

LG Kiel: Zum medizinischen Standard auf einer chirurgischen Station in einem allgemeinen Krankenhaus bei desorientierten Patienten

LG Kiel, Urt. v. 04.04.08 (Az. 8 O 27/05)

Leitsätze des Gerichts:

1. In jeder Situation der Behandlung von desorientierten Patienten mit einem zusätzlichen chirurgischen Krankheitsbild bedarf es einer sorgfältigen Güterabwägung.

2. Es entspricht nicht dem Standard auf chirurgischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern, für demente, frisch operierte, unruhige Patienten Sitzwachen einzurichten. Dies ist lediglich ein wünschenswerter Idealzustand.

3. Die Verlegung von psychomotorisch unruhigen Patienten auf eine sogenannte Zwischenintensivstation (intermediär) oder sogar auf die Intensivstation ist nur eine kurzfristige Lösung für Akutsituationen bei zufälliger Verfügbarkeit solcher Betten; bestätigt durch einen die Berufung der Klägerin zurückweisenden Beschluss des OLG Schleswig zum Az. 4 U 39/08 gemäß § 522 Abs. 2 ZPO vom 02. März 2009

(...)

Aus dem Sachverhalt:

Die Klägerin nimmt die Beklagten aus übergegangenem Recht gemäß § 116 SGB X auf Ersatz von Krankenhauskosten wegen zweier Unfälle zum Nachteil des bei ihr gesetzlich krankenversicherten B., geboren 1937, (im Folgenden: Patient) im Kreiskrankenhaus P. in Anspruch. Der beklagte Kreis ist Träger des Kreiskrankenhauses P.. Der Beklagte zu 2. ist Oberarzt der Chirurgischen Abteilung, der Beklagte zu 3. Chefarzt des Krankenhauses.

Der Patient, der inzwischen verstorben ist, war Alkoholiker. Er litt zuletzt unter alkoholbedingten Beeinträchtigungen der Gehirnfunktion und dadurch bedingten immer wiederkehrenden Unruhezuständen. Räumlich und zeitlich war er desorientiert. Anfang des Jahres 2002 wurde er hilflos zu Hause aufgefunden und vom 25.02. bis zum 31.03.2002 im Städtischen Krankenhaus in K. stationär versorgt. Die dortigen Ärzte diagnostizierten u.a. eine äthyltoxische Enzephalopathie mit cerebraler Erregbarkeitssteigerung und eine Kleinhirntaxie, d.h. eine erhebliche Hirnfunktionsbeeinträchtigung. Für weitere Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Entlassungsbericht des Städtischen Krankenhauses vom 09.04.2002 (Bl. 6 f. d.A., Anlage K1).

Wegen fehlender Fähigkeit zur Rehabilitation brachte man den Patienten nach Einrichtung der gesetzlichen Betreuung (zu näheren Einzelheiten vgl. Betreuungsakte des AG) und Bewilligung der Pflegestufe II im Seniorenstift L. unter. Dort stürzte er am 15.04.2002. Im Kreiskrankenhaus P. diagnostizierte man u.a. eine mediale Schenkelhalsfraktur links und eine periprothetische Femurfraktur links sowie ein sog. Korsakow-Syndrom.

Der Patient wurde auf der chirurgischen Station des Krankenhauses behandelt. Ihm wurden Bettgitter verordnet (vgl. Anlage Bekl. 9, Bl. 51 d. A.). In der Pflegedokumentation ist für den 16.04. um 5.50 Uhr dokumentiert, dass der Patient sich die Braunüle entfernt hat.

Am selben Tag wurde ein psychiatrisches Konsil eingeholt. Die Fragestellung im

Konsiliarschein lautete „Korsakow-Syndrom? Hops? Therapiemöglichkeit?“. Der Patient wurde durch den Zeugen Dr. H. untersucht. Wegen weiterer Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Konsiliarschein vom 16.04.2002 (Anlage Bekl. 13, Bl. 147 d. A.).

Zwei Tage später, am 18.04.2002, entfernte sich der Patient den Dauerkatheter. Deshalb wurden seine Hände fixiert. Er äußerte laut Pflegedokumentation daraufhin extremen Unwillen und schrie u.a., „dass er ein freier Mensch sei“. Nach Abnahme der Handfixation schief er fest.

Am 19.04.2002 erfolgte die operative Versorgung der Fraktur mit einer Totalendoprothese (TEP). Für den Tag darauf ist in der Pflegedokumentation mehrmals notiert, dass der Patient das Redonsystem bzw. das Dauerkathetersystem auseinandergelassen hat. Zwischen 11.30 Uhr und 13.30 Uhr wurden ihm die Hände fixiert (vgl. Bekl. 11, Bl. 53 d. A.). Zudem ist für 19.15 Uhr notiert, „dass der Patient aufstehen möchte“. Nach Information eines Arztes erhielt er sodann 10 ml Atosil.

Für den Folgetag, den 21.04., ist dokumentiert: „Heute morgen wach und kooperativ. Nicht orientiert, will immer zu bestimmten Leuten und zum Zahnarzt, da er heute einen Termin hat.“ Um 12.30 Uhr wird festgestellt, dass der Patient über die Bettgitter gestiegen ist und dabei oder anschließend vor dem Bett gestürzt ist. Bei diesem Sturz zog sich der Patient eine periprothetische Spaltfraktur des Femurschaftes links zu.

Der Patient wurde daraufhin - auch an den Folgetagen - an beiden Händen und am Bauch fixiert. Seine Beine wurden nicht fixiert. Am 22.04.2002 erfolgte die offene Reposition der Fraktur. Trotz der bestehenden Fixierung zog sich der Patient am Tag darauf ein Redon.

Am 28.04.2002 führte die Zeugin Dr. N. ein zweites psychiatrisches Konsil unter der folgenden Fragestellung durch: „Verwirrter Patient, bekanntes Korsakow-Syndrom, früher Alkohol-Abusus, Chirurgisch: Fraktur Oberschenkel, 2 x OP, Erbitten Konsil: Sedierung?“.

Die hinzugezogene Psychiaterin untersuchte den Patienten und empfahl eine Medikamentenumstellung. Auf den entsprechenden Konsilschein (Anlage Bekl. 14, Bl. 148 d.A.) wird Bezug genommen.

Am 30.04.2002 steckte der Patient seine Beine durch das Bettgitter und verdrehte das linke Bein so, dass es erneut zu einer Redislokation des versorgten Bruches am linken Bein kam. Daraufhin wurde der Patient am 02.05.2002 in die Unfallchirurgie der Universitätsklinik K. verlegt, da eine Reosteosynthese im Kreiskrankenhaus P. nicht möglich war. Am 17.07.2002 verstarb der Patient dort nach einer erneuten Operation am linken Bein.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Pflegedokumentation des Kreiskrankenhauses P. und den Entlassungsbericht des Krankenhauses vom 06.06.2002 (Bl. 9 f. d.A.) Bezug genommen.

Die Klägerin meint, die Beklagten hätten den Patienten vor dem Sturz aus dem Bett am 21.04. durch Ruhigstellung und Fixierung bewahren müssen. Das Anbringen von Bettgittern ohne sonstige Fixierung sei verheerend gewesen, da die Gefahr bestanden hätte, die Bettgitter zu überwinden und dabei stürzen zu können. Die heftige Abwehr gegenüber der Fixierung hätte durch die Gabe weiterer sedierender Medikamente gelöst werden können. Ab dem 21.04. hätte man den weiterhin unruhigen Patienten trotz Sturz und der Bettgitter nicht hinreichend fixiert. Er hätte sich sonst am 30.04. nicht in den Gitterstäben verfangen. Eine erneute Redislokation der Fraktur wäre nicht erfolgt.

Hilfsweise hat die Klägerin behauptet, dass der Patient ab dem 19.04. bis zum 21.04. in keiner Weise gesichert worden sei, insbesondere nicht durch Bettgitter. So habe es der Chefarzt Dr. L. gegenüber der Kriminalpolizei bekundet (vgl. Bl. 76 d. A.).

Die Klägerin behauptet ferner, dass die Fraktur, die der Patient sich im Seniorenstift L. zugezogen hatte, ohne die Unfälle am 21.04. und 30.04. folgenlos ausgeheilt wäre. Es wären die Kosten aus der Rechnung der Universitätsklinik vom 05.08.2002 (Bl. 15 ff. d.A.) über den stationären Aufenthalt vom 02.05. bis 17.07.2002 so nicht entstanden. Zudem wäre die Klägerin nicht verpflichtet gewesen, Sterbegeld auszuführen, denn der Tod des Patienten beruhe auf den unnötigen Unfällen.

Mit Schriftsatz vom 19.07.2005 (Bl. 80 f. d.A.) hat die Klägerin ihre Klage auf die Beklagten zu 2.) und 3.) erweitert. Die Klägerin beantragt nunmehr,

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 77.427,68 € zu zahlen nebst Verzugszinsen in Höhe von p. a. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz bzgl. des Beklagten zu 1.) ab dem 30.03.2005, bzgl. der Beklagten zu 2.) und 3.) ab Rechtshängigkeit..

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagten behaupten, sie hätten ausreichende Sicherungsmaßnahmen ergriffen. Der Patient sei zwar agitiert, unruhig und desorientiert gewesen. Es habe aber keine Hinweise darauf gegeben, dass er versuchen würde, aufzustehen. Angesichts der Schmerzen wäre nicht mit einem Versuch des Patienten zu rechnen gewesen, aufzustehen und über das Bettgitter hinweg das Bett zu verlassen.

Die Beklagten meinen, eine Vollfixierung sei daher aus ex ante -Sicht nicht erforderlich gewesen. Eine Vollfixierung mit Bauch- und Beingurt wäre auch völlig unverhältnismäßig gewesen und nicht richterlich genehmigt worden.

Die Kammer hat die Betreuungsakte betreffend den Patienten B. zu Informationszwecken beigezogen.

Die Kammer hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 03.11.2005 (Bl. 97 ff.) durch Einholung eines psychiatrischen Gutachtens des Sachverständigen Dr. H.. Zum Ergebnis der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf das schriftliche Gutachten von Dr. H. vom 10.05.2006 (Bl. 121 ff. d. A.). Die Kammer hat den Sachverständigen im Folgenden zur Erläuterung seines Gutachtens angehört. Insoweit wird Bezug genommen auf das Protokoll zur mündlichen Verhandlung vom 22.12.2006 (Bl. 183 ff. , Bl. 188 ff. d. A.). Ferner hat die Kammer Beweis erhoben über den Ablauf der psychiatrischen Konsile am 16.04. und am 28.04.2002 durch Vernehmung der Zeugen Dr. H. und Dr. N.. Hierzu wird erneut Bezug genommen auf das Protokoll zur mündlichen Verhandlung vom 22.12.2006 (Bl. 183 ff., 184 ff. d. A.).

Im Anschluss an diese mündliche Verhandlung hat die Kammer auf ihre vorläufigen Rechtsauffassungen hingewiesen gemäß Hinweisbeschluss vom 19.01.2007 (Bl. 212 ff. d. A.). Nach dem weiteren Vortrag der Parteien erfolgte sodann aufgrund des Beweisbeschlusses vom 01.03.2007 (Bl. 243 ff. d. A.) die Einholung eines chirurgischen Sachverständigengutachtens zur Frage der Pflichtverletzung der den Patienten behandelnden Ärzte. Zum Ergebnis der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Dr. M. vom 04.08.2007 (Bl. 267 ff. d. A.) sowie auf die mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen im Termin

zur mündlichen Verhandlung vom 07.03.2008 (Bl. 348 ff., 349 ff. d. A.).

Eine sofortige Beschwerde der Klägerin gegen die Ablehnung eines Befangenheitsgesuchs gegen den Sachverständigen Dr. M. hat der 16. Zivilsenat des OLG Schleswig mit Beschluss vom 19.10.2007 zurückgewiesen (OLG Schl. Az. 16 W 95/07, Bl. 325 ff. d. A.).

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Klage war abzuweisen, da der Klägerin aus übergegangenem Recht gemäß § 116 SGB X i. V. m. den §§ 280, 281, 823 Abs. 1 BGB gegen die Beklagten kein Schadensersatzanspruch zusteht.

Denn dem Sturz vom 21.04.2002 bzw. dem Verdrehen des frisch operierten Beines im Bettgitter am 30.04.2002 liegt kein behandlungsfehlerhaftes Verhalten bzw. Unterlassen der den Patienten B. behandelnden Ärzte im Kreiskrankenhaus P. zu Grunde, dass den Beklagten zuzurechnen wäre. Hiervon ist die Kammer nach ausführlicher Auswertung der Pflegedokumentation des Krankenhauses sowie nach Einholung eines psychiatrischen und eines chirurgischen Sachverständigengutachtens und der Einvernahme der konsiliarisch hinzugezogenen Psychiater als Zeugen überzeugt.

Nach alledem ist zwar davon auszugehen, dass es sich bei dem Patienten B. um einen unruhigen und zumindest - wie es Dr. H. in seinem schriftlichen Gutachten vom 10.05.2006 ausgeführt hat - unter alkoholbedingter Demenz leidenden Patienten handelte, bei dem auch nach gesicherter Alkoholabstinenz ein persistierender Zustand des hirneigenen Abbaus mit einer überdauernden Beeinträchtigung für verschiedene Hirnleistungsbereiche bestand. Insbesondere kann nach den gutachterlichen Feststellungen von Dr. H. davon ausgegangen werden, dass der Patient be-

reits seit Anfang 2002 in einer Verfassung war, die ihm eine kritische Einschätzung seines eigenen Zustands nicht mehr ermöglicht hat. Bei dem Patienten lag demnach eine so starke Verwirrtheit vor, dass eine sinngerechte Kommunikation mit ihm nicht mehr möglich gewesen war.

Es ist jedoch nicht festzustellen, dass die Beklagten auf diesen bedauerlichen Zustand des Patienten nicht adäquat - im Sinne des medizinischen Standards auf einer chirurgischen Station in einem allgemeinen Krankenhaus – reagiert hätten:

1. Der Sturz am 21.04.2002

a. Bettgitter

Die Kammer geht davon aus, dass ab dem 16.04.2002 dauerhaft Bettgitter am Bett des Patienten angebracht waren. Dies ergibt sich aus der Pflegedokumentation. Soweit sich in der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakte andere Anhaltspunkte ergeben, stimmt dies schon nicht mit dem unstreitigen Hauptvortrag der Parteien im vorliegenden Rechtsstreit überein.

Für den 21.04. ist es jedoch unerheblich, ob das Anbringen der Bettgitter behandlungsfehlerhaft war oder nicht, da noch nicht einmal feststeht, dass der Patient beim Überwinden der Bettgitter gestürzt ist. Hierauf hat die Kammer bereits mit Beschluss vom 19.01.2007 (Bl. 209 ff. d.A.) hingewiesen. Auf die dortigen Ausführungen wird ergänzend Bezug genommen.

b. (Voll-)fixierung

Die Klägerin vermochte zudem nicht zu beweisen, dass für eine (dauerhafte) Fixierung keine Kontraindikation bestand. Dies steht nämlich nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. M. nicht fest.

Dieser hat vielmehr in seinem Gutachten vom 04.08.2007 ausgeführt, dass eine Vollfixierung, also eine klassische 5-Punkt-Fixierung, bei agitierten Patienten mit einer frisch implantierten Hüftgelenks-Totalendoprothese zunächst einmal kontraindiziert sei.

Ergebe sich bei Agitation mit Selbstgefährdung die Indikation für eine Fixierung, könne zwar als Alternative eine 4-Punkt-Fixierung (Fixierung des nicht operierten Beines, Hände- und Bauchfixierung) ergänzend zu einer Lagerung des operierten Beines in einer Kastenschiene und/oder durch eine Sandsacklagerung und/oder mit einem Spreizkeil zwischen den Beinen und im Extremfall auch durch einen Unterspreizgips in Kombination mit einem Bettgitter sowie einem Bettgitterschutz durchgeführt werden. Dadurch solle einer unkontrollierten Innenrotation, die zu einer Hüftluxation führen könnte vorgebeugt werden.

Diese relative Kontraindikation (= Fixierung eines frisch operierten Beines in Abhängigkeit von der psychomotorischen Unruhe und der drohenden Selbstgefährdung des Patienten) hat der Sachverständige Dr. M. in der mündlichen Verhandlung vom 07.03.2008 jedoch dahingehend präzisiert, dass im konkreten Fall am 21.04.2002 keine Notwendigkeit bestanden hätte, den Patienten deshalb in der beschriebenen Art zu fixieren, weil er äußerte, er wolle irgendwelche Leute bzw. den Zahnarzt aufsuchen. Auch eine kombinierte 4-Punkt-Fixierung sei nur dann erforderlich, wenn der Patient beginne, dieses Vorhaben in die Tat umzusetzen, indem er versucht, das Bett zu verlassen. Bei einer bloß verbalen Äußerung des Patienten kann es lediglich geboten sein, das Verhalten des Patienten in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren. Denn primär sollte nach Implantation einer TEP im Hüftgelenk eine Fixierung des frisch operierten Beines vermieden werden.

Bei der Implantation einer TEP am Hüftgelenk werde nämlich die das Gelenk stabilisierende Gelenkkapsel partiell entfernt. Hierdurch aber werde ein Auskugeln einer frisch implantierten Prothese begünstigt. Erst später werde diese Instabilität durch Narbengewebe - zumindest teilweise - wieder stabilisiert und die Möglichkeit eines Längszugs und eines Auskugelns des Gelenks verringert. Durch die Fixierung mit einem Bauchgurt, Hand- und Fußfesseln sei es dem Patienten aber immer noch möglich, unphysiologische, längsgerichtete Zugbewegungen am operierten Bein, insbesondere mit Kraftwirkung auf das operierte Hüftgelenk auszuführen, die in Kombination mit Rotations- und/oder Hebewebewegungen das Auskugeln eines solchen Gelenks begünstigen.

Diese Feststellungen gehen zu Lasten der insoweit darlegungs- und beweisbelasteten Klägerin: Da die Klägerin einen Behandlungsfehler darlegen und beweisen muss, muss sie aus Sicht der Kammer auch darlegen, dass für eine Fixierung eine (relative) Kontraindikation nicht bestand. Das Unterlassen der Vollfixierung vor dem 21.04. war nämlich nach dem psychiatrischen Gutachter Dr. H. bei den gegebenen Unruhesituationen, die bei dem Patienten vor dem Sturz auftraten, auch vertretbar und nicht behandlungsfehlerhaft, wenn sie aus chirurgischer Sicht kontraindiziert war. Gerade dies steht jedoch - wie bereits ausgeführt - nach den in sich schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Dr. M., denen die Kammer folgt, nicht fest.

Überzeugend an der Argumentation des chirurgischen Sachverständigen ist insbesondere, dass es in jeder Situation der Behandlung von desorientierten Patienten mit einem zusätzlichen chirurgischen Krankheitsbild einer sorgfältigen Güterabwägung bedarf. Dass die den Patienten behandelnden Ärzte bzgl. der Frage der Vollfixierung ihr Ermessen hier fehlerhaft ausgeübt hät-

ten, ist nicht erkennbar, da auch der Zeuge Dr. H. nach seinen Bekundungen bei seinem Konsil am 16.04. keine akute Unruhe des Patienten im Sinne einer Tendenz zur Bettflucht festzustellen vermochte. Zudem wird aus der Pflegedokumentation für den 18./19.04. deutlich, dass der Patient auf eine partielle Fixierung der Hände erst Recht aggressiv reagierte und nach deren Beendigung ohne weitere sedierende Maßnahmen fest schlief.

Damit steht aber zu Lasten der Klägerin nicht fest, dass durch eine Vollfixierung das Operationsergebnis nicht auch gefährdet worden wäre.

c. Fehlende Einrichtung von Sitzwachen

Die Klägerin vermochte zudem nicht zu beweisen, dass es behandlungsfehlerhaft war, dass bei dem Patienten B. vor dem 21.04. keine Sitzwache eingerichtet wurde, um einen etwaigen Sturz zu verhindern.

In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige Dr. H. zwar ausgeführt, dass es wegen zweier „Signalmomente“ (Ziehen Redondrainage, Bericht vom Zahnarzttermin) am 20./21.04. sinnvoll gewesen wäre, eine Sitzwache einzurichten. Gleichzeitig hat er jedoch ausgeführt, dass es nicht klar sei, ob dies Standard in allgemeinen Krankenhäusern sei.

Hierzu hat jedoch der Sachverständige Dr. M. sowohl in seinem schriftlichen als auch in seinem mündlichen Gutachten eindeutig erklärt, dass es kein Standard auf chirurgischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern sei, für demente, frisch operierte, unruhige Patienten Sitzwachen einzurichten. Er sei in den letzten acht Jahren an drei verschiedenen Krankenhäusern tätig gewesen und in keinem dieser Krankenhäuser sei es so gewesen, dass dort für Patienten wie Herrn B. eine Sitzwache zur Verfügung gestellt wurde, um sie rund um die Uhr zu beobachten. **Grund dafür, dass**

das Einrichten von Sitzwachen heute kein Standard in allgemeinen Krankenhäusern sei, sei die allgemein bekannte angespannte Personal- und Kostensituation der Krankenhäuser und das stetig älter werdende Patientenkontingent, das natürlich seine Komorbiditäten und Sturzrisiken mit in die Krankenhäuser bringe.

Auch die Verlegung von psychomotorisch unruhigen Patienten auf eine sogenannte Zwischenintensivstation (intermediär) oder sogar auf die Intensivstation sei zwar gelegentlich eine kurzfristige Lösung für die Akutsituation. Diese Stationen würden aber originär der Überwachung von akut, vitalgefährdeten oder sogar beatmeten Patienten dienen und seien dafür auch speziell ausgestattet. Ein Patient mit einer psychomotorischen Unruhe würde also nur bei zufälliger Verfügbarkeit eines solchen Bettes zur temporären Überwachung auf eine solche Station verlegt werden.

Die Kammer folgt den Ausführungen des Sachverständigen. Zwar ist der Klägerin zu folgen, dass eine ständige Überwachung derartiger Patienten durch Einrichtung einer Sitzwache ein geeignetes Mittel wäre, um derartige Stürze mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindern zu können. Es dürfte sich nach den überzeugenden Darstellungen des Sachverständigen M. vom Ist-Zustand um einen wünschenswerten Idealzustand auf chirurgischen Stationen handeln. Es liegt aber auf der Hand, dass auch die Klägerin als gesetzliche Krankenversicherung angesichts der zunehmenden Zahl alter und dementer Patienten nicht bereit und in der Lage wäre, einen solchen zu finanzieren.

d. Hinreichende Überwachung des Patienten

Die Kammer geht auch davon aus, dass die Unruhe des Patienten bis zum Sturz am 21.04.2002 hinreichend überwacht wurde.

So findet sich am 21.04. in der Frühschicht beim Bogen zu den Pflegemaßnahmen unter der Rubrik A 3 „Fortlaufende Überwachung bei desorientierten Patienten“ ein Handzeichen. Das könnte nach dem Sachverständigen Dr. M. ein Hinweis darauf sein, dass der Patient fortlaufend überwacht worden ist. Dieser interpretiert die dahingehende Dokumentation so, dass es zwar keine ursprünglich geplante Überwachungsmaßnahme war, weil diese Rubrik nicht gelb markiert wurde. In den Pflegemaßnahmen sei aber zudem beschrieben, dass eine Umlagerung des Patienten alle vier Stunden gemacht werden solle. Dieses ist auch markiert. Wenn man - so der Sachverständige - davon ausginge, dass diese Umlagerung bei der Grundpflege etwa um 7.00 Uhr gemacht wurde, so würde das bedeuten, dass der Patient etwa um 11.00 Uhr vormittags wiederum hätte umgelagert werden müssen. Auf der Rückseite des Bogens zu den Pflegemaßnahmen sei des Weiteren unter der Rubrik S3 auch die Beobachtung bei Delirium/Suizidgefahr markiert und für den Morgen des 21.04. als auch für die Tage davor abgezeichnet. Eine darüber hinausgehende 15- bis 30-minütige Kontrolle gewährte keine hinreichende Sicherheit, dass der Patient das Bett nicht verlasse. Allein auf Grund der Äußerungen des Patienten am Morgen des 21.04. sei diese auch nicht erforderlich gewesen.

e. Medikation

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. und des Sachverständigen Dr. M. geht die Kammer auch davon aus, dass die Medikation zur Sedierung des Patienten ausreichend war. So erhielt er am Abend des 20.04. an sedierenden Medikamenten 10 Tropfen Haldol, 20 Tropfen Neurocil und 10 ml Eunerpan. Am Morgen des 21.04. verabreichte man ihm 5 Tropfen Haldol. In dieser Situation - so der Sachverständige Dr. M. - sei es nicht indiziert gewesen, in Anbetracht der geäußerten

Absichten des Patienten die Medikation zu erhöhen. Es sei nämlich nicht gewünscht, dass der Patient bereits am Morgen so stark sediert wird. Denn er solle sich ja nach der Operation durchaus bewegen und mobilisiert werden können. Dies sei auch günstig zu einer aktiven Dekubitusprophylaxe. **Es sei daher jedenfalls vertretbar gewesen, die Medikation so zu belassen, wie sie war, und nicht wegen der erklärten Absichten des Patienten zu erhöhen.**

Diesen Ausführungen folgt die Kammer. Auch der Sachverständige Dr. H. vermochte in der medikamentösen Behandlung des Patienten bis zum 21.04. keinen Behandlungsfehler aus psychiatrischer Sicht erkennen.

2. Zum Verdrehen des Beines im Bettgitter am 30.04.2002

Auch das Verdrehen des operierten Beines im Bettgitter ist nicht auf einen den Beklagten zuzurechnenden Behandlungsfehler zurückzuführen.

Schon Dr. H. hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass der Vorfall am 30.04.2002 nur dann vorhersehbar gewesen wäre, wenn der Patient sich in vorherigen Unruhesituationen so verhalten hätte, dass er mit den Beinen gestrampelt hätte. Entsprechendes sei jedoch nicht dokumentiert und auch nicht dokumentationspflichtig. Die darlegungs- und beweisbelastete Klägerin vermochte hierzu nichts weiter darzulegen.

Das Anbringen des Bettgitters am 30.04. war nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. M. indiziert, da der Patient zu diesem Zeitpunkt fixiert war, und eine Sicherung gegen Herausfallen gegeben sein musste.

Der Sachverständige Dr. M. hat ferner ausgeführt, dass bei der Situation des Pati-

enten am 30.04. sicher ein Risiko bestanden hätte, dass dieser sein Bein durch das Bettgitter hätte hindurchstecken und sich dadurch eine Verletzung hätte zuziehen können. Es habe auch bei ex ante- Betrachtung im Bereich des Erkennbaren gelegen, dass eine derartige Situation bei dem Patienten hätte eintreten können. Insbesondere bei der speziellen Fixierungsform mit einem Bauchgurt, die zu diesem Zeitpunkt beim Patienten vorlag, war die Gefahr vorhersehbar. Es war jedoch nicht fehlerhaft, das Bettgitter des Patienten nicht mit Seitenteilen zu versehen, da bekanntermaßen das Anbringen solcher Seitenteile zu einer sogenannten „Sargsituation“ des Patienten führen könne. Das heißt, dass der Patient, weil er nicht über die Seitenteile hätte hinwegsehen können unruhiger hätte werden können. Dadurch hätte wiederum die Gefahr bestanden, dass er sich etwa am Fußende des Bettes abstößt und es hierdurch zu einer Gefährdung der Fraktur gekommen wäre. Dieser Gefahr hätte man zwar dadurch entgegenwirken können, dass man den Kopfteil des Bettes des Patienten höher stellt. Dabei hätte jedoch wiederum die Gefahr bestanden, dass der Patient sich mit den Händen am Bettgitter hätte abstützen können, um so aus dem Bett zu gelangen. Es war daher kein fehlerhaftes Unterlassen, dieses Seitenkissen nicht anzubringen, zumal es im Jahre 2002 auch noch nicht Standard gewesen sei.

Zudem hätte man der „Sargsituation“, wenn man sich für eine Seitenmatte entschieden hätte, durch Erhöhung der sedierenden Medikation entgegenwirken müssen. Gegen eine weitere Sedierung zu diesem Zweck habe allerdings der Umstand gesprochen, dass es für die Behandlung sinnvoll war, dass der Patient wieder aktiv an der Umgebung teilnimmt.

Aus den zum Unfall am 21.04. genannten Gründen war auch in dieser Situation keine Sitzwache erforderlich.

3. Die Kammer folgt den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. H. und Dr. M.. Die Kammer bleibt bei ihrer Auffassung, dass die Klägerin eine Pflichtverletzung darlegen und beweisen muss. Beweiserleichterungen kommen der Klägerin hierbei nicht zugute, da sowohl beim Vorfall am 21.04. als auch beim Vorfall am 30.04.2002 kein Krankentransport vorlag, bei dem ein voll beherrschbares Risiko des Krankenhauses bzw. ihrer behandelnden Ärzte angenommen werden müsste. Der hier vorliegende Fall ist damit auch nicht vergleichbar mit dem, der dem - von der Klägerin zitierten - Urteil des Kammergerichts Berlin in VersR 2006, 1366 zu Grunde liegt. Denn in dem dort zu entscheidenden Fall war es so, dass das Pflegepersonal eine Patienten, nachdem diese mehrmals über das Bettgitter steigen wollte, in einen Rollstuhl gesetzt und mit einem Bauchgurt fixiert hatten, um sie anschließend in eine Rehabilitationsklinik zu verlegen. Die Patientin stellte man dann mit dem Rollstuhl in den Flur, wo sie zusammen mit dem Rollstuhl unbeaufsichtigt umkippte. Vorliegend ist es aber sogar noch unklar, wie der Patient gestürzt ist bzw. wie genau er sein Bein im Bettgitter verhaken konnte.

Im vorliegenden Fall war vielmehr zu beurteilen, wie bei einem nicht mehr orientierten Patienten, der immer wieder Unruhezustände aufweist und zugleich ein chirurgisches Krankheitsbild, das geschützt werden muss, reagiert werden muss. Hier ist die Kammer davon überzeugt, dass die behandelnde Ärzte im Kreiskrankenhaus P. standardgemäß gehandelt haben. Sie haben neben den oben genannten Maßnahmen zweimal einen psychiatrischen Sachverständigen zum Konsil herbeigezogen. Die Zeugen Dr. H. und Dr. N. konnten sich zwar nicht mehr an die streitgegenständlichen Konsiliaruntersuchungen erinnern. Sie vermochten jedoch nach Vorhalt der Konsilscheine jeweils zu bekunden, dass

der Patient im Rahmen der jeweiligen Untersuchungssituation nicht unruhig war und keine Notwendigkeit für eine Fixierung gesehen wurde. Daraus ergibt sich ein kompliziertes Gesamtbild, das die Sachverständigen und insbesondere der chirurgische Sachverständige aus Sicht der Kammer hinreichend gewürdigt haben anhand der Standards in chirurgischen Abteilungen in Krankenhäusern. Allein aus der immer wiederkehrenden Unruhe des Patienten eine Vorhersehbarkeit des Sturzes am 21.04. bzw. des Verdrehens des Beines im Bettgitter am 30.04. herzuleiten, vermag die Kammer nicht. Vielmehr muss konstatiert werden, dass bei derartigen Patienten mit der ständigen Gefahr gelebt werden muss, dass sich Derartiges ereignet. Dagegen abzuwägen ist die Gefahr, dass durch etwaige Fixierungsmaßnahmen oder zunehmende medikamentöse Sedierung andere bzw. weitere Schäden auftreten könnten. **Dabei ist selbstverständlich auch zu berücksichtigen, dass die dauerhafte Fixierung wie auch die erhöhte**

medikamentöse Sedierung schwerwiegende (freiheitsentziehende) Maßnahmen darstellen. In diesem Zusammenhang hält es die Kammer für überzeugend, den behandelnden Ärzten einen entsprechenden Ermessensspielraum einzuräumen, um so weitestgehend die versorgte Fraktur des Patienten nicht zu gefährden und gleichzeitig dem Patienten einen menschenwürdigen Aufenthalt im Krankenhaus zu gewährleisten.

Nach alledem war die Klage umfassend abzuweisen.

(...)

© IQB 2009

>>> Impressum/Haftungsausschluss <<<
Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser verbunden.

Web: <http://www.iqb-info.de>
E-mail: webmaster@iqb-info.de