

Tatsächliche und haftungsrechtliche Konsequenzen unspezifischer ärztlicher Anordnungen

Dr. Roland Uphoff

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei 2014 für Medizinrecht ausgezeichnet.

Klare Kommunikationsstrukturen gehören zu den Basisvoraussetzungen für eine funktionierende Krankenversorgung, insbesondere, wenn strukturbedingt Schnittstellen unvermeidbar sind, wie das z.B. in Krankenhäusern der Regel- und Grundversorgung oder im Belegsystem der Fall sein kann. Eine Entscheidung des OLG Frankfurt aus dem Jahre 2005 (Az.: 8 U 29/04) macht deutlich, welche fatalen und auch haftungsrechtlichen Konsequenzen eine einzige Un-Präzision diesbezüglich haben kann. Die Entscheidung zeigt insbesondere anschaulich, wie das unmittelbar handelnde Pflegepersonal und der nicht präsente fachärztliche Hintergrunddienst in einen Haftungsmechanismus geraten können.



Der Fall

Die Klägerin, die im Jahre 1987 in der 35. SSW mit einem Geburtsgewicht von 2.100 g in einer belegärztliche geleiteten Geburtsklinik zur Welt gekommen war, wurde initial mit einer Magensonde ernährt, wobei die Anordnung der zuständigen Belegärztin lautete, dass das unter Gelbsuchtverdacht stehende Frühchen „in üblicher Weise“ gefüttert werden solle. In Zuständigkeit des Pflegepersonals erhielt das Frühchen nachweislich innerhalb von fünf Stunden 420 ml Tee und/oder Glucose. Der Bilirubinspiegel ist bei dem Kind unter der Zufuhr stetig gestiegen. Nach der dann notwendigen Verlegung aus der Geburts- in die Kinderklinik hat die Klägerin die Nahrung teilweise wieder erbrochen. Das Kind erlitt in zeitlicher Folge der Überfütterung und unter der Intensivbehandlung eine schwere Hirnschädigung.

Die Überfütterung war nach Ansicht des Sachverständigen geeignet, eine periventriculäre Leukomalazie hervorzurufen. Die Überfütterung habe eine Wasserintoxikation hervorgerufen, in deren Folge sich ein Hirnödem, erniedrigte Natrium- und Kalziumwerte, ein Atemstillstand und zerebrale Spastiken entwickelten.

Die zuständige Belegärztin hatte sich zur Verteidigung, dass keinesfalls 420 ml im besagten Zeitraum zugeführt worden sein können, auf einen Dokumentationsmangel berufen. So seien die Flüssigkeitsangaben nicht korrekt erfasst worden. Zum Nachweis waren zu den für unplausibel gehaltenen Mengenangaben nachträgliche Eintragungen mit 'korrigierten' Medikationsangaben gefertigt worden. Offensichtlich waren die ursprünglich eingetragenen Werte in Richtung einer Überfütterung für unplausibel („absurd“) gehalten und durch nachträgliche Eintragungen 'korrigiert' worden, damit die Zufuhrmengen wieder einen Sinn ergeben sollten. Es sei also gar nicht zu einer Überfütterung sondern nur zu einem Dokumentationsmangel gekommen.

Hilfsweise wurde vorgetragen, dass es gegebenenfalls nur denkbar sei, dass eine nicht ermittelbare Krankenschwester „aus Versehen“ eine zu hohe Flüssigkeitsmenge verabreicht hat. Der Hintergrunddienst hatte sich zur Entlastung darauf berufen, dass er für ein solches Versehen nicht einzustehen habe, denn er habe die Fütterung als „pflegerische Routine“ nicht zu überwachen.

Diffuse Dokumentation und Augenblicksversagen zur Verteidigung untauglich

Die Beklagten konnten sich aber nicht erfolgreich auf einen Dokumentationsfehler berufen. Hiergegen sprachen nach Ansicht des OLG die ausführlichen schriftlichen Vermerke auf einem gesonderten Blatt der Krankenakte, welches Eintragungen mit Kugelschreibern unterschiedlicher Farben enthielt: „Eine gewissenhafte und gut ausgebildete Krankenschwester hätte bei einer solchen Art der Dokumentation aller Wahrscheinlichkeit nach sofort das Schreibversehen bemerkt.“ Demzufolge war von den initialen Angaben zur Mengenzufuhr auszugehen, auch wenn sie eine unplausible Überfütterung implizierten.

Es war unstrittig, dass die Überfütterung in der vorliegenden Form bei objektiver Betrachtung ein grober Behandlungsfehler war, also ein Fehler, der derart unverständlich ist, dass er einer durchschnittlich erfahrenen Pflegekraft schlechterdings nicht unterlaufen durfte. Dieser Fehler war auch in erster Linie dem seinerzeit zuständigen Pflegepersonal anzulasten. Fraglich war, ob dieses Fehlverhalten auch der Belegärztin zugerechnet werden konnte, da er sich im vermeintlich nichtärztlichen Zuständigkeitsbereich abgespielt hatte.

Haftungsrechtlich volle Zurechnung

Der Belegärztin war ein eigenes Verschulden anzulasten, weil es unterlassen wurde, die Fütterung des Neugeborenen hinreichend zu überwachen (sog. Überwachungsverschulden). Insbesondere, weil die Magensonde angelegt worden war, um einer sich abzeichnenden Neugeborenen gelbsucht vorzubeugen, handelte es sich um keine allgemeine pflegerische Maßnahme mehr. Sie beruhte vielmehr auf einer medizinischen Indikation und Anweisung, „deren Durchführung und Kontrolle mit der Bekl. zu 4) als der Geburtsleiterin abzustimmen waren“.

Insofern haftet die Belegärztin für Patientinnen in sachlicher und personeller Hinsicht sowohl für eigenes Verschulden, sowie vertraglich nach § 278 BGB auch für das Verschulden sonstigen Personals, sofern es durch die Belegärztin veranlasst, zugezogen oder dem Fachbereich zugehörig ist, insbesondere, wenn wie hier, die Übernahme der Behandlung durch die Belegärztin erfolgt war. Dies ist Ausdruck des Grundsatzes der vertikalen Arbeitsteilung.

Dieser regelt die Zusammenarbeit zwischen Belegarzt und nachgeordnetem ärztlichen Dienst und nichtärztlichen Mitarbeitern. Der jeweils Beteiligte haftet der Patientin/dem Patienten für eigene Fehler persönlich. Handelt es sich um nicht delegationsfähige Leistungen, wird dieser Grundsatz im besonders hierarchisch gegliederten Gesundheitsbereich durchbrochen. Nicht delegationsfähig sind alle Maßnahmen, die einem Arztvorbehalt unterliegen.

Vorliegend handelte es sich bei der Sondenernährung eines Frühchens zwar um eine delegationsfähige Leistung, da die Nahrungszufuhr von Neugeborenen typischerweise auch dem Pflegedienst bzw. Kinderkrankenschwestern übertragen wird. Liegt jedoch eine unspezifische Applikationsanordnung bei therapeutischer Indikation zugrunde, so bleibt die pflegerische Maßnahme letztendlich auch ein Stück weit Therapie und unterliegt zwangsläufig dem nicht delegationsfähigen ärztlichen Pflichtenkreis. Hieraus resultieren zumindest fachärztliche Überwachungs- und Kontrollpflichten. Unter diesem Gesichtspunkt war von der Belegärztin also zu verlangen, dass sie die unbestimmte Anweisung einer „üblichen Menge“ überwacht und gegenprüft.

Gleichwohl hat dieser Umstand den Pflegedienst bzw. die Kinderkrankenschwester formal nicht entlastet. Üblicherweise darf zwar unter den Grundsätzen der vertikalen Arbeitsteilung die Kinderkrankenschwester darauf vertrauen, dass die ärztliche Anordnung ohne Fehler ist. So haftet die Kinderkrankenschwester im Regelfall nicht für Fehler der ärztlichen Anordnung und der dann von ihr selber ausgeführten Pflegemaßnahmen zur Behandlung von Patienten (vgl. auch Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 5. Aufl., A59). Muss sie jedoch Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit einer Anordnung haben, müsste sie ihre Bedenken vor Ausführung der Anordnung weitergeben und sich rückversichern (BGH, Urt. V. 12.07.1994 – VI ZR 299/93).

Vorliegend wäre die Kinderkrankenschwester, sofern sie ermittelt worden wäre, also für das Versäumnis haftbar geblieben, da die applizierte Nahrungsmenge so offenkundig fehlindiziert war und ihr eine unspezifische Anweisung zugrundelag, die eine Nachfrage hätte nach sich ziehen müssen.

Aus dieser Erkenntnis rührte auch die Entscheidung, den Fehler als grob zu bewerten.

Fraglich war lediglich, ob sich das Überwachungsverschulden der Belegarz-