

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 07/2009

Folgen von Sturzereignissen in medizinischen Behandlungseinrichtungen können zu Haftungsansprüchen führen. Im entsprechenden Arzthaftungsverfahren – Zivilprozess oder Schlichtung – ist dann zu prüfen, inwieweit das betroffene ärztliche und Pflegepersonal die erforderliche Obhutspflicht im konkreten Fall unter Beachtung aller Umstände ausreichend wahrgenommen hat. Im einzelnen können dabei die folgenden Fragen zielführend sein:

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

- Bestand primär, durch Krankheit oder Behinderung bedingt, ein erkennbares erhöhtes Sturzrisiko, gegebenenfalls in welcher Form?
- Wurden entsprechende, wirksame Präventivmaßnahmen durchgeführt, gegebenenfalls welche?
- Erfolgte der Sturz unter Bedingungen, in denen das Risiko eines Sturzereignisses voll beherrschbar gewesen wäre, zum Beispiel bei Gehübungen unter Aufsicht, Umlagerungen, Patiententransport?

Für die „Präventivmaßnahmen“ Bettgitter und Fixierung gelten Einschränkungen. Diese Maßnahmen stellen grundsätzlich einen Eingriff in die persönliche (Fortbewegungs-)Freiheit des Patienten dar. Sofern nicht primär die persönliche oder vormundschaftliche Einwilligung vorliegt, ist in begründeten Notfällen die Einwilligung durch vormundschaftliche Gerichtsentscheidung schnellstmöglich einzuholen.

Die juristischen Implikationen zum Sturzereignis im Krankenhaus hat Mittendorff in seinem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt 104, 36, 2007, S. A2455 – A2456, erläutert.

Die folgenden vier Beispiele aus der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern sollen die Problematik illustrieren.

Fall 1: Sturz im Patientenzimmer

Bei einer 72-jährigen Frau wurde im Rahmen der Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms die Amputation der rechten Großzehe erforderlich. Die Operation erfolgte am dritten Behandlungstag. Zwei Tage später stürzte die Patientin nachts im Patientenzimmer, als sie

die Zimmertoilette aufsuchen wollte. Hierbei zog sie sich eine pertrochantere Oberschenkelfraktur rechts zu. Die Fraktur wurde noch am gleichen Tag mittels Gamma-Nagel stabilisiert. Hinsichtlich der Wundheilung waren beide Operationen unkompliziert.

Die Tochter der Patientin führte Beschwerde: Ihre Mutter sei in der besagten Nacht aus dem Bett gestürzt. Wären Bettgitter angebracht worden, so wäre der Sturz und damit der Oberschenkelbruch verhindert worden.

Die Überprüfung der Behandlungsunterlagen durch die Schlichtungsstelle ergab: Das Krankenblatt wurde ordnungsgemäß geführt. Insbesondere lagen der ausführliche Pflegebericht mit täglichen Eintragungen, die interne Unfallmeldung vom Unfalltag sowie Meldung an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger vom Folgetag vor. Übereinstimmend wird folgender Unfallhergang beschrieben: Die Patientin hatte akut Durchfall bekommen. Nach dem Verlassen des Bettes trat vor Erreichen der Toilette durchfalliger Stuhlgang ein. „Die Patientin ist (...) auf eigenem Stuhlgang ausgerutscht und hingefallen.“ Weder im Pflegebericht noch in der ärztlichen Befunderhebung finden sich irgendwelche Eintragungen über körperliche Behinderungen oder Verhaltensstörungen. Die Patientin war bis zur Zehenoperation mobil und erforderte keine besonderen Pflege- oder Sicherungsmaßnahmen.

Im Hinblick auf die widersprüchliche Beschreibung des Unfallherganges folgte die Schlichtungsstelle den zeitnahen, übereinstimmenden Darstellungen in den Behandlungsunterlagen und traf folgende Entscheidung: Bei der Patientin hatte es bis zum Sturzereignis keine Hinweise für eine besondere Sturzgefährdung gegeben, insbesondere nicht durch Einschränkung der Selbstkontrolle, Steh- und Gehinstabilität, Kreislaufsymptome. Der Sturz war nicht vorhersehbar. Besondere Schutzmaßnahmen, insbesondere das Anbringen von Bettgittern, waren nicht begründet, letztere unter den gegebenen Umständen sogar unzulässig. Verletzungen der Sorgfaltspflicht waren nicht erkennbar. Schadenersatzansprüche ließen sich somit nicht begründen.

Fall 2: Sturz vom OP-Tisch

Ein 72-jähriger Mann war durch eine allgemeine Angiosklerose gesundheitlich schwer beeinträchtigt, unter anderem Zustand nach Schlaganfall mit Hemiparese rechts, arterielle Verschlusskrankheit mit Zustand nach Oberschenkelamputation rechts, Hypertonie, ischämische Herzkrankheit mit Zustand nach kürzlich eingetretenem Herzinfarkt. Wegen des zuletzt genannten Befundes wurde in der kardiologischen Abteilung eines Krankenhauses eine

Linksherzkatheteruntersuchung durchgeführt. Während dieser Untersuchung stürzte der Patient vom Operationstisch auf den Fußboden, wobei der Katheter herausgerissen wurde. Folgen dieses Sturzes waren Milzruptur und Zwerchfellruptur links sowie eine vorübergehende Verschlechterung des neurologischen Zustandes. Die Verletzungsfolgen wurden durch Laparotomie, Blutstillung an der Milz und Zwerchfellnaht erfolgreich versorgt. Bereits zum Untersuchungszeitpunkt bestand eine Sepsis im Anfangsstadium, die nunmehr einen dramatischen Verlauf nahm mit Multiorgandysfunktion, mehrwöchiger Intensivtherapie mit maximalem Aufwand, unter anderem mehrwöchiger Beatmung über Tracheotomie. Die Sepsis ließ sich schließlich nach mehrmonatiger Behandlung und Anschlussheilbehandlung beherrschen, wobei das ursprüngliche Leistungsvermögen nicht mehr zu erreichen war.

In der Beurteilung des Sturzereignisses stützte sich die Schlichtungsstelle auf die eigene Auswertung der Behandlungsunterlagen. Infolge der Oberschenkelamputation und der Halbseitenlähmung bestand eine erhöhte Sturzgefahr, unter anderem wegen der eingeschränkten eigenen Lagekontrolle auf dem schmalen Operationstisch. Die Eigenkontrolle war zusätzlich eingeschränkt durch die intravenöse Gabe von 2 mg Dormicum. In welcher Weise der erhöhten Sturzgefahr bei der Lagerung tatsächlich Rechnung getragen wurde, ist nicht dokumentiert. Der Sturz hätte durch geeignete Maßnahmen, wie Anbringen von (zusätzlichen) Stützen am Operationstisch und anderer Lagerungshilfsmittel verhindert werden können. Die Schlichtungsstelle sah in dem Sturz die Verwirklichung eines voll beherrschbaren Risikos und wies dem betroffenen Krankenhaus die Haftung für diesen Vorfall zu. Unmittelbare (und somit Schadenersatzansprüche begründende) Folgen des Sturzes waren die Milz- und Zwerchfellruptur sowie die hierdurch erforderliche Operation.

Des Weiteren war davon auszugehen, dass diese schwere Verletzung den Verlauf der bereits im Anfangsstadium befindlichen Staphylokokkensepsis in erheblichem Maße ungünstig beeinflusst hat. Da eine Abgrenzung sturzbedingter Folgen für den Verlauf der Sepsis mit Multiorganversagen und maximalem intensivmedizinischen Aufwand nicht möglich war, schlug die Schlichtungsstelle vor, den komplizierten Verlauf der Sepsis im Vergleichswege je hälftig als sturz- und schicksalsbedingt anzusehen.

Fall 3: Sturz bei Umlagerung

Bei einer 45-jährigen Frau war eine Sprunggelenksarthrodese links wegen Arthrose als Frakturfolge durchgeführt worden. Die Arthrodese wurde als Kompressionsfixation mittels äußeren Spanners

durchgeführt. Vor dem Sturzereignis war der Spanner bereits entfernt worden. Anlässlich einer Gallenblasenoperation sechs Monate später stürzte die Patientin bei der Umlagerung vom Operationstisch in das Bett auf den Fußboden, wobei sie sich schmerzhaft Prellungen auf der rechten Körperseite zuzog. Später stellte das Krankenhaus den Unfallhergang wie folgt dar: Beim Umlagern vom Operationstisch in das Bett seien die Betträder nicht arretiert worden. Beim Umlagerungsvorgang sei das Bett seitlich weggerollt und die Patientin zwischen Operationstisch und Bett auf den Fußboden gestürzt.

Im weiteren Verlauf trat keine knöchernerne Konsolidierung der Arthrodesen des oberen Sprunggelenkes ein. Dreieinhalb Monate später erfolgte daher eine erneute Arthrodesenoperation in Form der Stabilisierung durch Nägel und Implantation von Spongiosa. Dieser Eingriff war erfolgreich. Die Patientin vermutete, dass das Ausbleiben der Gelenkversteifung nach der Erstopoperation Folge des Sturzes vom Operationstisch war. Die verzögerte Heilung der Arthrodesen und die verlängerte Behandlungsdauer seien somit Folge des ärztlich beziehungsweise pflegerisch verschuldeten Sturzes.

Die der Schlichtungsstelle zur Verfügung gestellten Behandlungsunterlagen enthielten keinerlei Angaben zu dem Sturzereignis, das das Krankenhaus bei seiner Stellungnahme nachträglich jedoch auch nicht bestritt. Es fehlten allerdings jegliche Hinweise auf den Sturzvorgang, auf eine ärztliche Untersuchung hinsichtlich von Sturzfolgen oder sturzbedingten Beschwerden. Die in derartigen Fällen erforderlichen Unfallmeldungen wurden unterlassen. Hierin sah die Schlichtungsstelle einen Dokumentationsmangel, der grundsätzlich eine Beweislastentlastung zu Gunsten der Patientenseite begründen würde. Wegen des im vorliegenden Fall jedoch eindeutigen Sachverhaltes war dies allerdings nicht entscheidungserheblich. Hier wurde der Gewährleistung der Patientensicherheit nicht Rechnung getragen. Die unterlassene Arretierung der Betträder entsprach einem Sorgfaltsmangel, der ursächlich für den Sturz war. Es hat sich ein voll beherrschbares Risiko verwirklicht, für dessen Folgen das Krankenhaus haftete.

Zur Beantwortung der Frage, ob der Sturz für die Heilungsverzögerung der Arthrodesen verantwortlich war, wurde ein unfallchirurgisches Gutachten angefordert. Der Gutachter stellt fest: „Sprunggelenksversteifungsoperationen haben unabhängig vom angewandten Operationsverfahren eine relativ hohe Versagerquote von 20 bis 30 Prozent, indem trotz sachgerechten Vorgehens die gewünschte knöchernerne Überbrückung des Gelenkes nicht oder nicht in angemessener Zeit eintritt. Aus der Serie der Röntgenbilder der Patientin sei zu erkennen, dass es aus inneren Gründen zum

Ausbleiben der knöchernen Überbrückung gekommen ist. Die dreieinhalb Monate nach der Arthrodesenoperation angefertigten Röntgenaufnahmen weisen aus, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine knöcherne Überbrückung eingetreten war, somit auch nicht zum Zeitpunkt des Sturzes nach der Gallenblasenoperation. Auf den später angefertigten Röntgenaufnahmen sind keine Befunde erkennbar, die auf eine direkte oder indirekte Schädigung der Operationsregion durch den Sturz hätten zurückgeführt werden können. Auch die übrigen Umstände: Sturz auf die rechte Seite, Angabe von blauen Flecken auf der rechten Körperseite, keine Angaben über Beschwerden im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes nach dem Sturz, sprechen gegen eine direkte oder indirekte Schädigung des seinerzeit noch nicht versteiften linken oberen Sprunggelenkes.

Die Schlichtungsstelle schloss sich der Beurteilung des Gutachters an und traf folgende Entscheidung:

Der Sturz vom Operationstisch begründete grundsätzlich Haftungsansprüche. Diese beschränken sich im vorliegenden Fall jedoch einzig auf die durch den Sturz erlittenen Prellungen und die hierdurch bedingten Schmerzen für wenige Tage. Eine ungünstige Beeinflussung der knöchernen Konsolidierung der Arthrodesen ist durch den Sturz nachweislich nicht eingetreten, so dass aus der verzögerten Heilung und der erneuten Operation keine Schadenersatzansprüche abzuleiten waren.

Fall 4: Sturz in der Stationstoilette

Ein 58-jähriger Mann wurde an einem Leistenbruchrezidiv operiert. Die in Intubationsnarkose durchgeführte Operation dauerte zwei Stunden. Der Patient wurde nach der Operation kurzfristig im Aufwachraum überwacht und bei normalen Kreislaufwerten auf die Normalstation zurückverlegt. Etwa drei Stunden nach Operationsende wurde der Patient unter Begleitung eines Stationspflegers zur Stationstoilette geführt. Im Toilettenraum wurde der Patient alleingelassen. Dort kam es zu einem unbeobachteten Sturzereignis, das der Patient später wie folgt schilderte: „Beim Hinsetzen wurde ich ohnmächtig und stürzte. Erst im Krankenbett bin ich wieder zu mir gekommen. Schmerzen verspürte ich anfänglich nicht“ Der Pfleger fand den Patienten nach seiner Einschätzung noch in einer gewissen Krampfhaltung vor. Eine Kreislaufdepression wurde nicht festgestellt, die unmittelbar nach dem Sturz erhobenen Messwerte waren normal: Blutdruck 150/90 mm/Hg, Herzfrequenz 76 pro Minute. Eine internistische Konsiliaruntersuchung mehrere Stunden später beurteilte den Vorfall „am ehesten als orthostatischen Kollaps mit sekundärem Krampf“. Ein am Folgetag durchgeführtes EEG ergab keine Krampfpotenziale.

Der Patient wurde am zweiten postoperativen Tag gut mobilisiert nach Hause entlassen. Zu Hause traten zunehmend Rückenschmerzen auf, die zwölf Tage nach der Operation zur Vorstellung beim Hausarzt führten. Dieser stellte röntgenologisch Serienfrakturen der Brustwirbelkörper sieben, acht und neun fest. Die Frakturen erwiesen sich als stabil und wurden konservativ behandelt.

Der Patient sah einen Zusammenhang zwischen dem Sturz am Operationstag und den später nachgewiesenen Wirbelkörperfrakturen. Die Schlichtungsstelle forderte zunächst ein radiologisches Gutachten an. Der Patient hatte bereits früher über Wirbelsäulenbeschwerden geklagt, so dass zur vermutlichen Datierung der auslösenden Ursache Stellung zu nehmen war. Der Gutachter bestätigte die Diagnose: Kompressionsfrakturen der Brustwirbelkörper sieben, acht und neun jeweils mit Einbruch der oberen Deckplatte. Keine Hinweise auf Reparationsvorgänge, somit handelte es sich um frische Frakturen. Eine Osteoporose bestand nicht.

Nach Auswertung des Gutachtens und der Behandlungsunterlagen gelangte die Schlichtungsstelle zu folgenden Beurteilungen: Die Ursache des Sturzes ist letztlich als ungeklärt anzusehen. Ein Krampfanfall kann trotz des einmalig negativen EEG-Befundes nicht ausgeschlossen werden, zumal der Pfleger bei Auffinden des Patienten noch eine Krampfhaltung beschrieben hatte. Das selbständige Verlassen des Bettes zirka drei Stunden nach einer zweistündigen Intubationsnarkose war, auch in Begleitung eines Pflegers, nicht vertretbar. In dieser postoperativen Phase muss grundsätzlich noch mit einer Kollapsneigung oder einem motorischen Koordinationsmangel gerechnet werden. Keinesfalls hätte der Patient auf der Toilette unbeobachtet gelassen werden dürfen. Hier hat die pflegerische Seite nicht die gebotene Sorgfalt gewahrt, so dass das Sturzereignis als Folge eines Behandlungsfehlers (Pflegerfehlers) einzuordnen war.

Dass der Sturz kausal für die Wirbelkörperfrakturen war, muss jedoch angezweifelt werden. Das vorliegende Frakturmuster: Kompressionsfrakturen dreier Brustwirbelkörper mit jeweils Einbruch der oberen Deckplatte, setzt ein erhebliches, kyphosierendes Trauma der Brustwirbelsäule voraus. Dass der bezeichnete, unbestrittene Sturz aus stehender oder sitzender Haltung diese schwere Traumafolge - bei gesunder Knochenstruktur! - verursacht hätte, war unwahrscheinlich. Derartige Wirbelkörperfrakturen sind als Folge generalisierter Krampfanfälle bekannt; dieser Zusammenhang war im hier zu beurteilenden Fall jedoch nicht beweisbar. Außer dem Missverhältnis zwischen traumatischer Energie und Traumafolge bestärkte auch der fehlende zeitliche Zusammenhang zwischen

Sturzereignis und Auftreten der Fraktursymptome den Zweifel an einem ursächlichen Zusammenhang. Die schwere Wirbelsäulenverletzung hätte ein sofortiges Einsetzen der Schmerzsymptomatik nach dem Trauma erwarten lassen. Da ein kausaler Zusammenhang zwischen dem (fremd-) verschuldeten Sturzereignis und den zwölf Tage später festgestellten Wirbelkörperfrakturen nicht beweisbar und eher auch unwahrscheinlich war, ließen sich im Ergebnis des Schlichtungsverfahrens keine Schadenersatzansprüche begründen.

In der Beurteilung des Sturzereignisses stützte sich die Schlichtungsstelle auf die eigene Auswertung der Behandlungsunterlagen. Infolge der Oberschenkelamputation und der Halbseitenlähmung bestand eine erhöhte Sturzgefahr, unter anderem wegen der eingeschränkten eigenen Lagekontrolle auf dem schmalen Operationstisch. Die Eigenkontrolle war zusätzlich eingeschränkt durch die intravenöse Gabe von 2 mg Dormicum. In welcher Weise der erhöhten Sturzgefahr bei der Lagerung tatsächlich Rechnung getragen wurde, ist nicht dokumentiert. Der Sturz hätte durch geeignete Maßnahmen, wie Anbringen von (zusätzlichen) Stützen am Operationstisch und anderer Lagerungshilfsmittel verhindert werden können. Die Schlichtungsstelle sah in dem Sturz die Verwirklichung eines voll beherrschbaren Risikos und wies dem betroffenen Krankenhaus die Haftung für diesen Vorfall zu. Unmittelbare (und somit Schadenersatzansprüche begründende) Folgen des Sturzes waren die Milz- und Zwerchfellruptur sowie die hierdurch erforderliche Operation.