

Hintergrund zum Gütesiegel Ausgezeichnet.FÜR KINDER.

Es ist das große Anliegen aller in der Kinder- und Jugendmedizin Tätigen, die Qualität der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu sichern und möglichst noch weiter zu verbessern. Aus diesem Grund haben die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und das Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit (BÜNDNIS (vormals DAK)) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) 2009 das Gütesiegel „Aus-

gezeichnet. FÜR KINDER“ entwickelt. Die Erfüllung der geforderten Qualitätskriterien wurde von einer multiprofessionellen siebenköpfigen Bewertungskommission überprüft. Voraussichtlich im Juni wird die Überprüfung aller Anträge abgeschlossen sein. Dass sich medizinische Fachgebiete wie die Kinder- und Jugendmedizin und die Kinderchirurgie bundesweit auf einen Mindestqualitätsstandard verständigt haben, trägt dazu bei, eine flächendeckende medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche in bestmöglicher Qualität zu erhalten. Diese qualitativen Standards sind auch eine wichtige Orientierungshilfe für die Länder, die für die Krankenhausplanung zuständig sind.

Mit einer guten regionalen Vernetzung sollen zwei Ziele erreicht werden:

1. die wohnortnahe Grundversorgung in einer „ausgezeichneten“ Kinderklinik
2. die hochspezialisierte Versorgung in kinder- und jugendmedizinischen Zentren

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://bit.ly/3qywyEh> 

AUTORIN

Dr. Nicola Lutterbüse

Sprecherin: „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“
10115 Berlin

Pflegefehler – ein Einblick in haftungsrechtliche Fragen

Im Alltag einer ausschließlich auf Patientenseite tätigen Anwältin liegt das Augenmerk zur Überprüfung und Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen vornehmlich auf einem in Betracht gezogenen ärztlichen Fehlverhalten. Daneben oder zusätzlich spielen aber auch immer wieder Fehler im Bereich der Pflege eine entscheidende Rolle. Um was es gehen kann, soll anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht werden.

Caterina Krüger

Wer trägt eigentlich die Verantwortung?

Es sind unterschiedliche Berufsgruppen, die in die Behandlung und Pflege involviert sein können.

Im Bereich der sogenannten Grundpflege liegt die Anordnung – und Durchführungsverantwortung allein beim Pflegepersonal (vgl. u.a. BGH NJW 1991, 1540-1541). Die Grundpflege dient der Unterstützung der Grundbedürfnisse eines Patienten, zu denen insbesondere die Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Mobilisation, Toilettengänge, zählt.

Dann gibt es die Behandlungspflege, die die pflegerische Durchführung ärztlicher Therapieleistungen darstellt. Hier liegt allein beim behandelnden Arzt die Anordnungsverantwortung, während dem

Pflegepersonal die Durchführungsverantwortung obliegt. Die ärztlicherseits erfolgten Anordnungen sind dann in der Behandlungsdokumentation festzuhalten, dass Pflegepersonal hat sie weisungsgemäß umzusetzen.

Natürlich ist es dem Pflegepersonal nicht gestattet, gegen den ausdrücklich erklärten Willen eines Patienten Pflegemaßnahmen durchzuführen. Auch dies gilt es zu berücksichtigen, ebenso wie Absprachen, die es in diesem Bereich zwischen den Angehörigen und oder dem Betreuer eines Patienten gibt.

Im Rahmen dessen geht es um die sachgerechte Beaufsichtigung und Betreuung wie darum, einer Gefährdung, soweit möglich, entgegenzuwirken. Die geschuldete Pflege muss nach dem anerkannten pflegerischen-medizinischen Stand erfolgen.

Was können haftungsrelevante Fehler in der Pflege sein?

Fallgestaltungen haben oftmals Sturzergebnisse und das Auftreten von Dekubiti / Druckgeschwüren zum Gegenstand; als möglich weitere Fallgestaltung sei diejenige einer Eksikkose erwähnt.

Bei der **Eksikkose** geht es darum, im Rahmen der Pflegeanamnese eine umfassende Risikoauswertung vorzunehmen, um so insbesondere auf Veränderungen im Ess- und Trinkverhalten eines Patienten*In zeitnah reagieren zu können. Bestimmte (chronische und psychische) Erkrankungen (bspw. Diabetes mellitus, Krebs, Demenz) können das Risikoprofil erhöhen, ebenso wie beispielsweise Infektionen, Fieber, die mit einem erhöhten Energiebedarf verbunden sind.



Justitia-Statuette –
Göttin der Gerechtigkeit

Foto: © Bits and Spills – stock.adobe.com

Bereits dadurch, dass es Unzulänglichkeiten im Bereich der Datenerhebung und Dokumentation gibt, können sich Ansatzpunkte für Pflegefehler finden lassen. Da es um eine Dehydrationsprophylaxe geht, sind in diesem Bereich Pflegefehler auch durch eine fehlende oder fehlerhafte Intervention und Therapie denkbar. Dann, wenn es Anhaltspunkte für eine unzureichende Flüssigkeitsversorgung gibt, ist hierauf seitens der Pflege umgehend zu reagieren und eine ärztliche Intervention zu veranlassen. In deren Anschluss ist die ärztliche Anordnung entsprechend umzusetzen.

Der **Dekubitus**, ist er erst einmal entstanden, stellt er für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP – hat erstmals im Jahr 2000 einen „*Expertenstandard Dekubitusprophylaxe*“ entwickelt, der in den Jahren 2010 und zuletzt im Jahr 2017 überarbeitet und von einem Praxisprojekt in 2017 begleitet wurde. Dieser Expertenstandard ist für die Pflege

verpflichtend. Er muss in den jeweiligen Einrichtungen implementiert und die Berücksichtigung im Rahmen eigener Standards und Verfahrensabläufe sichergestellt werden.

Das Dekubitusrisiko wird anhand der sog. Norton-Skala oder Braden-Skala evaluiert.

Besteht ein Dekubitusrisiko, so muss diesem durch geeignete Prophylaxemaßnahmen begegnet werden.

Es geht um umfangreiche und regelmäßige Hautinspektion, adäquate Lagerung durch den Einsatz entsprechender Hilfsmittel. Die Dokumentation muss dies wiedergeben.

Kommt es trotz aller Prophylaxemaßnahmen zu einem Dekubitus, muss umgehend eine exakte Wundanamnese erhoben und eine Wunddokumentation angelegt werden. Die Therapie eines Dekubitus darf nur auf ärztliche Anordnung erfolgen.

Haftungsrelevante Pflegefehler können sich demnach insbesondere deshalb ergeben, weil das Dekubitusrisiko nicht richtig oder zeitlich verzögert einge-

schätzt wurde und/oder erforderliche Prophylaxemaßnahmen unterblieben sind.

Sturzereignisse spielen immer wieder eine Rolle. Problematisch ist, dass sie einfach geschehen und (zunächst) nicht selten unerkannt bleiben.

Zu einer umfassenden Anamnese bei Aufnahme in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung gehört die Ermittlung eines etwaigen Sturzrisikos. Ist ein Patient*In sturzgefährdet, muss eine Sturzprophylaxe durchgeführt werden.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat – auch hier – einen allgemeingültigen „*Expertenstandard Sturzprophylaxe*“ erstellt (im August 2022 aktualisiert), der in jeder Pflegeeinrichtung implementiert werden und ggf. im Rahmen hauseigener Standards umgesetzt werden muss. Ziel ist es, Stürze zu verhindern durch Schaffung einer sicheren Umgebung (keine Stolperfallen), einer ausreichenden Beleuchtung, das Bereitstellen von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Brille).

Ereignet sich ein Sturz bei einer Transfer- oder Pflegemaßnahme geht es darum, ob die Pflegekraft den Transfer bzw. die Pflegemaßnahme unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalls nach dem medizinisch-pflegerischen Stand vorgenommen hat.

Auch bei Toilettengängen kommt es nicht selten zu Sturzereignissen. Die Beurteilung, ob der Toilettengang hätte begleitet werden müssen, kann deshalb schwierig zu beantworten sein, weil das Pflegepersonal die Intimsphäre zu respektieren hat. Gerade in diesem sehr sensiblen Bereich ist eine umfassende Interessenabwägung unter Berücksichtigung des Patientenwillens notwendig.

Ein Fall aus der Praxis

1. Sachverhalt

Die Kläger sind Erben der am 25. Juni 2015 verstorbenen ehemaligen Patientin der Beklagten. Grund der stationären Aufnahme der damals 66-jährigen Patientin war, dass diese eine Knieendoprothese links benötigte. Diese wurde in der Klinik der Beklagten schließlich am 10. Dezember 2008 implantiert.

Nach dem Eingriff ging es der Patientin gut; der postoperative Verlauf gestaltete sich zunächst unauffällig. Zwei Tage nach der Operation erschien die Patientin dann aber zunehmend desorientierter. Die Behandler der Beklagten blieben nicht untätig und veranlassten eine CT des Schädels, um einer möglichen Ursache auf den Grund zu gehen. Das CT ergab aber keinen richtungsweisenden Befund.

Aufgrund der eingetretenen Verwirrtheit der Patientin am Abend des 12. Dezember 2008 wurde dieser bei der Zubereitung des Essens geholfen. Hierzu wurde sie für die Einnahme des Essens im Bett gelagert.

Die Unruhe und Verwirrtheit der Patientin hielt allerdings an, sodass man sich entschloss, die Patientin in der Nacht vom 12. auf den 13. Dezember auf die Intensivstation zu verlegen. Am frühen Morgen des 13. Dezember, um 05.45 Uhr, wurde sie auf das Stationszimmer zurückverlegt. Dabei wurde ein „extrem hohes Sturzrisiko“ angenommen, das auf der Sturzrisikoskala mit zwölf Punkten bewertet wurde (Anm.: Bei der Sturzrisiko-Skala nach Siegfried Huhn wird ein sehr hohes Sturzrisiko bei Erreichen einer Punktzahl von 11 bis max. 24 Punkten angenommen; dabei spielen diverse Kriterien eine Rolle, wie beispielsweise Gang und Gleichgewicht, Stürze in

der Vorgeschichte, Medikamente, das Alter, der mentale Zustand, Aktivitäten).

Im Laufe des Vormittags stürzte die Patientin im Beisein einer Pflegekraft bei dem Transfer auf den WC-Stuhl, wobei sie sich nicht verletzte.

In der Pflegedokumentation wurde dazu folgendes vermerkt:

„Patientin heute Morgen noch sehr verwirrt und unbeholfen, Patient bei Transfer auf den WC – Stuhl davongeglitten auf den Boden, mit Hilfe wieder in den Stuhl gebracht, hat sich nicht verletzt, Patientin ins Bad gebracht, mit Hilfestellung versorgt, Patientin ist teilweise nicht in der Lage, einfache Tätigkeiten zu verrichten, braucht sichtlich Anregung, um zu verstehen und umzusetzen, Patientin wieder ins Bett gebracht, hat an der Bettkante etwas gegessen, gegen 10:30 Uhr klarte Patientin auf und kann Abläufe, Personen wieder richtig einordnen, Dienstarzt wurde über den Vorfall am Morgen informiert, um sich OP – Areal anzusehen, Patientin hat keine Verletzung davongetragen, Knie ohne Befund. Patientin erhält Motorschiene, keine weiteren Komplikationen derzeit.“

Zur Mittagszeit wurde der Patientin schließlich das Mittagessen auf den Nachttisch gestellt.

Sie stürzte um 11:45 Uhr von der Bettkante sitzend und fiel auf den Boden.

Während das erste Sturzereignis ohne Folgen für die Patientin geblieben war, zog sie sich nun eine Unterschenkelmehrfachfragmentfraktur links zu, die sogleich noch am selben Tag operativ versorgt werden musste.

In der Folgezeit stellten sich Komplikationen ein, die dazu führten, dass der Patientin im März 2010 der linke Unterschenkel und nach einem erneuten Sturz im November 2010 auch der linke Oberschenkel amputiert werden musste.

Die Kläger haben die Auffassung vertreten, dass der Zustand der Patientin beim Mittagessen weitere Schutz – und Obhutmaßnahmen erfordert hätte, deren Unterlassen einen groben Behandlungsfehler darstelle. Darüber hinaus sei die Patientin auch nicht darüber aufgeklärt worden, dass sie sich nicht alleine mobilisieren dürfe.

2. Die erstinstanzliche Entscheidung und Entscheidung des Berufungsgerichtes

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Und auch das Oberlandesgericht hat

die dagegen eingelegte Berufung der Kläger nach Zulässigkeitsprüfung der Berufung bereits durch Beschluss gemäß § 522 Abs. 2 ZPO O zurückgewiesen.

Die Gründe, die das Berufungsgericht veranlasst haben, Schadensersatzansprüche der Kläger im Zusammenhang mit dem Sturzereignis der Patientin vom 13. Dezember zu verneinen, waren im Wesentlichen folgende:

Ein haftungsbegründender Behandlungsfehler könne nicht festgestellt werden.

Die Kläger hätten auch ein Pflegefehler nicht schlüssig dargelegt. Zwar sei grundsätzlich von einer Schutz- und Obhutspflicht des Krankenhausträgers zur Vermeidung von Stürzen auszugehen, wenn aufgrund der konkreten Situation eine Sturzgefahr bestehe. Hier habe ein extrem hohes Sturzrisiko bestanden. Allerdings seien die Schutz- und Obhutspflichten auf die in einer entsprechenden Situation üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar seien, begrenzt. Es könne nicht festgestellt werden, dass die Beklagten die danach erforderlichen Maßnahmen pflichtwidrig unterlassen haben.

Zu Recht hätten die Kläger zwar darauf hingewiesen, dass die Patientin am 12. Dezember und am Morgen des 13. Dezember sehr verwirrt, unbeholfen, teilweise nicht in der Lage gewesen sei, einfache Tätigkeiten zu verrichten. Allerdings beschreibe dies aber gerade nicht die aktuelle Situation vor dem Sturz. Der Pflegedokumentation sei hierzu vielmehr zu entnehmen, dass die Patientin gegen 10:30 Uhr aufgeklärt sei und Abläufe und Personen wieder habe richtig einordnen können. Deshalb könne auch zum Sturzzeitpunkt von der zuvor beschriebenen Verwirrtheit und Unruhe nicht mehr ausgegangen werden. Besondere Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Mittagessen seien deshalb nicht erforderlich gewesen. Die Einnahme des Essens im Bett sei nicht mit einer konkreten Sturzgefahr verbunden gewesen.

Darüber hinaus hätten die Kläger schon gar nicht vorgetragen, dass die Patientin nicht in der Lage gewesen sei, sich aufzusetzen (gegebenenfalls mit Hilfe des elektrischen oder mechanischen Hochstellens des Kopfteils des Bettes), noch dass es ihr nicht möglich gewesen sei, den schwenkbaren Teil des Nachttisches über das Bett zu schwenken.

Dass die Patientin zudem nicht selbstständig habe aufstehen können und dürfen, habe für sie zudem aufgrund des Ver-

laufs auf der Hand gelegen und sei deshalb aus Sicht der Beklagten nicht aufklärungs-pflichtig gewesen.

Unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten habe keine Veranlassung bestanden, ein internistisches/geriatrisches bzw. pflegewissenschaftliches Sachverständigen-gutachten zu der Frage einzuholen, ob der Zustand der Patientin besondere Schutz – oder Pflegemaßnahmen erfordert hätte; ausweislich der Pflegedokumentation sei die Patientin zeitlich vor dem Sturzereignis wieder klar gewesen und habe die Abläufe und Personen wieder richtig einordnen können.

3. Ergebnis der Nichtzulassungsbeschwerde gegen die Entscheidung des Berufungsgerichtes

Gegen den Zurückweisungsbeschluss des Berufungsgerichtes haben die Kläger schließlich Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. Diese hatte Erfolg und führt zur Aufhebung des angegriffenen Beschlusses und zur Zurückverweisung des Rechtsstreites an das Berufungsgericht (BGH, Beschluss vom 14.11.2023, Az. VI ZR 244/21).

Wesentlicher Ansatz, der Nichtzulassungsbeschwerde der Kläger stattzugeben, bildete, dass die Annahme, die Kläger hätten einen Pflegefehler nicht schlüssig dargelegt und es seien am Vormittag des 13. Dezember keine besonderen Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Mittagessen erforderlich gewesen, auf einer Verletzung rechtlichen Gehörs aus Art. 103 Abs. 1 GG beruhe.

Art. 103 Abs. 1 GG solle insoweit als das Gebot des rechtlichen Gehörs als Prozessgrundrecht sicherstellen, dass die Entscheidung frei von Verfahrensfehlern ergeht, welche ihren Grund in unterlassener Kenntnisnahme und Nichtberücksichtigung des Sachvortrages der Parteien haben. Das gelte auch dann, sofern das Gericht verfahrensfehlerhaft überspannte Anforderungen an den Vortrag einer Partei gestellt hat. Eine solche nur scheinbar das Parteivorbringen würdigende Verfahrensweise stelle sich als Weigerung des Tatrichters dar, in der nach Art. 103 Abs. 1 GG gebotenen Weise den Parteivortrag zur Kenntnis zu nehmen und sich mit ihm inhaltlich auseinanderzusetzen.

Gemessen an diesen Maßstäben sei dem Berufungsgericht eine Gehörsverletzung unterlaufen.

Die Anforderungen an den Sachvortrag der Kläger habe man überspannt, indem man sich über den Antrag der Kläger auf Einholung eines Sachverständigen-gutach-

tens hinweggesetzt habe und die Frage, ob der Beklagten ein Fehler bei der pflegerischen Betreuung der Patienten unterlaufen sei, ohne die erforderliche Hinzuziehung eines Sachverständigen und somit aus eigener, nicht ausgewiesener Sachkunde beantwortet habe.

Das Berufungsgericht habe den Vortrag der Kläger im Grunde nicht zur Kenntnis genommen oder jedenfalls in gehörswidriger Weise im Kern verkannt. Insoweit hatten die Kläger in ihrer Stellungnahme zum Hinweisbeschluss des Berufungsgerichtes unter anderem ausgeführt, dass die Anreichung des Mittagessens durch bloßes Abstellen auf dem Nachttisch ohne jede Hilfestellung in der konkreten Situation angesichts des kognitiven und körperlichen Zustandes der kurz zuvor bereits operierten Patientin einen groben Pflegefehler darstelle; auch hatten sie vorgetragen, dass die Patientin die Situation noch nicht wieder zutreffend habe beurteilen und bestehende Risiken und Gefahren nicht richtig habe erkennen können.

Darüber hinaus habe das Berufungsgericht den medizinischen und den Pflegestandard in unzulässiger Weise – und unter gehörswidrigem Übergehen des Beweisantrages der Kläger – selbst bestimmt.

Der Gehörsverstoß sei dementsprechend entscheidungserheblich. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Berufungsgericht zu einer anderen Beurteilung des Falles gelangt wäre, wenn es den übergangenen Vortrag der Kläger berücksichtigt und das beantragte Sachverständigen-gutachten eingeholt hätte.

Auf dieser Grundlage erfolgte die Zurückverweisung des Rechtsstreites an das Berufungsgericht, welches sich nun erneut mit den vorgenannten Aspekten beschäftigen wird.

FAZIT

Einmal ganz unabhängig von dem tragischen Ausgang für die in diesem Fall betroffene Patientin, veranschaulicht der Fall aus der Praxis sehr gut, dass nicht wenige Aspekte zusammenkommen müssen, um einen haftungsrelevanten Pflegefehler darstellen und durchsetzen zu können.

Es geht darum herauszufiltern, welche Pflege, Betreuung und Zuwendung geschuldet ist. Zwangsläufig rückt der Patient/die Patientin in den Fokus der Betrachtung, aber eben auch, was Angehörige berichten können und nicht zuletzt auch das, was sich insbesondere in der (Pflege-) Dokumentation wiederfindet.

Etwaige Pflegefehler sind auch nicht losgelöst von einer möglichen unzureichenden Prophylaxe zu betrachten. Dass es schwierig ist, hier den richtigen Blick auf die Dinge zu haben, zumal es eben auch um Einschätzung einer Person durch ihr Agieren neben skalierbaren Eckpunkten geht, leuchtet ein. Denn im Raum steht, ob der Patient*In die eigene Situation wieder zutreffend hat beurteilen können oder nicht, auch, ob die eigenen körperlichen Fähigkeiten richtig eingeschätzt werden. Es geht auch darum, womit man auf Behandlerseite rechnen muss und welches prospektive und protektive Management geboten ist und darum, wie man dem begegnen muss, dass sich der Patient*In möglicherweise objektiv unvernünftig verhalten wird.

Und genau das ist dann auch der Grund, dass man in der juristischen Betrachtung das tatsächliche Gefährdungspotenzial letztlich nur unter Hinzuziehung medizinischer bzw. pflegewissenschaftlicher Sachkunde beantworten können wird.

Im Zusammenhang mit dem dargestellten Fall wird sich daher auch das Berufungsgericht unter Hinzuziehung eines Sachverständigen damit beschäftigen, ob die kognitiven Fähigkeiten der Patientin, die am Tag des Sturzes jedenfalls bis 10:30 Uhr erheblich eingeschränkt waren, um 11:45 Uhr (Zeitpunkt des Mittagessens) so weitgehend wiederhergestellt waren, dass man ihr die Entscheidung, auf welche Weise sie das auf ihrem Nachttisch abgestellte Essen zu sich nehmen würde, trotz des nach wie vor gegebenen extrem hohen Sturzrisikos ohne jede Hilfestellung und Anleitung selbstständig überlassen durfte oder aber eben, ob es aus medizinischer Sicht nicht jedenfalls geboten war, ihr die Entscheidung durch Erhöhung des Kopf-teils des Bettes und Hinüberziehen des Schwenktisches abzunehmen. 

AUTORIN

Caterina Krüger
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht



NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de