

Sonderproblem „Überwachung fixierter Patienten“

Der oft hilflosen Lage des Patienten korrespondiert mit einer gesteigerten Verkehrssicherungspflicht. Sie trifft allerdings regelmäßig nicht den Hausarzt, der nur telefonisch nachts über psychische Probleme seines Patienten informiert wird, solange in der fehlenden Intervention kein grober Fehler zu sehen ist. Dagegen hat die Klinik *Vorkehrungen gegen Unfälle* der Patienten zu treffen. Auch mit Übelkeit und Angstreaktionen des Patienten ist zu rechnen. Das gilt erst recht, wenn es um Gefahren aufgrund der speziellen Behandlungsmethode geht. Ebenso muss die Klinik vor Attacken anderer Patienten Vorsorge treffen, namentlich zum Schutz von kleinen Kindern. Die *Sicherheit des Patienten ist oberstes Gebot*. Die Organisationspflicht umfasst daher auch die *Verhinderung von Selbstbeschädigungen oder gar Selbstmorden*. Das gilt jedenfalls dann, wenn der Betroffene gerade eingewiesen wurde, um den Suizid zu verhindern und kann etwa die Pflicht mit sich bringen, Beruhigungsräume mit sicheren Fenstern auszustatten, so dass Patienten nicht hinauspringen können, oder Gitter vor Fenstern anzubringen. Auch sind Antidepressiva zu verabreichen. Entscheidend ist die Sicht ex ante. Allerdings stellen sich schwierige Abgrenzungsprobleme. Zum einen geht es um den für die Therapie notwendigen Freiraum, zum anderen um das Persönlichkeitsrecht des Patienten, das durch eine weitgehende Überwachung oder gar durch eine Fixierung auf das Empfindlichste betroffen werden kann. Die Vertragspflichten müssen demgemäß dahin gehen, den Patienten vor solchen Schäden zu bewahren. Einschränkungen sind daher nur insoweit vorzunehmen, als sie in des Patienten und der Allgemeinheit Interesse unbedingt notwendig sind, das gilt namentlich, soweit es um die Achtung der Intimsphäre geht. Die Schutzpflichten bestehen daher nur im Rahmen des Erforderlichen und Zumutbaren; es muss akute Selbstmordgefahr vorliegen. So scheidet eine Haftung aus, wenn ein Aufenthaltsraum eine nicht verschlossene Tür zu einem Balkon hat oder wenn die Sicherheitsvorkehrungen ausreichend erscheinen und sich der Patient nur angesichts eines nicht vorhersehbaren Ausnahmestands losreißen und Verletzungen zufügen konnte. Ohne konkrete Anhaltspunkte haftet der Klinikträger nicht für einen Suizidversuch. In der älteren Rechtsprechung wurde noch verlangt, es müsse Vorsorge getroffen werden, dass kein Patient unbewacht das Haus verlassen könne. Zu beachten ist ferner § 1906 Abs 4. Jedoch ist der Heimträger je nach Schwere verpflichtet, den Antrag zu stellen. In Pflegeheimen ist ein geringerer Standard zu gewährleisten als in Krankenhäusern. Nicht mit dem soeben geschilderten Problem darf der Fall gleichgestellt werden, dass der Patient infolge der Sedierung im Rahmen einer ambulanten Behandlung zB zum Fahren eines Kraftfahrzeugs vorübergehend nicht fähig ist; hier hat der Arzt sicherzustellen, dass sich der Patient nicht vorzeitig entfernt. (Hager (2009) in Staudinger, Kommentar zum BGB, § 823, Rn. 38)

LG Kiel: Urteil vom 04.04.2008 - 8 O 27/05

Leitsätze:

1. ...
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; (amtlicher Leitsatz)
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. (amtlicher Leitsatz)

aus den Gründen:

„...“

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.

...“

aber

OLG Köln Entscheidung vom 02.12.1992 - 27 U 103/91 (MedR 1993, 235 = VersR 1993, 1487).

Der dort beurteilte Sachverhalt betraf das Behandlungsgeschehen auf einer Normalstation. Ein psychisch auffälliger Patient hatte, nachdem er vom verklagten Pflegepersonal ohne vorherige schriftliche Anordnung des Stationsarztes – und damit entgegen einer Weisung der Klinikleitung – teilfixiert worden war, bei einem kurze Zeit später ausgebrochenen Brand schwere Verbrennungen erlitten. Das *OLG Köln* hat offengelassen, ob die weisungswidrige Teilfixierung (behandlungs-)fehlerhaft war. Vielmehr wurde die Annahme einer haftungsbegründenden Pflichtverletzung der verantwortlichen Pflegekräfte ausschließlich darauf gestützt, dass der teilfixierte Patient „in einem offen zugänglichen Zimmer ohne lückenlose optische und akustische Überwachung ... belassen“ worden war (Rdnrn. 22, 23). Ausschlaggebend war somit auch dort nicht die eigenmächtige, weil weisungswidrige Vornahme der Fixierung, sondern das infolge der Fixierung verbliebene Kontrolldefizit...

OLG Düsseldorf, Urteil vom 11. 9. 2003 - 8 U 17/03

„Zu Recht ist das Landgericht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme davon ausgegangen, dass die - notwendige - Überwachung nicht in jeder Hinsicht ordnungsgemäß erfolgt ist, weil der zuständige Pfleger S. sich ca. 15 - 20 Minuten vor dem Sturz aus dem Dienstzimmer entfernte und Herr S. eine Zeitlang unbeobachtet blieb. Der Sachverständige Prof. Dr. B. hat dieses Verhalten des Pflegers als "problematisch" bezeichnet und deutlich gemacht, dass ein völlig einwandfreies pflegerisches Vorgehen eine Übergabe der Beobachtung des Patienten an ein anderes Mitglied des Pflegepersonals erfordert hätte.“

Landeswohlfahrtsverband Hessen - Fixierungsrichtlinien

Richtlinie für die Fixierung oder andere erhebliche Bewegungseinschränkungen von Patienten in den Krankenhäusern und Kliniken des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen

In der Neufassung des Beschlusses des Verwaltungsausschusses vom 12.7.1996, Beschluss Nr. 927/XI

Für die Dauer der freiheitsentziehenden Maßnahme muss der Patient durch das therapeutische Personal in besonderem Maße betreut und beobachtet werden. Hierzu gehört die Überprüfung der ordnungsgemäßen Anwendung der Fixierungsmittel. Die Fixierungen sind in angemessenen Abständen zu entfernen, um dem Patienten die Verrichtungen des täglichen Lebens zu ermöglichen.

*Unter dem Begriff "in besonderem Maße betreut und beobachtet" ist zu verstehen, dass sich das mit der Betreuung beauftragte Personal in ständigem Kontakt mit dem fixierten Patienten befindet, d. h. in unmittelbarer räumlicher Nähe sowie **Hör- und/oder Sichtkontakt**. Eine nur fallweise Kontrolle in bestimmten Zeitabschnitten ist unzulässig. Eine Sitzwache ist nicht zwingend erforderlich. Dann muss aber der/die Patient/in in der Nähe des Ortes untergebracht sein, wo sich das therapeutische Personal überwiegend aufhält; das besondere Schutzbedürfnis des einzelnen Patienten ist zu berücksichtigen.*

pqsg das Altenpflegemagazin im Internet www.altenpflegemagazin.de

Sicherungs-/ Kontrollmaßnahmen durch die Pflegekräfte

- Die Fixierung muss engmaschig überwacht werden. Die Pflegekraft ist verpflichtet, in kurzen Abständen (i.d.R. 15 Minuten) mit eigenen Augen den Zustand des Bewohners zu überprüfen. Ist der Bewohner sehr unruhig, prüfen wir, ob eine Sitzbegleitung erforderlich ist.
- Die Vitalzeichen werden regelmäßig kontrolliert.
- Wir bieten dem Bewohner regelmäßig Getränke an und ermöglichen ihm einen Toilettengang.
- Es wird sichergestellt, dass der fixierte Bewohner vor Übergriffen durch andere Bewohner sicher ist. Etwa dann, wenn sich diese für vorhergehende Übergriffe rächen wollen.
- Es wird sichergestellt, dass die Fixierung im Brandfall sofort gelöst wird.

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

zu Aufsichtspflicht bei Fixierungen:

- angemessene Überwachung
- Kontrolle von AZ, Vitalwerten und Bewusstseinslage
- Orientierung des Patienten einschätzen
- Gefahr von Druckgeschwüren beachten
- erhöhte Verletzungsgefahr berücksichtigen
- regelmäßig Sitz der Fixierung überprüfen

Ergebnis

Bei jedem Sturz kommt es darauf an, ob das Krankenhaus seine Obhutspflichten verletzt hat. Denn "ein Krankenhaus übernimmt mit der stationären Aufnahme eines Patienten nicht nur die Aufgabe der einwandfreien Diagnose und Therapie, sondern auch Obhuts- und Schutzpflichten dergestalt, ihn im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren vor Schäden und Gefahren zu schützen, wenn sein körperlicher oder geistiger Zustand dies gebietet. Maßgebend ist, ob wegen der Verfassung des Patienten aus der Sicht ex ante (Beurteilung aus früherer Sicht) ernsthaft damit gerechnet werden muss, dass er sich ohne Sicherungsmaßnahmen selbst schädigen könnte." OLG Düsseldorf v. 11.09.2003 -8 U 17/03-.

Dabei gilt grundsätzlich, dass alle Umstände des Einzelfalles, d.h. die körperliche und geistige Verfassung des Patienten, bei der Begutachtung, ob Pflichten des Krankenhauses verletzt wurden mit einbezogen werden müssen. Die körperliche und geistige Verfassung des

Patienten spielt nur dann keine Rolle, wenn sich das Sturzereignis in einem vom Krankenhaus voll beherrschbaren Risiko (z.B. Patient befindet sich in Narkose oder Patient wird von Schwester umgelagert) ereignet hat.

Bei der nachträglichen Begutachtung, ob ein Patient durch entsprechende Maßnahmen zu sichern gewesen wäre, spielen die Aufzeichnungen im ärztlichen Verlauf und in den Verlaufsnotizen der Pflegekräfte der Krankenakte eine wesentliche Rolle, sofern das Krankheitsbild des Patienten nicht schon vorher (z.B. bei einem Suizidversuch) eindeutig für eine Sicherungsmaßnahme spricht. Zeigt ein Patient z.B. eine psychomotorische Unruhe, muss das noch lange nicht dazu führen, dass Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden müssen. Allerdings sollte es dem Arzt möglichst zeitnah mitgeteilt werden, damit sich dieser dann mit der Hilfe der gesamten Krankenakte einen Gesamteindruck verschaffen kann.

Bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen ist grundsätzlich eine Genehmigung beim Betreuungsgericht einzuholen. Allerdings kann hiervon abgesehen werden, wenn ein vorübergehender Bedarf zur Abwendung von einer Gefahr für Leib oder Leben besteht. Denn in einem solchen Fall liegen die "Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§34 StGB)" vor, welche das Krankenhaus zu derartigen Schutzmaßnahmen berechtigt. Bei Vorbestand der körperlichen und geistigen Verfassung muss dann wiederum das Betreuungsgericht informiert werden und "nötigenfalls gemäß § 1906 Abs. 4 BGB um eine Genehmigung nachsuchen."

Faktoren, die für Sicherungsmaßnahmen sprechen können:

- Psychomotorische Unruhe (ständigem, fast zwanghaftem Bewegungsdrang, fehlender Dosierung der Kraft und Kräfteverschleiss, mangelnder Kontrolle der Mimik und Gestik, geringer Ausdauer und Konzentration, nur kurzzeitigem Anpassungsvermögen in Gruppen)
- Vorhergegangene Sturzereignisse
- Zunehmende Unsicherheit beim Gehen, Sturzneigung und eine Gefährdung durch Gangunsicherheit und Schwankschwindel

Sicherungsmaßnahmen:

- Im Wege des Sichtkontaktes jederzeitige Überwachung
- 15-30 minütige Kontrollüberwachung
- Sitzwache
- Sedierung (z.B. mit Haldol, Neurocil, Eunerpan)
- Fixierung (von 1-Punkt bis 5-Punkt, d.h. Hände, Beine und Bauch)
- Bettgitter