

Pflege und Haftung

Dr. Alexandra Jorzig
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Mediatorin im Gesundheitswesen

Einführung

- Pflegefehler gewinnen an Bedeutung
- Betroffen: Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime
- Pflegefehler verursachen nicht unerhebliche Mehrkosten für die gesetzlichen Krankenversicherer
- Daher: intensivierete Überprüfung der Leistungserbringer zu erwarten
- Pflegefehler insb. im Bereich:
 - Entstehung von Dekubitalgeschwüren
 - Sturzproblematik
 - Mangelernährung

Rechtliche Grundlagen

Vertrag zwischen dem Patienten bzw. Heimbewohner und dem Krankenhaus- bzw. Heimträger

- Behandlungsvertrag und Heimbetreuungsvertrag = gemischter Vertrag (vornehmlich miet- und dienstvertragliche Elemente)
- Intensität der Pflichten abhängig davon,
 - ob es sich um ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim, Altenpflegeheim oder ein Behindertenheim handelt,
 - und von den individuellen Bedürfnissen des Bewohners

Rechtliche Grundlagen

- Anspruchsgrundlage vertragliche Haftung: §§ 630 a 611, 276, 278, 280 BGB
 - Schlechterfüllung des Vertrages
- U.U. Vertrag zugunsten Dritter (Kassenpatient im Rahmen des Heimvertrages)
- Daneben: Haftung aus Delikt gem. §§ 823, 831, 839, 31 BGB
 - Verletzung von Verkehrssicherungspflichten

Voraussetzungen der Haftung aus Vertrag

- **Behandlungs- / Heimbetreuungsvertrag**
- **Behandlungsfehler**
- **Schaden**
- **Kausalität**
- **Verschulden**

Voraussetzungen der Haftung aus Delikt

- Pflichtverletzung
Verletzung von Verkehrssicherungspflichten
- Schaden
- Kausalität
- Verschulden

Voraussetzungen für Pflegefehlerhaftung:

- Sorgfaltspflichtverletzung der Pflegekraft
 - Schaden des Pflegebedürftigen
 - Ursächlichkeit der Pflichtverletzung für den Schaden
 - Verschulden der Pflegekraft (einfache Fahrlässigkeit reicht aus)
- Bsp.: ein durch die Pflegefachkraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.
- Ein Verstoß gegen Dokumentationspflichten führt nicht automatisch zum Haftungsfall.

Vertragliche Ansprüche:

- Schuldner ist regelmäßig die Trägereinrichtung (als Vertragspartei) die gemäß § 278 BGB für das Verschulden der Pflegekraft einstehen muss.

Deliktische Ansprüche (§§ 823 ff. BGB):

- Schuldner kann sowohl die Pflegekraft als auch die Trägereinrichtung sein.

Beweissicherung:

- Grundsatz: wer einen Anspruch geltend macht, muss entsprechende Beweise vorbringen.
- Ausnahme: Dokumentationsmängel
 - nach § 630h Abs. 3 BGB gilt die Vermutung, die Maßnahme sei unterlassen worden.
- Die Vermutung kann jedoch wiederlegt werden:
 - Zeugenbeweis, Immer-so-Beweis

Schaden / Anspruchsinhaber

- Pflegefehler führt u.a. aufgrund des i.d.R. hohen Alters der betroffenen Patienten bzw. Heimbewohner zu erheblichen Verletzungen, die einen weiteren Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, der nicht unerhebliche Kosten verursacht.
- Heilbehandlungskosten zahlt grds. die Krankenversicherung
 - Daher: Übergang des Schadensersatzanspruchs gem. § 116 Abs. 1 SGB X (Materieller Schaden, soweit der Versicherungsträger Sozialleistungen zu erbringen hat)
 - Kein Übergang des Anspruchs auf Schmerzensgeld

Allgemeine Sorgfaltsanforderungen im Bereich der Pflegefehler

- Sorgfaltsanforderungen ergeben sich aus Vertrag und aus Gesetz
- Aus dem Behandlungs-/Heimbetreuungsvertrag erwächst die Pflicht, pflegebedürftige Patienten/Heimbewohner sachgerecht zu beaufsichtigen, zu betreuen und einer Gefährdung bzw. Verletzung entgegen zu wirken.
- § 2 SGB XI als Auslegungsmaßstab = „...die Pflege ... ist so zu gestalten, dass die Heimbewohner ... ein möglichst selbständiges und selbstbestimmendes Leben führen können“

Dekubitus als Pflegefehler

Besonderheit:

Rechtssprechung in den letzten Jahren eindeutig zu Lasten der Pflegenden bzw. der Krankenhausträger

→ Beweislastumkehr

wenn Dokumentation keine lückenlose Dekubitusprophylaxe und pflege erkennen lässt (BGH, Urt. v. 18.3.1986, Az: VI ZR 215/84; BGH, Urt. v. 12.6.1987, Az: VI ZR 174/86; OLG Oldenburg OLG-R 2000, 102 f.; OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004, Az: I-15 U 160/03)

Achtung:

„Immer-so“-Beweis gilt hier nicht (vgl. BGH, Urt. v. 18.3.1986, Az: VI ZR 215/84; OLG Köln, OLG-R 2000, 149 ff.)

Wichtigkeit der Dokumentation

Fehlende bzw. unzureichende Dokumentation

=

Beweislastumkehr

=


Im Prozess oftmals entscheidend

Wichtigkeit der Dokumentation anhand eines praktischen Falls:
(OLG Oldenburg, Urteil v. 14.10.1999, Az. 1 U 121/98)

Eine Alzheimerpatientin war mit einem Dekubitus 2. Grades in ein Pflegeheim eingeliefert worden. Im Laufe des Heimaufenthalts kam es zur Ausbildung eines Dekubitus 4. Grades.

Das OLG Oldenburg bejahte eine Pflichtverletzung, da das Pflegepersonal den Dekubitus zu spät erkannte, die Patientin zu spät dem Arzt vorgestellt und nicht die geeigneten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt habe. Daher sei eine Beweislastumkehr gerechtfertigt.

Das Pflegeheim konnte jedoch aufgrund der fehlenden Pflegedokumentation nicht beweisen, dass die Verschlimmerung des Dekubitus nicht auf einen Pflegefehler zurückzuführen sei.



Sturzproblematik
als
Pflegerfehler

- Häufigkeit von Stürzen in medizinischen Einrichtungen schwer zu erfassen, da diese oftmals unbeobachtet geschehen
- Kaum epidemiologischen Daten
- Jährliche Untersuchung an der Charité Berlin seit 2001 = 3,1% aller Patienten stürzten
- Jeder zweite Alten- und Pflegeheimbewohner stürzt pro Jahr einmal
- 30% der Heimbewohner stürzen mehrmals im Jahr
- Klinikbereich: bei 11,9% der gestürzten Patienten waren schwerwiegende Verletzungen und Frakturen zu verzeichnen

Haftungsrechtliche Relevanz

- Schadensersatzanspruch (Heilbehandlungskosten)
- Schmerzensgeldanspruch

Anspruchsinhaber (Aktivlegitimation)

- Heilbehandlungskosten: Übergang auf den Sozialversicherungsträger gem. § 116 Abs. 1 SGB X
- Schmerzensgeldanspruch: Verbleibt beim Heimbewohner / Patienten



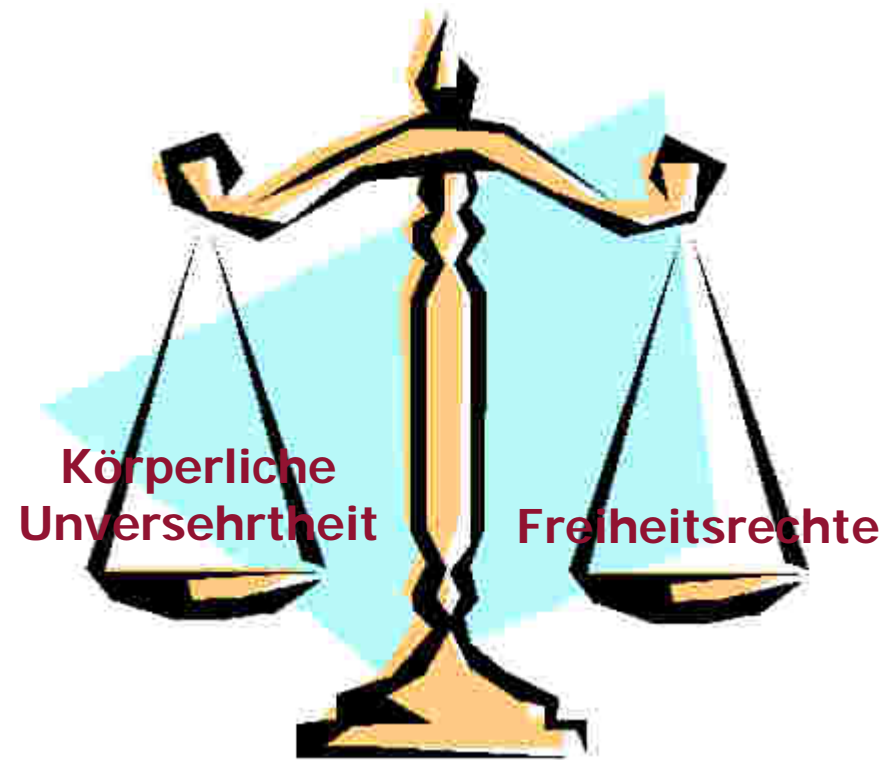
Krankenhäuser

Der Krankenhausträger schuldet eine sachgerechte pflegerische Betreuung, insb. bei Bewegungs- und Transportmaßnahmen des Patienten müssen Stürze ausgeschlossen werden.



Allgemeine Verkehrssicherungspflicht:

Wer Gefahrenquelle unterhält/schafft, hat notwendige Vorkehrungen zum Schutz Dritter zu treffen.



Sturzrisiko und Risikoeinschätzung

- Geeigneter Bodenbelag ?
- Handläufe ?
- Automatische / Elektrische Türöffner ?
Gefahrenzone !
- Aufzüge ?
- Fenster ?
- Orientierungsmöglichkeiten ?
- Geeignete Möbel ?
- Geeignetes Bett ?

4. Nationaler Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“

Definition Sturz:

„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“

Erhöhtes Sturzrisiko:

„...wenn es sich um eine über das alltägliche Risiko hinausgehende Sturzgefährdung handelt.“

Zielgruppe:

Alle Pflegekräfte, die Patienten oder Bewohner entweder in der eigenen häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung oder der Altenhilfe betreuen

Sicherungsmaßnahmen

- Nachtwachen
- Lichtschranken
- Sensormatratzen
 - Angurten
 - Bettgitter
- Hüftschutzhosen

Geeignetheit der Sicherungsmaßnahmen:

- Sicherungsmaßnahmen wie Hüftschutzhosen, Bettgitter, Angurten, Sensormatratzen, Lichtschranken oder auch Nachtwachen sind oftmals **keine** effektive Methode, Sturzfälle zu vermeiden
- Hüftschutzhosen führen gerade bei Demenzkranken zu Problemen und erhöhen die Gefahr des Wundliegens und schränken die Handlungsfreiheit des Betroffenen ein
- Bettgitter erhöhen die Unfallgefahr
- Angurten eines dementen Patienten beunruhigt diesen und setzt ihn einer erhöhten Gefahr aus

Einschränkung der Sicherungsmaßnahmen

- Patient darf durch Sicherungsmaßnahmen nie zu einem bloßen „Schutzobjekt“ degradiert werden
- Grds. keine Pflichtverletzung, wenn Sicherungsmaßnahmen dem Patienten angeboten, mit diesem besprochen wurden, der Patient diese Sicherungsmaßnahmen jedoch nicht akzeptiert

Wichtigkeit der Pflegedokumentation!

- Beweislast
- Rekonstruktion des Sturzereignisses z.T. erst nach Jahren erforderlich

Eintragung in die Berichtsblättern

Eintragungen wie

- Versorgung nach Plan
- Pat. war im Gottesdienst
- Pat. hat mit Zivi Dame gespielt
- Pat. hat gut zu Mittag gegessen

sind unter keinem Aspekt hilfreich oder auch nur erforderlich

Eintragungen wie

- Pat. heute sehr unruhig
- Pat. geht heute wackelig

sollten nicht unkommentiert bleiben.

Wenn eine „Gefahrensituation“ erkannt ist, reicht es nicht, diese zu dokumentieren, es muss reagiert werden.

Eintragungen wie z.B.

- Frau M. mit Rollator im Garten
- Pat. ging alleine zur Toilette, Gang sicher
- Pat. alleine in den Speisesaal gegangen
- Pat. heute gut zu Fuß
- Pat. läuft, wie häufig, regelmäßig über den Flur

überzeugen das Gericht, dass noch die Fähigkeit vorhanden war, alleine zu laufen.

Besonderheiten Beweislast:

- Beweislast trägt grds. die klagende Partei
- Keine grundsätzliche Beweislastumkehr, bloß weil das Sturzereignis im Krankenhausbereich eingetreten ist

- **Ausnahme:**

Umkehr der Beweislast bei einem Sturz in dem sog. **voll beherrschbaren Risikobereich**

Ausschließlich während einer **Pflege- bzw. Transportmaßnahme**, d.h. Krankenträger muss das pflichtgemäße Verhalten des Pflegepersonals nachweisen.

Grund: typische Risiken des Krankenhausbetriebs

Konsequenz: Wichtigkeit der Pflegedokumentation

Beachte!

- Voll beherrschbarer Risikobereich nicht bereits deswegen betroffen, weil Sturz im Krankenhausbereich erfolgt ist.
- Nicht jedes Sturzereignis ist ein Pflegefehler (Beispiel: unvorhersehbare Ereignisse)

Fallbeispiele:

Beweislastumkehr bejaht

(Kernbereich ärztlichen bzw. pflegerischen Handelns)

Sturz nach dem Duschen von einem Duschstuhl
(BGH NJW 1991, 2960)

Sturz aus dem Rollstuhl, in den die Patientin zwecks
Vorbereitung der Verbringung in eine andere Klinik
verbracht wurde
(KG Berlin, Urt. v. 20.02.2005)

Fallbeispiele:

Beweislastumkehr verneint


(Kein voll beherrschbarer Gefahrenbereich)

Sturz aus dem Bett nach operativer
Prämedikation – keine Veranlassung
prophylaktisch Bettgitter anzubringen
(OLG Stuttgart MedR 2002, 153)


(Gegen-)Maßnahmen müssen vermerkt werden:

- Zimmertür wurde offen gelassen
- Zimmer regelmäßig 30 Minuten kontrollieren
- vor dem Zubettgehen 30 Minuten Laufübungen
- Betreuer wurde einbestellt, darauf hingewiesen, dass dauernde Überwachung nicht möglich ist auf Fixierungsmöglichkeiten hingewiesen
- Angelegenheit wurde besprochen

- „Betreuer erklärte: bisher keine Verletzungen/daher wg. Lebensqualität keine Fixierung“ Maßnahmen wie oben werden dennoch durchgeführt



Pflegefehler
im Bereich der
Mangelernährung

- 
- Bisher keine juristische Auseinandersetzung in Rechtsprechung und Literatur
 - Trotzdem haftungsrechtliche Relevanz bei detaillierter Betrachtung

Definition Mangelernährung


„...wenn dem Körper die notwendigen Nährstoffe fehlen oder ihm in zu kleiner Menge zur Verfügung stehen.“

(MDS Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“)

ICD-10-GM: Diagnosecode E40 bis E46

Exsikkose als Spezialfall der Mangelernährung

„Hypertone Dehydratation, d.h. die Austrocknung bzw. Abnahme des Gesamtkörperwassers durch Verlust v.a. von freiem Wasser.“



Haftungsrechtliche Relevanz aufgrund der bisher publizierten Daten zur Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) der Mangelernährung in Deutschland:

- 20-50% in Krankenhäusern
- 40-85% in Einrichtungen der Langzeitpflege
- Mangelernährung = häufigste Komorbidität (zusätzl. Erkr.) im Alter
- Demographische Entwicklung: Zunahme alterstypischer Erkrankungen
- Dehydratation eine der 10 häufigsten Diagnosen bei alten, akut ins Krankenhaus aufgenommenen Patienten

(Daten: MDS, Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“)



Erfassung der Risikofaktoren wichtig!

- Somatische chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Diabetes mellitus, Hyperthyreose)
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Demenz)
- Erhöhter Energiebedarf (z.B. Infektionen, Fieber, Mobilisation, Bewegungsdrang)

Mögliche Pflegefehler:

- Im Bereich der Datenerhebung und Dokumentation
- Fehlende bzw. fehlerhafte Intervention und Therapie

Beispiele möglicher Pflegefehler:

- Nichtberücksichtigung von Risikofaktoren bei der Anamnese
- Unterlassene Ermittlung des individuellen Flüssigkeits- bzw. Energiebedarfs bei drohender oder bestehender Mangelernährung
- Führen von sog. Trinkprotokollen ggf. erforderlich
- Dokumentation und Versorgung mit Sondenkost ausschließlich anhand der Mengenangaben und nicht nach Energieangaben



Wichtigkeit der Dokumentation in den Krankenunterlagen



Wer darf was ?

oder


„Grundsätze der Arbeitsteilung in der Medizin“




Arbeitsteilung in der modernen Medizin
unabdingbar

Folge:

Delegierung vieler Aufgaben an nichtärztliche
Mitarbeiter, wie z.B. Arzthelferin,
Krankenschwestern, Pfleger oder medizinisch
technische Assistenten

- 
- Vertikale und Horizontale Arbeitsteilung
 - „Vertrauensgrundsatz“, d.h. grds. kann jeder davon ausgehen, dass der andere seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllt



Für Sie sind insbesondere die Grundsätze
zur vertikalen Arbeitsteilung
von Relevanz

Mögliche Probleme der vertikalen Arbeitsteilung

- Unzulängliche Kommunikation und Koordination
- Unzureichende Organisation
- Beteiligte Mitarbeiter überfordert bzw. nicht ausreichend qualifiziert

Vertikale Arbeitsteilung

Haftungsrechtliche Problematik,

- welche Aufgaben von einem Arzt auf Arzthelferinnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger übertragen werden dürfen,
- und in welchem Umfang Kontrollen des nichtärztlichen Personals erforderlich sind

Grundsätzlich:

- Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter nur dann zulässig, soweit nicht dem Arzt vorbehalten sind
- Arzt hat stets die Pflicht, das nichtärztliche Personal auf geeignete Weise und nach der erwiesenen Zuverlässigkeit zu überwachen und anwesend und schnell erreichbar zu bleiben



Übertragung von Ärzten vorbehaltenen
Behandlungsaufgaben auf nichtärztliches Personal stellt
einen Behandlungsfehler dar!

Dem Arzt vorbehalten Aufgaben (Beispiele):

- Intravenöse Injektion eines Röntgenkontrastmittels
- Anlegen von Bluttransfusionen
- Wechsel von Blutkonserven
- Anweisung zur Prophylaxe von Liegegeschwüren
- Anweisung zur Ruhigstellung eines Beines
- Anordnung zum Festzurren eines erregten Patienten
- Entkopplung eines Katheders
- Einstellung eines Wehentropfs
- Überwachung der kritischen Aufwachphase durch Anästhesisten

Aufgaben, bei denen eine Übertragung auf das nichtärztliche Personal im Einzelfall in Betracht kommt (Achtung Einzelfallabhängig)

- Ob und welche Injektionen vom Pflegepersonal verabreicht werden dürfen, wird nicht einheitlich beantwortet
- Subkutane und intravenöse Injektionen durch Krankenschwester und Krankenpfleger zulässig, wenn individuelle Kenntnisse und Erfahrung vorhanden
Z.B. intravenöse Injektion durch erfahrene Krankenschwester im Beisein des Arztes zulässig
- Auch Injektionen bei liegendem Infusionssystem im Einzelfall
- Blutentnahme zur Gewinnung von Kapillar- und Venenblut
- Keine intramuskulären Injektionen durch Krankenpflegehelfer, da erhebliches Risiko von Lähmungen und Spritzendabszessen



Achtung!

Es kommt trotz alledem stets darauf an, ob die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen vorhanden sind und auf das mit der Maßnahme verbundene Risiko



Fazit:
**Delegation primär ärztlicher
Verantwortlichkeiten an das nichtärztliche
Personal**

- In bestimmten Bereichen zulässig (z.B. subkutane, intramuskuläre und intravenöse Injektionen)
- Aber: konkrete Situation und Erfahrung maßgeblich

Delegation primär ärztlicher Verantwortlichkeiten an das nichtärztliche Personal

Voraussetzungen:

- Generelle Zulässigkeit
- Eignung des nichtärztlichen Personals
- Detaillierte ärztliche Anordnung (z.B. Art und Dosis des zu applizierenden Medikaments)

Wichtig!

- Ärztliche Anordnung dokumentieren und abzeichnen lassen
- Bei begründeten Zweifeln (z.B. nicht ausreichende Kompetenz oder Erfahrung) ist der Arzt darauf hinzuweisen

Besonderheiten im Pflegebereich

- Der Arzt hat das Pflegepersonal auf Besonderheiten bei der Pflege eines bestimmten Patienten hinzuweisen (Probleme einer Infusion, Gefahr des Dekubitus, Überwachung eines durch Hirndruck gefährdeten Patienten)
- Sicherstellung der personellen Besetzung einer Station mit ausreichend qualifizierten Personal sowie die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Hygieneregeln obliegt der Pflegedienstleitung

Abgrenzung Pflegeaufgaben

- **Grundpflege** (Unterstützung der Lebensaktivitäten des Patienten)
= Anordnungs- und Durchführungsverantwortung
liegt allein beim Pflegepersonal
- **Behandlungspflege** (pflegerische Flankierung ärztlicher Diagnose- und Therapieleistungen)
= Arzt hat Anweisungs- und Kontrollrecht

Beachte: Grenzen nicht stets eindeutig zu bestimmen!

Grundpflege

- Hilfeleistungen im Bereich der körperlichen Pflege, der Ernährung und der Mobilität (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI)
- Betten und Lagern
- U.U. Dekubitus-Prophylaxe
- Einhaltung und Beachtung allgemeiner und spezieller Hygieneregeln



Grundpflege

=

Originäre Aufgabe von Krankenschwestern,
Krankenpflegern und Krankenpflegehilfen

Spezifische Behandlungspflege

Anordnungsverantwortung

=

Leitender Arzt

Durchführungsverantwortung

=

Pflegepersonal




Abgrenzung haftungsrechtlich bedeutsam

Grund:

Nach der Rechtsprechung sind pflegerische Fehlleistungen im Bereich der Grundpflege nicht stets als Versäumnisse der Ärzte anzusehen
(vgl. BGH Urt. v. 18.12.1990, Az.: VI ZR 169/90 „Nachtstuhl-Entscheidung“)

Verantwortungsbereiche

- Organisationsverantwortung umfasst die Gewährleistung einer ausreichenden Dekubitusprophylaxe
- Bei entsprechender Indikation obliegt es dem Arzt bestimmte Anweisungen bezogen auf den Einzelfall zu treffen. Lediglich generelle Anweisungen genügen nicht.
- Entsprechende Anordnungen an das Pflegepersonal sind im Rahmen der ärztlichen Behandlungsdokumentation festzuhalten



Durch Patientenrechtegesetz wurde die Rechtslage kodifiziert. Dadurch keine wesentlichen Neuerungen, da diese auf herrschende Rechtsprechung zurückgeht und PatRG nur durch einzelne Vorschriften anwendbar.



Fazit

Um die Haftung zu minimieren,
ist eine gute Dokumentation wünschenswert!

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kurfürstendamm 184 | 10707 **Berlin**

T 030 - 88 77 69-0 | **F** 030 - 88 77 69-15

Königsallee 31 | 40212 **Düsseldorf**

T 0211 - 82 82 72-0 | **F** 0211 - 82 82 72-50