderem ausgeführt:

„Wir implementieren die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie in Fort- und Weiterentwicklung.“

Im Untertitel *Öffentlicher Gesundheitsdienst* wird unter anderem ausgeführt, dass ein Gesundheitssicherstellungsgesetz zur effizienten und dezentralen Bevorratung von Arzneimitteln- und Medizinprodukten und zur Regelung regelmäßiger Ernstfallübungen für das Personal für Gesundheitskrisen geplant ist.

Unter dem Untertitel *Digitalisierung im Gesundheitswesen* ist zuvorderst ausgeführt:

„In einer regelmäßig fortgeschriebenen Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen und in der Pflege legen wir einen besonderen Fokus auf die Lösung von Versorgungsproblemen und die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer. In der Pflege werden wir die Digitalisierung u. a. zur Entlastung bei der Dokumentation, zur Förderung sozialer Teilhabe und für therapeutische Anwendungen nutzen. Wir ermöglichen regelmäßig telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.“

Unter dem Untertitel *ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung* sollen insbesondere Hindernisse in der Vergütung und Abgrenzung abgebaut werden, und zwar durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren.

Unter dem Untertitel *Krankenhausplanung und -finanzierung* ist Folgendes vorgesehen:

„Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“

¹ Abgerufen im Internet am 14.12.2021 unter Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (bundesregierung.de).

Unter dem Untertitel *Rechte von Patientinnen und Patienten* wird unter anderem die Unabhängige Patientenberatung in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen überführt und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll modernisiert und reformiert werden (mehr Sachverstand außerhalb von Recht und Medizin). Bei Behandlungsfehlern soll die Stellung der Patientinnen und Patienten im bestehenden Haftungssystem gestärkt und ein Härtefallfonds mit gedeckelten Ansprüchen eingeführt werden.

Unter dem Untertitel *Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen* wird ausgeführt, dass insbesondere Maßnahmen ergriffen werden sollen, um die Herstellung von Arzneimitteln inklusive der Wirk- und Hilfsstoffproduktion nach Deutschland oder in die EU zurück zu verlagern.

Unter dem Untertitel *Drogenpolitik* wird die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften eingeführt.

Schließlich bekennt sich unter dem Untertitel *Gesundheitsfinanzierung* die Ampelkoalition zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Was ist in Gesundheit und Pflege zum Januar 2022 neu geregelt?

Zum Anfang des Jahres 2022 werden in Gesundheit und Pflege etliche Änderungen in Kraft treten.

1. Bundesweit können Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheker das E-Rezept nutzen, sofern deren Systeme die technischen Voraussetzungen erfüllen. Wenn die technischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, erhalten die Patienten vorläufig das bisherige Papierrezept.
2. Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegever-

sicherung bei der Versorgung im Pflegeheim einen Zuschlag zu dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag, der mit der Dauer der Pflege steigt: Im ersten Jahr trägt die Pflegekasse 5 % des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 %, im dritten Jahr 45 % und danach 70 %.

3. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung wird ein Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro pro Jahr eingeführt.
4. Der Beitragszuschlag für Kinderlose steigt um 0,1 Prozentpunkte.
5. Der pandemiebedingte Schutzschirm wird bis Ende 2022 verlängert. Das betrifft z. B. Regelungen zur Erstattung pandemiebedingter Mehrausgaben und Mindereinnahmen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag und die Möglichkeit für Pflegegeldempfänger, den Beratungsbesuch telefonisch, digital oder per Videokonferenz abzurufen.
6. Die pandemiebedingte Sonderregelung für Kinderkrankengeld wird verlängert: Das Kinderkrankengeld kann auch 2022 je versichertem Kind grundsätzlich für 30 statt 10 Tage (bei Alleinerziehenden 60 statt 20 Tage) in Anspruch genommen werden.
7. Der ergänzende Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung steigt auf 14 Milliarden Euro. Damit kann der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der GKV 2022 stabil bleiben.
8. Für die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) gelten erstmals bundesweit einheitliche Regelungen.

Prof. Hans Böhme

Bedeutende Änderungen und Schaffung anderer Gesundheitsgesetze im Rahmen des GVWG

Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021 ist am 19.07.2021 im Bundesgesetzblatt verkündet worden, also in wesentlichen Teilen seit 20.07. in Kraft. Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung als Kernstück der Neuregelung und neben der Gesetzlichen Pflegeversicherung als zweites Kernstück des GVWG sind zahlreiche andere Gesundheitsgesetze geändert und geschaffen worden, was in diesem Beitrag dargestellt wird.

Bundespflegesatzverordnung | Datentransparenzverordnung | DRK-Gesetz | Ergotherapeutengesetz, | Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland | Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende. | Gesundheitsausgaben- und personalstatistikgesetz | Krankenhausentgeltgesetz, | Krankenhausfinanzierungsgesetz | Krankenversicherung der Landwirte | Logopädiegesetz | Masseur- und Physiotherapeutengesetz | Pflegeberufegesetz | Risikostruktur-Ausgleichsverordnung | Schiedsstellenverordnung | Transplantationsgesetz | Versicherungsvertragsgesetz Zulassungsverordnung für Vertragsärzte | Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Gesundheit im Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD auf Bundesebene vom 12.03.2018¹ ist der Abschnitt VII enthalten, der überschrieben ist mit „Soziale Sicherheit gerecht und verlässlich gestalten“. Ein Unterabschnitt behandelt „Gesundheit und Pflege“ auf den Seiten 95 bis 102. Auf S. 95 mit Randzeichen 4416 bis 4414 ist einleitend Folgendes ausgeführt:

„Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen müssen auf die Solidarität der Gesellschaft vertrauen können. Wir werden sicherstellen, dass alle auch zukünftig eine gute, flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung von Beginn bis zum Ende ihres Lebens erhalten, unabhängig von ihrem Einkommen und Wohnort. Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen. Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten.“

1 „Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“, Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, im Internet abgerufen am 28.11.2021 unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>.

Änderungen und Schaffen anderer Gesundheitsgesetze

In Artikel 1 bis 15e GVWG werden 21 Gesetze geändert. Die meisten Änderungen betreffen in Artikel 1 das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – mit 74 Änderungen auf 35 Seiten.² An zweiter Stelle kommt in den Artikeln 2 und 2 a GVWG das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Pflegeversicherung – mit 42 Änderungen auf 13 Seiten.³ In den Artikeln 3 bis 16 GVWG werden 18 weitere Gesetze neugefasst, was Gegenstand dieses Beitrages ist.

Welche weiteren Gesetze wurden geändert bzw. geschaffen?

In einem Überblick werden zunächst die Inhalte der weiteren Artikel des GVWG dargestellt.

- Artikel 3 ändert das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
- Artikel 4 ändert das Versicherungsvertragsgesetz,
- Artikel 5 ändert das Krankenhausfinanzierungsgesetz,
- Artikel 6 ändert das Krankenhausentgeltgesetz,
- Artikel 7 ändert das Ergotherapeutengesetz,
- Artikel 8 ändert das Gesetz über den Beruf der Logopäden,

2 Dazu ausführlich Böhme, Die Reform der Krankenversicherung 2021 als Kernstück des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes, in: Healthcare & Hospital Law 3.2021, 88–91.

3 Dazu ausführlich Böhme, Pflegereform 2021 als zweites Kernstück des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes, in: Healthcare & Hospital Law 4.2021, 123–126.

- Artikel 9 ändert das Masseur- und Physiotherapeuten-gesetz,
- Artikel 9a ändert das Pflegeberufegesetz,
- Artikel 10 ändert das Gesetz zur Stärkung der Ent-scheidungsbereitschaft bei der Organspende,
- Artikel 11 ändert die Risikostruktur-Ausgleichsverord-nung,
- Artikel 12 ändert die Zulassungsverordnung für Ver-tragsärzte,
- Artikel 13 ändert die Zulassungsverordnung für Ver-tragszahnärzte,
- Artikel 14 ändert die Bundespflegegesetzverordnung,
- Artikel 15 schafft das Gesundheitsausgaben- und per-sonalstatistikgesetz,
- Artikel 15a ändert die Datentransparenzverordnung,
- Artikel 15b schafft das Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland,
- Artikel 15c ändert die Schiedsstellenverordnung,
- Artikel 15d ändert das Transplantationsgesetz und
- Artikel 16 ändert das DRK-Gesetz.

Art. 3 GVWG: Änderung des Gesetzes über die Kranken-versicherung der Landwirte

§ 39 Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Kranken-versicherung der Landwirte vom 20.12.1988⁴, das zuletzt durch Art. 14 des Gesetzes vom 12.06.2020 (BGBl. I S. 1248) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für die Bemessung der Beiträge aus dem Arbeitseinkom-men nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 gilt § 240 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Regelungen der Satzung treten.“

Es handelt sich um die Folgeänderung zu § 226 Abs. 2 SGB V. In der Gesetzesbegründung ist dazu ausgeführt⁵:

„Auch das Verfahren zur Beitragsbemessung aus Arbeits-einkommen der pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und mitarbeitenden Familienangehörigen ist bislang nicht geregelt. Aus Gründen der Gleichbehandlung wird das Beitragsverfahren freiwillig Versicherter in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung auch für das Arbeitseinkommen der pflichtversicherten landwirtschaftli-chen Unternehmer und mitarbeitenden Familienangehöri-gen entsprechend angewendet.“

Art. 4 GVWG: Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 192 Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vom 23.11.2007⁶, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10.07.2020⁷ geändert worden ist, werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungs-aufsichtsgesetzes der Versicherer die aus dem Versiche-rungsverhältnis geschuldete Leistung an den Leistungser-bringer oder den Versicherungsnehmer erbringt, wird er von seiner Leistungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer frei. Der Versicherer kann im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes nicht mit einer ihm aus der Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung zustehenden Prämienforderung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus die-sen Versicherungen aufrechnen. § 35 ist nicht anwendbar.“

§ 35 VVG regelt das Aufrechnungsrecht des Versicherers im Falle von Prämienrückstand mit Geldleistungen aus der Versicherung. Die Neuregelungen sieht die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung im Notlagentarif und die Einführung eines Aufrechnungsverbots des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Ver-sicherungsnehmers im Notlagen- und Basistarif vor.

Hierzu wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt⁸: *„Hierdurch werden die Rahmenbedingungen für die medizi-nische Versorgung von im Notlagen- und Basistarif Ver-sicherten verbessert, indem das Forderungsausfallrisiko für den Leistungserbringer reduziert und die Akzeptanz, Pri-vatversicherte in diesen Tarifen zu behandeln, erhöht wird.“*

Art. 5 GVWG: Änderung des Krankenhausfinanzierungs-gesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991⁹, das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 18.11.2020¹⁰ geändert worden ist, wird insoweit geändert, dass:

1. in § 8 Abs. 1b KHG die Wörter „oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschlüsse nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden“ gestrichen werden,
2. in § 17b Abs. 1 S. 10 zweiter Halbsatz KHG bzw. in § 18 Abs. 4 S. 1 KHG nach dem Wort „schriftlicher“ bzw. „schriftlich“ die Wörter „oder elektronischer“ bzw. „oder

4 BGBl. I S. 2477, 2557.

5 BT-Drucksache 19/26822, S. 116.

6 BGBl. I S. 2631.

7 BGBl. I S. 1653.

8 BT-Drucksache 19/26822, S. 116.

9 BGBl. I S.886.

10 BGBl. I S. 2397.

elektronisch“ eingefügt werden und in § 17b Absatz 1a die Nummer 3 KHG aufgehoben wird.

3. in § 17d Absatz 9 wird in Satz 1 nach „Nr. 1 Buchstabe a“ die Angabe „und e“ eingefügt und Satz 2 aufgehoben.

Bei der Streichung der Wörter in § 8 Abs. 1b KHG „handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrags an den G-BA, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen“¹¹. Deshalb wurde auch in § 17b Abs. 1a die Nummer 3 KHG aufgehoben.

Mit der Erweiterung auf „elektronisch“ in § 17b Abs. 1 S. 10 zweiter Halbsatz und in § 18 Abs. 4 S. 1 KHG wird eine technikoffene Formulierung sichergestellt und „die Option eines elektronischen Antrags zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt“¹².

Mit der Aufnahme von Buchstabe e aus § 21 Abs. 2 Nr. 1 Krankenhausentgeltleistungsgesetz (KHEntG) wird dem Rechnung getragen, dass die Psychiatrie-Personalverordnung zum 1.01.2020 durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21.07.2012¹³, das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19.12.2016¹⁴ geändert worden ist, aufgehoben worden ist. Anstelle dessen ist „die Zahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Zahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln“¹⁵.

Art. 6 GVWG: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHG) vom 23. April 2002¹⁶, das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 18.11.2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, wird in einigen Punkten geändert.

So wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung um die Option einer elektronischen Alternative ergänzt.

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10.12.2015¹⁷ den Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHG eingeführt und die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, insbesondere auch eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Seit 2019 können Krankenhäuser den Zuschlag nur noch vereinbaren, wenn sie eine indikationsbasierte Sektionsrate von 12,5 % erfüllen. Um die klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken,

soll künftig eine größere Anzahl an Krankenhäusern die klinischen Sektionen, die zum Zweck der Qualitätssicherung durchgeführt wurden, über den Zuschlag nach § 5 Abs. 3b refinanzieren können. Demzufolge ist nunmehr § 5 Abs. 3b KHG ein Satz angefügt:

„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind die für den Vereinbarungszeitraum vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.“

In der Gesetzesbegründung steht dazu¹⁸:

„Dies gewährleistet eine regelmäßige Anpassung der gewährten Zuschläge an die durch das InEK kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion. Die durch das InEK kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion werden jährlich für das Folgejahr von den Vertragsparteien auf Bundesebene veröffentlicht und können von den Vertragsparteien nach § 11 eingesehen werden.“

§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHG legt nunmehr Folgendes fest:

„bis zum ... [Datum einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie für die Qualitätssicherung erforderliche Mindestanforderungen fest und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist mit der jährlichen Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion zu beauftragen, wobei die für die Kalkulation entstehenden Kosten aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren sind;“

§ 8 Abs. 4 S. 2 KHEntG ist wie folgt gefasst:

„Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird.“

Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich folgender Hinweis¹⁹:

„Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Streichung der Ausnahmetatbestände in § 136b Absatz 3 und 5 SGB V sowie der Aufhebung der Regelungen zu

11 BT-Drucksache 19/26822, S. 117.

12 BT-Drucksache 19/26822, S. 117.

13 BGBl. I S. 1613.

14 BGBl. I S. 2986.

15 BT-Drucksache 19/26822, S. 117.

16 BGBl. I S. 1412, 1422.

17 BGBl. I S. 2229.

18 BT-Drucksache 19/26822, S. 118.

19 BT-Drucksache 19/26822, S. 119.

qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V.“

Dem § 15 Abs. 3 KHEntG ist folgender Satz angefügt: „Die Sätze 1 und 2 sind auch auf erstmalig vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden.“ Damit wird einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts mit folgendem Leitsatz Rechnung getragen²⁰: „§ 15 Abs. 3 KHEntG ist auch auf erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntG [Vergütung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden] anwendbar.“ In der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass durch die Anwendung der Sätze 1 und 2 auch für erstmalig vereinbarte Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleich erfolgt, „wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden“²¹.

Art. 7 GVWG: Änderung des Ergotherapeutengesetzes

In § 10 S. 1 und 2 des Ergotherapeutengesetzes vom 25.05.1976²², das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24.02.2021²³ geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2026“ ersetzt. Die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen ist bis zum 31.12.2021 befristet. Mit der Änderung wird ihre Geltung bis Ende 2026 verlängert.

Art. 8 GVWG: Änderung des Gesetzes über den Beruf der Logopäden

In § 11 S. 1 und 2 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden vom 07.05.1980²⁴, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24.02.2021²⁵ geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2026“ ersetzt. Auch hier ist die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen bis Ende 2026 verlängert.

Art. 9 GVWG: Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

In § 19 S. 1 und 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 26.05.1994²⁶, das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24.02.2021²⁷ geändert worden ist, wird die Angabe „2021“ jeweils durch die Angabe „2026“ ersetzt. Auch hier ist die Modellklausel zur Erprobung akademischer Erstausbildungen bis Ende 2026 verlängert.

Art. 9a GVWG: Änderung des Pflegeberufgesetzes

Das Pflegeberufgesetz (PflBG) vom 17.07.2017²⁸, das zuletzt durch Artikel 13a des Gesetzes vom 24.02.2021²⁹ geändert worden ist, ist in § 14 hinsichtlich der Modellvorhaben neu gefasst: „Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c oder § 64d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“. An die Reform des SGB V wird im Rahmen des GVWG angeknüpft.³⁰ Die Bestimmung über Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung durch geeignete Pflegefachkräfte wurde bereits am 11.04.2017 eingeführt, jedoch mit dem Termin- und Versorgungsgesetz vom 06.05.2019 zum 11.05.2019 aufgehoben. Im Zusammenhang mit der Diskussion zur Aufwertung der Pflegefachberufe ist dieses Modellvorhaben jetzt wieder eingeführt³¹.

Art. 10 GVWG: Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende vom 16.03.2020³² wurde in einigen Punkten geändert.

In § 2a Transplantationsgesetz sind dem Absatz 1 nach Satz 3 folgende Sätze angefügt:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf die im Register gespeicherten personenbezogenen Daten zudem zum Zweck der Erstellung eines Jahresberichts verwenden. In dem Jahresbericht sind die im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihre Änderungen und Widerrufe in anonymisierter Form nach Anzahl, Geschlecht, Geburtsjahr und Bundesland, in dem die erklärende Person ihren Wohnsitz hat, auszuwerten. Der Jahresbericht ist jährlich bis zum 30. Juni zu veröffentlichen.“

Nach der Gesetzesbegründung ist es Ziel des Registers, neben der verlässlich auffindbaren Dokumentation von persönlichen Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, den nach § 2 Abs. 1 mit der Aufklärung über die Organ- und Gewebespende nach Landesrecht beauftragten Stellen, den Bundesbehörden, insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und den Krankenkassen belastbare Daten zu Art (Einwilligung, Widerspruch zur Organ- und Gewebespende oder Übertragung der Ent-

20 BVerwG, Urt. v. 05.12.2019 – 3 C 28.17.

21 BT-Drucksache 19/26822, S. 120.

22 BGBl. I S. 1246.

23 BGBl. I S. 274.

24 BGBl. I S. 529.

25 BGBl. I S. 274.

26 BGBl. I S. 1084.

27 BGBl. I S. 274.

28 BGBl. I S. 2581.

29 BGBl. I S. 274.

30 Vgl. Böhme, Die Reform der Krankenversicherung 2021 als Kernstück des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes, in: Healthcare & Hospital Law 3.2021, 90.

31 Vgl. auch Wiemers, Kompetenzen auf Probe – Zu neuen Modellvorhaben in der Pflege, in: Healthcare & Hospital Law 4.2021, 134–135.

32 BGBl. I S. 497.

28 BGBl. I S. 2581.

28 BGBl. I S. 2581.

scheidung über die Organ- und Gewebespende auf eine namentlich benannte Person) und Anzahl dieser Erklärungen, ihrer Änderungen und ihrer Widerrufe zu geben. Ausgewertet werden sollen die Erklärungen im Rahmen eines Jahresberichts im Hinblick auf das Geschlecht, das Alter sowie im Hinblick auf den Wohnsitz der erklärenden Person. Die Daten können Aufschluss darüber geben, ob und ggf. inwieweit Anpassungen der Aufklärungsarbeit erforderlich sein können. Die Auswertung dieser Daten veröffentlicht das BfArM in anonymisierter Form einmal jährlich jeweils zum 30.06. in geeigneter Weise³³.

Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe a sind folgende Sätze angehängt:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte darf das Pseudonym der Krankenversicherternummer ausschließlich zum Zweck der Vermeidung möglicher Fehlzuordnungen bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall verarbeiten. Das Verfahren zur Pseudonymisierung legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Benehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“

In der Regierungsbegründung steht dazu, dass mit der Ergänzung in Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe a das BfArM ermächtigt ist, neben den genannten personenbezogenen Daten auch den Dokortitel sowie ein Pseudonym der Krankenversicherternummer nach § 290 SGB V zu erheben und zu speichern. Der Dokortitel als Namenszusatz ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das Fehlzuordnungen von Einträgen bei Doppelung der übrigen genannten personenbezogenen Daten verhindern kann. Dies gilt insbesondere für solche Personen, die über keine Krankenversicherternummer verfügen. Auch die Erhebung und Speicherung eines Pseudonyms der Krankenversicherternummer von gesetzlich krankenversicherten Personen dient ausschließlich dem Zweck, mögliche Fehlzuordnungen bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall zu vermeiden. Die Krankenversicherternummer ist dabei vom BfArM in Form aus ihr abgeleiteter und nicht rückübersetzbarer kryptischer Zeichenketten (Hashwerte) datenschutzkonform zu pseudonymisieren und in dieser Form zu verarbeiten³⁴.

Art. 11 GVWG: Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Krankenkassen haben eine ungleiche Versichertenstruktur: Einige haben überdurchschnittlich viele gutverdienende und gesunde Versicherte, andere versichern überdurch-

schnittlich viele kranke Menschen und Beitragszahler mit niedrigem Einkommen. Seit 1994 gibt es einen Ausgleich dieser Risikounterschiede zwischen den Krankenkassen, den sogenannten *Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSA)*. Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird in den §§ 266 ff. SGB V sowie der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) geregelt. Mit Art. 11 GVWG werden die Zuweisungsverfahren beim Kinderkrankengeld und bei den Auslandsversicherten entsprechend der Empfehlungen der Folgegutachten angepasst, um Wettbewerbsverzerrungen im Risikostrukturausgleich zu beseitigen. So erfolgt beim Kinderkrankengeld ab dem Jahr 2021 ein vollständiger Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen, während bei den Auslandsversicherten ab dem Jahr 2023 eine Differenzierung der Zuweisungen nach dem jeweiligen Wohnstaat erfolgt.

Art. 12 und 13 GVWG: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

In den Artikeln 12 und 13 GVWG sind die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte insoweit geändert worden, dass Sitzungen im Regelfall zwar als Präsenzsitzungen bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchzuführen sind, davon aber in § 36 Absätze 3 und 4 der jeweiligen Verordnung unter bestimmten Voraussetzungen mittels Videotechnik abgewichen werden kann. Die Entscheidung über die Abweichung kann nur einstimmig getroffen werden.

Art. 14 GVWG: Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26.09.1994³⁵, die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23.10.2020³⁶ geändert worden ist, wird insbesondere durch Erweiterung auf „elektronisch“ geändert. In der Gesetzesbegründung wird hervorgehoben³⁷:

„Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Mitteilung um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Mitteilung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.“

Art. 15 GVWG: Das Gesundheitsausgaben- und personalstatistikgesetz

Artikel 15 GVWG enthält das Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen

³³ BT-Drucksache 19/26822, S. 122.

³⁴ BT-Drucksache 19/26822, S. 123.

³⁵ BGBl. I S. 2750.

³⁶ BGBl. I S. 2208.

³⁷ BT-Drucksache 19/26822, S. 129.

(Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG) mit neun Paragraphen. In der Gesetzesbegründung steht dazu³⁸:

„Für die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Personals im Gesundheitswesen sowie eines regionalen Gesundheitspersonalmonitorings schafft § 1 die Rechtsgrundlage, aufgrund der das Statistische Bundesamt die erforderlichen Angaben bei den Stellen, die über Daten zu diesen Sachverhalten verfügen, erheben und aufbereiten kann. § 1 setzt das regionale Gesundheitspersonalmonitoring als neue Bundesstatistik um, die über das Angebot und die Nachfrage des Personals in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens informieren soll. Die §§ 2 bis 5 regeln die Sachverhalte der jeweiligen Statistiken, die erforderlichen Datenquellen und die Periodizität. § 8 ermächtigt das BMG, nähere Bestimmungen zur Durchführung der Statistiken durch Rechtsverordnung zu regeln. Die zulässigen Datenübermittlungen werden in § 9 niedergelegt.“

Art. 15a GVWG: Änderung der Datentransparenzverordnung

In § 3 Abs. 1 Nr. 3a pp der Datentransparenzverordnung vom 19.06.2020³⁹ werden nach dem Wort „Rahmen“ die Wörter „von Modellvorhaben nach § 64e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt. Es handelt sich dabei um das neue Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen.

Art. 15b GVWG: Das Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

In Artikel 15b GVWG ist ein Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland aufgenommen, in dessen § 1 zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland ein Gütesiegel des Bundesgesundheitsministeriums verlangt wird. In § 2 ist die Herausgabe des Gütesiegels durch das Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) geregelt.

Art. 15c GVWG: Änderung der Schiedsstellenverordnung

Die Verordnung über die Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und die Arzneimittelabrechnung (Schiedsstellenverordnung – SchStV) vom 29.09.1994⁴⁰, die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 06.05.2019⁴¹ geändert worden ist, wurde redaktionell den Änderungen im SGB V angepasst.

Art. 15d GVWG: Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 04.09.2007⁴², das zuletzt durch Art. 15 Abs. 3 des Gesetzes vom 04.05.2021⁴³ geändert worden ist, ist unter anderem wie folgt geändert:

In § 7 Abs. 2 S. 1 TPG, wonach zur unverzüglichen Auskunft über die nach Abs. 1 erforderlichen Daten folgende Personen verpflichtet sind, ist die Nummer 2 nunmehr wie folgt gefasst:

„2. Ärzte und Transplantationsbeauftragte, die über den möglichen Organ- oder Gewebespender eine Auskunft aus dem Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende nach § 2a Absatz 4 oder Absatz 5 erhalten haben,“

Weiterhin ist folgender Satz angefügt:

„Die Auskunft nach Satz 1 Nummer 2 ist abweichend von Satz 2 in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, zu erteilen.“

Dem Absatz 3 ist folgender Satz angefügt:

„Die Auskunft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 darf abweichend von Satz 3 in Behandlungssituationen, in denen der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, von Ärzten, die den möglichen Organ- oder Gewebespender behandeln, eingeholt werden.“

Damit wird die Informationsmöglichkeit vor der Transplantation nachhaltig verbessert, denn die Auskunftspflichtigen werden insoweit nicht von der Todesfeststellung abhängig gemacht.

Dem § 9a Abs. 2 TPG Entnahmekrankenhäuser werden die folgenden Sätze angefügt:

„Verfügt ein Entnahmekrankenhaus nicht über Ärzte, die für die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einem Patienten qualifiziert sind, und ist es auch anderweitig nicht in der Lage, seine Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 1 zu erfüllen, vermittelt die Koordinierungsstelle nach § 11 auf Anfrage des Entnahme-

38 BT-Drucksache 19/26822 im Internet abgerufen am 28.11.2021 unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926822.pdf>.

39 BGBl. I S. 1371.

40 BGBl. I S. 2784.

41 BGBl. I S. 646.

42 BGBl. I S. 2206.

43 BGBl. I S. 882.

krankenhauses hierfür qualifizierte Ärzte. Die Koordinierungsstelle organisiert einen neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst (Rufbereitschaftsdienst), der sicherstellt, dass auf Anfrage eines Entnahmehospitals regional und flächendeckend jederzeit Ärzte, die für die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms qualifiziert sind, zur Verfügung stehen. Krankenhäuser mit neurochirurgischen oder neurologischen Fachabteilungen sowie neurochirurgische oder neurologische Medizinische Versorgungszentren und neurochirurgische oder neurologische Praxen beteiligen sich auf Anfrage der Koordinierungsstelle an dem Rufbereitschaftsdienst. Die Krankenhäuser, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen haben einen Anspruch auf einen angemessenen Ausgleich der Kosten, die ihnen dadurch entstehen, dass sie Ärzte für den Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung stellen. Die sich beteiligenden Ärzte haben Anspruch auf eine angemessene Vergütung einschließlich einer Einsatzpauschale.“

Folgerichtig ist § 9c TPG Neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst aufgehoben.

Art. 15e GVWG: Änderung des DRK-Gesetzes

Dem § 2 Abs. 4 des DRK-Gesetzes vom 05.12.2008⁴⁴, das zuletzt durch Artikel 11a des Gesetzes vom 15.11.2019⁴⁵ geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt: „Die Gestellung gilt nicht als Arbeitnehmerüberlassung im Sinne des § 40 Absatz 1 Nummer 2 des Aufenthaltsgesetzes.“

Zwischenzeitlich ist fraglich, ob die Personalgestellung nach § 4 Abs. 3 TVöD/TV-L nicht als Arbeitnehmerüberlassung anzusehen ist⁴⁶ und diese Rechtsunsicherheit bestand auch bei der Gestellung von Mitgliedern einer Schwesternschaft vom Deutschen Roten Kreuz. In § 2 Abs. 4 DRK-Gesetz ist deshalb geregelt, dass § 1 Abs. 1 S. 4 und Abs. 1b des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes nicht anwendbar ist. Es bedurfte somit auch hinsichtlich der Versagungsgründe nach § 40 des Gesetzes über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz – AufenthG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.02.2008⁴⁷, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 09.07.2021 geändert worden ist, einer Klarstellung.

44 BGBl. I S. 2346.

45 BGBl. I S. 1604.

46 BAG, Beschl. v. 16.06.2021 – 6 AZR 390/20 (A).

47 BGBl. I S. 162.

Prof. Hans Böhme

Assessor iur. und Soziologe
Honorarprofessor an der Ernst-
Abbe-Hochschule Jena
Wissenschaftlicher Berater des
Instituts für Gesundheitsrecht
und -politik
26419 Schortens-Upjever
Mail: info@boehme-igrp.de



Zur Haftung eines Krankenhauses für grobe Fehler einer Pflegekraft

Das Urteil des OLG München vom 06.08.2020 – 24 U 1360/19

In einer neueren Entscheidung hat sich das Oberlandesgericht (OLG) München mit einem Fall beschäftigt, der Anlass gibt, wieder einmal auf einige wesentliche Aspekte in der Zusammenarbeit von ärztlichem und pflegerischem Dienst sowie der Notwendigkeit klarer Anweisungen in einem Krankenhaus, der Optimierung von Strukturen und der Beweislastverteilung bei Schadenfällen zwischen Patienten und Behandlern hinzuweisen.

Arzthaftung | Behandlungsvertrag | Beweislastumkehr – EKG – Krankenhaushaftung | Organisationsverschulden | Pflegekrafthaftung

Der Fall

Eine Patientin wurde durch den Notarzt am Nachmittag des ersten Behandlungstages ins Krankenhaus gebracht. Sie litt u. a. unter einer hypertensiven Entgleisung mit einem Blutdruck von 230/100 mmHg und einer Herzfrequenz von 125/min. Durch die medizinischen Maßnahmen im Krankenhaus wurde eine allmähliche Absenkung des erhöhten Blutdrucks erreicht und auch die Herzfrequenz wurde verlangsamt.

Am nächsten Morgen wurde ein EKG angefertigt, das bei Auswertung/Befundung dazu hätte führen müssen, dass die Patientin weiterhin unter Monitorüberwachung auf der Intensivstation versorgt wurde.

Dieses EKG wurde jedoch nicht zur Patientenakte genommen und der zuständige Oberarzt kannte dieses EKG nicht bei seiner Visite an diesem Morgen und veranlasste nach weiteren diagnostischen Maßnahmen die Verlegung auf eine Normalstation. Dort wurde der Patientin ein Medikament verabreicht, was aufgrund der Erkenntnisse aus dem EKG ihr nicht hätte verabreicht werden dürfen. Nach einer Nacht auf der Normalstation erlitt die Patientin einen Herz-Kreislauf-Stillstand und eine Hirnschädigung.

Das EKG wurde ohne ärztliche Anordnung von einer Pflegekraft, die auf der Intensivstation tätig war, gefertigt. Die Pflegekraft legte dieses EKG dann aber nicht in die Behandlungsakte und es wurde auch kein Vermerk angefertigt, ebenso wenig wie in der Pflegekurve auf das EKG hingewiesen wurde.

Es gab eine interne Anweisung für die Intensivstationen, die zum Schutz der Patienten verlangte, dass von den Pflegekräften erfasste EKG-Befunde vorn in der Behandlungsakte einzulegen sind, sodass der behandelnde Arzt diesen Befund sogleich sehen kann. Außerdem bestand die Anweisung weitergehend darin, dass die Anfertigung eines

EKGs in der Behandlungsakte ausdrücklich vermerkt werden soll.

Im Gerichtsverfahren sah sich das Krankenhaus für die fehlerhafte Behandlung der Patientin nicht verantwortlich und das Landgericht Kempten sah in erster Instanz schon keinen ärztlichen Behandlungsfehler, ebenso wenig wie ein Organisationsverschulden des Krankenhauses. Es bewertete den Vorgang als Fehler einer Gehilfin. Als einen groben Fehler, der zur Beweislastumkehr zugunsten der Patientin hätte führen können, sah das Landgericht in dem Vorgang nicht und meinte, dass es sich um einen Fehler handelte, der in der klinischen Praxis vorkommen könne. Damit lehnte das Landgericht die Klage der Patientin auf Schadensersatz ab.

Das OLG München sah dies anders, hob das Urteil des Landgerichts auf und sprach der Patientin Schadensersatz zu.

Es sah zwar ebenso wie das Landgericht keinen Behandlungsfehler des Oberarztes, der aufgrund seiner Information, also ohne das EKG, die Entscheidung zur Verlegung auf die Normalstation fehlerfrei getroffen habe. Das Verhalten der Pflegekraft wurde jedoch als grober Fehler beurteilt und das OLG kommt zu dem Ergebnis, dass dadurch die Beweislastumkehr zu Gunsten der Patientin führt.

Aus den Leitsätzen

1. Schon eine bloße Mitverursachung reicht aus, um einen Ursachenzusammenhang zu bejahen.
2. Ein eindeutiger, fundamentaler Verstoß gegen eine interne Regelung der Klinik, die zum Schutz der Patienten eine zeitnahe ärztliche Befundung erhobener Befunde gewährleisten soll (hier: Unverzögliche Vorlage eines ohne ärztliche Anweisung geschriebenen EKGs in die Patientenakte), der einer Pflegekraft schlechter-

dings nicht unterlaufen darf, führt zur Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität.

3. Auf die zeitnah unterbliebene Vorlage des EKGs in die Patientenakte sind die Grundsätze über den Befunderhebungsfehler entsprechend heranzuziehen.

Die Regelung in § 630h BGB

Der Wortlaut des **§ 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler BGB** lautet:

„(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.“

§ 630h BGB ist durch das Patientenrechtegesetz in das BGB eingefügt worden und im Februar 2013 in Kraft getreten. Damit ist zwar keine vollständige Beweislastumkehr geregelt, doch ist die Beweislastumkehr in vier Fällen gegeben:

- Vollbeherrschbares Behandlungsrisiko (Abs. 1),
- Sonstiges Dokumentationsversagen (Abs. 3),
- fehlende fachliche Befähigung (Abs. 4),
- grober Behandlungsfehler (Abs. 5).

Gem. Abs. 2 trägt der Behandelnde die Beweislast für Aufklärung und Einwilligung und hat eine Pflicht, dem Patienten einen eigenen oder fremden Behandlungsfehler zu offenbaren. Soweit die Information durch den Behandelnden erfolgt, dem ein eigener Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf sie gem. § 630c Abs. 2 S. 3 zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren nur mit seiner Zustimmung verwendet werden. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass dem Behandelnden aus der Offenbarung eigener Fehler keine unmittelbaren strafrechtlichen Nachteile erwachsen.¹

Die Begründung des OLG München (auszugsweise und zusammengefasst)

Dem Oberarzt kann auf der Basis der ihm vorliegenden Informationen und aufgrund des klinischen Eindrucks von der Klägerin bei der Morgensvisite weder die Entscheidung zur Verlegung auf die Normalstation noch die Medikamentenverordnung vorgeworfen werden. Auch die Anordnung eines neuen EKGs war nicht geboten. Der Senat teilt auch die Auffassung des Landgerichts, dass ein Organisationsfehler des Krankenhauses nicht nachgewiesen ist.

Zwar muss der Organisationsverantwortliche Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung so organisieren, dass jede vermeidbare Gefährdung der Patienten ausgeschlossen ist. Dazu gehört, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus durch Einsatzpläne und Vertreterregelungen deutlich abgegrenzt sind. Daher ist auch eine Regelung erforderlich, die sicherstellt, dass vom nichtärztlichen Personal erhobene Befunde auch dem verantwortlichen Arzt zur Befundung vorgelegt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Befunderhebung medizinisch geboten war oder nicht. Den Arzt verpflichten nämlich auch die Ergebnisse solcher Untersuchungen zur Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die medizinisch nicht geboten waren, aber trotzdem – beispielsweise aus besonderer Vorsicht – veranlasst wurden. Folglich muss die Krankenhausorganisation dafür Sorge tragen, dass sichergestellt ist, dass auch ein ohne zwingend medizinische Indikation vom Krankenhauspersonal geschriebenes EKG von einem fachkundigen Arzt befundet wird.

Das Landgericht hat festgestellt, dass eine derartige, wenn auch nur mündliche, Regelung bestanden hat. Das nicht-ärztliche Personal war angewiesen, ein geschriebenes EKG obenauf zur Patientenakte zu geben und diese dem Arzt vorzulegen. Zusätzlich war die Anfertigung eines EKGs im Pflegebericht zu dokumentieren. Solche Regelungen sind üblich und da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass es

¹ So die Gesetzesbegründung, Bundestag-Drucks. 17/10488, S. 22.

insoweit bereits vorher zu Verstößen gegen diese mündliche Weisung gekommen wäre, kann ein Organisationsverschulden des Krankenhauses nicht nachgewiesen werden.

Es liegt jedoch ein Verstoß des nichtärztlichen Personals gegen diese mündlich erteilte Weisung vor.

Soweit von dem Krankenhaus die Möglichkeit benannt worden ist, dass ein Praktikant das EKG geschrieben haben könne, würde dies das Krankenhaus nicht entlasten. Ein Praktikant, der sich in einer Ausbildung (wie hier) zum Beruf des Rettungssanitäters befindet, muss während des Aufenthalts auf der Intensivstation vom dortigen (ärztlichen oder nichtärztlichen) Personal angeleitet werden. Würde ein Praktikant die o. g. Weisung missachten, wäre das wegen der mangelhaften Beaufsichtigung zugleich ein dem Krankenhaus zuzurechnender Fehler. Weil die Krankenschwester gegen die mündlich erteilte Weisung verstoßen hat, das noch nicht befundene EKG vorn in die Patientenakte zu legen und ebenso weisungswidrig keine Anfertigung des EKGs in der Patientenakte (auf der Pflegedokumentation) vermerkt hat, war dieses fahrlässige Handeln der Krankenschwester dem Krankenhaus zuzurechnen.

Für die Haftung reicht schon eine bloße Mitverursachung aus, um einen Ursachenzusammenhang zu bejahen. Im Gegensatz zur Ansicht des Landgerichts kommt der Klägerin hinsichtlich der Kausalität die inzwischen in § 630h Abs. 5 BGB kodifizierte Beweislastumkehr bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers in zweifacher Hinsicht zu Gute. Bei der Einstufung eines ärztlichen – oder hier pflegerischen – Fehlverhaltens als „grob“ handelt es sich um eine juristische Wertung, wobei diese Wertung in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen. Dabei ist der vom Sachverständigen und ihm folgend vom Landgericht in Vordergrund gestellte Umstand, dass solche Fehler vorkommen können, nicht maßgeblich. Das Fehler vorkommen (können) sagt nichts darüber aus, ob sie objektiv nicht mehr verständlich sind. Auch der vom Sachverständigen genannte Umstand, dass solche Fehler „meistens keine schlimmen Folgen haben“, ist für die Bewertung nicht ausschlaggebend, weil es nicht nur denkbar ist, dass ein solcher Fehler schlimme, lebensbedrohliche Konsequenzen hat, sondern dies im vorliegenden Fall auch geschehen ist.

Es wurde dem Oberarzt die Chance genommen, vor der Entscheidung das erhobene aktuelle EKG ärztlich zu befunden und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen zu treffen. Es liegt ein eindeutiger, fundamentaler Verstoß gegen die interne Regelung der Klinik

vor, die zum Schutz der Patienten eine zeitnahe ärztliche Befundung erhobener Befunde gewährleisten soll, der einer Pflegekraft schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Obwohl es nach den bisherigen Ausführungen nicht mehr entscheidend darauf ankommt, sind im vorliegenden Fall auch die für den Fall des Verstoßes gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde und zur ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Befundträger entwickelten Grundsätze, die inzwischen in § 630h Abs. 5 S. 2 BGB kodifiziert sind, entsprechend heranzuziehen. Wie das Landgericht richtig hervorhebt, sind Grund (Motiv) für die Beweislastumkehr die durch den groben Fehler verursachten Aufklärungserschwernisse hinsichtlich der für den Misserfolg in Betracht kommenden Ursachen. Dem Patienten müsse ein Ausgleich gewährt werden, weil der Arzt durch seinen elementaren Fehler das Spektrum der für den Misserfolg in Betracht kommenden Ursachen in besonderem Maß verbreitert oder verschoben habe. Dieser sei „näher daran“, das Beweisrisiko zu tragen, und könne nach Treu und Glauben dem Patienten den Kausalitätsnachweis nicht zumuten. Die Klägerin befindet sich zwar nicht in einer Beweisnot hinsichtlich des Ergebnisses einer pflichtwidrig unterlassenen oder nicht aufbewahrten Untersuchung, da das geschriebene EKG vorliegt. Ebenso wie bei einer pflichtwidrig unterlassenen Befunderhebung befindet sich die Klägerin – jedenfalls unter dem Aspekt der Verlegung auf die Normalstation – aber in Beweisnot hinsichtlich der Kausalität der unterlassenen zeitnahen Befundung des EKGs zu dem bei ihr eingetretenen Herz-Kreislauf-Stillstand, da nicht feststeht, ob eine erforderliche Reanimation auf der Intensivstation dazu geführt hätte, dass die Klägerin nicht oder in einem viel geringeren Umfang geschädigt wird. Die Befundung des EKGs durch den Oberarzt hätte ohne Zweifel zum Verbleib der Klägerin auf der Intensivstation geführt. Sie in Kenntnis des EKGs auf die Normalstation zu verlegen, wäre schlechterdings unverständlich gewesen. Damit muss nach Auffassung des Senats die Ungewissheit darüber, ob die Reanimation nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand bei einem Verbleib auf der Intensivstation mit der dortigen Überwachung durch Monitore dazu geführt hätte, dass der Hirnschaden vermieden oder nur mit geringerer Ausprägung eingetreten wäre, zu Gunsten der Klägerin gewertet werden. Nicht völlig unwahrscheinlich ist, dass der Herz-Kreislauf-Stillstand früher bemerkt worden und schneller mit der Reanimation begonnen worden wäre und dass diese aufgrund der auf der Intensivstation vorgehaltenen besseren Ausstattung zu einem besseren Ergebnis geführt hätte.

Damit ist auch auf diesem Weg die Kausalität des Behandlungsfehlers für den Herz-Kreislauf-Stillstand und die daraus resultierende Hirnschädigung bewiesen.

Anmerkung

Zu den Grundlagen der Haftung

Mit dieser Entscheidung wird wieder deutlich, dass die enge Zusammenarbeit vom pflegerischen und ärztlichen Personal und die Anforderungen an Art, Umfang, Qualität und Qualifikation sowie die notwendigen organisatorischen Maßnahmen zur Versorgung von Pflegedürftigen und Patienten auch unter dem Blickwinkel des zivilrechtlichen Haftungsrechts zu betrachten ist. Im vorliegenden Fall ging es zwar nicht in erster Linie um die Qualifikation der Pflegefachkraft, doch war die offensichtlich von ihr veranlasste Anfertigung des EKGs Ausdruck ihrer von ihr gesehenen eigenverantwortlichen Aufgabe.

Dabei kann es zu einer Haftung wegen Verletzung eigener vertraglicher Pflichten kommen (vgl. § 280 BGB), wenn rechtliche Beziehungen zwischen dem sog. Dienstverpflichteten und dem Vertragspartner in der Pflege gegeben sind. Dies gilt sowohl für Vertragspartner, wie etwa Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, Krankenhäuser, als auch für einzelne Pflegekräfte, je nachdem, mit wem die Pflegebedürftigen/Patienten die rechtlichen Beziehungen herbeigeführt haben.

Die Haftung aus solchen Pflichtverletzungen umfasst aber auch das Fehlverhalten für Erfüllungsgehilfen. Erfüllungsgehilfe ist, wer mit Wissen und Wollen an der Erfüllung an der Schuldnerpflicht als seine Hilfsperson tätig wird. Nach § 278 BGB haftet der Vertragspartner dann auch für das Verschulden seiner Erfüllungsgehilfen, wie für eigenes Verschulden. Erfüllungsgehilfen sind in der Regel die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen und kommt es zu einem Fehler, zum Beispiel durch Unterlassen gebotener Pflichten, muss sich der Einrichtungsträger das Fehlverhalten seiner Beschäftigten zurechnen lassen und für den Schaden haften.

Dies war die Konstellation, die im vorliegenden Fall durch die Gerichte zu entscheiden hatten.

Hinzukommt für den Haftungsfall, dass notwendigerweise ein Kausalzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und eingetretenem Schaden vorliegt (sog. haftungsbegründende Kausalität) und dafür muss die Gesundheitseinrichtung eintreten müssen. Vertreten werden muss eine Pflichtverletzung, genauer ein Verschulden, in Form von Vorsatz oder Fahrlässigkeit.

Zur Bedeutung der Beweislastumkehr

Mit einem Schadensfall verbunden sind immer auch Fragen der Beweislast und der haftungsbegründenden Kausalität. Die Beweislast im Rahmen des § 280 BGB hat dabei grundsätzlich der Pflegebedürftige/Patient. Grundsätzlich gilt insoweit, dass die Pflichtverletzung, die Ursächlichkeit zwischen Pflichtverletzung und eingetretenem Schaden

und auch das Verschulden durch die Patienten/Pflegebedürftigen zu beweisen sind. Allerdings besteht in Bezug auf das Verschulden gem. § 280 Abs. 1 S. 2 BGB die Möglichkeit, dass sich der sog. Leistungsverpflichtete (hier das Krankenhaus), von der Verschuldensvermutung befreien kann. Dazu ist darzulegen, dass aufgrund der Umstände kein Verschulden vorliegt. Wird dieser sog. Entlastungsbeweis geführt, verbleibt es bzw. kommt es wieder dazu, dass der Patient/Pflegebedürftige die Beweislast trägt.

Bei dieser Fragestellung, wer was beweisen muss, ist § 630h BGB von besonderer Bedeutung. Denn für den medizinischen Behandlungsvertrag ist dort die Beweislast-erleichterung bis hin zur Beweislastumkehr geregelt. Bei voll beherrschbaren Risiken wird im Schadensfall ein Behandlungsfehler vermutet und insbesondere bei Feststellung eines groben Fehlers wird die Ursächlichkeit für eine eingetretene Schädigung angenommen.

Dabei wird diese Regelung auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte eher selten bei Pflegefehlern übertragen bzw. auf Pflegefachpersonal übertragen.

Die Regelungen des § 630h BGB, der auf die Patientenrechtsbestimmungen des Behandlungsvertrages gem. § 630a BGB basiert, bezieht sich zwar auf die „medizinische Behandlung eines Patienten“, wie es in § 630a Abs. 1 BGB heißt. Doch sind dadurch nicht nur die „ärztlichen“ Heilberufe, sondern auch die „anderen Heilberufe“ erfasst gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG². Nur die spezialgesetzlich geregelten Verträge über die Erbringung „reiner Pflege- oder Betreuungsleistungen“ werden davon nicht erfasst. Ansonsten „muss es sich nicht ausschließlich um die Behandlung einer Krankheit handeln“³.

Es gibt aber keine eindeutige Klarheit darüber, was ein grober Pflegefehler ist. Hier ist das OLG München der Auffassung, wie wohl einige andere Zivilgerichte auch, für die Bestimmung die gleichen Kriterien anzuwenden, die für die Bestimmung eines groben ärztlichen Behandlungsfehlers anerkannt sind. So hat bereits das OLG Oldenburg in einem Urteil vom 14. Oktober 1999 so argumentiert⁴ und es folgten weitere Entscheidung u. a. durch das LG Nürnberg-Fürth vom 25. Mai 2012⁵ wegen Verletzung eines Heimpflegevertrages, des OLG Naumburg in seiner Entscheidung vom 19. Dezember 2013⁶ bezüglich der Regressansprüche einer Kranken- und Pflegeversicherung gegen den Betreiber eines Pflegeheims sowie des OLG Brandenburg vom 28. Juni 2018⁷ in Bezug auf den Schaden durch ein Druckgeschwür 4. Grades in einer Klinik.

2 Vgl. Gesetzesbegründung zu § 630a BGB, Bundesdrucksache 17/10488 S. 11, 18.

3 BT-Drucks., a.a.O., S. 17.

4 OLG Oldenburg, Urt. v. 14. Oktober 1999 – 1 U 121/98.

5 LG Nürnberg-Fürth, Urt. v. vom 25. Mai 2012 – 12 O 589/12.

6 OLG Naumburg, Urt. v. 19. Dezember 2013 – 1 U 154/12.

7 OLG Brandenburg, Urt. v. 28. Juni 2018 – 12 U 37/17.

Die Optimierung der Versorgung und Zusammenarbeit: Eine stetige Aufgabe

Die zunehmende Eigenständigkeit der Fachpflege und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen bei der Versorgung von Patienten/Pflegebedürftigen verlangt organisatorische Strukturen und klare Vorgaben sowie standardisierte Prozesse, insbesondere in einem Krankenhaus, wo konkret oder auch nur latent gefährdete Patienten krankheitsbedingt versorgt werden und dies noch einmal im erhöhten Maße auf einer Intensivstation. Diese müssen regelmäßig evaluiert werden und bei Erkenntnissen in der Umsetzung (nicht erst bei Schadenfällen), etwa durch die Erfassung von sog. Beinahe-Fehlern oder allgemeiner von kritischen Ereignissen (critical incidents), stetig optimiert werden.

Denn selbst wenn, wie in diesem Fall, das Krankenhaus die notwendigen Voraussetzungen für eine ohne erhöhte Gefährdung durchzuführende Versorgung von Patienten organisatorisch erfüllt hat, bleibt in diesem Sinne zu überlegen, ob notwendige Weisungen, wie hier, nicht nur mündlich, sondern schriftlich hinterlegt werden sollten und, weil es hier offensichtlich keine Zweifel an dem

Bestehen einer solchen Regelung gegeben hat, darüber hinaus auch die Einhaltung und Verbesserung solcher Vorgaben überprüft und bewertet werden muss. Die in dem Verfahren von den Sachverständigen mehrfach geäußerten Hinweise, dass es (natürlich) immer wieder zu Fehlern kommen kann, diese aber zum Glück nur selten oder fast gar nicht zu schwerwiegenden Folgen für die Patienten führen, hat das OLG München mit Recht als nicht maßgeblich bewertet. Zum Schutz der Patienten ist berufsübergreifend selbstverständlich zu verlangen, dass jedenfalls vermeidbare Fehler, soweit es irgend geht, ausgeschlossen werden. Dies gilt erst recht bei den sog. voll beherrschbaren Risiken.

Prof. Dr. Thomas Weiß

Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Arbeitsrecht,
weiss-rechtsanwaelte
24114 Kiel
Mail: mail@weiss-rechtsanwaelte.de

**5. HEIDELBERGER FORUM
GESUNDHEITSVERSORGUNG** 2022

Jetzt Frühbucherpreis sichern!

**Systemtransformation, ergebnisbezogen:
Von der Krankheitszentrierung zur Gesundheitsversorgung**

28.04.2021, 9:30 – 16:30 Uhr, Heidelberg
www.heidelberg-forum-gesundheitsversorgung.de

Veranstalter
medhochzwei

WELT DER
KRANKENVERSICHERUNG

**Gesundheits
Plattform** Rhein-Neckar

Partner
Abbott **HMM** Best in eHealth **Roche**

Der Landshuter Vertuschungsfall – Mordversuch oder unterlassene Hilfeleistung?

In der Pflegebranche hatte der Landshuter Vertuschungsfall für enormes Aufsehen gesorgt: Nach einer nicht gemeldeten Medikamentenverwechslung, die möglicherweise zum Tod eines Pflegeheimbewohners führte, verhängte das Landgericht Landshut gegen die drei involvierten Pflegekräfte wegen versuchten Mordes durch Unterlassen Freiheitsstrafen, die in einem Fall nicht zur Bewährung ausgesetzt wurden.¹ Eine der Pflegekräfte ging gegen das Urteil in Revision. Ihr wurde vom 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs (BGH) Recht gegeben.² So habe das Landgericht Landshut sich insbesondere nicht ausreichend mit der Frage befasst, ob in diesem Fall ein Behandlungsabbruch im Rahmen zulässiger Sterbehilfe vorlag. Nach erneuter Verhandlung vor dem Landgericht Landshut war der Mordvorwurf vom Tisch. Es blieb nur noch der Vorwurf einer unterlassenen Hilfeleistung. Die hierauf verhängten Freiheitsstrafen wurden spürbar nach unten korrigiert und nunmehr allesamt zur Bewährung ausgesetzt. Der Ausgang des Verfahrens beruhte auf einer Verständigung, also einem „Deal.“³ Die Entscheidungen sind auf vielen Ebenen schon im Grundsatz relevant für das Pflegestrafrecht, insbesondere hinsichtlich der Verantwortungsbereiche und Gebotspflichten von Pflegekräften. Der Artikel erörtert diese Probleme entlang der jeweiligen Entscheidungen.

Garantenstellung | Infektionsschutzgesetz | Körperverletzung | Medikamentenverwechslung | Mord(versuch) | Palliativversorgung | Patientenverfügung | Pflegefehler | Pflegestrafrecht | Sterbehilfe | Tötung | Unterlassene Hilfeleistung | Unterlassungshandlungen

Der Sachverhalt

In erster Instanz hatte das Landgericht Landshut folgenden Sachverhalt festgestellt: Im Jahr 2016 litt der Bewohner eines Pflegeheims unter schwersten und unheilbaren Erkrankungen.⁴ Er hatte eine erhebliche Herzinsuffizienz und Krebs im fortgeschrittenen Stadium mit umfangreicher Metastasenbildung und war querschnittsgelähmt. Zudem erlitt er eine Urosepsis und musste zur Behandlung rund zwei Wochen ins Krankenhaus verlegt werden. Auf eigenen Wunsch hin wurde er jedoch wieder in das Pflegeheim verlegt. Er hatte in einer beim Notar niedergelegten Patientenverfügung einer umfassenden Palliativversorgung mit Schmerzmitteln zugestimmt.⁵ Am 07.05.2016 kam es dann zu einer Medikamentenverwechslung. Dem Bewohner wurde versehentlich ein blutdrucksenkendes Mittel angereicht, das eigentlich für eine andere Bewohnerin gedacht war.⁶ Entgegen der

Einrichtungsstandards füllte die Schichtleiterin die Tablette von einem individuellen Dispenser in einen unbeschrifteten Plastikbecher um, der nur zur Gabe der Medikamente, nicht aber für deren Aufbewahrung geeignet ist.⁷ Die so vorbereiteten Medikamente wurden dem Bewohner im Beisein einer weiteren Pflegekraft, welche sich noch in der Probezeit befand, angerichtet. Es ließ sich nicht klären, ob es schon beim Umfüllen in den Becher oder erst später bei der Auswahl der Becher zu der Verwechslung kam.⁸ Die Bewohnerin für die der Blutdrucksenker eigentlich gedacht war bemerkte jedoch, dass sie die aus ihrer Sicht falschen Medikamente erhielt und benachrichtigte die Schichtleiterin über diesen Umstand. Diese musste kurz darauf feststellen, dass der schwerkranke Bewohner das falsche Medikament bereits eingenommen hatte.⁹ Die beiden an der Verwechslung beteiligten Pflegerinnen entschlossen sich dazu, keinen Arzt zu rufen, sondern vorerst den Gesundheitszustand des Bewohners im Auge zu behalten. Die Medikamentenverwechslung wurde bei Schichtübergabe einem weiteren Pfleger mitgeteilt, der anmahnte, man müsse einen Arzt informieren.¹⁰ Die Schichtleiterin überzeugte ihn jedoch vom Gegenteil, um nicht das

1 LG Landshut Urte. v. 21.5.2019 – Ks 101 Js 16927/17, BeckRS 2019, 51140.

2 BGH, Urte. v. 19.08.2020 – 1 StR 474/19.

3 <https://www.sueddeutsche.de/bayern/landshut-landgericht-todesfall-patient-pflegeheim-medikamentenverwechslung-1.5457463> (zuletzt aufgerufen am 30.11.2021).

4 LG Landshut Urte. v. 21.5.2019 – Ks 101 Js 16927/17, BeckRS 2019, 51140, Rdnrn. 53–55.

5 A. a. O., Rdnr. 54.

6 A. a. O., Rdnr. 57.

7 A. a. O., Rdnrn. 60 f.

8 A. a. O., Rdnr. 62.

9 A. a. O., Rdnrn. 63–66.

10 A. a. O., Rdnr. 68.

Arbeitsverhältnis der Kollegin in Probezeit zu gefährden.¹¹ Außerdem solle der Bewohner engmaschig beobachtet werden.¹²

Nachdem sich der Gesundheitszustand des Bewohners im Laufe des Tages sichtlich verschlechterte rief der Pfleger die Schichtleiterin privat an, um erneut darauf hinzuweisen, dass spätestens jetzt ein Arzt gerufen werde müsse. Sie entgegnete hierauf wohl sinngemäß: „Spinnst Du, die sperren mich ein“, dass der Kollege die „Klappe halten solle“ und sie hoffe, dass der schwerkranke Bewohner „endlich sterben könne.“ Jener Pfleger verständigte im Nachgang des Telefonats die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und den Hausarzt des Bewohners. Letzterem offenbarte er schließlich erst mehrere Tage nach dem Vorfall, was passiert war. Der Bewohner verstarb am 14.05.2016, also eine Woche nach der Medikamentenverwechslung. Es ließ sich nicht klären, ob die Gabe des Blutdrucksenkers letztlich die Todesursache war oder nicht.¹³

Urteil 1. Instanz

Während die Pflegerin in Probezeit und der weitere involvierte Pfleger zu Freiheitsstrafen von einem Jahr und neun bzw. sechs Monaten auf Bewährung verurteilt wurden, erhielt die Schichtleiterin eine Freiheitsstrafe von zwei Jahren und neun Monaten.¹⁴ Die unterschiedlichen Gewichtungen bei der Strafe ergaben sich einerseits daraus, welche der Beteiligten überhaupt an der Verwechslung beteiligt waren und welche Position sie in der pflegerischen Hierarchie einnahmen.¹⁵ Für alle galt jedoch gleichermaßen, dass weniger die Verwechslung an sich, sondern vielmehr die ausbleibende Meldung Anlass zur Verurteilung gab. Denn alle Pflegekräfte hatten eine sogenannte Garantenstellung inne.¹⁶ Dies bedeutet, dass sie auch dann strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden können, wenn sie in einer bestimmten Situation eine gebotene Handlung nicht vornehmen. So sind beispielsweise Eltern in der Pflicht, zu Gunsten ihrer Kinder geeignete Rettungsmaßnahmen zu ergreifen, wenn diese sich in einer Notlage befinden. Dies gilt in der Pflege ganz ähnlich. Schon allein aus dem faktischen Pflegeverhältnis zwischen Bewohner und Pflegekraft ergibt sich eine Garantenstellung zu Gunsten der Bewohner.¹⁷

Diese Garantenstellung hätte alle drei angeklagten Pflegekräfte dazu veranlassen müssen, ab dem Wissen um die

Verwechslung, einen Arzt zu verständigen. Die beiden Pflegerinnen, welche die Medikamente verwechselten, sind wiederum auch Garanten aus Ingerenz. Dies bedeutet, dass durch deren pflichtwidriges Vorverhalten, konkret die Verwechslung, ebenfalls die Pflicht erwuchs, die daraus resultierenden Gefahren für den Bewohner abzuwenden.¹⁸ Die Verantwortung aus pflichtwidrigem Vorverhalten gilt selbst dann, wenn die betroffenen Personen sich hierdurch der Gefahr einer Strafverfolgung aussetzen.¹⁹ Die beiden Pflegerinnen waren zur Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet, auch wenn dies möglicherweise zu einem Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung gegen sie geführt hätte. Hier wiegt dieses Problem gleich doppelt. Da aus Sicht des Gerichts gerade die fahrlässige Körperverletzung und damit eine Straftat vertuscht werden sollte, bejahte es das Mordmerkmal der Verdeckungsabsicht.²⁰

Hintergrund:

Bei einem Mord gemäß § 211 StGB handelt es sich um eines der schwerwiegendsten Delikte der deutschen Rechtsordnung. Entgegen eines gesellschaftlich weit verbreiteten Irrtums ist nicht die geplante Tötung per se als Mord einzuordnen. Ein Mord ist vereinfacht ausgedrückt ein Totschlag, bei dem bestimmte Merkmale erfüllt werden. Das ist der Fall, wenn der Totschlag unter bestimmten objektiven Bedingungen stattfindet, z. B. die grausame oder heimtückische Tötung eines Menschen, oder wenn der Täter ein besonders verwerfliches Motiv hat, wie Rache, oder die Absicht eine andere Straftat zu verdecken (wie in diesem Fall).

Da sich nicht ausschließen ließ, ob der schwerstkranke Bewohner möglicherweise auch ohne die fehlerhafte Medikamentengabe verstorben wäre, konnte auch nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden, ob die zeitnahe Hinzuziehung eines Arztes den Todeseintritt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindert hätte.²¹

Entscheidung des BGH

Der BGH ist bei seinen Entscheidungen an die Feststellungen der jeweiligen Vorinstanz gebunden. Es findet dort also keine neue Beweisaufnahme statt, sondern es wird nur geprüft, ob im Verfahren oder im Urteil der Vorinstanz ein

11 A. a. O., Rdnr. 69.

12 A. a. O., Rdnr. 68.

13 A. a. O., Rdnr. 69.

14 A. a. O., Tenor vor Rdnr. 1.

15 A. a. O., unter F.

16 A. a. O., unter D. II. 4.

17 Steinbacher: Wann man sich wegen Unterlassen strafbar macht, in: CAREkonkret 35/2019, S. 7.

18 LG Landshut Ur. v. 21.5.2019 – Ks 101 Js 16927/17, BeckRS 2019, 51140, unter D. II. 4.

19 Steinbacher: Wann man sich wegen Unterlassen strafbar macht, in: CAREkonkret 35/2019, S. 7.

20 LG Landshut Ur. v. 21.5.2019 – Ks 101 Js 16927/17, BeckRS 2019, 51140, unter D. II. 5.

21 A. a. O., Rdnr. 3.

durchgreifender Rechtsfehler aufgetreten ist. Letzteres bejahte der BGH im Landshuter Vertuschungsfall. Die Vorinstanz sei laut BGH mehreren Begründungs- bzw. Erörterungsmängeln erlegen.

So sei zunächst der Tötungsvorsatz nicht ausgewogen begründet worden. Vorsatz ist das Wissen [kognitives Element] und Wollen [voluntatives Element] der Tatbestandsverwirklichung.²² Das Landgericht Landshut habe zwar zutreffend erkannt, dass die Pflegekräfte bei dem schwerstkranken Patienten zumindest damit rechnen mussten, dieser könne an der Fehlmedikation versterben [kognitives Element].²³ Jedoch habe es sich nicht ausreichend mit der Frage befasst, ob insbesondere die Schichtleiterin dies auch *wollte*, sich also endgültig mit der Möglichkeit abgefunden hatte, dass der Bewohner versterben könnte und dies billigend in Kauf nahm. Dagegen spreche nach den Urteilsfeststellungen des Landgerichts, dass der Pfleger nach Übernahme der Situation den Bewohner habe weiter beobachten sollen. Dieser Umstand hätte als vorsatzkritisches Moment durch das Landgericht diskutiert werden müssen, weil er *gegen* das voluntative Element des Vorsatzes spreche.²⁴ Kurz: Wer den Zustand eines Patienten nach einem Vorfall wie hier weiter kontrolliert, nimmt dessen Tod nicht ohne Weiteres billigend in Kauf.

Für einen Mord gilt weiter, dass dessen Merkmale aufgrund der hohen Strafdrohung besonders *restriktiv* ausgelegt werden müssen. Dies ist dem Landgericht Landshut laut BGH nicht gelungen.²⁵ Die Verdeckungsabsicht werde im Urteil nur unzulänglich begründet. Probleme ergäben sich bereits im Grundsatz: Sind mehrere Motive eines Täters für dessen Handlung oder Unterlassen ersichtlich, hat das Gericht diese in einer Gesamtbetrachtung zu würdigen und muss herausarbeiten, ob die Absicht eine Straftat zu verdecken so weit im Vordergrund stand, dass dies eine Verurteilung wegen Mordes rechtfertigt.²⁶ Hierbei habe das Landgericht übersehen, dass die Schichtleiterin mit ihrer Aussage, „sie hoffe, dass der Bewohner *endlich* sterben könne“, möglicherweise im Rahmen eines altruistischen Motivs handelte. Es sei durch das Landgericht nicht abschließend geklärt worden, ob die Schichtleiterin sich mit der unterlassenen Benachrichtigung eines Arztes im zulässigen Rahmen der Patientenverfügung des Bewohners bewegte. Da dieser nur noch eine palliativmedizinische Behandlung wünschte, hätte sich das Verhalten der Schichtleiterin auch als im Einzelfall zulässiger Behandlungsabbruch darstellen können, soweit dieses mit dem mutmaßlichen Willen des Bewohners zu verein-

baren ist.²⁷ Mit einer Verdeckungsabsicht sei ein beabsichtigter Behandlungsabbruch selbst dann nicht in Einklang zu bringen, wenn sich die Pflegekraft letztlich in den Voraussetzungen geirrt hätte.²⁸

Diesbezüglich trifft der BGH keine abschließende Entscheidung. Er macht jedoch hinsichtlich der Frage, wer über einen solchen Behandlungsabbruch bestimmen darf, glasklare Vorgaben:

„Jedenfalls ist der Senat für die hier vorliegende Sachverhaltsgestaltung [...] der Auffassung, dass eine Pflegekraft die Entscheidung, dass keine weitere Behandlung stattfindet, nur in Absprache mit einem Arzt, der allein die medizinische Indikation von möglichen Behandlungsmaßnahmen nach der Medikamentenverwechslung zu bestimmen hat, treffen durfte.“²⁹

Mit der Entscheidung wird der pflegerische Verantwortungsbereich hinsichtlich der Sterbehilfe-Komplexe im Landshuter Fall stark begrenzt. Es wird Pflegekräften gerade nicht zugestanden, ohne Hinzuziehung ärztlichen Rates eine derart weitreichende Entscheidung wie einen Behandlungsabbruch im Bereich zulässiger Sterbehilfe zu treffen.

In einem anderen Fall hat der 2. Strafsenat des BGH demgegenüber entschieden, dass die selbstständige Erhöhung einer niedrigen Schmerzmitteldosis von Seiten einer Pflegekraft im Zuge palliativer Behandlung ohne Rücksprache mit einem Arzt im Einzelfall zulässig sein kann, sofern dies dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspreche und die Medikation de facto kunstgerecht ausgeführt wird.³⁰ Die pflegerische Verantwortung wurde in dieser Entscheidung anders als im hiesigen Verfahren sogar ausgeweitet.

Neuverhandlung in Landshut

Die Fehler in dem Urteil betrafen nicht nur die Schichtleiterin, sodass das Urteil gegen alle ehemals Angeklagten aufgehoben werden musste, selbst also bei jenen, die nicht in Revision gingen. Bei der Neuverhandlung des Falles in Landshut wurde nicht abschließend geklärt, ob die Schichtleiterin sich möglicherweise in einem Irrtum über ihre Kompetenz befand oder noch im Bereich eines zulässigen Behandlungsabbruchs agierte. Vielmehr schienen Gericht, Staatsanwaltschaft und Verteidigung sich mit Blick auf die BGH-Entscheidung vermutlich insoweit einig, dass die angeklagten Pflegekräfte eine neue Chance bekommen sollten. Im Rahmen einer Verständigung nach

22 BeckOK StGB/Kudlich StGB § 15 Rdnrn. 16–27.

23 BGH, Urt. v. 19.08.2020 – 1 StR 474/19, Rdnr. 19.

24 A. a. O., Rdnr. 23.

25 A. a. O., Rdnrn. 24 ff.

26 A. a. O., Rdnr. 27.

27 A. a. O., Rdnr. 28.

28 A. a. O., Rdnr. 32.

29 A. a. O., Rdnr. 34.

30 BGH, Beschl. v. 26.05.2020 – 2 StR 434/19.

§ 257c StPO erhielten die Pflegekräfte allesamt Bewährungsstrafen wegen unterlassener Hilfeleistung.³¹ Durch die geänderte rechtliche Einschätzung des Sachverhalts konnten die Problemfelder, die der BGH aufmachte, ganz einfach umschiffen und gleichzeitig das verbleibende Strafbedürfnis der Justiz befriedigt werden.

Fazit

Das Verfahren hat gleich auf mehreren Ebenen eine besondere Relevanz für die Dogmatik des Pflegestrafrechts. Bereits das erste Urteil in Landshut hat die Reichweite einer Unterlassensstrafbarkeit für Pflegekräfte deutlich gemacht. Der Bundesgerichtshof wiederum erwartet im Bereich der Sterbehilfe stets einen differenzierten Blick der Instanzgerichte. Dennoch hat sich speziell zur Verantwortlichkeit von Pflegekräften noch keine einheitliche Linie zu deren Kompetenzen im Bereich der Sterbe-

hilfe seitens des Bundesgerichtshofs herausgebildet. Dies steht für die Zukunft aus. Die Neuverhandlung hat wiederum gezeigt, wie rechtliche Probleme letztlich pragmatisch gehandhabt werden. Zuverlässige Verhaltensleitfäden für Pflegekräfte können aus den Entscheidungen nicht herausgearbeitet werden. Als Faustregel gilt, dass die Anzeige und Dokumentation möglicher Pflegefehler im Zweifelsfall deutlich risikoärmer ist als deren Vertuschung.

31 <https://www.sueddeutsche.de/bayern/landshut-landgericht-todesfall-patient-pflegeheim-medikamentenverwechslung-1.5457463> [zuletzt aufgerufen am 30.11.2021].

Leon Steinbacher

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Strafrecht und Diplom-Politologe
60311 Frankfurt am Main
Spezialisiert auf Strafverteidigung von Pflegekräften und anderen Gesundheitsfach- und Heilberuflern
kontakt@pflegeverteidiger.de
www.pflegeverteidiger.de



Excel-Tool Plus für PPP-RL Managementreports

Das PLUS für Ihr Management!

Standardisierte Managementreports zur Darstellung der Jahresentwicklung, Benchmarks, berufsgruppenbezogene Darstellungen und Detailreports.

Mit dem Excel-Tool sind standardisierte Managementreports zur PPP-RL möglich, die innerhalb des Tools individuell durch Auswahlfelder gesteuert werden können. Dabei bietet es den Vorteil, dass die notwendigen Daten bereits durch die quartalsweise Nachweisführung zur PPP-RL vorliegen und keine weiteren Inhalte erhoben werden müssen.

Sie können bei den Auswertungen flexibel Standorte, Fachabteilungen und ggf. Berufsgruppen oder andere Steuerungsgrößen auswählen. Vorjahresvergleiche sind an verschiedenen Stellen ebenfalls integriert und lassen sich flexibel aktivieren.



Download
700,- € (zzgl. MwSt.)
Bestellnr. 386216049

Bestellung unter: www.medhochzwei-verlag.de

 medhochzwei

Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht in Patientenakten

Dokumentationspflichten der Behandelnden und das Einsichtsrecht der Patienten ist immer wieder ein Streitpunkt im medizinischen Behandlungsfehlerprozess. Im nachfolgenden Beitrag wird ein Überblick über die in der Rechtspraxis gehäuft auftretenden Probleme vermittelt. Schließlich werden die sich hieraus für Gesundheitseinrichtungen und ärztliche Behandler ergebenden Konsequenzen bei Nichteinhaltung oder nicht korrekter Einhaltung aufgezeigt.

Ärztliche Berufsordnung | Arzthaftung | Arztvertrag | Behandlungsvertrag | Beweiserleichterung | Beweissicherung | Datenschutz | DGSVO – Dokumentation | Einsichtsrecht | informationelle Selbstbestimmung | Krankenhausbehandlungsvertrag | MBO | Patientenakte | Patientenrechtegesetz | Persönlichkeitsrecht | Schweigerecht

Einleitung

Im Rahmen des Patientenrechtegesetzes hat der Gesetzgeber im Jahr 2013 mit § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die Pflicht des Behandelnden zur Dokumentation aller wesentlich medizinischen Tatsachen im bürgerlichen Recht normiert.¹

In § 630g BGB ist als quasi Kehrseite der Medaille das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Patientenakte geregelt und ein bis dahin bestehendes Vollzugsdefizit zur Informationsgewinnung des Patienten beseitigt worden.²

Anwendungsbereich der §§ 630f und 630g BGB

Der Arztvertrag ist ebenso wie der Krankenhausbehandlungsvertrag ein Behandlungsvertrag nach § 630a BGB. In dem Zusammenhang kommen die Vorschriften zur Dokumentationspflicht des Behandelnden nach § 630f BGB und das Einsichtsrecht des Patienten nach § 630g BGB zur Anwendung.

Dokumentationspflicht des Behandelnden nach § 630f BGB

§ 630f BGB verpflichtet alle Behandelnden zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens. Der Gesetzgeber knüpft damit an die Rechtsprechung des BGH zum Arzthaftungsrecht an³, die eine entsprechende Verpflichtung entwickelt hatte.⁴

Die Gerichte griffen hierbei auf berufsrechtliche Regeln, z. B. § 10 Musterberufsordnung (MBO), zurück.⁵ Nach dem Willen des Gesetzgebers dient die Dokumentation in erster Linie dem Zweck, eine *sachgerechte therapeutische Behandlung* und Weiterbehandlung durch Festhalten der medizinisch relevanten Informationen zu gewährleisten.⁶ Darüber hinaus soll die Dokumentationspflicht weiteren Zwecken dienen, die primär *im Interesse des Patienten* bestehen. Zudem erleichtert eine gut geführte Patientenakte den Arztwechsel, weil sie dem übernehmenden Mediziner die Anknüpfung an das zuvor Geleistete erleichtert und dadurch die *nochmalige Durchführung* diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen vermeiden hilft.⁷ Schließlich gewährleistet die Dokumentation das im Rahmen des *allgemeinen Persönlichkeitsrechts* anzuerkennende Interesse des Patienten daran, von der eigenen Kranken- und Behandlungsgeschichte Kenntnis nehmen zu können.⁸ Die Beweissicherungsfunktion der Dokumentation als Beweiserleichterung im Arzthaftungsprozess ist ebenso vom Gesetzgeber als Regelungszweck anerkannt worden.⁹ Die Verletzung der Dokumentationspflicht ist durch die Beweiserleichterung des § 630h Abs. 3 BGB sanktioniert.

Einsichtsrecht des Patienten in die Patientenakte nach § 630g BGB

Das Einsichtsrecht des Patienten entspringt dem Recht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung.¹⁰ Hier

1 BGBl. I S. 277.

2 Thole, MedR 2013, 145 [148].

3 BT-Drs. 17/10488, 25.

4 BGHZ 99, 391 [397] = NJW 1987, 1482 [1483]; BGHZ 72, 132 [137 f.] = NJW 1978, 2337 [2338 f.].

5 Wagner in MüKo-BGB, Band 5, 8. Auflage 2020, § 631f, Rn. 1.

6 BT-Drs. 17/10488, 25 f.

7 BT-Drs. 17/10488, 26.

8 Wagner in MüKo-BGB, a.a.O., § 631f, Rn. 3.

9 BT-Drs. 17/10488, 26.

10 BT-Drs. 17/10488, ebenda.

verwirklicht sich die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass der Patient „ein schutzwürdiges Interesse hat, zu wissen, wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde, welche Daten sich dabei ergeben haben und wie die weitere Entwicklung eingeschätzt wird“.¹¹

Bereits in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs war das Einsichtsrecht lange Zeit als Richterrecht anerkannt und ist nunmehr vom Gesetzgeber kodifiziert worden. Bis dato hatte der BGH das Recht auf Einsicht in die Patientenakte aus dem Behandlungsvertrag hergeleitet und mit dem grundrechtlich gewährten Selbstbestimmungsrecht und der personalen Würde des Patienten begründet.¹²

Die Dokumentationspflicht

Gemäß § 630f BGB ist „der Behandelnde“ zur Dokumentation verpflichtet, also eine Partei des Behandlungsvertrags.

Der Behandelnde

Je nach Fallgestaltung kommt insoweit der niedergelassene Arzt, die Gemeinschaftspraxis als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder der regelmäßig in der Form einer Kapitalgesellschaft organisierte Krankenhausträger, der mit Hilfe seiner Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB), nämlich Ärzte und anderer Gesundheitsberufler wie Pflegekräfte die erforderlichen Pflichten zu erfüllen hat, als Behandelnder in Betracht.

Zu späte Dokumentation

In § 630f Abs. 1 BGB ist ausdrücklich geregelt, dass der Behandelnde verpflichtet ist, zum Zweck der Dokumentation „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.

Gerade in der Pflege kommt es mitunter vor, dass erst zu spät und dann nicht korrekt dokumentiert wird oder bspw. die Trinkmenge bei alten Menschen nicht mit der korrekten Menge angegeben wird und bei einem Exitus dann als Mitursache eine Exikose (Dehydrierung) festgestellt wird, die es nicht geben würde, wäre laut Dokumentation die Flüssigkeitsmenge entsprechend verabreicht worden. Hier sind die verantwortlichen Aufsichtsführenden und Organisationsverantwortlichen gehalten, eine ordnungsgemäße Dokumentation penibel einzuhalten, um sich nicht selbst der Gefahr einer Mithaftung für Pflegefehler des Pflegepersonals auszusetzen.¹³ Die Ver-

antwortlichen sind gehalten, die Dokumentation mittels fälschungssicherer Software durchzuführen, schon zur Selbstkontrolle und auch Dienstaufsicht und Qualitätssicherung in der Einrichtung. Finden sich jedoch unrichtige Dokumentationen, ist mit einer Bestrafung wegen Urkundenfälschung und Fälschung beweisheblicher Daten zu rechnen.

Nachträgliche Änderung und Ergänzung

Nach § 630f Abs. 1 S. 2 BGB sind Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig, „wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.“ Das ist nach § 630f Abs. 1 S. 3 BGB auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

Zwar muss die Dokumentation nach § 630f Abs. 1 S. 1 BGB zeitnah erstellt werden. In den Folgesätzen wird aber klargestellt, dass nachträgliche Änderungen und Ergänzungen entgegen häufig anderslautender Aussagen von Referenten in Kursen und Vorträgen unter den dort genannten Voraussetzungen erlaubt sind.

Ein in der Praxis mitunter auftretendes Problem ist die Möglichkeit nachträglicher Manipulation der Dokumentation, dem mittlerweile mit entsprechender Software begegnet werden kann, die den Zeitpunkt und die Art der Änderung von Daten dokumentiert. Nach wie vor sind solche Dokumentationen fälschungsanfällig, die beispielsweise in Krankenhäusern immer noch manuell gefertigt werden, wie die Pflegeverlaufsdokumentation auf Intensivstationen.

Schaut man sich jedoch auf Krankenstationen die Dokumentationen an, wird hier immer noch sehr viel mit Papier, Bleistift und Kugelschreiber dokumentiert, was ein Einfallstor für entsprechende, nachträgliche Manipulationen darstellt. So hat der Autor selbst im Fall eines eigenen nahen Angehörigen im Krankenhaus bei Durchsicht der Dokumentation feststellen können, dass mit Bleistift dokumentiert worden ist.

Aus diesem Grunde werden Dokumentationsunterlagen als Standardmaßnahme polizeilich beschlagnahmt, ohne dass die Staatsanwaltschaft zuvor die betreffende Klinik schriftlich zur Herausgabe der Dokumentation auffordert.

Zum Umfang der Dokumentation

In der Beratungspraxis von Gesundheitseinrichtungen ist immer wieder festzustellen, dass die Verantwortlichen es mit der Genauigkeit der Dokumentation oftmals nicht ganz so ernst nehmen. Aus eigenem Interesse sind die Akteure eigentlich angehalten, ordnungsgemäß, und das bedeutet insbesondere zeitnah und richtig, zu dokumentieren. Gegebenenfalls sollte im Rahmen des 4-Augen-Prinzips der Dokumentierende noch einmal von einer höheren Instanz überprüft werden. Die Dokumentation darf nicht zwischen Tür und Angel bei der Übergabe von Diensten

11 BVerfG NJW 2006, 1116 Rn. 26.

12 BGHZ 85, 327 (331 ff.) = NJW 1983, 328; BGHZ 85, 339 (342 ff.) = NJW 1983, 330; BGHZ 106, 146 (148 ff.) = NJW 1989, 764.

13 Vgl. hierzu Neelmeier, Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung, Baden-Baden 2014, S. 258 ff.

geschehen, sondern ist schon aufgrund des Eigeninteresses der Akteure im Gesundheitswesen möglichst umfassend, zeitnah und detailgenau durchzuführen, um sich einer möglichen Haftungskonstellation exkulpieren zu können.

Die Akteure im Gesundheitswesen tun sich daher selbst einen Gefallen, wenn sie ordnungsgemäß dokumentieren.

Einsichtsrecht des Patienten

Soweit die Pflicht zur Dokumentation auch dazu dient, dem Patienten die Durchsetzung etwaiger *Schadensersatzansprüche wegen Behandlungsfehlern zu erleichtern*, setzt sich diese Zwecksetzung beim Akteneinsichtsrecht fort, denn ohne dieses könnte die Dokumentationspflicht die ihr zugeordnete Funktion nicht erfüllen.¹⁴ Das Akteneinsichtsrecht dient demnach auch dazu, es dem Patienten zu ermöglichen, die Erfolgsaussichten einer etwaigen Schadensersatzklage abzuschätzen und – für den Fall, dass diese Abschätzung positiv ausgeht – die für die erfolgreiche Durchsetzung des Ersatzanspruchs notwendigen Informationen und Beweismittel zu sammeln.¹⁵

Das Verhältnis zum Datenschutzrecht

Während das Schweigerecht der Behandelnden und Behandler durch die Ausübung des Einsichtsrechts durch den Patienten aufgehoben wird, stellt sich aber die Frage nach dem Verhältnis zum Datenschutzrecht.

Die Vorschriften der §§ 630f und g BGB existierten bereits vor Inkrafttreten der EU-DSGVO, sodass diese durch europarechtliche Vorgaben ergänzt, aber auch verdrängt werden. Gemäß Art. 15 Abs. 3 S. 1 DS-GVO hat der Betroffene Anspruch auf Erteilung einer *Kopie* seiner personenbezogenen Daten, die gemäß Art. 12 Abs. 5 S. 1 DS-GVO kostenlos zur Verfügung zu stellen ist.¹⁶ Nur für weitere Kopien darf ausweislich des Art. 15 Abs. 3 S. 2 DS-GVO ein Entgelt erhoben werden.

Der *Grundsatz der Kostenfreiheit* gilt im Übrigen auch für die Auskunftserteilung. Sofern der Betroffene sein Begehren auf Anfertigung einer Kopie auf elektronischem Wege geltend macht, muss die Kopie in einem *gängigen elektronischen Format* erteilt werden (Art. 15 Abs. 3 S. 3 DS-GVO). Schließlich darf das Recht auf Erhalt einer Kopie *„die Rechte und Freiheiten anderer Personen nicht beeinträchtigen“* (Art. 15 Abs. 4 DS-GVO).¹⁷ Dass Anwälte die Dokumentation für ihre Patienten anfordern müssen, wie von Ärzten mitunter gefordert, ist eine Märchen und

erscheint wie eine Hürde, die Rechte der Patienten zwar nicht zu vereiteln, jedoch zu erschweren.

In die Richtung geht auch die Rechtsprechung. So hat das Landgericht Dresden¹⁸ entschieden, dass eine Patientin gegen die sie behandelnde Klinik einen unentgeltlichen Anspruch darauf hat, Kopien sämtlicher Behandlungsdaten zu erhalten, ohne dass er angeben muss, für was er die Daten benötigt; das Urteil ist mittlerweile rechtskräftig. Diese Patientin war mehrere Wochen zur stationären Behandlung in der Universitätsklinik Dresden. Da sie Behandlungsfehler der Universitätsklinik vermutete, machte sie nach ihrem Aufenthalt Auskunftsansprüche gegen diese geltend und verlangte, ihr unentgeltlich alle Behandlungsdaten im PDF-Format zur Verfügung zu stellen. Die Universitätsklinik erklärte sich daraufhin zwar grundsätzlich dazu bereit, die begehrten Auskünfte zu erteilen, verlangte für deren Erteilung jedoch die Erstattung der dafür anfallenden Kosten.

Hier entschied das Landgericht Dresden:

„Die Beklagte konnte die Datenübermittlung nicht von der Übernahme von Kosten in Höhe von 5,90 EUR zuzüglich Versandkosten abhängig machen. Soweit die Klägerin sich auf Art. 15 Abs. 3 DSGVO zur Begründung ihres Auskunftsanspruchs beruft, ist eine Inanspruchnahme für Kosten der Zusammenstellung und Übersendung der Daten nicht vorgesehen. Die Erstauskunft ist vielmehr kostenfrei. Dem steht nicht entgegen, dass bei einer Anforderung nach § 630g BGB auch für die Erstauskunft eine Kostentragung statuiert ist.“

Diese Entscheidung des Landgerichts Dresden ist richtig, denn § 630g BGB hat nicht Vorrang vor Art. 15 Abs. 3 DSGVO. Ein Vorrangverhältnis als *lex specialis* kann eine Regelung auf nationaler Ebene bezüglich einer europarechtlichen Regelung nicht enthalten. Die DSGVO sieht eine Öffnung für anderslautende nationale Regelungen nicht vor. Im Gegenteil steht im 23. Erwägungsgrundes der DSGVO ausdrücklich *„das Recht betroffener Personen auf Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten ein, etwa Daten in ihren Patientenakten, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen enthalten“*.

Schlussbetrachtung

Während das Schweigerecht der Behandelnden und Behandler durch die Ausübung des Einsichtsrechts durch den Patienten aufgehoben wird, stellt sich dennoch die Frage nach dem Verhältnis zum Datenschutzrecht.

¹⁴ Wagner in MüKo-BGB, a.a.O., § 630g BGB, Rn. 3.

¹⁵ OLG Karlsruhe MedR 2018, 326 [328] mAnm Wienke.

¹⁶ neuerdings Verwaltungsgericht Schwerin, Ur. v. 29.04.2021 – 1 A 1343/19 SN zur kostenfreien Herausgabe eines Beweissicherungsgutachten an den Eigentümer.

¹⁷ MüKo-BGB/Wagner, a.a.O., Rn. 4.

¹⁸ LG Dresden, Ur. v. 29.05.2020 – 6 O 76/20.

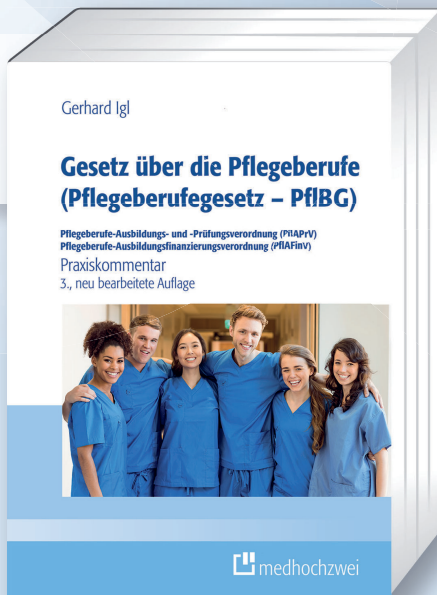
Der Gesetzgeber hat die Pflicht zur Dokumentation und das Einsichtsrecht, was in jahrzehntelanger BGH-Rechtsprechung entwickelt wurde, nunmehr im Jahr 2013 gesetzlich festgeschrieben, jedoch scheint sich die Erkenntnis hierüber in der Berufspraxis noch nicht überall durchgesetzt zu haben oder nicht in dem erforderlichen Maß bekannt zu sein.

Da die meisten Akteure im Gesundheitswesen ohnehin eine Haftpflichtversicherung unterhalten, scheint mehr der Regress durch den Versicherer gefürchtet, als dem Umstand Rechnung getragen zu werden, dass ein Versicherer eine Art passiver Rechtsschutz für die Akteure im Gesundheitswesen darstellt und bei ordnungsgemäßer Dokumentation etwaige Haftpflichtansprüche nicht nur

zurückgewiesen werden können, sondern entsprechend dokumentiert dazu beitragen, die Zahl der gerichtlichen Haftungsfälle zu reduzieren.

Michael Grünau-Rieken, LL.M., M.A.

Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Sozialrecht
26441 Jever
Mail info@rechtsanwalt-rieken.de



Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG)

Das Gesetz und die dazu gehörige Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung sowie die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung sind 2020 in Kraft. In der 3., neu bearbeiteten Auflage alle neuen Änderungen berücksichtigt. Weiter werden die Kommentierungen in verschiedenen Punkten ergänzt und vertieft und Hinweise aus der Praxis eingearbeitet. Prof. Dr. Gerhard Igl kommentiert praxisorientiert und verständlich. Das Buch bietet einen schnellen und fundierten Einstieg in das PflBG, die PflAPrV, die PflAFinV und die damit zusammenhängenden Rechtsfragen.

Gerhard Igl

Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG)
Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) Pflegeberufe-
Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar
3., neu bearbeitete Auflage
XVIII, 756 Seiten. Softcover. 84,99 €.
ISBN 978-3-86216-817-0.

 medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

Neues aus der Rechtsprechung

Arbeitsrecht

In einer betrieblichen Altersversorgung müssen Regelungen zum Ausschluss einer Hinterbliebenenversorgung hinreichend klar gefasst sein

Eine Versorgungsregelung in einer Betriebsvereinbarung, wonach eine Witwen-/Witwerrente entfällt, wenn die Ehe zum Zeitpunkt des Ablebens des Anwärters geschieden ist oder wenn sie erst nach Beginn der Altersrentenzahlung geschlossen wurde, schließt eine Witwen-/Witwerrente nicht aus, wenn die Ehe zwar nach dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis, aber vor dem Beginn des Altersrentenbezugs geschlossen wurde.¹

Kein Recht auf gute Wünsche und Bedauern im Arbeitszeugnis

Arbeitgeber müssen im Zeugnis keine Formulierung einfügen, in dem sie den Weggang eines Mitarbeiters „sehr bedauern“. Dabei spielt auch die Gesamtbewertung eine Rolle.²

Kein tariflicher Erschwerniszuschlag für das Tragen einer Medizinischen Gesichtsmaske

Beschäftigte der Reinigungsbranche, die bei der Durchführung der Arbeiten eine sogenannte OP-Maske tragen, haben keinen Anspruch auf einen tariflichen Erschwerniszuschlag nach dem für allgemeinverbindlich erklärten Rahmentarifvertrag für die gewerblichen Beschäftigten in der Gebäudereinigung vom 31. Oktober 2019 (RTV).³

Einmaliges Fehlverhalten rechtfertigt keine Entlassung

Einmaliges, nicht besonders schwerwiegendes Fehlverhalten im Job – z. B. einmalige unterbliebene Abmeldung aus dem Zeiterfassungssystem – darf nicht sofort mit der Kündigung geahndet werden.⁴

Gewerkschaft hat Anspruch auf Durchführung eines Haustarifvertrags

Einer Gewerkschaft steht gegen einen Arbeitgeber ein schuldrechtlicher Anspruch auf Durchführung eines zwischen ihnen geschlossenen Haustarifvertrags zu. Der Durchführungsanspruch kann durch Leistungsklage geltend gemacht werden und ist auf die bei dem Arbeitgeber beschäftigten Mitglieder der Gewerkschaft begrenzt. Dem

kann im Klageantrag durch eine abstrakte Beschränkung auf „die Mitglieder“ Rechnung getragen werden, deren namentliche Nennung ist nicht erforderlich. Für nicht tarifgebundene arbeitnehmerähnliche Personen besteht hingegen kein Anspruch auf Tarifvertragsdurchführung.⁵

Corona-Anhuster kann fristlose Kündigung rechtfertigen

Wer im März 2020 bewusst einen Kollegen aus nächster Nähe anhustete und äußerte, er hoffe, dass er Corona bekäme, verletzt in erheblicher Weise die dem Arbeitsverhältnis innewohnende Rücksichtnahmepflicht gegenüber seinem Kollegen. Wenn der Arbeitnehmer dann auch im Übrigen deutlich macht, dass er nicht bereit sei, die Arbeitsschutzvorschriften einzuhalten, genügt auch keine Abmahnung, sondern kann fristlos gekündigt werden.⁶

Entblößen der Genitalien eines Kollegen stellt wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung des Arbeitnehmers dar

Entblößt ein Arbeitnehmer die Genitalien eines Kollegen, so stellt dies an sich einen wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung gemäß § 626 Abs. 1 BGB dar. Durch dieses Verhalten verletzt der Arbeitnehmer seine Pflichten erheblich.⁷

Ordentliche Kündigung einer Arbeitnehmerin wegen erheblicher Verspätungen an vier aufeinanderfolgenden Arbeitstagen

Kommt eine Arbeitnehmerin an vier aufeinanderfolgenden Arbeitstagen teilweise erheblich zur spät zur Arbeit, so rechtfertigt dies die ordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Fehlt der Arbeitnehmerin zudem das Unrechtsbewusstsein, so bedarf es keiner vorherigen Abmahnung.⁸

Kein Vergütungsanspruch wegen Annahmeverzug bei coronabedingter Betriebsschließung

Ein Arbeitgeber, der seinen Betrieb aufgrund eines staatlich verfügten allgemeinen „Lockdowns“ zur Bekämpfung der Corona-Pandemie vorübergehend schließen muss, trägt nicht das Risiko des Arbeitsausfalls – hier Minijobber, der keinen Anspruch auf Kurzarbeitergeld hat – und ist daher nicht verpflichtet, seinen Beschäftigten Vergütung unter dem Gesichtspunkt des Annahmeverzugs zu zahlen.⁹

1 BAG, Urt. v. 02.12.2021 – 3 AZR 212/21.

2 LAG München, Urt. v. 15.07.2021, Az. 3 Sa 188/21.

3 LAG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.11.2021 – 17 Sa 1067/21.

4 LAG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.08.2021 – 8 Sa 361/20.

5 BAG, Urt. v. 13.10.2021 – 4 AZR 403/20.

6 LAG Düsseldorf, Urt. v. 27.04.2021 – 3 Sa 646/20.

7 BAG, Urt. v. 20.05.2021 – 2 AZR 596/20.

8 LAG Schleswig-Holstein, Urt. v. 31.08.2021 – 1 Sa 70 öD/21.

9 BAG, Urt. v. 13.10.2021 – 5 AZR 211/21.

Entschädigungszahlungen an schwerbehinderte Bewerber, wenn freie Stelle nicht an Agentur für Arbeit gemeldet wurde

Verstöße von Arbeitgebern gegen Vorschriften, die Verfahrens- und/oder Förderpflichten zugunsten schwerbehinderter Menschen enthalten, begründen regelmäßig die Vermutung, dass eine Benachteiligung vorliegt. Dazu gehört ein Passus im Sozialgesetzbuch, „wonach die Dienststellen der öffentlichen Arbeitgeber den Agenturen für Arbeit frühzeitig freiwerdende und neu zu besetzende sowie neue Arbeitsplätze melden“. Wenn Arbeitgeber Stellen nicht richtig ausschreiben, müssen sie mit Entschädigungszahlungen wegen Benachteiligung von Schwerbehinderten rechnen.¹⁰

Keine Diskriminierung von Teilzeitbeschäftigten durch die Regelung von Mehrarbeit und Überstunden im TVöD-K

Die beklagte Klinikbetreiberin ist nicht verpflichtet Teilzeitbeschäftigten bei Wechselschicht- und Schichtarbeit entstehende Überstunden im TVöD-K zusätzlich mit Überstundenzuschlägen zu vergüten. Sie wird hierbei nicht gegenüber Vollbeschäftigten diskriminiert.¹¹

Überstunden können mit dem Gehalt abgegolten sein

Eine arbeitsvertragliche Regelung, dass zehn Stunden Mehrarbeit im Monat mit dem üblichen Gehalt abgegolten sind, ist auch für Geringverdiener zulässig, wenn die Regelung eindeutig formuliert ist und mindestens zwei Drittel eines in dem betreffenden Wirtschaftszweig üblicherweise gezahlten Tariflohns erreicht.¹²

Urlaubsabgeltungsanspruch ist in voller Höhe Masseverbindlichkeit

In der Insolvenz des Arbeitgebers ist der Anspruch des Arbeitnehmers auf Urlaubsabgeltung vollständig als Masseverbindlichkeit zu berichtigen, falls der vorläufige Insolvenzverwalter mit Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis (sog. starker vorläufiger Insolvenzverwalter) die Arbeitsleistung zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses noch in Anspruch genommen hat.¹³

Arbeitgeberhinweis auf Verfall von Urlaubstagen erst nach Wiedergenesung des Arbeitnehmers erforderlich

Ein Arbeitgeber muss einen langzeiterkrankten Arbeitnehmer nicht darauf hinweisen, dass nicht genommener Urlaub bald verfällt. Die Hinweispflicht besteht erst wieder ab dem Zeitpunkt der Wiedergenesung.¹⁴

10 BAG, Urt. v. 13.10.2021 – 5 AZR 211/21.

11 BAG, Urt. v. 15.10.2021 – 6 AZR 253/19.

12 LAG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 14.09.2021 – 2 Sa 26/21.

13 BAG, Urt. v. 25.11.2021 – 6 AZR 94/19.

14 ArbG Köln, Urt. v. 30.09.2021 – 8 Ca 2545/21.

Kurzarbeit verringert Urlaubsanspruch

Fallen aufgrund von Kurzarbeit einzelne Arbeitstage vollständig aus, ist dies bei der Berechnung des Jahresurlaubs zu berücksichtigen. Arbeitgeber dürfen den Urlaub für komplett entfallene Arbeitstage anteilig kürzen.¹⁵

Haftungsrecht

Fehlende Klingel im Kreißaal ist als grober Behandlungsfehler einzustufen

Wenn im Kreißaal einer Klinik die Klingel fehlt, mit der die Patientin um Hilfe rufen kann, und beim Bonding der Säugling kein Lebenszeichen von sich gibt und niemand alarmiert werden kann, handelt es sich um einen entschädigungspflichtigen groben Behandlungsfehler.¹⁶

Sozialrecht

Versicherungswidriges Verhalten führt zu Sperrzeit beim Arbeitslosengeld

Wer arbeitssuchend gemeldet ist, muss sich auf von der Arbeitsagentur vorgeschlagene Stellen bewerben. Gibt man sich erkennbar nicht alle Mühe, den Job wirklich zu bekommen, kann die Arbeitsagentur eine Sperrzeit festsetzen.¹⁷

Entschädigungszahlung wegen überlanger Gerichtsverfahrensdauer ist kein Einkommen im Sinne des SGB II

Eine Entschädigung wegen eines immateriellen Schadens aufgrund überlangen Gerichtsverfahrens ist – anders als vom beklagten Jobcenter und dem Landessozialgericht angenommen – nicht als Einkommen bei der Berechnung des Arbeitslosengeldes II zu berücksichtigen.¹⁸

Erkrankung nach vom Arbeitgeber angebotener freiwilliger Gripeschutzimpfung stellt keinen Arbeitsunfall dar

Erkrankt ein Arbeitnehmer nach einer vom Arbeitgeber angebotenen Gripeschutzimpfung, liegt kein Arbeitsunfall vor, wenn die Impfung freiwillig war. In diesem Fall besteht kein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.¹⁹

Der Weg vom Bett ins Homeoffice ist gesetzlich als Arbeitsunfall versichert

Der Sturz eines Beschäftigten auf dem morgendlichen erstmaligen Weg vom Bett ins Homeoffice ist ein Arbeitsunfall. Das Beschreiten der Treppe ins Homeoffice hat allein der erstmaligen Arbeitsaufnahme gedient und ist

15 BAG, Urt. v. 30.11.2021 – 9 AZR 225/21 und 9 AZR 234/21.

16 OLG Celle, Urt. v. 20.09.2021 – 1 U 32/20.

17 SG Gießen, Urt. 12.07.2021 – S 14 AL 81/21.

18 BSG, Beschl. v. 11.11.2021 – B 14 AS 15/20 R.

19 LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2021 – L 2 U 159/20.

deshalb als Verrichtung im Interesse des Arbeitgebers als Betriebsweg versichert.²⁰

Unfall während Skitags ohne Einbeziehung aller Arbeitnehmer stellt keinen Arbeitsunfall dar

Organisiert ein Arbeitgeber einen Skitag ohne dabei sämtliche Arbeitnehmer mit einzubeziehen oder zur Stärkung des Zusammenhalts ausgelegte Programmpunkte anzubieten, liegt keine betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung vor. Ein Unfall während des Skitags stellt dann keinen Arbeitsunfall dar.²¹

Blindheit ist kein Grund zur Verweigerung eines Elektrorollstuhls

Ein an Multipler Sklerose (MS) erkrankter blinder Mann hat Anspruch auf einen Elektrorollstuhl, denn Sehbeeinträchtigungen sind kein genereller Grund, eine Verkehrstauglichkeit bei Elektrorollstühlen abzulehnen – im Gegenteil ist es die Aufgabe des Hilfsmittelrechts, dem Behinderten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und nicht, ihn von sämtlichen Lebensgefahren fernzuhalten und ihn damit einer weitgehenden Unmündigkeit anheimfallen zu lassen.²²

Querschnittsgelähmter Versicherter hat Anspruch auf Handbike

Versicherte haben gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen. Hierzu kann im Fall eines querschnittsgelähmten Versicherten ein Handbike gehören.²³

Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichen Paaren nicht zulasten der Krankenkasse

Gleichgeschlechtliche Paare haben keinen Anspruch gegen die gesetzlichen Krankenkassen auf eine Kinderwunschbehandlung, denn diese Kassenleistung setzt krankheitsähnliches Zeugungsunvermögen voraus.²⁴

Steuerrecht

Umsatzsteuerfreiheit für Leistungen einer selbstständigen Hygienefachkraft

Gegenüber Alten- und Pflegeeinrichtungen erbrachte Leistungen einer selbstständigen Hygienefachkraft sind zwar nicht nach § 4 Nr. 14 a UStG, aber nach dem nationalen Recht vorgehenden Art. 132 Abs. 1 Buchst. g

Mehrwertsteuersystemrichtlinie 2006/112/EG (MwStSystRL) umsatzsteuerfrei.²⁵

Strafrecht

Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse ist nur strafbar, wenn Vorsatz nachgewiesen werden kann

Mit der für eine Verteilung notwendigen Sicherheit war dem Angeklagten die Tatbegehung nicht nachzuweisen. Der Angeklagte ließ sich dahingehend ein, dass Bekannte ihm den Arzt empfohlen hätten. Er habe dann eine E-Mail an die Praxis geschrieben und durch die Praxis habe er das Attest zugesandt bekommen. Während der damaligen Pandemielage sei es zulässig und üblich gewesen, sich Atteste telefonisch ausstellen zu lassen.²⁶

Vergrößerung des Hinterns mit Todesfolge führt zu langjähriger Freiheitsstrafe

Für den Tod zweier Frauen nach Vergrößerung des Hinterns wurde ein Operateur wegen Körperverletzung mit Todesfolge in zwei Fällen zu drei Jahren und vier Monaten Freiheitsstrafe verurteilt. Zusätzlich verhängte das Gericht vier Jahre Berufsverbot und ordnete die Einziehung der OP-Honorare in Höhe von 26.000 Euro an.²⁷

Verwaltungsrecht

BAföG trotz Ausbildungsrückstands, wenn Erkrankung während Prüfungszeitraums für Studienverzögerung ursächlich war

Erklärt ein Student, der BAföG-Leistungen erhält, einen Ausbildungsrückstand mit einer Erkrankung während des Prüfungszeitraums, so muss die Erkrankung für die Studienverzögerung ursächlich sein. Dies ist etwa dann nicht der Fall, wenn der Student bereits vor der Erkrankung sich dazu entschied, die Prüfungen nicht anzutreten.²⁸

Kein Betreuungsanspruch ohne Nachweis einer Masernschutzimpfung oder einer Kontraindikation

Einem dreijährigen Kind kann der Zugang zu einer Kindertageseinrichtung verwehrt werden, wenn die nach dem Infektionsschutzgesetz für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen erforderliche Masernschutzimpfung

20 BSG, Urt. v. 08.12.2021 – B 2 U 4/21 R.

21 LSG BaWü, Beschl. v. 21.05.2021 – L 3 U 1001/20.

22 LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 04.10.2021 – L 16 KR 423/20.

23 Hess. LSG, Urt. v. 13.10.2021 – L 1 KR 65/20.

24 BSG, Urt. v. 10.11.2021 – B 1 KR 7/21 R.

25 FG Münster, Urt. v. 01.06.2021 – 15 K 2712/17 U.

26 LG Düsseldorf, Urt. v. 16.11.2021, vgl. Ärzteblatt vom 17.11.2021, abgerufen im Internet am 26.11.2021 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Sch%C3%B6nheitschirurgie>.

27 LG Düsseldorf, Urt. v. 16.11.2021, vgl. Ärzteblatt vom 17.11.2021, abgerufen im Internet am 26.11.2021 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Sch%C3%B6nheitschirurgie>.

28 VGH BaWü, Beschl. v. 22.10.2021 – 12 S 888/19.

oder eine entsprechende Kontraindikation nicht hinreichend nachgewiesen ist.²⁹

Verfassungsbeschwerden betreffend Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen („Bundesnotbremse“) erfolglos

Das BVerfG hat in mehreren Hauptsacheverfahren Verfassungsbeschwerden zurückgewiesen, die sich unter anderem gegen die durch das Vierte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. April 2021 in § 28b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 IfSG für einen Zeitraum von gut zwei Monaten eingefügten bußgeldbewehrten Ausgangsbeschränkungen sowie bußgeldbewehrten Kontaktbeschränkungen nach § 28b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 IfSG zur Eindämmung der Corona-Pandemie richteten. Die beanstandeten Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen waren Bestandteile eines Schutzkonzepts des Gesetzgebers. Dieses diene in seiner Gesamtheit dem Lebens- und Gesundheitsschutz sowie der Aufrechterhaltung eines funktionsfähigen Gesundheitssystems als überaus wichtigen Gemeinwohlbelangen. Die Maßnahmen griffen allerdings in erheblicher Weise in verschiedene Grundrechte ein. Das BVerfG hat die Maßnahmen anhand der allgemein für sämtliche mit Grundrechtseingriffen verbundenen Gesetze geltenden verfassungsrechtlichen Anforderungen geprüft. Danach waren die hier zu beurteilenden Kontakt- und selbst die Ausgangsbeschränkungen in der äußersten Gefahrenlage der Pandemie mit dem Grundgesetz vereinbar; insbesondere waren sie trotz des Eingriffsgewichts verhältnismäßig. Soweit in diesem Verfahren weitere Maßnahmen des Gesetzes zur Eindämmung der Pandemie angegriffen wurden, wie etwa die Beschränkungen von Freizeit- und Kultureinrichtungen, Ladengeschäften, Sport und Gaststätten, war die entsprechende Verfassungsbeschwerde nicht zulässig erhoben.³⁰

Herabsetzung der Erwerbsminderung durch Dienstherrn bedarf medizinischer Begründung

Eine Herabsetzung des Grades der MdE von 100 v.H. auf 80 v.H. muss den hierzu getroffenen Feststellungen im eingeholten medizinischen Gutachten zu entnehmen sein. Insbesondere bedarf es einer Begründung, wieso aufgrund der Vielzahl der bestehenden Beeinträchtigungen des Verletzten eine geringfügige Verbesserung der Beweglichkeit eine nicht unerhebliche Gesamtverbesserung der MdE um 20 v.H. gerechtfertigt. Überdies fehlten sämtliche Ausführungen zu der Auswirkung dieser geringfügigen Verbesserung auf die Gesamtfunktionalität und insbesondere auf die Arbeitsfähigkeit des Verletzten.³¹

Kein Anspruch auf Kindergartenplatz bei Kündigung wegen aggressiven Verhaltens des Kindes

In einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren ist der verwaltungsrechtliche Anspruch eines knapp fünf Jahre alten Kindes gegen den Landkreis auf Nachweis eines Kindergartenplatzes abzulehnen, wenn das Betreuungsverhältnis wegen aggressiven Verhaltens des Kindes fristlos gekündigt wurde, was in einem Zivilrechtsstreit zu klären ist. Dieser Vorrang der zivilrechtlichen Klärung der Rechtmäßigkeit einer Kündigung gilt jedenfalls solange, wie der Kindergartenplatz noch freigehalten wird.³²

Kindertagespflegeperson muss verlässlich und zuverlässig sein

In einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren ist entschieden worden, dass die Stadt Stolberg zu Recht einer Kindertagespflegeperson die Erlaubnis zur Betreuung von Kleinkindern entzogen hat, weil sie gegen ihre Pflichten verstoßen hat. Nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen im SGB VIII muss eine Tagespflegeperson die Betreuung der ihr anvertrauten Kinder persönlich wahrnehmen und darf diese Pflicht – abgesehen von absoluten Notfällen – nicht an Dritte delegieren.³³

Aufnahme eines Fachkrankenhauses in den Krankenhausplan bei Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen

Ein Krankenhausträger kann die Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan auch dann nicht unabhängig von einer tatsächlichen Bedarfsdeckung und bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern ohne Auswahlentscheidung beanspruchen, wenn der Krankenhausplan lediglich die Gesamtbettenzahl je Krankenhaus ausweist, nicht aber die Bettenzahl je Fachgebiet oder Fachabteilung.³⁴

Schulschließungen waren nach der im April 2021 bestehenden Erkenntnis- und Sachlage zulässig

Das BVerfG hat mehrere Verfassungsbeschwerden zurückgewiesen, die sich gegen das vollständige oder teilweise Verbot von Präsenzunterricht an allgemeinbildenden Schulen zum Infektionsschutz („Schulschließungen“) nach der vom 22. April bis zum 30. Juni 2021 geltenden „Bundesnotbremse“ richteten, zurückgewiesen, weil diese einschränkenden Maßnahmen verfassungsgemäß waren.³⁵

29 OVG NRW, Beschl. v. 29.10.2021 – 12 B 1277/21.

30 BVerfG, Beschl. v. 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, 1 BvR 889/21, 1 BvR 860/21, 1 BvR 854/21, 1 BvR 820/21, 1 BvR 805/21, 1 BvR 798/21.

31 VG, Urt. v. 19.10.2021 – 1 K 1467/21.TR.

32 VG Göttingen, Beschl. v. 29.10.2021 – 2 B 192/21.

33 VG Aachen, Beschl. v. 07.12.2021 – 1 L 708/21.

34 BVerwG, Urt. v. 11.11.2021 – 3 C 6.20.

35 BVerfG, Beschl. v. 19. November 2021 – 1 BvR 971/21, 1 BvR 1069/21.

Tantra-Massage stellt sexuelle Dienstleistung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Prostituiertenschutzgesetzes dar

Bei den gegen Entgelt angebotenen Tantra-Massagen handelt es sich um sexuelle Dienstleistungen im Sinne von § 2 Abs. 1 des Prostituiertenschutzgesetzes, weshalb der Anbieter als Prostituirter im Sinne der Vorschrift anzusehen ist. Dem Gesetz liegt insoweit ein weites Verständnis von Prostitution und sexuellen Dienstleistungen zugrunde. Ein Tantra-Masseur ist deshalb verpflichtet, sich als Prostituirter anzumelden und regelmäßig an einer durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst angebotenen gesundheitlichen Beratung teilzunehmen.³⁶

Beschäftigte eines Seniorenpflegeheims müssen weiterhin eine medizinische Maske tragen

Die Maskenpflicht verstößt nicht gegen Gesetz und Recht, sondern ist gerade wegen des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner des Seniorenpflegeheims nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG geboten, weil sich auch vollständig geimpfte Personen mit dem Coronavirus infizieren und die Infektion wiederum auf Andere übertragen können.³⁷

Kein Entschädigungsanspruch wegen Quarantäneanordnung für Auszubildenden bei Fortzahlung der Ausbildungsvergütung

Muss ein Auszubildender wegen des Kontakts zu einem Coronavirus Infizierten in Quarantäne, besteht kein Anspruch auf Entschädigung gemäß § 56 IfSG. Denn er erhält weiterhin seine Ausbildungsvergütung gemäß § 19 Abs. 1 Nr. 2 b) BBiG.³⁸

Eingetragene Lebenspartnerin hat Anspruch auf Sonderurlaub zur Betreuung des gemeinsamen Kindes

Die rechtliche Elternstellung ist kein Kriterium dafür, ob für ein betreuungsbedürftiges Kind bezahlter Sonderurlaub genehmigt werden muss oder nicht. Eine eingetragene Lebenspartnerin hat Anspruch auf bezahlten Sonderurlaub für die Betreuung des gemeinsamen, von der Lebenspartnerin geborenen Kindes.³⁹

Online-Versandapotheke darf im Bestellvorgang das Geburtsdatum nicht bei jedem Produkten abfragen

Eine Online-Versandapotheke darf im Bestellvorgang das Geburtsdatum nicht bei jedem erwerbbaaren Produkt abfragen, die Frage nach der Volljährigkeit reicht aus.⁴⁰

Wettbewerbsrecht

Werbung mit Fernbehandlungen nur unter den Voraussetzungen des § 9 Satz 2 HWG erlaubt

Medien im Sinne des § 9 S. 2 Heilmittelwerbegesetz sind zwar auch Apps, sodass die Werbung mit Fernbehandlungen erlaubt sein kann. Das gilt aber nur, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.⁴¹

Zivilrecht

Krankenhaus muss Patienten-Daten kostenlos herausgeben

Nach Art. 15 Abs. 3 DSGVO hat der Patient Anspruch auf kostenlose Herausgabe der Patienten-Daten, ohne dass er angeben muss, für was er die Daten benötigt. Die DSGVO geht auch der Regelung in § 630g BGB vor, nach der der Patient dem Behandler die entstandenen Kosten zu ersetzen hat.⁴²

Hinweis: Vgl. auch den Beitrag „Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht in Patientenakten“ von Grübner-Rieken hier in diesem Heft!

Fristlose Kündigung einer psychisch kranken Wohnungsmieterin nach massivem Angriff auf Nachbarin ist rechtmäßig

Packt eine psychisch kranke Wohnungsmieterin eine Nachbarin an den Haaren, drückt sie an die Wand und benutzt Pfefferspray, um an die Wohnungsschlüssel der Nachbarin zu gelangen, rechtfertigt dies die fristlose Kündigung der Mieterin.⁴³

Bei Pflegevereinbarung mit Immobilienübertragung unter Geschwistern ist dauerhaftes, gegenseitiges Vertrauen Geschäftsgrundlage

Schließen Geschwister einen Vertrag zur Übertragung der Immobilie mit Pflegevereinbarung ab, so ist das dauerhafte, gegenseitige Vertrauen im Zweifel Geschäftsgrundlage des Vertrags. Ist die Geschwisterbeziehung heillos zerrüttet, führt dies zum Wegfall der Geschäftsgrundlage, was wiederum die Rückübertragung des Eigentums nach sich ziehen kann.⁴⁴

36 VG Düsseldorf, Urt. v. 17.11.2021 – 29 K 8461/18.

37 VG Hannover, Beschl. v. 15.11.2021 – 15 B 5844/21.

38 VG Gera, Urt. v. 14.10.2021 – 3 K 280/21 Ge.

39 VG Berlin, Urt. v. 09.09.2021 – VG 36 K 68/19.

40 VG Hannover, Urt. v. 09.11.2021 – 10 A 502/19.

41 BGH, Urt. v. 09.12.2021 – I ZR 146/20.

42 LG Dresden, Urt. v. 29.05.2020 – 6 O 76/20.

43 LG Hamburg, Beschl. v. 23.06.2021 – 316 T 24/21.

44 BGH, Urt. v. 09.07.2021 – V ZR 30/20.

Beitragsrückforderungen bei der PKV nach drei Jahren verjährt

Privat Krankenversicherte, die aufgrund einer unwirksamen Prämienhöhung zu hohe Beiträge gezahlt haben, können nur in einem Dreijahreszeitraum Geld zurückfordern.⁴⁵

Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde gegen Vorschriften zum Ausschluss der ambulanten ärztlichen Zwangsbehandlung betreuter Personen

Das Bundesverfassungsgericht hat eine Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen, die

die Frage zum Gegenstand hat, ob § 1906a des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) insoweit mit dem Grundgesetz unvereinbar ist, als § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB ärztliche Zwangsmaßnahmen ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus zulässt. Der Beschwerdeführer hat nicht die Möglichkeit genutzt, vor den Fachgerichten eine Feststellung zu erlangen, ob eine verdeckte Verabreichung der ihm ärztlich verordneten Medikamente überhaupt einer Genehmigungspflicht durch das Betreuungsgericht nach § 1906a Abs. 2 BGB unterlag.⁴⁶

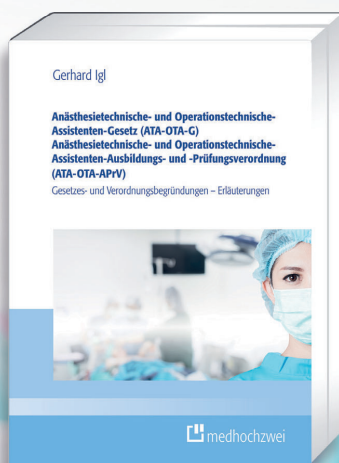
Bearbeitet von Prof. Hans Böhme

45 BGH, Urt. v. 17.11.2021 – IV ZR 113/20.

46 BVerfG, Beschl. v. 02.11.2021 – 1 BvR 1575/18.

ATA und OTA

Alles zur neuen bundesrechtlich geregelten Ausbildung



Gerhard Igl
Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) und Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (ATA-OTA-APrV)

Gesetzes- und Verordnungsbegründungen – Erläuterungen
XIV, 389 Seiten. Hardcover. € 69,99. ISBN 978-3-86216-723-4.

Im Werk werden die Vorschriften des ATA-OTA-G und der ATA-OTA-APrV anhand der Gesetzes- und Verordnungsbegründung praxisorientiert und verständlich erläutert.

 medhochzwei

Weitere Informationen und Bestellung unter: www.medhochzwei-verlag.de

Buchbesprechung

Ulsenheimer/Gaede, **Arztstrafrecht in der Praxis** in 6. Auflage

besprochen von Prof. Hans Böhme



Als 1988 die erste Auflage von Ulsenheimers Arztstrafrecht in der Praxis erschien, war der Rezensent über die Qualität und Praxisnähe dieses übersichtlichen und wenige hundert Seiten umfassenden Buches begeistert – und jede weitere Auflage war ein Gewinn, wenngleich die Seitenzahl stetig anwuchs – hauptsächlich ein Resultat der umfang-

reichen Neuregelungen und Zunahme von Rechtsproblemen. Zwischenzeitlich stellt dieses bewährte Handbuch in 6. Auflage auf 1.376 Seiten die komplexe Materie des Arztstrafrechts umfassend dar und gibt wertvolle praktische Hinweise zur Verteidigung von Ärzten und medizinischen Einrichtungen. Die Darstellung richtet sich nicht nur an Juristen, sondern auch an Mediziner. Zahlreiche Beispiele erleichtern das Verständnis der rechtlichen Probleme.

Eingehend und praxisnah werden Behandlungsfehler, Aufklärungsmängel oder Organisationsfehler aufgearbeitet, die zum Vorwurf der insbesondere fahrlässigen

Körperverletzung oder Tötung führen können. Besonders im Fokus stehen mit dieser Auflage der Abrechnungsbetrug, die Korruptionsverfolgung im Gesundheitswesen und die [Vertragsarzt-]Untreue. Ausführlich behandelt werden u. a. auch die Themen Sterbehilfe, unterlassene Hilfeleistung, Schweigepflicht, Datenschutz und Fortpflanzungsmedizin.

Der strafprozessuale Teil des Werkes stellt die Mandatsbearbeitung in den verschiedenen Verfahrensabschnitten dar, angereichert mit vielen Hinweisen zur Verteidigerstrategie und zu den Besonderheiten bei Strafverfahren gegen Ärzte. Wichtige Empfehlungen für das Verhalten des Arztes nach einem strafrechtsrelevanten Geschehen helfen, Nachteile zu vermeiden.

Alles in allem handelt es sich in der vorliegenden 6. Auflage um eine umfassende Darstellung des Arztrechts in allen Facetten, das im Strafrecht das umfassendste Werk zu diesen Themen darstellt – eine Fundgrube für alle, die sich mit diesen Fragen beschäftigen.

Klaus Ulsenheimer/Karsten Gaede, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 6. Auflage, Heidelberg 2021, C.F. Müller, Hardcover, 1.376 S., 139 Euro, ISBN 978-3-8114-0637-7

Buchbesprechung

Kremer/Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren von Kremer/Wittmann, 4. Auflage

besprochen von Philipp Pürner, Rechtsanwalt in München



Das Werk „Vertragsärztliche Zulassungsverfahren“ von Dr. Ralf Kremer und Dr. Christian Wittmann ist im Sommer 2021 in der mittlerweile vierten Auflage erschienen. Insbesondere das in der Praxis hochrelevante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und das Gesetz zur Weiterentwicklung

der Gesundheitsversorgung (GVWG) finden Berücksichtigung, sodass der aktuelle Rechtsstand abgebildet wird.

Das Werk bietet einen Gesamtüberblick über die Verfahren vor den Zulassungsgremien und behandelt vertieft alle erdenklichen Verfahrensfragen. Darstellungen der Zusammensetzung und Aufgabe der Zulassungsgremien, des Zulassungsausschusses sowie Berufungsausschusses und dem Verfahrensablauf werden vorangestellt. Es erfolgt die Erläuterung aller vertragsärztlichen Zulassungstatbestände: Über die regelhafte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, Genehmigungen zur Anstellung von Ärzt*innen, Ermächtigungen bis hin zu Sonderbedarfszulassungen. Darüber hinaus werden weitergehende Rechtsfragen beispielsweise bei der Verlegung von Versorgungsauf-

trägen, Gründung von Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften sowie Fachgebietswechsel ausführlich erläutert. Das Werk schließt mit einer Zusammenfassung der sozialgerichtlichen Verfahren im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Zulassungsverfahren.

Der erste Blick zeigt dem Praktiker, dass das Werk alle praxisrelevanten Rechtsfragen und -probleme behandelt. Auf den zweiten Blick zeigt sich eine hervorragend vertiefte und detaillierte Darstellung dieser Rechtsfragen, welche durch eine Vielzahl von fundierten Quellennachweisen und weiterführenden Verweisen ergänzt werden. Das Sachverzeichnis mit einem Umfang von mehr als 50 Seiten stellt sicher, dass auch Einzelprobleme verlässlich auffindbar sind. Das Werk „Vertragsärztliche Zulassungsverfahren“ von Dr. Ralf Kremer und Dr. Christian Wittmann stellt ein unverzichtbares und aktuelles Kompendium aller Rechtsfragen des vertragsärztlichen Zulassungsrechts dar und macht es so zu einem Standardwerk für alle Praktiker, die im Bereich der vertragsärztlichen Zulassungsverfahren tätig sind – sei es beratend, sei es auf Seiten der Entscheidungsgremien.

Ralf Kremer/Christian Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 4. Neubearbeitete Auflage, Heidelberg 2021, C. F. Müller, 657 S., Hardcover, 74,00 Euro, ISBN 978-3-8114-5737-9

Janda, Pflegerecht in 2. Auflage

besprochen von Dr. Matthias Wiemers, Rechtsanwalt in Berlin



Kaum ein Rechtsgebiet hat eine gesellschaftlich so hohe **Relevanz** wie das Pflegerecht. Und bei aller Kritik an der Problemlösungskompetenz der politischen Entscheider in unserem Land und auch der Akteure im Gesundheitswesen: Im Pflegerecht gibt es immer wieder neue Versuche des Gesetzgebers, die akuten, im Bereich der Pflege existierenden

Probleme normativ anzugehen.

Constanze Janda hat deshalb ihr erst vor gut zwei Jahren erschienenen Bändchen zum „Pflegerecht“ neu aufgelegt. Dieses beginnt zunächst mit einer Einordnung in das Rechtssystem und dem Versuch einer Definition (S. 17) und zeigt knapp die historische Entwicklung auf. Dies ist zur Orientierung von hoher Bedeutung, weil der Leser hiermit besser beurteilen kann, inwiefern sich der Gesetzgeber sozusagen auf der Höhe der Zeit bewegt. Wie schon in der Erstauflage, endet das erste Kapitel mit einem Abschnitt unter dem Titel „Fortbestehender Reformbedarf“. Das heißt, trotz des knappen Umfangs des Buches beteiligt sich die Autorin insoweit an der pflegepolitischen Debatte, indem sie zumindest offene Forderungen in der Pflegepolitik aufzeigt. Das zweite Kapitel zeigt in sehr **verdichteter** Form „Grundlagen des Rechts der Pflegeversicherung“ auf. Hier lernt der Leser, unter welchen Bedingungen man versichert wird und wie insbesondere auch die Soziale Pflegeversicherung das private Versicherungsrecht überlagert. Erfahrungsgemäß entstehen schon hierbei erhebliche Verständnisschwierigkeiten bei denjenigen, die Pflegerecht studieren. Denn die **wenigsten** „Pflegerechter“ sind Juristen.

Es folgt eine Auseinandersetzung mit dem „Leistungsrecht“ (Kap. 3). Das Kapitel gliedert sich in eine Darstellung des Versicherungsfalls, worunter die nun schon mehrere Jahre geltende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausführlicher dargestellt wird.

Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet neben dem Leistungsrecht das „Leistungserbringungsrecht“, das als viertes Kapitel folgt. Kapitel fünf ist der „Pflege in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ gewidmet, ohne deren Darstellung auch die Pflege nach SGB XI nicht vollständig zu verstehen wäre. Im 6. Kapitel über „Pflege im Recht der sozialen Hilfen“ war die Überführung der Eingliederungshilfe vom SGB XII in das SGB IX einzuarbeiten (Rdnr. 16). Wiederum einen wichtigen systematischen Überblick über das Pflegerecht in der Praxis liefert das 7. Kapitel über „Rechtsbeziehungen zwischen Versicherten und Leistungserbringern in der Pflege“, da dort noch einmal auf andere Weise das geltende Recht dargestellt wird, indem den Akteuren jeweils verdeutlicht wird, wie sie rechtlich zu den anderen stehen. Wie in der Erstauflage schließt der Band mit drei instruktiven Falllösungen.

Alle Kapitel beginnen mit Orientierungsfragen und enden mit „Wiederholungs- und Vertiefungsfragen“. Sie sind zudem mit Beispielen durchzogen, die gut gewählt und platziert sind. Der Band hat es gewissermaßen in sich, ist aber dennoch manchem umfangreicherem Werk und insbesondere nichtjuristischen Darstellungen vorzuziehen, weil letztere oftmals den Blick für das Wesentliche verstellen. Und das Wesentliche ist das geltende Recht!

Constanze Janda, Pflegerecht, 2. Auflage, Baden Baden 2022, Nomos Verlag, 184 S., Softcover, 24,90 Euro ISBN 978-3-8487-7650-4

Market Access im Gesundheitswesen – Hürden und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung

besprochen von Prof. Hans Böhme



Dieser Sammelband enthält zum Thema Marktzugang im Gesundheitswesen eine Fülle von Informationen durch Autoren unterschiedlichster Professionen – eine regelrechte Fundgrube für alle, die das Gesundheitswesen verbessern wollen.

Das Buch gliedert sich in fünf Kapitel:

- das 1. Kapitel betrifft politische Rahmenbedingungen und Systemperspektiven,
- das 2. Kapitel ambulante Versorgungsalternativen,
- das 3. Kapitel Nutzen und Methodenbewertung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte,
- das 4. Kapitel sektorenübergreifende Versorgungssysteme und
- das 5. und letzte Kapitel die Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Jedes dieser Kapitel hat es in sich, besonders für die Gesetzgebungspolitik, aber auch für die Rechtsanwenderseite. Ob es um allgemeine Themen wie das Spannungsverhältnis zwischen innovations- und ressourcenorientierter Versorgungssteuerung oder ganz spezielle Themen wie das Konzept des Shared Decision Makings am Beispiel der Nierenersatztherapie in der Nephrologie geht – im 1. Kapitel wird ein großer Fundus an aktuellem Wissen vermittelt. Dem Rezensenten stellt sich in diesem Zusammenhang dennoch die Frage, ob die behandelnden Ärzte ihre Aufklärungspflichten erfüllen, wenn neben der Hämodialyse die zu Hause handelbare Peritonealdialyse völlig vernachlässigt wird.

Im 2. Kapitel geht es um das Spannungsfeld zwischen verpflichtendem Primärarztmodell und freier Arztwahl sowie um die ambulante Behandlung im Krankenhaus sowie schließlich um die ambulant ärztliche Palliativversorgung. Für den Fachmann besonders spannend ist die Darstellung von Walter/Strobl der Zugänge zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus und deren Verankerung im GKV-System. Die Autoren versuchen bei allen Unterschieden der jeweiligen Versorgungsstränge im Detail herauszuarbeiten, in-

wieweit sich nicht auch zumindest teilweise gemeinsame Strukturen finden lassen, wenngleich in der Gesamtschau erhebliche, nicht nur rechtssystematische Inkonsistenzen festzustellen sind. Diese 20 Seiten sind eine geistreiche Zusammenfassung der vorhandenen ambulanten Krankenhausversorgung mit einer klugen Analyse, die den Gesetzgeber eigentlich für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens auf die richtige Spur bringt.

Im 3. Kapitel wird neben der evidenzbasierten Medizin, der Nutzenbewertung von innovativen Medizinprodukten, dem NUB-Verfahren bei Innovationen in der Krankenhausversorgung und den hohen Kosten neuer Medikamente die Einführung einer europäischen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukte behandelt.

Das 4. Kapitel zur sektorenübergreifenden Versorgung – eine nunmehr zwei Jahrzehnte währende Dauerbaustelle in der Gesetzgebung – wird am Beispiel der Notfallversorgung und der Nachsorge nach Nierentransplantation problematisiert. Das Kapitel wird mit einem Beitrag zu den intersektoralen Versorgungsstrukturen zwischen Untergang und Aufbruchstimmung abgeschlossen.

Das letzte und 5. Kapitel greift das aktuellste, aber auch in Deutschland recht stiefmütterlich behandelte Thema der hoffentlich nahen Zukunft auf – die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Anhand der Rolle telemedizinischer Zentren für die Entwicklung und Koordination von Innovationen in der Gesundheitstelematik sowie von Systempartnerschaften im Gesundheitswesen und ganz aktuell der Medizin 4.0 (Digital Health) werden hochaktuelle Themen der nahen Zukunft behandelt, an denen die Akteure im Gesundheitswesen nicht (mehr) herkommen. Der Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP macht klare Aussagen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung.

Alles in allem liegt ein Sammelband vor, der hoffentlich unter den Entscheidern eine große Verbreitung finden wird. Für das Tagesgeschäft ist dieses Buch nicht geeignet, aber für alle, die an Modellprojekten arbeiten, ist es ein Muss.

Mario A. Pfannstiel/Roger Jaeckel/Patrick Da-Cruz (Hrsg. €), Market Access im Gesundheitswesen – Hürden und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung, Wiesbaden 2020, Springer-Gabler, Hardcover Book und eBook, 368 S., 49,99 Euro, ISBN Buch: 978-3-658-25140-6, ISBN eBook: 978-3-658-25141-3

Praxisfrage: Müssen STK-Fristen kalendergenau eingehalten werden?

Frage:

Bei Prüfungen an IIb Geräten haben wir bislang immer den Grundsatz gelebt, dass die Prüfungen nicht verschoben werden. Hierzu ein Beispiel: Ein Gerät muss jährlich einer STK (sicherheitstechnische Kontrolle) unterzogen werden und der Termin steht am 15.03.2021 an. Die STK wurde beim Hersteller dann aber erst am 10.04.2021 durchgeführt. Wir haben die STK dann entsprechend auf den 10.04.2021, aber den nächsten Termin trotzdem wieder auf den 15.03.2022 fortgeschrieben, damit wir das Prüfdatum nicht künstlich nach hinten verschieben. Wir würden dann also am 15.03.2022 wieder prüfen, obwohl kein volles Jahr vergangen wäre. Manchmal kommt es leider auch vor, dass diese Abstände noch größer werden. Man beauftragt z. B. im Januar eine STK, die dann erst Monate später (August) durchgeführt wird, weil die Firmen nicht kommen oder warum auch immer. Bei Firmen sehen wir aber auch, dass diese – egal wann die STK dran gewesen wäre – ab dem Datum der neuen STK 1 Jahr weiter fortschreiben. Beispiel STK wäre in 15.03.2021 fällig, die Firma führt es erst am 10.04.2021 aus, dann steht auf dem Servicebericht als nächster Termin der 10.04.2022. Also ein Jahr ab der aktuellen STK auch wenn zwischen der aktuellen STK und der vorherigen mehr als ein Jahr zurückliegt. Meine Frage lautet nun also: Müssen STK-Fristen kalendergenau eingehalten werden?

Antwort:

In § 11 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 MPBetreibV in der seit 01.01.2017 gültigen Fassung ist geregelt:

„Der Betreiber hat für die in der Anlage 1 aufgeführten Medizinprodukte sicherheitstechnische Kontrollen nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik und nach Satz 2 oder Satz 3 durchzuführen oder durchführen zu lassen. Er hat für die sicherheitstechnischen Kontrollen solche Fristen vorzusehen, dass entsprechende Mängel, mit denen aufgrund der Erfahrung gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können. Die sicherheitstechnischen Kontrollen sind jedoch spätestens alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats durchzuführen, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde.“

In der Neuregelung ist die Beschränkung auf Medizinprodukte, „für die der Hersteller sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben hat“, ebenso aufgegeben wie „nach den Angaben des Herstellers“ und „in den vom Hersteller angegebenen Fristen“. Aufgrund der Betreiberpflichten nach § 3 Abs. 1 hat der Betreiber und haben die vom Betreiber beauftragten Instandhalter, die ja schließlich besondere Anforderungen nach § 5 erfüllen müssen, eine Eigenverantwortung bei der STK. Die Herstellerangaben sind also nur noch Empfehlungen. Spätestens nach zwei Jahren ab Inbetriebnahme oder letzter STK muss die neue STK erfolgen. Allerdings muss der mit der STK Beauftragte selbst prüfen, ob eine frühere STK erforderlich ist. Die Neuregelung mit dieser Umkehr weg von der Herstellerverantwortung hin zur Betreiberverantwortung ist im Zusammenhang mit der EU-Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation – MDR¹ zu verstehen.²

Die MDR dient in erster Linie der Rückgewinnung des Vertrauens in die CE-Kennzeichnung. Das ist ein Herstellerproblem. Betreiber und Anwender müssen wissen, was hier zur Nachhaltigkeit der Produktesicherheit geregelt ist. Konsequenzen für die tägliche Arbeit ergeben sich hieraus.

Da die EU nur die Herstelleranforderungen im Auge hat, hat der bundesdeutsche Gesetzgeber Überlegungen zur Nachhaltigkeit der MP-Sicherheit nicht nur angestellt, sondern auch versucht, auf 2017 umzusetzen. Dies geschah unter anderem durch die Neuregelung der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), die seit dem 26.05.2021 durch die Medizinprodukte-Anwendermelde- und Informationsverordnung (MPAMIV) ersetzt ist, und insbesondere der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). In diesem Kontext ist nicht nur die Schaffung des Beauftragten für Medizin-

1 EUR-Lex – 32017R0745 – EN – EUR-Lex (europa.eu), im Internet aufgerufen am 13.12.2021.

2 Dazu Böhme, Die neue Medizinprodukte-Betreiberverordnung, 4. Teil, in Pflege- & Krankenhausrecht (PKR) 3/2017, 89–90.

produktesicherheit nach § 6 MPBetreibV zu verstehen, sondern auch das Loslösen der Verantwortung des Betreibers von der Verantwortung des Herstellers. Der Betreiber soll sich nicht mehr einfach auf den Hersteller verlassen dürfen. Er hat die Verantwortung für das Betreiben und Anwenden. In dem Zusammenhang muss er Personen, Betriebe oder Einrichtungen mit den besonderen Anforderungen nach § 5 beauftragen, die die Betreiberpflichten auch hinsichtlich der STK sicherstellen. Der Betreiber muss im Rahmen der allgemeinen Rechtsgrundsätze über seine Verkehrssicherungspflichten dafür Sorge tragen, dass alle Produkte, bei denen nach Maß der Dinge bzw. nach allgemeinen Erkenntnissen gefährdende Mängel auftreten können, regelmäßig überprüft werden. Wenn daher der Hersteller, der als entsprechende Kompetenz für das Verhalten seines Produktes anzusehen ist, es für förderlich zur Gewährleistung der Sicherheit des Produktes hält, wenn in gewissen Abständen förmliche sicherheitstechnische Kontrollen durchgeführt werden, sollte der Betreiber eine solche Empfehlung nur mit fundierter Begründung missachten. „Insoweit sind solche Empfehlungen des Herstellers vergleichbar mit den Vorgaben nationaler und internationaler Normen. Auch solche Normen sind letzten Endes kein verbindliches Gesetz. Sie können vom Normadressaten durchaus missachtet werden. Jedoch erzeugt eine Missachtung stets die Notwendigkeit, detailliert und ausführlich zu begründen, wie gleichwohl die Gewähr für die geforderte Sicherheit erreicht wird.“³

Daraus ergibt sich für Ihre Frage, dass es völlig unproblematisch ist, die STK-Fristen zu verlängern. Entscheidend ist die Einschätzung des Instandhalters – und nicht etwa der Herstellerfirma. Höchstgrenze sind zwei Jahre. Die Zweijahresfrist muss grundsätzlich auf jeden Fall eingehalten werden.

Beispiel

Die StK wurde auf zwei Jahre festgelegt mit Plakette 10.21. Der Instandhalter kann aber erst im Dezember kommen. Hier muss grundsätzlich darauf geachtet werden, den Instandhalter rechtzeitig zu beauftragen. Kommt er dann Monate später, ist das Gerät in der Regel nicht mehr einzusetzen, es sei denn, es geht um einen Noteinsatz.

Beantwortet von Professor Hans Böhme

Die DAK wertet aus:

Das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt in Bezug auf die Coronakrise und die Digitalisierung



 medhochzwei

Weitere Informationen unter: www.medhochzwei-verlag.de

³ Lücke/Gärtner, Herstellervorgaben STK, Wartung, Inspektion: Verbindlichkeit und haftungsrechtliche Bedeutung, in: mt medizintechnik 3/2005, S. 89–96.

Das eJournal für Entscheider zu Rechtsfragen im Gesundheitswesen

Healthcare & Hospital Law

Jetzt abonnieren unter:
www.healthcare-hospital-law.de

Jahresabonnement online (6 Ausgaben):

148,00 €; Zusatzlizenz je 103,60 €, Campus- und Firmenlizenzen auf Anfrage (info@medhochzwei-verlag.de).

Inkl. Zugriff auf das gesamte Archiv und die Normsammlung Gesundheitswesen.

Impressum Healthcare & Hospital Law

Das eJournal für Recht in der Praxis www.healthcare-hospital-law.de

ISSN: 2748-2332

Herausgeberschaft:

Prof. Hans Böhme
Jurist und Soziologe
Institut für Gesundheitsrecht
und -politik
Am alten Fliegerhorst 27
26419 Schortens-Upjever
Tel.: [0 44 61] 9 17 01 30
E-Mail: info@boehme-igrp.de

Prof. Dr. Bernd Halbe
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
DR. HALBE – RECHTSANWÄLTE
Köln – Berlin
Im Mediapark 6A
50670 Köln
Tel.: [02 21] 57 77 9-0
E-Mail: koeln@medizin-recht.com

Dr. Hartmut Münzel
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizin- und Arbeitsrecht
DR. HALBE – RECHTSANWÄLTE
Köln – Berlin
Im Mediapark 6A
50670 Köln
Tel.: [02 21] 57 77 9-0
E-Mail: koeln@medizin-recht.com

Erscheinungsweise:

Healthcare & Hospital Law erscheint sechs Mal jährlich als reine Online-Zeitschrift in den Monaten Januar, März, Mai, Juli, September, November.

Abonnements:

Jahresaboppreis: 148,- €, Zusatzlizenzen: 103,60 €
Schnupperabo für drei Ausgaben: 69,- €
Studentenabo: 89,- €

Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 6 Ausgaben jährlich. Kündigungen sind bis 8 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

Anzeigen:

Sabine Hornig, Tel.: 06221/91496-15
sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Bestellungen:

www.medhochzwei-verlag.de/shop/
Telefonischer Kundenservice: Tel.: +49 7953 7189076
Fax: +49 7953 7189082, E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Manuskriptinweise:

Es werden nur Beiträge angenommen, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Der Verlag geht davon aus, dass der Autor für alle zur Publikation eingereichten Texte und Abbildungen das Recht zur Veröffentlichung hat und Urheberrechte Dritter nicht berührt sind. Der Verlag behält sich vor, die eingereichten Arbeiten redaktionell zu bearbeiten. Autorenrichtlinien können von der Redaktion angefordert werden.

Copyright:

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der eigenen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Schriftleitung/

Redaktion (V.i.S.d.P.):

Prof. Hans Böhme
Jurist und Soziologe
Institut für Gesundheitsrecht und -politik
Am alten Fliegerhorst 27
26419 Schortens-Upjever
Tel.: [0 44 61] 9 17 01 30
E-Mail: info@boehme-igrp.de

Verlag:

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de
Tel.: +49 6221 914 96 0
Fax: +49 6221 914 96 20
Julia Rondot, Geschäftsführung
info@medhochzwei-verlag.de

Satz:

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld