Hier führt das OLG aus, dass es anhand des Formulars und der Angaben des Zeugen Dr. X nachvollziehbar sei, dass der Zeuge sich an das konkrete Gespräch aus dem Jahr 2012 nicht erinnern könne, aber glaubhaft wirke, dass er solche Gespräche immer so, wie für den streitgegenständlichen Fall angegeben, führe. Das OLG hielt also eine gleichlaufende Abschlusspraxis für nachgewiesen, die den Rückschluss auf eine Individualvereinbarung im vorliegenden Fall zulasse.

Dem Zeugen Dr. X werden insofern nicht mehr nur „Überspannungen“ an die Beweislast erspart (dass der Beweis einer Individualabsprache trotz des Verbotes in § 2 Abs. 2 S. 3 GOZ so schwer nicht zu führen wäre, wie das BVerfG und das OLG meinen, zeigt die Eintragung in der Patientenakte in vorliegendem Fall im Übrigen anschaulich).

Es wird damit letztlich dem Zeugen *aufgrund* eines Formulars, das der äußeren Gestalt nach eher an AGB denn an eine Individualvereinbarung gemahnt, unausgesprochen die widerlegliche Vermutung einer Individualabrede zugutegehalten. Das ist weder zivilrechts- oder zivilprozessrechtsdogmatisch überzeugend noch durch Grundrechte im Sinne wertender Korrektur geboten.

III.

Die Entscheidung stößt eine aus Sicht des Unterzeichners notwendige Debatte über die (m. E. zu engen) Voraussetzungen von zahnärztlichen Honorarvereinbarungen an.

Sie weicht dabei allerdings, ohne das auszusprechen, von der st. Rechtsprechung des BGH zu den Voraussetzungen in und der Beweislast betreffend § 305 Abs. 1 S. 3 BGB ab, ohne dass das von der zitierten Rechtsprechung des Verfassungsgerichts noch getragen wäre.

Um die m. E. dringend nötige Liberalisierung des zahnärztlichen Vergütungsrechts herbeizuführen, wäre der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber gefragt. Im bisherigen System des Rechts der AGB in §§ 305 ff. BGB und der GOZ erscheint diese dem Unterzeichner ohne Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung des BGH mit den Argumenten des OLG Köln nicht überzeugend möglich.

<https://doi.org/10.1007/s00350-021-5826-x>

Kontrahierungszwang in Pandemiezeiten bei verweigertem Test auf SARS-CoV-2

ZPO §§ 935, 940; BGB §§ 241 Abs. 2, 311 Abs. 2, 626 Abs. 1; 630a, 630b; NRW CoronaSchutzVO § 5 Abs. 1

1. Für in das öffentlich-rechtliche Planungs- und Finanzierungssystem im Rahmen ihrer planerischen Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit einbezogenen Krankenhäuser besteht gegenüber krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten grundsätzlich Kontrahierungszwang.

2. Der Kontrahierungszwang und ein korrespondierender Anspruch auf Abschluss eines Behandlungsvertrags bzw. auf Fortsetzung der Behandlung bestehen nicht, wenn wichtige Gründe entgegenstehen (§§ 630b, 626 Abs. 1 BGB).

3. Das Vorliegen wichtiger Gründe ist unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls und der beiderseitigen Interessen zu ermitteln.

Eingesandt und bearbeitet von Henning Lorenz, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht (Prof. Dr. iur. Henning Rosenau), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Juristischer Bereich, Franz-von-Liszt-Haus, Universitätsplatz 6, 06108 Halle (Saale), Deutschland

4. Die Verweigerung, vor Aufnahme in ein Krankenhaus an Maßnahmen zur Testung auf SARS-CoV-2 oder einer Erkrankung an COVID-19 mitzuwirken, ist in Zeiten einer Pandemie ein wichtiger Grund. (Leitsätze des Bearbeiters)

LG Dortmund, Beschl. v. 4. 11. 2020 – 4 T 1/20 (AG Dortmund)

Problemstellung: Der Behandlungsvertrag zwischen Ärzten und Krankenhäusern auf der einen und Patienten auf der anderen Seite ist privatrechtlicher Natur und unterliegt daher im Ausgangspunkt dem Prinzip der Privatautonomie. Die Freiheit von Abschluss und Inhalt ist allerdings Einschränkungen unterworfen. Bei Ärzten wird darüber gestritten, ob und ggfs. woraus sich ein spezialgesetzlicher Kontrahierungszwang ableiten lässt oder auf den allgemeinen Kontrahierungszwang zu rekurrieren ist (instr. Klose/Straub, MedR 2017, 935 ff.). Mit Blick auf Krankenhäuser werden ebenfalls differenzierende Überlegungen angestellt (dazu Rehborn, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 14, Rdnrn. 27 ff.). Soweit das Sozialstaatsprinzip bemüht wird, greift die Begründung nur bei staatlichen Krankenhäusern; die Herleitung aus § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V bleibt auf gesetzlich Versicherte beschränkt. Im nachfolgenden Fall steht der Kontrahierungszwang des in staatlicher Trägerschaft stehenden Knappschaftskrankenhauses Dortmund mit einer privatversicherten Schwangeren in Rede. Im Grundsatz ist Kontrahierungszwang daher denk- und begründbar. Für Nordrhein-Westfalen lässt sich dieses Ergebnis ohne Differenzierung nach Trägerschaft oder Versichertenstatus für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser aus § 2 Abs. 1 S. 1 KHG NRW herleiten. Im Normalfall hätte die Hochschwangere zur weiteren Aufklärung und ggfs. Behandlung stationär aufgenommen werden müssen.

Bekanntermaßen ist seit Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie aber nur noch wenig normal. Um besonders vulnerable Personen in Krankenhäusern vor einer Infektion zu schützen, wird vor der Patientenaufnahme ein Test auf den Erreger durchgeführt. Seit dem dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBI. I S. 2397) kommen vor dem Betreten von Alten- und Pflegeheimen auch sog. Schnelltests zum Einsatz, ohne dass ein Arzt vor Ort sein muss (vgl. hierzu Lorenz, in: FAZ-Einspruch v. 2. 11. 2020). Was passiert aber, wenn jemand sich – wie die Schwangere – weigert einen Test durchzuführen?

Bei Pflegeheimen kann das Hausrecht in Stellung gebracht werden. Die Untersagung des Betretens ohne negativen Test kann unter dem Aspekt der Gefahrvermeidung für die Heimbewohner gerechtfertigt, eine Zuwiderhandlung als Hausfriedensbruch (§ 123 Abs. 1 StGB) geahndet werden. Dem grundsätzlichen Zwang zur Schließung und Erfüllung eines Behandlungsvertrags können wichtige Gründe i. S. d. § 626 Abs. 1 BGB (i. V. m. § 630b BGB) entgegengehalten werden. Das Krankenhaus bzw. dessen Träger ist bereits allgemein zum Schutz der anderen Patienten und Mitarbeiter verpflichtet. Konkret leitet sich die bußgeldbewehrte Pflicht zur Ergreifung der erforderlichen Maßnahmen in NRW etwa aus § 5 Abs. 1 CoronaSchVO v. 30. 10. 2020 i. V. m. den Richtlinien und Empfehlungen des RKI her. Die Durchführung von Tests vor der stationären Aufnahme steht zudem einem strafrechtlichen Vorwurf gegen die Verantwortlichen wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung sowie § 74 IfSG i. V. m. § 73 Abs. 1a Nr. 24 IfSG bei späterer Verbreitung aufgrund eines falsch-negativen Tests entgegen. Bei Vertragsanbahnung besteht daher ein Anspruch der Verantwortlichen aus §§ 311

Abs. 2, 241 Abs. 2 BGB auf Durchführung des Tests, jedenfalls dann, wenn keine unmittelbare Lebensgefahr des um Aufnahme ersuchenden Patienten besteht. Interesse, das z. T. als unangenehm empfundene Abstrichverfahren dulden zu müssen, fällt in der Abwägung der widerstreitenden Interesse nicht schwer ins Gewicht.

Henning Lorenz

Zum Sachverhalt: Die privatversicherte Bf. begehrt im Wege der einstweiligen Verfügung, der Bg. aufzugeben, mit ihr einen Behandlungsvertrag zur Abklärung und gegebenenfalls notwendigen Therapie der Diagnose „unklare Raumforderung linken Niere mit rezidivierenden Schmerzen in linken Flanke; in 33. Schwangerschaftswoche“ einzugehen, ohne von ihr die Mitwirkung bzw. die Hinnahme einer körperlichen Untersuchung zur Feststellung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 oder einer Erkrankung an COVID-19 zu verlangen.

Bei der Bg. handelt es sich um die Trägerin eines Krankenhauses mit mehreren Standorten im hiesigen Gerichtsbezirk.

Die Bf., die sich im Zeitpunkt der Antragstellung in der 33. Schwangerschaftswoche befand, begab sich am 22.9.2020 wegen starker Schmerzen in der linken Niere in die Notaufnahme des Klinikums E1. Die dortige Behandlerin empfahl die dringende urologische Abklärung. Die Kl. wurde in das Knappschaftskrankenhaus T1 verbracht. Die Bekl. ist Trägerin dieser Einrichtung.

Die Behandler der Bekl. teilten der Bf. mit, dass sie zur weiteren Aufklärung und ggf. zur Therapie stationär aufgenommen werden solle. Die Bf. wurde aufgefordert, sich einer körperlichen Untersuchung zur Feststellung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 oder einer Erkrankung an COVID-19 zu unterziehen, was diese ablehnte. Infolge der Verweigerung des Testes musste die Bf. die Einrichtung verlassen. [...]

Die Bf. ist der Auffassung, dass die Bg. die Aufnahme bzw. die Behandlung nicht verweigern könne. Dass sie den Test verweigere, sei zulässig. Es fehle an einer Anspruchsgrundlage. Der Test sei auch nicht wirksam. In diesem Zusammenhang behauptet sie unter Bezugnahme auf einen Bericht der Stiftung Corona-Ausschuss zum SARS-CoV2 und die Lockdown-Folgen v. 14.9.2020, dass die verwendeten Testkits nicht in der Lage seien, eine Infektion festzustellen. Sie würden lediglich eine Aussage darüber treffen, ob sie einen zuvor definierten DNA-(Teil-)Strang wiedererkennen. Hieraus lasse sich jedoch keine verbindliche Aussage über eine für eine Infektion notwendige Viruslast herleiten.

Das AG hat den Erlass einer einstweiligen Verfügung mit der Begründung abgelehnt, dass kein Anspruch auf Abschluss eines Behandlungsvertrages ohne die Durchführung des verlangten Tests bestehe. Nach § 5 der Coronaschutzverordnung NRW hätten die Krankenhäuser die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintrag von Coronaviren zu erschweren und Patienten und Personal zu schützen. Dies rechtfertige das Durchführen eines solchen Testes. Die Bg. habe ihr Ermessen insoweit in nicht zu beanstandender Weise ausgeübt. Etwaige Nachteile aufgrund des Testes seien nicht dargetan oder ersichtlich. Ohnehin liege der Wohnsitz der Bf. nicht im Versorgungsgebiet der Bg. Auch sei eine Eilbedürftigkeit nicht ersichtlich. Diese folge auch nicht aus dem Umstand der fortschreitenden Schwangerschaft.

Mit der Beschwerdeschrift v. 14.10.2020 wiederholt und vertieft die Bf. das bisher erfolgte Vorbringen.

Aus den Gründen: Die sofortige Beschwerde ist zulässig, aber unbegründet.

(1.)

Die sofortige Beschwerde ist gemäß §§ 567 Abs. 1 Nr. 2, 569 ZPO statthaft und zulässig, insbesondere fristgerecht eingelegt worden.

(2.)

In der Sache hat die sofortige Beschwerde jedoch keinen Erfolg. Das AG hat den Antrag auf Erlass der beantragten einstweiligen Verfügung zu Recht zurückgewiesen.

(a.)

Vorliegend fehlt es bereits am erforderlichen Verfügungsanspruch, §§ 940, 935 ZPO.

Unter Berücksichtigung der im einstweiligen Verfügungsverfahren vorzunehmenden summarischen Prüfung

besteht kein Anspruch auf Abschluss eines Behandlungsvertrages bzw. auf Fortsetzung (der am 23.9.2020 begonnene Behandlung).

Zwar folgt der grundsätzliche Kontrahierungszwang der Bg. und die damit einhergehende allgemeine Aufnahme- und Behandlungspflicht aus ihrer Einbindung in ein öffentlich-rechtliches Planungs- und Finanzierungssystem im Rahmen ihrer planerischen Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit, sofern bei einem Patienten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht (Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, § 79, Rdnr. 46). Dies gilt auch unabhängig vom Versichertenstatus des Patienten und damit auch für die Bf. als Privatversicherte. Indes gilt die Aufnahmepflicht/besteht ein Kontrahierungszwang – worauf das AG zutreffend hinweist – nicht unbeschränkt. Dies folgt bereits aus den gesetzlichen Grundlagen, §§ 630b, 626 Abs. 1 BGB. So sind Behandlungsverträge aus wichtigem Grund unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls und der beiderseitigen Interessen jederzeit fristlos kündbar. Für die Phase der Vertragsanbahnung bedeutet dies, dass für den Fall, dass bereits vor Vertragsschluss ein Recht zur Kündigung bestünde, der Vertrag schon nicht geschlossen werden muss.

Vorliegend besteht ein wichtiger Grund, weil sich die Bf. weigert, an Maßnahmen zur Testung auf SARS-CoV-2 oder einer Erkrankung an COVID-19 mitzuwirken.

Das Verlangen der Bg. stellt sich auch nicht als willkürlich oder gar sittenwidrig dar. Die abverlangte Testung verfolgt in jeder Hinsicht nachvollziehbare und begründete Motive. Sie dient dem Schutz der Mitpatienten und der Mitarbeiter der Bg. vor einer möglichen Infektion und zur Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes. Diese besondere Schutzpflicht wurde der Bg. im Übrigen auch aufgrund der derzeit geltenden öffentlichen Vorschriften, so z. B. der des IfSG und der darauf basierenden Vorschriften, wie der CoronaSchutzVO NRW, auferlegt. Nach § 5 Abs. 1 CoronaSchutzVO haben Krankenhäuser nämlich die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintrag von Coronaviren zu erschweren und Patienten, Bewohner und Personal zu schützen. Hierbei sind insbesondere die Richtlinien und Empfehlungen des RKI zu beachten. Dazu gehört – dies erschließt sich bereits ohne besondere wissenschaftliche Fachkenntnisse – auch die Testung von Personal und Patienten, um wiederum andere in der Einrichtung tätige oder zu behandelnde Personen vor der Übertragung zu schützen (vgl. Ausführungen des RKI zur nationalen Teststrategie (www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html, abgerufen am 3.11.2020)). Dieses Vorgehen verfolgt zudem den übergeordneten Zweck, zu Zeiten der Pandemie die Zahl der Erkrankten möglichst niedrig zu halten, um die vorhandenen Behandlungskapazitäten aufrechtzuerhalten und nicht gänzlich auszuschöpfen. Letztlich würde die Wirksamkeit des Vorgehens unterminiert, wenn die Bg. verpflichtet wäre, die Bf. ohne Testung aufzunehmen.

Dass die Bf. die Wirksamkeit der verwendeten Testkits anzweifelt, führt ebenfalls nicht dazu, dass das Ablehnungsrecht der Bg. entfallen würde. Die vorgelegte Stellungnahme ist schon nicht geeignet, die Unwirksamkeit der verwendeten Tests (gemeint sind wohl PCR-Tests) glaubhaft zu machen. Es kann auch dahinstehen, ob das Gremium, welches den Bericht erstellt hat, über eine entsprechende medizinische Expertise verfügt. Denn nach den hier einschlägigen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (vgl. § 4 IfSG) und der CoronaSchutzVO NRW ist das Robert-Koch-Institut die hier maßgebliche Institution zur Beurteilung der entsprechenden medizinischen Fragestellungen. Die PCR-Testung ist durch das RKI anerkannt und empfohlen (vgl. Ausführungen des RKI zur nationalen Teststrategie, a. a. O.).

Soweit die Bf. eine fehlende Anspruchsgrundlage für die Testung beanstandet, geht dies fehl. Dass die Bg. einen

solchen Test verlangen kann, ergibt sich aus §§ 630a, 241 Abs. 2 BGB bei bestehendem Behandlungsvertrag und vor dessen Abschluss aus §§ 311 Abs. 2, 241 Abs. 2 BGB.

Auch in Abwägung der beiderseits bestehenden Interessen, stellt sich das Verhalten der Bf. als so schwerwiegend dar, dass von der Bg. weder eine Aufnahme/noch eine Fortsetzung des Behandlungsvertrages verlangt werden kann. Es kann insofern auch dahinstehen, ob noch Kapazitäten, sowohl in räumlicher als auch in personeller Hinsicht zur vorbeugenden Isolation der Bf. zur Verfügung stehen. Denn auch unter Berücksichtigung der Interessen der Bf. an ihrer Gesundheit und die ihres ungeborenen Kindes besteht zu Zeiten der Pandemie eine Pflicht zur Aufnahme ohne Test nicht bei jeder denkbar möglichen Behandlungsbedürftigkeit, sondern nur bei unmittelbar bestehender Lebensgefahr. Ein solcher Zustand besteht aber offensichtlich nicht und ist auch nicht glaubhaft gemacht.

(b.)

Auch ein Verfügungsgrund besteht im Ergebnis nicht.

Es kann hier offenbleiben, ob und in welchem Umfang von der Bf. verlangt werden kann, den Grad der Dringlichkeit der begehrten medizinischen Behandlung darzulegen/glaubhaft zu machen und ob eine solche Dringlichkeit sich nicht bereits aufgrund der fortschreitenden Schwangerschaft und dem Schutz des noch ungeborenen Lebens ergibt. In Gesamtschau und unter besonderer Abwägung der hier bestehenden Interessenlage ist die Vereitelung eines möglichen Behandlungsanspruches, welcher nicht aufgrund einer akut bestehenden Lebensgefahr gegeben ist, zugunsten des allgemeinen Gesundheitsschutzes – während einer Pandemie – hinzunehmen. Dies insbesondere deshalb, weil der PCR-Test, welcher im Abstrichverfahren durchgeführt wird (mag dies auch unangenehm sein) keinen derartig schwerwiegenden Eingriff in die körperliche Integrität der Bf. darstellt. Der Schutz der individuellen Integrität der Bf. tritt – jedenfalls im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes – hinter den Interessen der Bf. am Schutz ihrer Behandler und Mitpatienten sowie an der Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes sowie im Hinblick auf ihre Pflichten bei der Pandemiebekämpfung und der Aufrechterhaltung der Behandlungskapazitäten zurück.

[...]

Die Eins-zu-Eins-Betreuung als materielle Voraussetzung der Genehmigung einer betreuungsrechtlichen Fixierung: Auswirkungen des BVerfG-Fixierungsurteils auf die aktuelle Rechtsprechung, insbesondere im Betreuungsrecht

BGB § 1906 Abs. 4, Abs. 5

1. Bei einer Vier-Punkt-Fixierung mittels Bauchgurt mit Schrittgurt sowie Fixierung der Handgelenke und eines Fußgelenks ist aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.

2. Die Eins-zu-Eins-Betreuung stellt eine materielle Voraussetzung der Genehmigung und nicht lediglich eine im Vollzug einer genehmigten Fixierung zu beachtenden Anordnung dar.

Eingesandt und bearbeitet von
Prof. Dr. med. Igor Nenadić, LL.M. (Medizinrecht),
Stellvertreter des Klinikdirektors und Leitender Oberarzt,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Philipps-Universität Marburg,
Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35039 Marburg, Deutschland

3. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung erfordert eine permanente optische Überwachung des Zustands des Betr. durch pflegerisches oder therapeutisches Personal verbunden mit der Fähigkeit, unmittelbar innerhalb weniger Sekunden auf Notlagen reagieren zu können.

AG Kassel, Beschl. v. 23.2.2019 – 786 XVII Mi 417/19

Problemstellung: Die Entscheidung des BVerfG aus 2018 zur „Fünf- und Siebenpunkt“-Fixierung öffentlich-rechtlich untergebrachter Patienten in psychiatrischen Kliniken (BVerfG, Urt. v. 24.7.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) hat zu einer Fortentwicklung der Rechtsprechung zur Fixierung und praktischer Aspekte ihrer Umsetzung beigetragen. Ausgehend vom Bezug des BVerfG auf Art. 104 Abs. 2 S. 4 GG hat das Urt. nicht nur zu neuer gesetzgeberischer Aktivität zur Novellierung mehrerer landesrechtlicher Normen der Unterbringungsgesetze bzw. Gesetze zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker verschiedener Bundesländer Anlass gegeben, ebenso zu neuen gesetzgebereichen Initiativen zur Fixierung im Strafvollzug wie auch Maßregelvollzug; vielmehr hat es auch Einfluss auf Verfahren zur Fixierung im Rahmen betreuungsrechtlicher Unterbringungen nach § 1906 BGB gehabt.

In einigen Aspekten seiner praktischen Umsetzung hat das Urt. jedoch Gerichte und Ärzte auch vor neuen Klärungsbedarf gestellt. Hierzu gehören Aspekte der Ausgestaltung und fortlaufenden Überwachung der Fixierungsmaßnahmen, welche bisher nicht konkreter (bzw. allenfalls in Einzelaspekten) normativ ausgestaltet sind, insbesondere in den Landesgesetzen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen bei psychisch erkrankten Menschen. Ein konkretes Beispiel für diese Normierungslücke und ein zentraler Aspekt des vorliegenden Urteils ist das BVerfG-Gebot der Eins-zu-Eins-Betreuung und dabei insbesondere die Frage, in welcher Form und durch welches Personal diese umzusetzen sei.

Hier hat sich aus der normativen wie auch medizinischen Herleitung des Gebotes eine gewisse Unklarheit für viele Krankenhäuser aufgetan, sodass es nicht verwunderlich erscheint, dass diese Frage bereits wenige Monate nach dem BVerfG-Urt. Problem der vorliegenden amtsrichterlichen Entscheidung geworden ist.

Igor Nenadić

Zum Sachverhalt: Mit am 21.2.2019 um 20.15 Uhr am AG eingegangenen Telefax beantragte die ausdrücklich gemäß der vorgelegten Vorsorgevollmacht für „freiheitsentziehende Maßnahmen“ Bevollmächtigte die Fixierung des Betr. mittels Bauchgurt mit Schrittgurt sowie die Fixierung der Handgelenke und maximal eines Fußgelenks.

Das Klinikum, in dem sich der Betr. befindet, übermittelte am selben Tag eine ärztliche Stellungnahme, in der es sich unter anderem für eine Fünf-Punkt-Fixierung aussprach. Der Betr. leide unter einem hirnorganischen Psychosyndrom nach subduralem Hämatom und müsse dringend ärztlich mittels Magensonde und intravenöser Therapie behandelt werden. Das von der Klinik verwendete Formular enthielt – anders als das dem Klinikum durch das Gericht zur Verfügung gestellte – keine Aussage dazu, ob eine Eins-zu-Eins-Betreuung des Betr. gewährleistet ist.

Am Rahmen eines Ortstermins am 22.2.2019 wurde der Betr. jedenfalls an der Hüfte und den Händen und an einem Fußgelenk in einem Bett fixiert angetroffen. Er war motorisch äußerst unruhig, reagierte auf Ansprache nicht und litt zudem unter inkohärenter Logorrhoe.

Eine Ein-zu-Eins-Betreuung des Betr. durch pflegerisches oder therapeutisches Personal erfolgte nicht. Weder war im Patientenzimmer des Betr. therapeutisches oder pflegerisches Personal anwesend, noch erfolgte eine apparativ gestützte Überwachung des Betr.. Das Klinikum teilte auf gerichtliche Nachfrage mit, dass weder eine Eins-zu-Eins-Überwachung des Betr., noch eine entsprechende ap-