

Haftung für Pflegefehler im Bereich der modernen Wundversorgung

Referent:

Timm Laue-Ogal

- AnwälteHaus Osnabrück -

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Worum geht es ?

- Haftungsfragen im Spannungsfeld
Anordnung <---> Durchführung
(Arzt) (Pflegekraft)
[vertikale Arbeitsteilung Arzt / Pflegekraft]
- Wer trägt wofür die Verantwortung?
- Was kann der Arzt delegieren?
- Folgen bei Pflegefehlern: Schadenersatz? / Geldstrafe?

Der Grundsatz in der Behandlungspflege

- Arzt trägt die volle Verantwortung für die ordnungsgemäße Feststellung der jeweiligen Therapie – Diagnose & Auswahl der Maßnahme (**Anordnungsverantwortung**)
- Pflegekraft/-einrichtung trägt die volle Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung der vom Arzt angewiesenen Maßnahme (**Durchführungsverantwortung**)

Was wird vom Arzt verlangt ?

- Ordnungsgemäße Diagnose und Feststellung / Auswahl der notwendigen Therapiemaßnahme nach dem aktuellen medizinischen Standard (nach Begutachtung des Einzelfalles)
- Ordnungsgemäße Delegation der Pflegemaßnahmen an qualifiziertes Pflegepersonal (Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht)
- Stellungnahme BÄK / KBV 29.08.2008 zu Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen

Was wird von der Pflegekraft verlangt ?

- Sach- und fachgerechte Durchführung der vom Arzt angewiesenen Maßnahme
 - anzulegender Sorgfaltsmaßstab richtet sich nach den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen der Pflegekraft -
- Lückenlose Pflegedokumentation
 - auch Hinweise an den Arzt, dass die angeordnete Therapie evtl. nicht dem medizinischen Standard entspricht, gehören en detail in die Dokumentation; ebenso Aufzeichnungen zur Dekubitusprophylaxe! -

Beweislastverteilung im Prozeß

- Grundsatz: Der Patient muß Behandlungsfehler (Verletzung des medizinischen Standards) & kausale Gesundheitsverletzung beweisen
- Beweiserleichterung bei Sturzfällen, Delegationsmängeln (“voll beherrschbarer Risiko- und Organisationsbereich”)
- Beweiserleichterung bei „vermeidbarem“ Dekubitus? (streitig; lt. OLG Köln / Oldenburg ja); Folge wäre: Entstehung eines Dekubitus läßt auf Behandlungs-/Pfleagemängel rückschließen
- Verringerung des Haftungsrisikos durch lückenlose Dokumentation (“was dokumentiert ist, gilt als erbracht”)

Der Haftungsmaßstab: „Medizinischer Standard“

- Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (2002), „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (2008) gerichtsverwertbar? (Haben Leitlinien nur Empfehlungscharakter?)
- Auftreten von Dekubitii nach Pflegequalitätsmaßstäben immer vermeidbar?
[OLG Köln, Urteil 04.08.1999; OLG Oldenburg, Urteil 14.10.1999]

Fotodokumentation

- Voraussetzung

- Vorherige Aufklärung und Information des Pat. über Fotos und deren Verbleib
- Schriftliche Einverständniserklärung des Pat. / ges. Betreuers (widerrufbar!)

- Anforderung

- Eindeutige Zuordnung zum Pat. (Erstellungsdatum, Vor- und Nachname, Geburtsdatum)
- Skalierung zur Größeneinschätzung

- Häufigkeit und Aufbewahrungspflicht

- Fotodoku. alle 14 Tage oder bei relevanten Veränderungen
- Aufbewahrungspflicht: 10 Jahre

Fälle aus der Rechtsprechung

- BGH, Urteil vom 18.03.1996 (VI ZR 215/84)
- OLG Köln, Urteil vom 04.08.1999 (5 U 19/99)
- OLG Oldenburg, Urteil vom 14.10.1999 (1 U 121/98)
- OLG Düsseldorf, Urteil vom 16.06.2004 (15 U 160/03)

- Patientin P, 78 Jahre alt, dement, harn-/stuhlinkontinent, lebt 1998 in Heim H
- aus den Pflegeberichten ergibt sich Folgendes:
 - 22.7.1998 Dekubitusgeschwür im Gesäßbereich festgestellt, nach Anordnung der Hausärztin behandelt, Anfang August 1998 ausgeheilt, kein Umlagerungsplan mangels Bettlägerigkeit, Spezialmatratze zum Liegen eingesetzt;
 - ab 12.08. wiederholt im Steißbereich eingenässt
 - 24.08.1998 Dekubitus am Steiß festgestellt, nach Anordnung der HÄin behandelt, Behandlung erschwert durch Manipulation der Frau P an Wunde und Verbänden
- 3.09.-21.09.1998 P wegen Atemwegsinfektion in Krankenhaus K 1, dort bei Aufnahme Deku-Umfang 10 cm, bis zur Entlassung keine Besserung
- nach Rückkehr in Heim H Deku nach tel. ärztl. Anordnung mit Rivanol / Furosemid 40 behandelt
- am 25.09.1998 stellt die Hausärztin ein tiefgradiges, infiziertes Deku-geschwür im Steißbereich fest, Ausdehnung 4-5 cm, Tiefe 5 cm mit Fistelbildung, sie ordnet stationäre Krankenhausbehandlung an
- 26.09.-27.11.1998 Aufnahme in Krankenhaus K 2, dort zunächst konservative Behandlung mit Wundspülungen und -abdeckungen, wegen Manipulationen der Frau P nicht erfolgreich, daher sodann chirurgischer Eingriff mit weitgehender Abheilung

KK der Frau P verlangt von H Ersatz der Kosten des Aufenthaltes der Frau P im K2 (etwa 32.000 DM). Deku hätte bei fachgerechten pflegerischen prophylaktischen Maßnahmen (Umlagerung, erweiterte Intimhygiene) verhindert werden können. Pflegepersonal habe Sorgfaltspflichten verletzt.