



Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS eine neue Serviceleistung an: das „CIRS-AINS Spezial“.

www.cirs-ains.de/publikationen/bda-und-dgai/spezial.html



„Sturz / Falltrauma“, „Bettgitter“, „Fixierung“

Mit „CIRS-AINS Spezial“ möchten BDA und DGAI Ihre Mitglieder für brisante Themen sensibilisieren und Verbesserungsempfehlungen verbreiten, um so die Patientensicherheit weiter zu stärken. Als neuen Beitrag in dieser Rubrik haben wir aus dem CIRSmedical Anästhesiologie – dem bundesweiten Ereignis-Meldesystem (Incident-Reporting-System) von BDA und DGAI für die anonyme Erfassung und Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie – Fälle mit dem Freitextbegriff „Bettgitter“ identifiziert. Von insgesamt 6042 Einträgen in der Datenbank weisen 39 Fälle (0,7 %) diesen Kontext auf. Zur Kontrolle, ob alle relevanten Fälle gefunden wurden, fanden weitere Suchläufe statt: Unter dem Ereignis „Patientenunfälle“ finden sich 387 (6,4 %) Einträge, unter dem Freitextbegriff „Sturz“ 200 (3,3 %) und unter dem Freitextbegriff „Fixierung“ 244 (4,0 %). Naturgemäß gibt es hierbei viele Überlappungen und Meldungen, die sich nicht auf einen Sturz aus dem Bett, vom OP-Tisch oder von einer Untersuchungsfläche beziehen. Nach Durchsicht aller so gefunden Fallberichte haben wir 73 (1,2 %) Meldungen für diese Analyse ausgewählt. Wir gehen zunächst auf die typische Sturzproblematik im OP-Bereich ein. Danach schildern wir Ereignisse im Aufwachraum (AWR), auf Intensiv/Intermediate Care (IMC) oder in Funktionsbereichen und ana-

lyisieren inwieweit Bettgitter und/oder Fixierungsmaßnahmen Einfluss auf das Sturzgeschehen haben.

In zahlreichen Meldungen wird geschildert, wie ein Patient (z. B. postoperativ, bei der Umlagerung; verwirrt oder demenzkrank) in einem unbeobachteten Moment aus einem nicht ausreichend gesicherten Bett gefallen ist. Dass Patienten aus Betten fallen und dabei nicht immer glimpflich davonkommen, scheint leider in Deutschland an der Tagesordnung zu sein, wenn man davon ausgeht, dass die in CIRS-AINS gemeldeten Fälle nur den geringsten Teil der tatsächlichen Anzahl an Vorfällen widerspiegelt. Sich im Krankenhaus befindliche Patienten stehen in gewisser Weise unter Obhut der dort tätigen Mitarbeiter, die eine Sorgfaltspflicht zu erfüllen haben. Zu dieser Sorgfaltspflicht gehört auch, potentiellen Schaden vom Patienten abzuhalten. Gerade demente, hilflose Personen oder postoperative bzw. überwachungspflichtige Patienten sind hier in höchstem Maße auf dieses uns allen bewusste professionelle Arbeiten angewiesen.

Im klinischen Alltag ist eine lückenlose Beaufsichtigung natürlich nicht zu gewährleisten. In Überwachungseinheiten, wie einem Aufwachraum, wo vermehrt mit durchgängigen und verwirrten Patienten zu rechnen ist, sollten deshalb besondere Anstrengungen unternommen werden, um die Sturzgefahr auf ein Minimum zu reduzieren.

W. Heinrichs

AQAI GmbH, Simulationszentrum Mainz,
Wernher-von-Braun-Straße 9, 55129 Mainz

A. Schleppers

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen
und Anästhesisten e. V., Nürnberg

T. Rhaiem

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen
und Anästhesisten e. V., Nürnberg

A. Pfundstein

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen
und Anästhesisten e. V., Nürnberg

Als weiteren Baustein im Angebot Ihrer Verbände zum Thema „Lernen aus Fehlern“ werden neben den „CIRS-AINS Fällen des Monats“ und „Closed Claims“ von der CIRS-AINS Arbeitsgruppe BDA/DGAI nun auch in regelmäßigen Abständen deskriptive Auswertungen der CIRS-AINS Datenbank vorgenommen und unter der Rubrik „CIRS-AINS Spezial“ veröffentlicht. Hier werden Fälle, die in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und somit exemplarische Fehlerquellen repräsentieren, durch Experten aufgearbeitet und mit praxisnahen Lösungsvorschlägen versehen. Mit „CIRS-AINS Spezial“ möchten BDA und DGAI Ihre Mitglieder für brisante Themen sensibilisieren und Verbesserungsempfehlungen verbreiten, um so die Patientensicherheit weiter zu stärken.

Zu beachten ist, dass es sich bei Stürzen von Patienten innerhalb eines Krankenhauses um Berufsgenossenschaftsfälle (BG-Fälle) handelt. Dies bedeutet, dass nach einem solchen Ereignis unbedingt der Durchgangsarzt (D-Arzt) des Krankenhauses verständigt werden muss, der dann die weitere Behandlung und Diagnostik in die Wege leitet. Die Kosten werden durch die entsprechende Haftpflichtversicherung des Krankenhauses übernommen, so lange die Meldefristen eingehalten werden. Wenn dieses Vorgehen nicht allgemein bekannt ist, sollten die Mitarbeiter über das erforderliche Vorgehen unbedingt belehrt werden.

Die Problematik wurde in der Vergangenheit schon durch „Fall des Monats“ (28882 FDM 3/2012; 159631 FDM 5/2017) und einen JUS-Letter 2012 detaillierter angesprochen.

Der Freitext „Sturz“ als Suchbegriff in CIRS-AINS liefert aktuell etwa 200 Meldungen. Analysiert man diese weiter, so finden sich 73 Meldungen, die konkret den Sturz eines Patienten aus dem Bett, einer Untersuchungsleie oder vom OP-Tisch zum Thema haben. Dies ist ein hoher Wert. Bedenkt man ferner weitere Fallereignisse, die nicht gemeldet wurden, so handelt es sich um eine hochsignifikante Komplikation im täglichen Ablauf im OP-Bereich, auf Intensiv, in den Funktionsbereichen und sicherlich auch auf den Allgemeinstationen.

Die folgenden Meldungen sind typisch für Fallereignisse (im Umfeld der anästhesiologischen bzw. intensivmedizinischen Aufgaben):

- 1. Sturz oder Beinahe-Sturz beim Ein- oder Ausschleusen vom OP-Tisch (45 Meldungen)**
- 2. Sturz oder Beinahe-Sturz im Aufwachraum (8 Meldungen), im Intensiv- oder IMC-Bereich (12 Meldungen) oder in Funktionsbereichen, Flur, Röntgen (8 Meldungen)**

Ad 1) Im Fall 175816 schildert der Melder, dass ein Patient beim Umlagern vom Bett auf den OP-Tisch herunterfällt. „Ein Patient sollte mittels „Rollbrett“ vom Bett auf den OP-Tisch umgelagert werden. Beim Hinüberschieben des Patienten

rollte der OP-Tisch weg und der Patient rutscht zwischen Bett und OP-Tisch auf den Boden. Der OP-Tisch war nicht festgestellt. Die beteiligten Personen hoben den Patienten auf den OP-Tisch zurück.“ Der Vorfall wurde offen kommuniziert und ein Traumatologe (ob es der D-Arzt war, ist nicht berichtet) kam zeitnah in den OP, um den Patienten zu untersuchen. Besonders ungünstig findet der Melder, dass keine Kontrolle der Arretierung des OP-Tisches durch eine zweite Person vorgenommen wurde.

Im Fall 138528 ereignet sich ein Sturz in „umgekehrter Richtung“:

„Beim Umlagern nach der OP in das Patientenbett rutscht der Patient zwischen OP-Tisch und Bett auf den Boden. Das Patientenbett war nicht gebremst und zum Umlagern waren nur 2 Personen anwesend, die beide den Patienten vom OP-Tisch auf das Stationsbett schoben. („Schnell noch Umlagern“).“

Im Fall 1664 schreibt der Melder:

„Beim postoperativen Umlagern des Patienten waren die Räder des Bettes nicht blockiert. Der Patient wurde mittels Rollboard von der OP-Liege ins Bett geschoben. Dabei fuhr das Bett von der Liege weg, als der Patient gerade zur Hälfte im Bett war. Ein Sturz wurde nur dadurch verhindert, dass der Arzt am Kopfende des Bettes den Patienten ein wenig stützen konnte, bis das Bett gegen eine nahe Wand gefahren war und der Patient ganz auf das Bett geschoben werden konnte.“

Bei den beiden letzten Fällen nennen die Melder als ungünstige Faktoren zu wenig Personal, Zeitdruck, niemand auf der Patientenseite, keine Kontrolle der Bremsen.

Beunruhigend ist, dass in allen Fällen die Häufigkeit des Ereignisses als „mehrmals pro Jahr“ klassifiziert wird.

Weitere, ähnliche Fälle sind z. B. 1152, 1154, 1442, 1459, 1524 oder 1563 und einige mehr.

Eine Aufarbeitung der Problematik findet sich bei Rall et al. [1]. Stürzt ein Patient vom OP-Tisch, dann birgt dies nicht nur für ihn ein hohes Risiko schwerer Verletzungen, sondern bedeutet für die Beteiligten quasi automatisch forensische Konsequenzen. Von Patienten, Angehörigen, aber auch von Richtern oder Staatsanwälten darf man wenig Verständnis dafür erwarten, dass Ärzte und Pflegekräfte ihren Sorgfaltspflichten nicht genügt haben. Die Grundregel: Patienten dürfen auf dem OP-Tisch nie unbeaufsichtigt sein. Hilfspersonal, das zupacken kann, sollte sich jederzeit in unmittelbarer Nähe des Patienten befinden. Optimierte technische Hilfsmittel und adäquate organisatorische Rahmenbedingungen sollten es möglich machen, die Häufigkeit solch vermeidbarer Zwischenfälle zu minimieren.

Ist ein Patient trotz aller Vorsichtsmaßnahmen vom OP-Tisch gestürzt, dann darf dies keinesfalls heruntergespielt oder bagatellisiert werden. Es wäre nicht zu akzeptieren, wenn es dadurch zu einer verzögerten Diagnostik und hierdurch wiederum zu weiteren Schäden beim Patienten käme. Nach einem Sturz sollte auch bei wachen, ansprechbaren Patienten eine sofortige umfassende körperliche Untersuchung und daraus abgeleitet eine bedarfsgerechte, differenzierte Sturzdiagnostik (z. B. Röntgen, Sono, CT etc.) durchgeführt werden. Die Befunde sind in einer zusammenhängenden Akte zu dokumentieren (D-Arzt). Der Patient und/oder dessen Angehörige sind über den Sturz und seine Folgen zu informieren.

Einige Empfehlungen, um das Sturzrisiko im OP zu minimieren [nach 1]:

- Risikobewusstsein fördern. Dem ärztlichen und pflegerischen Personal muss es noch mehr bewusst werden, dass das zum Teil komplexe Lagern bzw. Umlagern eines Patienten Risiken birgt.
- Patienten nie unbeaufsichtigt lassen! Nichts kann so wichtig sein, das Risiko einzugehen, dass ein Patient vom OP-Tisch fällt. Insbesondere bei Kindern gilt streng: immer eine Hand am Patienten!

- Klare Zuständigkeiten im Team schaffen! Explizit absprechen, wer dafür verantwortlich ist, den Patienten zu beaufsichtigen und wie dies zu geschehen hat („nicht von seiner Seite zu weichen“).
- Checkliste „Umlagern im Team“ durchgehen, ggf. laut ansagen:
- Bremsen zu (Bett und OP-Tisch)?
- Bei beatmeten Patienten: Ist die Beatmung gesichert?
- Alle Kabel und Katheter sicher? Drainagen frei?
- Ist ausreichend Personal vorhanden?
- Ablenkung vermeiden.
- Patienten im Bett wieder sichern (Gitter etc.).

Ad 2) Im Aufwachraum, auf der Intensivstation oder in Funktionsbereichen befinden sich die Patienten normalerweise in einem Bett. Patienten weisen einen unterschiedlichen Wachheitsgrad auf, können unruhig sein. Es kann sich um ältere verwirrte oder demente Patienten handeln. Kinder können unruhig sein, auch weil sie ihren Zustand nicht einordnen können und deswegen aus einem Bett fallen. Es wird in der Regel nicht möglich sein, eine 1:1 Betreuung wie im OP-Betrieb für solche Patienten zu garantieren, die aus den genannten Gründen das Risiko haben, einen Sturz zu erleiden. Somit müssen mechanische Hilfsmittel verwendet werden um Stürze zu vermeiden. Die gängigsten Hilfsmittel sind dabei Bettgitter. Evtl. müssen Patienten auch mit Gurten fixiert werden, wenn die Sicherung durch Bettgitter nicht ausreichend ist.

Bettgitter gibt es in verschiedenen Ausführungen. In der einfachsten Form sind es Gitter, die mit einem Federsystem am Bett befestigt (eingeklinkt) werden können. Moderne Krankenhausbetten weisen integrierte Gitter (Rückhalte-Systeme) auf, die bei Bedarf hochgeschoben oder -geklappt werden können. Diese Systeme können in mehreren (bis zu 3) Teilen vorhanden sein. Häufig sind Gitter, die den Oberkörper- und den Unterkörperbereich getrennt sichern. Die Gitter sind unterschiedlich hoch oder können in unterschiedlichen Positionen eingestellt werden. Kinderbetten schließlich weisen Gitter auf, die hochgeschoben

werden und normalerweise so hoch sind, dass ein Überklettern durch das Kind weitgehend ausgeschlossen ist.

Aus dem Gesagten gehen bereits mögliche Fehlerquellen hervor, die zu den nachfolgend geschilderten Fällen beigetragen haben: Patienten klemmen sich irgendwo im Bettgitter ein, steigen zwischen zwei geteilten Gittern durch, es sind nicht genügend Bettgitter vorhanden, das Schließen der Bettgitter wurde vergessen usw. Hier sei bereits gesagt, dass sich auch einige Fälle finden, bei denen der Einsatz von Bettgittern und/oder Fixierungsmaßnahmen aktiv zur Sicherheit der Patienten beigetragen haben.

2a: Fälle, bei denen Bettgitter zu Verletzungen geführt haben

Fall-Nr. 249411, der Melder berichtet:

„Patient mit neurologischer Erkrankung sowie begleitender Demenz, der sich nicht adäquat äußern kann. Der Patient war motorisch stark unruhig und agitiert. Bei näherem Betrachten fiel auf, dass er sich beim Bewegen im Bett den Fuß im Bettseitenteil eingeklemmt und dort bereits eine Druckstelle entwickelt hatte. Der Patient konnte sich nicht selbst befreien und sich auch nicht bemerkbar machen. Die Bettseitenteile werden seitdem mit Decken ausgepolstert und der Patient kam nicht erneut zu Schaden.“

Hier sei ergänzend auf die Möglichkeit von kommerziell erhältlichen gepolsterten Überzügen für Bettgitter hingewiesen, die einfach über das Gitter gestülpt werden und damit ein Einklemmen von Extremitäten unmöglich machen. Einer solchen Lösung wäre der geschilderten Verwendung von Decken der Vorzug zu geben.

Einen ähnlichen Fall schildert der Melder in Fall-Nr. 175232:

„Der Patient klemmt sich einen Fuß zwischen Bett und Bettseitenteil, zwischen den beiden Metallstäben, ein. Mitarbeiter der Technik wurden zur

Hilfe gerufen, wurden aber nicht benötigt. Die Medizintechnik war ebenfalls involviert. Dementer, immobiler, übergewichtiger Patient hat sein Bein/Fuß durch die Öffnung der Bettseitenteile gesteckt, der Fuß ist angeschwollen und konnte ohne fremde Hilfe nicht mehr zurück gezogen werden. Der Arzt konnte mit der Pflegekraft den Fuß letztendlich befreien.“

Ein anderer Melder schreibt (138121):

„Das Bett ist mit festinstallierten 2-teiligen Bettgittern versehen, die im hochgeklappten Zustand in der Mitte des Bettes eine Lücke von 30 cm aufweisen. Angeblich sei diese Lücke absichtlich vorhanden, damit die Bettgitter nicht als Fixierung gelten. Der Patient wurde in dieser Lücke der Bettgitter eingeklemmt vorgefunden, die Füße befanden sich am Boden, der Oberkörper im Bett, das Abdomen zwischen den Bettgittern.“

Die in der Meldung getätigte Aussage, dass geteilte Bettgitter nicht als Fixierungsmaßnahme gelten, ist in der Tat zutreffend, so lange eben eine Ausstiegsmöglichkeit besteht. Andererseits zeigt die Meldung auch, dass solche Systeme zur Patientengefährdung führen können. Solche Modelle zu verwenden, um rechtliche Probleme („Freiheitsentzug“) zu vermeiden, erscheint fragwürdig.

Geteilte Bettgitter sind insbesondere dann unwirksam, wenn nur ein Teil hochgeklappt wird. Im Fall 18600 schildert der Melder:

„Patient zur neurologischen Kontrolle aus OP übernommen. Der Patient war wach, ansprechbar und kooperativ, Bettgitter am Kopfteil waren oben, Patient stand vor dem Bett und synkopierte laut Pflegekraft mit Asystolie.“

Hier kam es möglicherweise zu einer Kreislaufkomplikation und der Patient war deswegen desorientiert und verließ das Bett oder er stand auf und bekam dann eine Synkope. Auch bei scheinbar wachen und kooperativen Pa-

tienten ist perioperativ mit definitiv inadäquatem Verhalten zu rechnen. In jedem Fall wäre es wohl sicherer gewesen, beide Bettgitter hochzuklappen. Da der Patient ansprechbar und kooperativ war, hätte man die Sinnhaftigkeit mit ihm besprechen können.

Weitere ähnlich gelagerte Fälle betreffen die Nummern 2933 (Patient klemmt sich zwischen Bettgittern ein), 2685 (Patient klettert zwischen geteilten Bettgittern durch), 2776 (Patient klettert über die Bettgitter und verletzt sich leicht), 164485 bzw. 151269 (Patient versucht über das Bettgitter zu steigen) oder 104482 (deliranter Patient gleitet zwischen den Bettgittern durch).

Fall-Nr. 36300 schildert, wie ein Patient auf der Intensivstation während pflegerischer Arbeiten aus dem Bett gefallen ist, weil das Bettgitter defekt war (genaueres ist der Meldung nicht zu entnehmen).

Hier sei auf folgendes hingewiesen: Bei elektrischen Krankenhausbetten inkl. der evtl. verwendeten Erweiterungsmöglichkeiten handelt es sich um Medizinprodukte. Gemäß des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) muss die Betriebssicherheit für Personal und Patienten gewährleistet sein. Medizinprodukte müssen vor dem Inverkehrbringen Auflagen erfüllen. Nach Inbetriebnahme müssen in regelmäßigen Abständen (6–12 Monate) Überprüfungen der Funktionsfähigkeit und Sicherheit durchgeführt werden. Die detaillierte Prüfung umfasst auch Bettseilteile (dies ist der Fachausdruck für Bettgitter). Gemäß DIN VDE 0751-1 und MPBetreibV ist folgendes vorgeschrieben:

- Sichtprüfung
- (Elektrische Messungen)
- Funktionsprüfung (Verstellbarkeit/ Einrasten der Seitengitter, Aufhängungen der Seitengitter,
- Verschleißerscheinungen, Überbeanspruchung, Defekte)
- Bewertung
- Dokumentation

Weitere Informationen zu dieser rechtlichen Problematik finden sich im JUS-Letter Dezember 2012 [2].

Im Fall 2737 entstand bei Lagerungsmaßnahmen eine erhebliche Komplikation. Der Melder berichtet:

Titel: ZVK-Schenkel-Abriss bei Lagerung eines beatmeten Patienten durch Einklemmen im Bettgitter

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis passiert: ITS/IMC

Welche Versorgungsart: Routinebetrieb

ASA-Klassifizierung: ASA IV

Patientenzustand: spontan-atmender intubierter Patient

Wichtige Begleitumstände: im Rahmen der Extubation 2 Ärzte und eine Pflegekraft anwesend

Fallbeschreibung:

Im Rahmen der Extubation nach Absaugung und Aufsetzen des Patienten wurde der Drei-Wege-Hahn des proximalen ZVK-Schenkels zwischen Bettgitter (3-teilig) und Bettrahmen eingeklemmt. ZVK wurde an der Stelle zerrissen, an der alle drei Schenkel in den zentralen Katheter übergehen.

Was war besonders gut:

ausreichende Personaldichte am Patientenbett, unmittelbares Erkennen des Problems und Handeln war möglich.

Was war besonders ungünstig:

Restsedierung konnte nicht weiterlaufen; Blutung aus ZVK-Schenkel; erforderliches Abklemmen des gesamten ZVKs; agitierter Patient; neuer Zugang bei katastrophalen Venenverhältnissen erforderlich

Eigener Ratschlag:

andere, z. B. festmontierte Bettgitter hätten Einklemmung nicht zugelassen

Wer berichtet: Ärztin / Arzt

Ihre Berufserfahrung: über 5 Jahre

Wenn man diesen Fall liest, entsteht der Eindruck, das Bettgitter sei schuld am Fehler. Das ist mitnichten der Fall, wenn auch eine mögliche andere Konstruktion günstiger im Sinne einer Fehlervermeidung sein könnte. Allerdings gibt der

Melder selbst richtige Hinweise zur Vermeidung solcher Zwischenfälle: „Hier empfiehlt es sich, im Team klare Zuständigkeiten zu schaffen. Einer sollte für sämtliche „Schläuche und Kabel“ zuständig sein.“

- Bei beatmeten Patienten: Ist die Beatmung gesichert?
- Alle Kabel und Katheter sicher? Drainagen frei?

Erst wenn der dafür Zuständige im Team ein Okay gibt, kann eine Lageveränderung vorgenommen werden.

Maßnahme: Empfehlungen wurden in der Teambesprechung weitergegeben.

Ein ähnlich gelagerter Fall findet sich unter der Nummer 16050:

„Bei pflegerischer Lagerungstherapie mussten die „neuen“ Bettgitter zurückgeklappt werden. Beim erneuten Hochklappen der in das Bett integrierten Bettgitter ist versehentlich eine Perfusion mit Katecholaminen gekappt worden. Dies wurde erst bemerkt, als nach Boli-Gaben des Katecholamins eine weiter bestehende Hypotonie auffiel. Die neuen integrierten Bettgitter sind beim Ein- und Ausklappen sehr scharfkantig. Durch den großen Hebelweg wird ein „Durchschneiden“ einer Perfusion vom Anwender nicht bemerkt. Es sollte daher eine sorgfältige Kontrolle der Leitungen bei Lagerungsveränderungen stattfinden.“

Zu niedrige Bettgitter werden im Fall 188225 geschildert:

„Die Patientin lag mit ihrem Neugeborenen im Bett. Das Kind lag auf der Brust, das Bettgitter war hochgezogen und ein Stillkissen lag an der Seite. Die Patientin ist kurzzeitig eingeschlafen. Nach dem Erwachen lag das Neugeborene auf dem Boden. Der Dienstarzt wurde verständigt und das Kind wurde in die Kinderklinik verlegt. Hier wurde eine Kalottenfraktur diagnostiziert.

Was war besonders gut:

Sofortige Reaktion der Krankenschwester und des Dienstarztes.

Was war besonders ungünstig:

Das war der 2. Fall in diesem Jahr, bei beiden Patientinnen lag eine Adipositas vor. Aufgrund der erhöhten Leibeshöhe reichen Stillkissen und Bettgitter zur sicheren Absturzprophylaxe nicht aus. Es gibt bereits Bettgittererweiterungen im Handel.“

Bettgitter können auch zu hoch sein. Im Fall 193673 heißt es:

„Pflegebett Pädiatrie (Krabbeltbett). Es gibt ein Handlingproblem der Kinder wegen zu hohen Bettgittern in offenem Zustand. Schon bei Anschaffung der Betten dokumentiert.

Was war besonders ungünstig:

Es hat kein Austausch der Betten stattgefunden. Es ist kein rückschonendes Arbeiten bzw. keine Versorgung der Kinder im Bett möglich.“

Wie gut wäre es, wenn Beschaffung und Anwender zusammenarbeiten würden!

2b: Fälle, bei denen fehlende oder nicht korrekt benutzte Bettgitter zu Verletzungen geführt haben

Wenn Bettgitter erst gar nicht benutzt oder diese nicht korrekt benutzt werden oder am Bett angebracht nicht hochgeklappt und gleichzeitig die Patienten warum auch immer nicht ruhig im Bett verbleiben, so sind Sturz-Komplikationen zu erwarten. Mit dieser Problematik gibt es zahlreiche Meldungen in CIRS-AINS, die hier kurz zusammengefasst werden. Sturzberichte finden sich z. B. in den Fall-Nummern 1208, 1197, 1026, 2596 (alle im AWR) oder 1381 (erhebliche Verletzung eines Kindes im AWR) oder 29259 (Funktionsabteilung, Flur vor der Röntgenabteilung) oder 238994 (auf dem Stationsflur). Sturz bei nicht hochgeklappten Bettgittern z. B. 245252, 2473, 89862. Diese Fälle kann man nur so kommentieren, dass größere Sorgfalt im Umgang mit diesen Patienten den einen oder anderen Schaden hätte vermeiden können.

In den Fall-Nummern 159592 oder 28424 sind im gesamten Krankenhaus keine Bettgitter vorhanden oder zahlenmäßig zu wenige. Ein typischer Meldetext hierzu:

„Im Aufwachraum befindet sich ein sehr unruhiger Patient, der aus dem Bett zu fallen droht. Weder im Aufwachraum noch im restlichen Haus sind genügend Bettgitter vorhanden, um solche Patienten ausreichend „schützen“ zu können. Aufträge zum Anschaffen von Bettgittern wurden ohne Rückmeldung storniert. Folglich muss teilweise die einzige Pflegekraft im Aufwachraum am Patientenbett unruhiger Patienten verweilen und kann so die anderen Patienten nicht ausreichend versorgen.“

Der Meldung ist zu entnehmen, dass es sich um einen Mangelzustand handelt, der regelhaft die adäquate Betreuung postoperativ deliranter Patienten einschränkt und bereits angemahnt wurde. Möglicherweise aus Unkenntnis der Situation im Aufwachraum wurde der letzte Auftrag ohne Angabe von Gründen storniert. Der meldenden Klinik ist zu empfehlen, die notwendig werdende Handlungsaufforderung an die Verwaltung zur Bestellung dieser Gitter unter Bezugnahme auf die CIRS-Meldung schriftlich vorzubringen, um im Schadensfalle die Wahrnehmung der Sorgfaltspflicht nachweisen und etwaige Vorwürfe des Übernahmeverschuldens abweisen zu können.

Im Fall 5354 kam es zu einer lebensbedrohlichen Komplikation:

„Patient erhält eine Operation in Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske und einem N. femoralis Katheter. Da er beim Verbringen in den AWR unter Spontanatmung noch nicht ansprechbar erscheint, verbleibt die Larynxmaske zur Atemwegssicherung. Der Patient erwacht unvermittelt, setzt sich auf und stürzt aus dem Bett. Bettgitter waren nicht angebracht. In der CT-Kontrolle der HWS ergibt sich eine Dens-Fraktur.“

Der Melder gibt folgenden Ratschlag:

„Patienten mit einliegender Larynxmaske haben damit zwar eine gute Atemwegssicherung, aber brauchen eine bettseitige Betreuung oder wenigstens Bettgitter. Das aus der Kinderanästhesie bekannte Verfahren, die Larynxmaske in Seitenlage einlegen zu lassen bis sie vom Patienten „ausgespuckt“ wird kann für Patienten in Rückenlage nicht empfohlen werden. Die Larynxmaske sollte unter Aufsicht entfernt werden.“

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Weil Bettgitter fehlen, müssen in einem Haus Patienten medikamentös sediert werden, wie im Fall 118311 geschildert (IST/IMC):

„Der Patient droht aus dem Bett zu stürzen. Eine Eigengefährdung des Patienten liegt vor. Es sollten Bettgitter angebracht werden, aber im gesamten Krankenhaus sind keine Bettgitter mehr vorhanden. Im Endeffekt wurde der Patient medikamentös sediert.“

Aus dem Fallbericht ist weiter zu entnehmen, dass dieser Patient vermutlich eine ausgeprägte kognitive Dysfunktion postoperativ (POCD) aufwies und auch deswegen medikamentös behandelt wurde.

Es gibt auch einen Fallbericht, der die rettende Funktion von Bettgittern beschreibt (147397):

„In einer chirurgischen Praxis wird ein kleiner Eingriff an der oberen Extremität durchgeführt ... Die Anästhesie erfolgt als intravenöse Regionalanästhesie ... Im AWR zeigt der Patient plötzlich einen klassischen, generalisierten tonischen Krampfanfall ... Was war besonders gut: Der Anfall wurde beobachtet und sofort das gesamte Team informiert. Schutz des Patienten vor Verletzungen. Die obligat stets vorhandenen Bettgitter haben einen Sturz aus dem Bett verhindert.“

2c: Fälle, bei denen juristische Aspekte angesprochen werden.

Bettgitter und/oder alle Formen von Fixierung schränken die Freiheit des Patienten ein. Im Fall 89862 schreibt der Melder: „Ein Patient dreht sich im Bett um und stürzt dabei aus dem Bett. ... Was war besonders ungünstig: – Bett ohne Bettgitter. Eigener Ratschlag: Patienten, die frisch operiert oder prämediziert sind, benötigen Bettgitter.“ Dies ist nicht uneingeschränkt richtig. Bettgitter können in diesem Zusammenhang durchaus als freiheitsbeschränkende Maßnahme bezeichnet werden. Jede freiheitsberaubende Maßnahme muss strengstens medizinisch indiziert sein. Sie bedarf entweder der Einwilligung des Patienten (z. B. im Vorfeld bei antizipiertem Delir) oder aber der richterlichen Genehmigung.

Gelegentlich lehnen Patienten bewusst Bettgitter ab, obwohl sie über ein Sturzrisiko aufgeklärt wurden. Im Fall 189092 heißt es:

„Schwer kranker Patient mit kardialer Dekompensation. Er war aber frei mobil. Er war über Sturzrisiko aufgeklärt, lehnte jedoch eine Hilfsmittelbenutzung ab.“

Im Rahmen einer Diuretika-Therapie kam es offenbar zu hypotonen Phasen und in den späten Abendstunden zu einem Sturz aus dem Bett. Wenn im vorliegenden Fall der Patient eine solche Maßnahme ablehnt, so wäre wohl in jedem Fall eine Entscheidung des Amtsrichters erforderlich, um ihn gegen seinen erklärten Willen entsprechend schützen zu dürfen.

In einigen der bislang beschriebenen Fälle wird immer wieder deutlich, dass es eine gewisse Unsicherheit gibt, inwieweit Bettgitter z. B. bei postoperativ noch rest-sedierten Patienten angewendet werden dürfen bzw. sollen. Drei grundsätzliche Lösungen bieten sich an:

- Aufklärung der Patienten vor der Anästhesie über mögliche vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (z. B. Bettgitter oder andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen)

men) in Situationen eingeschränkter Vigilanz, einschließlich deren Zweck und zeitlicher Begrenzung.

- Einbeziehung der Angehörigen im Sinne eines Gesprächs und der Information, insbesondere dann, wenn die unmittelbare Einsichtsfähigkeit des Patienten eingeschränkt ist (z. B. Fall Nr. 3115 oder 12554). Angehörige können den mutmaßlichen Willen des Patienten erläutern und zur Entscheidungsfindung beitragen; eine eigenständige Entscheidungsbefugnis kommt ihnen jedoch nur zu, wenn sie hierzu rechtlich legitimiert sind (z. B. als Ehegatte mit gesetzlichem Notvertretungsrecht, als Bevollmächtigte oder als gerichtlich bestellte Betreuer).
- Existiert ein gesetzlicher Vertreter (Bevollmächtigter, Betreuer oder vertretungsberechtigter Ehegatte), ist dessen Einwilligung in die Maßnahme zwingend erforderlich, sofern der Patient selbst nicht (mehr) einwilligungsfähig ist und keine antizipierte Willensentscheidung (z. B. Patientenverfügung oder vorherige Einwilligung) vorliegt.

Die dargestellten Fälle zeigen, dass Maßnahmen zur Sturzprophylaxe wie Bettgitter oder Fixierungen medizinisch häufig sinnvoll erscheinen, rechtlich jedoch klaren Grenzen unterliegen. Zwischen notwendigem Patientenschutz und dem Eingriff in die persönliche Freiheit besteht ein Spannungsfeld, das im klinischen Alltag immer wieder zu Unsicherheiten führt. Dies betrifft insbesondere Fragen der Einwilligung, der Zulässigkeit bei eingeschränkter Einsichtsfähigkeit sowie der Abgrenzung zwischen erlaubter Sicherungsmaßnahme und genehmigungspflichtiger Freiheitsentziehung. Der folgende juristische Beitrag ordnet diese Problematik ein, erläutert die rechtlichen Rahmenbedingungen und gibt Orientierung für ein rechtssicheres Vorgehen in der Praxis.

3. Rechtliche Einordnung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

3.1. Begrifflichkeiten, Garantenstellung

Mit Blick auf die unterschiedlich gewählten Bezeichnungen in den genannten CIRS-Meldungen sollten zunächst die Begrifflichkeiten geklärt werden. Der Gesetzgeber spricht in § 1831 Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – außerhalb des Bereiches einer formellen Unterbringung – von freiheitsentziehenden Maßnahmen:

„Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von Patienten, die zum Schutz vor Selbst- oder Fremdverletzungen eingesetzt werden, etwa durch Bettgitter, Fixierungen oder sedierende Medikamente. Oft werden die Begriffe der Freiheitsentziehung und der Freiheitsbeschränkung synonym verwendet, da ähnliche Hilfsmittel zum Einsatz kommen. Der Unterschied ist allerdings, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur kurzzeitig und mit einer geringeren Beeinträchtigung angewendet werden – beispielsweise, wenn ein Rollstuhlfahrer bei einem Spaziergang einen Gurt erhält, damit er nicht von der Sitzfläche rutscht. Für derartige Fälle ist keine richterliche Genehmigung notwendig. Eine Freiheitsentziehung meint dagegen regelmäßige Handlungen oder auch Handlungen über einen längeren Zeitraum, die eines gerichtlichen Beschlusses bedürfen. Den Begriff der freiheitsberaubenden Maßnahme verwenden hingegen weder Gesetzgeber noch findet sich dies regelhaft in der Rechtsprechung, auch wenn eine unzulässige Freiheitsentziehung den Straftatbestand der Freiheitsberaubung gemäß § 239 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllt.

Die rechtliche Beurteilung von Sicherungsmaßnahmen hängt wie so oft vom

Einzelfall ab. Kommt es zu einem Zwischenfall aufgrund fehlender Sicherungsmaßnahmen, muss geprüft werden, ob das Krankenhaus oder seine Mitarbeitenden ihrer Garantenstellung nachgekommen sind. Diese umfasst die Pflicht, Patienten vor Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung zu schützen. So führt das Oberlandesgericht (OLG) Bamberg im Urteil vom 05.12.2011 (Az. 4 U 72/11, zitiert nach juris, Rdz. 60 ff) aus ¹:

„Die Bewahrung eines Patienten vor Selbstschädigungen und insbesondere vor selbstschädigenden Eingriffen in den Behandlungsablauf selbst gehört nicht nur auf einer psychiatrischen Station (vgl. dazu OLG Naumburg GesR 2010, 318), sondern ebenso im Rahmen einer intensivmedizinischen Versorgung zum Behandlungs- und Pflegestandard. Von den Pflegekräften einer Intensivstation wird nämlich auch außerhalb des Nachtdienstes erwartet, dass sie jedenfalls bei einem auffälligen Patientenverhalten wie im Streitfall die (ambivalente) Gefährdungslage erkennen sowie hierauf unverzüglich und jedenfalls innerhalb der Bandbreite mechanischer Sicherungsvorkehrungen (Bettgitter, Bauchgurt, Fixierung der Hände usw.) bedarfsgerecht und auch sonst angemessen reagieren. Ihnen obliegt damit eine weitreichende Sicherungspflicht, deren Missachtung im Schadensfall schon bei geringfügiger Nachlässigkeit die eigene deliktische Haftung oder gar strafrechtliche Verantwortlichkeit des nichtärztlichen Personals nach sich ziehen kann.“

Gleichzeitig wird erwartet, dass Pflegekräfte auf Intensivstationen über die notwendige fachliche Kompetenz verfügen, um ihre Überwachungsaufgaben ordnungsgemäß wahrzunehmen.

Ähnlich begründete das OLG Koblenz mit Beschluss vom 22.12.2014 (Az. 5 U

1132/14) die Garantenstellung der Pflegekräfte in einem Fall, in dem bei einem Patienten bei bestehender Teilfixierung (Händen/Armen und rechtes Bein) eine 5-Punkt-Fixierung ärztlich angeordnet und durchgeführt wurde.²

3.2. Verhalten nach einem Sturz

Nach einem Sturzgeschehen, ob im OP-Bereich, im Aufwachraum oder in weiteren Funktionsbereichen, ist das Verhalten der behandelnden Ärzte oft entscheidend für den weiteren juristischen Verlauf. Neben der unverzüglichen ärztlichen Versorgung des Patienten ist Folgendes zu beachten:

- Fertigen eines detaillierten Sturzprotokolls (Pflege und Arzt)
- Gespräch des behandelnden Arztes mit dem Patienten – soweit möglich – oder dessen rechtl. Vertreter – soweit vorhanden – oder den Angehörigen; keine Delegation an nachgeordnetes ärztliches oder pflegerisches Personal, aber wenn möglich unter Beisein von weiterem ärztlichem oder pflegerischem Personal als Gesprächszeuge
- Keine Bewertungen oder Vermutungen über den Ablauf des Sturzes oder Kritik am Verhalten anderer
- Dokumentation des Gesprächsinhalts (mit Patienten/rechtl. Vertreter/Angehörigen)

Hilfreich sind in diesem Zusammenhang ferner die allgemein bei Zwischenfällen zu beachtenden Hinweise aus dem „juristischen Notfallkoffer“.³

3.3. Sicherungsmaßnahmen: Bettgitter und Fixierungen

Sicherungsmaßnahmen stellen immer dann eine freiheitsentziehende Maßnahme dar, wenn der Betroffene durch sie in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird. So stellte der Bundesgerichtshof (BGH) mit Beschluss vom 27.06.2012 (Az. XII ZB 24/12) im Leitsatz 1⁴ fest:

„Das Anbringen von Bettgittern sowie die Fixierung im Stuhl mittels eines Beckengurts stellen freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB dar, wenn der Betroffene durch sie in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird. Dieses ist dann der Fall, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Betroffene zu einer willensgesteuerten Aufenthaltsveränderung in der Lage wäre, an der er durch die Maßnahmen gehindert wird.“

Die alte Regelung des § 1906 Abs. 4 BGB entspricht im Wortlaut der aktuellen Fassung in § 1831 Abs. 4 BGB.

Länger andauernde oder sich regelmäßig wiederholende Freiheitsentziehungen, in die nicht bereits der Patient wirksam eingewilligt hat, bedürfen neben der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (Ehegatte mit Vertretungsrecht gemäß § 1358 BGB, Bevollmächtigter oder Betreuer) der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Sind die Maßnahmen notfallmäßig erforderlich und kann die Genehmigung nicht abgewartet werden, ist die Genehmigung unverzüglich nachzuholen (§ 1831 Abs. 2 mit Abs. 3 BGB).

Bettgitter

Der Einsatz von Bettgittern ist nur dann zulässig, wenn er verhältnismäßig ist und die Freiheit des Patienten nicht unangemessen einschränkt. Das Merkmal der Freiheitsentziehung knüpft an die Möglichkeit des Patienten an, selbst willensgesteuert seinen Aufenthaltsort zu verändern. Im Vergleich dazu gilt nach einem Urteil des Landgerichts (LG) Dortmund vom 04.03.2021 (Az. 4 O 152/19)⁵:

„Steht ein Patient noch unter dem Einfluss einer Narkose und entfernen sich alle Pflegekräfte aus dem Aufwachraum, muss der Patient im Aufwachraum geschützt werden. Dazu bietet sich das Anbringen von Bettgittern an, und zwar nicht nur, wenn die Patienten unruhig sind. Eine kurzzeitige Sicherung eines sturzgefährdeten Patienten, der nicht bei Bewusstsein ist, stellt auch keine verbotene Freiheitsberaubung dar.“

1 OLG Bamberg, Urteil vom 05.12.2011 – 4 U 72/11

2 OLG Koblenz, Beschluss vom 22.12.2014 – 5 U 1132/14

3 <https://www.bda.de/recht-versicherung/rechtsabteilung/juristischer-notfallkoffer.html>

4 BGH, Beschluss vom 27.06.2012 - XII ZB 24/12

5 LG Dortmund, Urteil vom 04.03.2021 – 4 O 152/19

Nach § 1831 Abs. 1 Nr. 2 BGB ist eine Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen wie z. B. Bettgitter erforderlich, wenn die Maßnahme zum Schutz vor erheblicher Selbstgefährdung notwendig ist, regelmäßig oder für einen längeren Zeitraum erfolgt und der Patient diese Behinderung in seiner Bewegungsfreiheit nicht mit zumutbaren Mitteln selbst überwinden kann. Entscheidend ist dabei nicht, ob der Patient den aktuellen Willen zur Fortbewegung hat oder nicht; es genügt vielmehr, dass er sich aufgrund der Maßnahme nicht körperlich bewegen könnte, wenn er es denn wollte.⁶

Gegen Bettgitter als Sicherungsmaßnahmen spricht nach Ansicht des OLG Dresden mit Urteil vom 03.12.2024 (Az. 4 U 1123/24) hingegen, wenn

„bei dem Kläger ex ante nach den Feststellungen der Sachverständigen nicht mit dem Versuch gerechnet werden musste, eigenständig das Bett zu verlassen, weil er keinen oder nur einen sehr eingeschränkten Willen zur Eigenmobilisierung an den Tag gelegt hatte.“⁷

Und weiter:

„in die verfassungsrechtlich geschützte Bewegungs- und Entschließungsfreiheit des Patienten darf aber nur eingegriffen werden, wenn hinreichend konkrete Anhaltspunkte für eine Eigengefährdung des Patienten bestehen. Hingegen verbietet sich die präventive Anordnung eines Bettgitters (OLG Bremen, Urteil vom 20.10.2009 – 5 U 25/09 nach juris).“⁷

Geteilte Bettgitter

Geteilte Seitensicherungen (Bettgitter) sind in der Regel so konstruiert, dass das kopfseitige Element etwas mehr als 50 Prozent der Liegefläche abdeckt und dadurch einen normgerechten Schutz bietet. Wird das fußseitige Element nicht hochgezogen, kann der Patient das Bett prinzipiell über die untere Hälfte der Liegefläche verlassen und sich frei bewegen. Ob geteilte Seitensicherungen eine freiheitsentziehende Maßnahme sind oder nicht, hängt von der Konstitution des Patienten ab. Ist er gehfähig

und in der Lage, das Bett selbständig über die Fußseite zu verlassen und sich willkürlich fortzubewegen, ist der Einsatz der geteilten Seitensicherung keine Freiheitsentziehung. Kann sich der Patient aber nicht mehr aus eigener Kraft aufrichten und/oder Richtung Fußseite rutschen, um das Bett an dieser Stelle zu verlassen, liegt ein Freiheitsentzug vor.

Auch wenn das AG Brandenburg in seinem Beschluss vom 17.03.2022 formuliert⁶:

„Nur bei der Anbringung eines geteilten Bettgitters würde es sich im Übrigen wohl nicht um eine durch das Gericht zu genehmigende freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne von § 1904 Abs. 4 BGB handeln“

sollte daher nicht regelhaft angenommen werden, dass geteilte Bettgitter grundsätzlich keine freiheitsentziehende, einwilligungsnotwendige bzw. genehmigungspflichtige Maßnahme darstellen. Höchststrichterliche Rechtsprechung existiert bislang dazu nicht.

Mangelnde Verfügbarkeit von Bettgittern

Sollten Krankenhäuser Bettgitter – zur zusätzlichen Anbringung oder Betten mit integrierten, hochziehbaren Bettgittern – nicht zur Verfügung stellen, stellt dies eine Verletzung der Sicherungspflichten dar. In solchen Fällen sind alternative Maßnahmen (z. B. engmaschige Überwachung) erforderlich. Denn grundsätzlich ist von einer Schutz- und Obhutspflicht des Krankenhausträgers zur Vermeidung von Stürzen auszugehen, wenn aufgrund der konkreten Situation eine Sturzgefahr besteht.

Fixierungen

Fixierungen, wie z. B. ein Bauchgurt in Kombination mit Handfixierungen, dienen dem Schutz des Patienten vor Selbst- oder Fremdgefährdung, beispielsweise zur Verhinderung der Entfernung eines Katheters. Sie gelten als freiheitsentziehend, wenn sie den Bewegungsdrang des Patienten einschränken. Die Intervention einer Freiheitsentziehung darf immer nur das letzte Mittel sein. Mildere Mittel sind vorrangig wahrzunehmen und auszuschöpfen.⁸ Jede Begrenzung dieser Freiheit muss einer strengen Prü-

fung anhand des Verhältnismäßigkeitsprinzips unterzogen werden. Es ist nicht ausgeschlossen oder verboten, eine nicht einsichtsfähige Person im Falle einer Eigengefährdung zu ihrem Schutz im Extremfall auch am Bett zu fixieren. Dies darf jedoch nur erfolgen, wenn es unbedingt erforderlich ist. Zudem muss sichergestellt werden, dass durch die Maßnahme selbst keine zusätzliche Gefährdung für die betroffene Person besteht (z. B. Strangulationsverletzung).⁹

Da insbesondere körpernahe Fixierungen erhebliche Risiken mit sich bringen, verlangt das Bundesverfassungsgericht in solchen Fällen grundsätzlich eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal.¹⁰

3.4 Anästhesieaufklärung und die Verwendung von Bettgittern postoperativ

Eine Anästhesieaufklärung impliziert nicht automatisch die Zustimmung des Patienten zur Verwendung von Bettgittern. Die Anwendung solcher Maßnahmen ist explizit mit dem Patienten zu besprechen und zu dokumentieren. Verschiedene gewerbliche Aufklärungsbögen enthalten daher den Hinweis, dass es nach einer Narkose/Sedierung zum Schutz vor Verletzungen in der Phase bis zur Orientierung und Kreislaufstabilität des Patienten nötig sein kann, die Bewegungsfreiheit vorübergehend einzuschränken, z. B. durch Bettgitter. Falls notwendig ist gleichwohl eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht einzuholen, wenn die dann tatsächlich angeordnete Maßnahme entweder über den Umfang der mit dem Patienten besprochenen Einschränkung hinausgeht (z. B. zusätzliche Fixierungen zum Bettgitter) oder eine längere Anwendungsdauer erforderlich wird, die den besprochenen, vorübergehenden Zeitraum überschreitet und damit eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellt.

6 AG Brandenburg, Beschluss vom 17.03.2022 – 85 XVII 80/21 (3)

7 OLG Dresden, Urteil vom 03.12.2024 – 4 U 1123/24

8 AG Frankfurt, Beschluss vom 28.10.2020 – 38 XVII 3207/20 u.a.

9 LG Köln, Urteil vom 27.10.2020 – 3 O 5/19

10 BVerfG, Urteil vom 24.07.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16

3.5 Prozessuale Besonderheit: Beweislastumkehr

Der Gesetzgeber hat den Grundsätzen der Beweislast bei Behandlungsfehlern eine Besonderheit in § 630h Abs. 1 BGB hinzugefügt:

„Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.“

Voll beherrschbare Risiken sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt werden und durch dessen ordnungsgemäße Gestaltung, sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens vollständig ausgeschlossen werden können und müssen. Entscheidend ist, ob sich das Risiko mit für die Behandlungsseite möglichen und wirtschaftlich zumutbaren Sorgfaltsmaßnahmen nicht nur vermindern, sondern auf null reduzieren lässt, also ausgeschlossen werden kann, dass der Patient den Schaden erleidet.

Voll beherrschbar sind all jene Bereiche im Umfeld ärztlichen Tuns, die von der Person des konkreten Patienten unabhängig und von den individuellen Eigenhei-

ten seines Organismus nicht beeinflusst sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich der Patient zum Unfallzeitpunkt in einer konkreten, eine besondere Sicherungspflicht des Obhutspflichtigen auslösenden Bewegungs-, Transport oder sonstigen pflegerischen Maßnahme befunden hat, an der das Pflegepersonal unmittelbar beteiligt war.

Die Nachwirkungen einer Narkose und die dadurch bedingte grundsätzliche Sturzgefährdung lösen eine solche Sicherungspflicht aus. Verwirklicht sich ein Risiko – z. B. in einem Sturz ohne jegliche Schutzreflexe wegen der Nachwirkungen der Narkose im Aufwachraum –, das von der Behandlerseite voll hätte beherrscht werden können und müssen, so muss die Behandlerseite darlegen und beweisen, dass sie alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen hat, um das Risiko zu vermeiden.¹¹

Anders verhält es sich bei dem Sturz eines Patienten aus einem Bett während seines stationären Aufenthalts, ohne dass weitere Umstände hinzutreten. Bei der allgemeinen Lagerung eines Patienten im Bett handelt es sich nicht um einen voll beherrschbaren Bereich. Dazu das OLG Dresden mit Urteil vom 03.12.2024 (Az. 4 U 1123/24)¹²:

11 LG Dortmund, Urteil vom 04.03.2021 – 4 O 152/19
12 OLG Dresden, a.a.O.

„Voraussetzung für eine Beweislastumkehr ist nämlich, dass sich der Patient in einer konkreten Gefahrensituation befindet, die gesteigerte Obhutspflichten auslöst und deren Beherrschung einer speziell dafür eingesetzten Pflegekraft anvertraut wird, wie es beispielsweise für auf der Krankenstation am Patienten vorgenommene Bewegungs- und Transportmaßnahmen zutrifft. Die Aufgabe, den Patienten hierbei vor Stürzen zu schützen, ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und damit Teil der Verpflichtung des Krankenhausträgers zu sachgerechter pflegerischer Betreuung (BGH, Urteil vom 18.12.1990 – VI ZR 169/90). Vorliegend geht es aber um den normalen alltäglichen Gefahrenbereich, der grundsätzlich in der eigenverantwortlichen Risikosphäre des Geschädigten verbleibt (...). Der Kläger befand sich jedenfalls zu diesem Zeitpunkt nicht in einem Zustand, der eine 24 Stunden-Individualbetreuung oder die Anbringung eines Bettgitters erfordert hätte.“

Literatur

1. Rall M, Siegert N, Hirsch P, Schädle B, Stricker S, Reddersen J, et al: PaSOS-Depesche Nr. 2: Risiken und Gefahren durch Sturz vom OP-Tisch. Anästh Intensivmed 2010;51:61–63
2. Anästh Intensivmed 2012;53:701–704.

Mögliche Lehren aus diesen Fällen sind:

- Sturzereignisse im Krankenhaus sind leider keine Seltenheit. Grundsätzlich muss das gesamte Personal alle nur denkbaren Möglichkeiten ausschöpfen, um diese Ereignisse vermeidbar zu machen.
- Kommt es zu einem Bettsturz, ist ein entsprechendes Protokoll anzufertigen und der zuständige D-Arzt zu verständigen. Patient, Angehörige, rechtlicher Vertreter sind adäquat zu informieren.
- Im OP-Bereich und in Funktionsbereichen sollte man von einer 1:1 Betreuung der Patienten ausgehen. Durch sorgfältiges Arbeiten, Team-Interaktionen und entsprechende Hilfsmittel lassen sich die meisten Sturzereignisse vermeiden (sog. voll beherrschbare Risiken).
- Im Aufwachraum, IMC oder auf Intensivstationen kann man nicht von einer 1:1 Betreuung ausgehen. Daher sollten Hilfsmittel wie z. B. Bettgitter verwendet werden. Diese müssen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.
- Geteilte Bettgitter stellen ein unabhängiges Risiko für Verletzungen des Patienten durch Einklemmen von Körperteilen dar. Bettgitter können zur Gefährdung von Patienten führen, wenn sich z. B. ein Katheter oder eine Drainage einklemmen.
- Alle Sicherungsmaßnahmen führen u. U. zu einer Freiheitsentziehung, die nur mit richterlicher Anordnung zulässig ist. Kurze Maßnahmen oder Maßnahmen bei Patienten die aufgrund einer Anästhesie (Nachwirkungen/Aufwachphase) und/oder anderen Krankheiten, die die normale Kooperation und Orientierung einschränken, fallen in der Regel nicht darunter. Die gelegentlich zu hörende Meinung, geteilte Bettgitter vermeiden grundsätzlich eine Freiheitsentziehung, ist nicht richtig.
- Grundsätzlich ist es sinnvoll, vor einer Anästhesie über die mögliche Verwendung von Sicherungsmaßnahmen in der unmittelbar postoperativen Phase aufzuklären.
- Kommt es bei sog. voll beherrschbaren Risiken (z. B. beim Umlagern nach einer Anästhesie) zu einem Sturz, so tritt u. U. eine Beweislastumkehr ein, d. h. dass im Zweifel die Behandlungsseite nachweisen muss, dass sie fehlerlos gehandelt hat.