

## Dekubitus und Ulcus cruris - wer trägt die haftungsrechtliche Verantwortung?

v. Lutz Barth, 21.02.2006

### Problemorientierung

Zu den häufigsten Formen chronischer Wunden im Alter zählen ohne Frage der Dekubitalulkus und Ulcus cruris.

*„Die Fülle heterogener Therapieansätze zur Behandlung chronischer Wunden macht es den Ärzten schwer, die richtige Wahl zu treffen. Die zunehmende Amerikanisierung unseres Haftungsrechtes erleichtert dies alles nicht. Auch Krankenkassen gehen gutachterlich zunehmend mehr dazu über, Pflegefehler bei chronischen Wunden unter dem Gesichtspunkt des Haftungsrechts und der Wirtschaftlichkeit zu überprüfen, auch wenn wir Ärzte nur in der Delegationsverantwortung gegenüber den Pflegediensten stehen“<sup>1</sup>.*

In dem folgenden Beitrag geht es nicht um die Bewertung der differenten Therapieansätze, die ggf. dem Arzt und/oder Pflegepersonal im Rahmen einer individuellen Therapie der o.a. chronischen Wunden zur Verfügung stehen; dieses zu entscheiden, ist eine der vornehmsten ärztlichen und im Zweifel pflegerischen Aufgaben mit Blick auf den Grundsatz der Therapiefreiheit.

Diese therapeutische und pflegerische Entscheidung hat sich trotz eines nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“<sup>2</sup> ausnahmslos an den individuellen Patientenbedürfnissen und dem zugrundeliegenden Krankheitsspektrum zu orientieren, aufgrund derer eine schematische therapeutische Behandlung sich strikt verbietet.

Hiermit ist freilich nicht zum Ausdruck gebracht, dass die Therapeuten „immer noch obsoletere Verfahren bei Prophylaxe und Therapie“ anwenden dürfen; sofern dies der Fall sein sollte<sup>3</sup>, wird dies als ein Verstoß gegen die lege artis Behandlung und damit als ein Sorgfaltspflichtenverstoß zu werten sein. Insofern bieten die verschiedenen Leitlinien zur „Dekubitusprophylaxe resp. Therapie“ durchaus eine systematische Orientierung an, wobei nach wie vor daran zu erinnern ist, dass diese Leitlinien nicht im Sinne eines „strikten Befehls“ rechtsverbindlich sind. Auch wenn der Frage nach der Verbindlichkeit von Leitlinien mittlerweile von einigen Autoren eine andere rechtsqualitative Bedeutung beigemessen wird, kann hieraus (noch) nicht der Schluss gezogen werden, dass die Diskussion um die haftungs- und sozialrechtliche Bedeutung und Wirkung als abgeschlossen gewertet werden kann. Dies zeigt allein schon der Umstand, dass auch mit Blick auf das vorliegende Thema der Dekubitusproblematik mehrere Leitlinien existieren und sich durchaus inhaltlich unterscheiden. Insofern dürfte es in das freie Belieben des Therapeuten gestellt sein, welcher der vorhandenen Leitlinien<sup>4</sup> zur Dekubitusprophylaxe und Therapie er zu „folgen“ gedenkt, zumal nach wie vor die existierenden Standards und Leitlinien zum Thema Dekubitus wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind und in der Literatur kontrovers diskutiert werden<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> P. Landendörfer, Dekubitus und Ulcus cruris, Chronische Wunden im Alter (1), Entstehung, Stadien, Diagnostik, in Der Allgemeinarzt, Heft 19/2005 (pdf.Version, S. 1) auch unter [Allgemeinarzt-Online >>> Beitrag <<<](#)

<sup>2</sup> Vgl. auch L. Barth, Dekubitus – ein verbindlicher „nationaler Pflegestandard“?, 12/2004, in [IQB-Internetpräsenz >>> Beitrag \(pdf.\) <<<](#)

<sup>3</sup> So jedenfalls noch die Einschätzung von Heinemann et al., S. 4, in Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung, Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten (im folgenden als Fall-Kontroll-Studie zitiert)

<sup>4</sup> Einen Überblick vermittelt Heinemann et al., Fall-Kontroll-Studie, S. 37 ff.

<sup>5</sup> Heinemann et al., Fall-Kontroll-Studie, S. 4

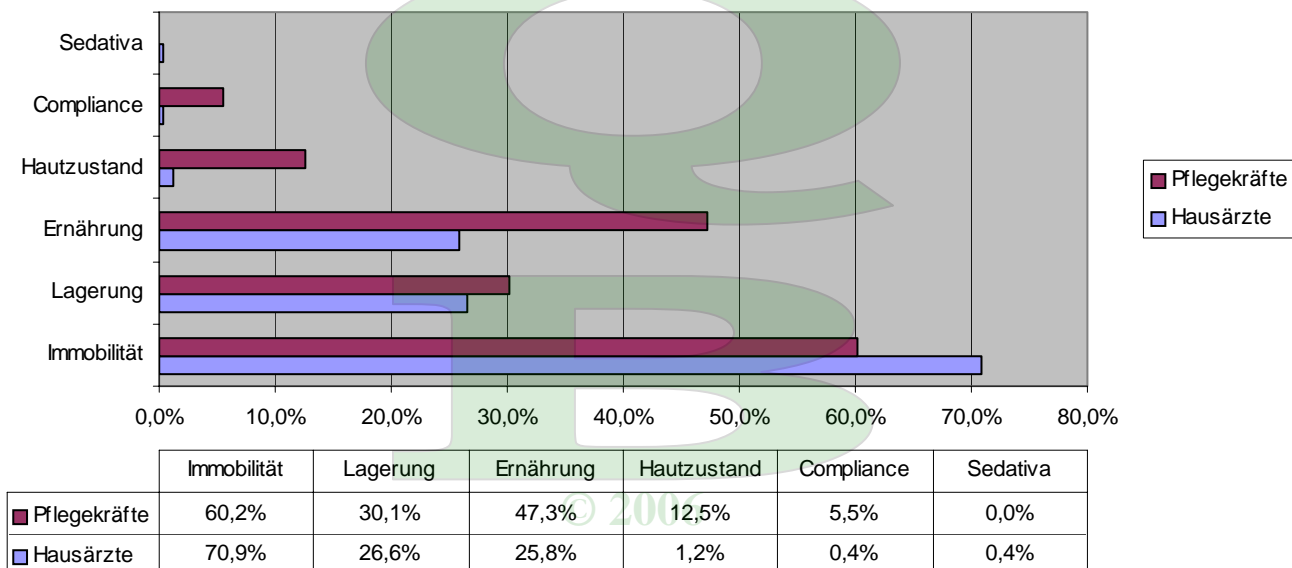
Vielmehr soll die These in dem vorstehenden Zitat überprüft werden, ob die Ärzte tatsächlich „nur in der Delegationsverantwortung gegenüber den Pflegekräften stehen“ und wenn dieses zu bejahen ist, ob dann gleichsam die Pflegekräfte die Verantwortung mit allen Konsequenzen gegenüber dem Alterspatienten zu tragen haben.

Problematisch ist darüber hinaus, dass die Diagnose Dekubitus auch als Todesursache angeführt wird, was in dem Spannungsfeld zwischen ärztlicher und pflegerischer Sorgfaltspflicht zum rechtlichen Konflikt mit straf- und zivilrechtlichen Bewertungsproblemen führen kann<sup>6</sup>.

Hierbei darf als gesichert unterstellt werden, dass Dekubitus zwar nicht in allen Fällen vollständig vermieden, aber gleichwohl auf ein Minimum reduziert und deren Inzidenz als Indikator der Pflegequalität gesehen werden kann<sup>7</sup>.

Ein solches setzt allerdings die Wahrnehmung von Ursachenzusammenhängen voraus. Im Rahmen auf die bereits hier eingeführte Studie von Heinemann et al. wurden sowohl die Hausärzte (n=245) als auch die Pflegekräfte (n=256) zu den Gründen für die Entstehung von Dekubitus befragt. Auch wenn die allgemeinen Risikofaktoren (Immobilität, unzureichende Lagerung, Mangelernährung) überwiegend bekannt sind, dürfte es nachdenklich stimmen, dass der Einsatz von sedierender Medikation und eine nicht ausreichende Patienten-Compliance „kaum im Problembewusstsein“ sowohl der Ärzteschaft als auch der Pflegenden verankert zu sein scheinen<sup>8</sup>.

## Gründe für die Entstehung von Dekubitus in % (eine Auswahl)



### Quelle<sup>9</sup>

Erstaunlich ist im übrigen, dass offensichtlich die befragten Hausärzte gegenüber den Pflegekräften mit Ausnahme über die Entstehungsgründe *Immobilität* und *Sedativa* keinen „Wissensvorsprung“ für

<sup>6</sup> Heinemann et al., ebenda, S. 4

<sup>7</sup> Vgl. Qualität in Pflegeheimen, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, v. Roth unter Projektleitung v. Schnabel, Oktober 2002, S. 60

<sup>8</sup> Heinemann et al., Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung, Dekubitus und Medikation, Poster 5

<sup>9</sup> Die Daten wurden aus der Tabelle von Heinemann et al. übernommen, ebenda

sich reklamieren können, obgleich den Hausärzten eine zentrale Verantwortung für die medizinische und damit therapeutische Versorgung und damit der Qualität zukommt<sup>10</sup>.

Dies mag einerseits darin begründet liegen, dass sich „schleichend“ ein „arztfreier Bereich“ insoweit herausgebildet hat, als dass zuvörderst die Pflegenden die Primär- und Sekundärprävention im Bereich der Dekubitusproblematik als eigene „Pflichtaufgaben“ deklariert und übernommen hat und dass andererseits durchaus Defizite in der ärztlichen Wahrnehmung mit Blick auf die Diagnose und Therapie von möglichen Risikopotenzialen zu befürchten anstehen.

## Die Grundsatzentscheidung des BGH zur „Dekubitusprophylaxe“<sup>11</sup>

**BGH - VI ZR 215/84 – 18.03.86**

### **Leitsätze:**

»a) Im Krankenblatt eines Krankenhauspatienten, bei dem die ernste Gefahr eines durchliegegeschwürs (Dekubitus) besteht, sind sowohl die Gefahrenlage als auch die ärztlich angeordneten Vorbeugungsmaßnahmen zu dokumentieren.

b) Zu den Anforderungen an den Beweis für die Durchführung der notwendigen Prophylaxe, wenn entsprechende Krankenblatteintragungen fehlen.«

### **Aus dem Sachverhalt**

Die Klägerin wurde nach einem im November 1977 im Alter von 65 Jahren erlittenen Schlaganfall mit vollständiger schlaffer Halbseitenlähmung in das von der Beklagten betriebene Krankenhaus eingeliefert.

Abgesehen von den unmittelbaren Folgen des Schlaganfalles litt die Klägerin vorübergehend an einem Lungen-Ödem, erhöhtem Hirndruck und Magen-Darm-Blutungen. Infolge ihrer Krankheit lag sie nahezu bewegungslos und apathisch im Bett. **Ende Dezember 1977/Anfang Januar 1978** trat bei ihr ein Durchliegegeschwür (Dekubitus) am Steißbein auf, das sich zu einem großen, tiefgreifenden Geschwür entwickelte und schließlich ungefähr die Größe einer Männerfaust erreichte.

Am **20. Februar 1978** überwies das Krankenhaus die Klägerin in eine Klinik zur Rehabilitation. Da die dort tätigen Ärzte wegen des Dekubitus keine Rehabilitationsmaßnahmen beginnen konnten, überwies sie die Klägerin in das Krankenhaus zurück. Von dort wurde sie auf die Langliegerstation des Krankenhauses verlegt, dessen Trägerin ebenfalls die Beklagte ist. Seit **Mai 1978** wurde die Klägerin in der Pflegestation des DRK behandelt. Dort begann das Durchliegegeschwür langsam abzuheilen; auch besserte sich der Allgemeinzustand der Klägerin wieder.

Die Klägerin hat behauptet, das Pflegepersonal des Krankenhauses habe nicht die notwendigen Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhinderung des Durchliegegeschwürs getroffen.

Nach der Entdeckung des Geschwürs sie es verspätet und unzureichend behandelt worden.

Das Landgericht hat die Beklagte zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von 15.000 DM nebst Zinsen verurteilt und festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet sei, der Klägerin den infolge falscher Behandlung in ihren Krankenhäusern seit dem 17. November 1977 entstandenen und künftig noch entstehenden Schaden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

<sup>10</sup> Vgl. dazu statt vieler Heinemann et al., Fall-Kontroll-Studie, S. 72 ff. zu der hausärztlichen Aufgabenwahrnehmung bei Prävention und Therapie von höhergradigen Dekubitus

<sup>11</sup> Vgl. die vollständige Entscheidung des BGH finden sie im **IQB-Internetportal**; ebenso; vgl. auch OLG Köln, Urt. v. 04.08.99 – Schmerzensgeldhöhe -; OLG Oldenburg, Urt. v. 14.10.99 – Behandlungsfehler -; [>>> mehr dazu <<<](#)

In dem Berufungsverfahren hat die Klägerin ein höheres Schmerzensgeld begehrt und ihren Schadensersatzanspruch hinsichtlich der Pflegekosten für die Jahre 1978 bis 1983 auf 144.621 beziffert.

Das Oberlandesgericht hat die Klage insgesamt abgewiesen. Mit ihrer Revision verfolgt die Klägerin ihre im Berufungsrechtszug gestellten Anträge weiter.

#### Aus den Entscheidungsgründen:

...

2. Die Revision wendet sich mit Erfolg aber auch gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, der Gesichtspunkt der mangelnden Dokumentation rechtfertige keine Beweiserleichterung für die Klägerin.

Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats kommen zugunsten eines Patienten Beweiserleichterungen dann in Betracht, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für ihn im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird.

**Dasselbe hat zu gelten, wenn erforderliche Aufzeichnungen über Maßnahmen der Krankenpflege fehlen, die nicht die normale Grundpflege betreffen, sondern wegen eines aus dem Krankenzustand des Patienten folgenden spezifischen Pflegebedürfnisses Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung sind.** Ebenso wie die vom Arzt angeordnete Medikation in das Krankenbett aufzunehmen ist, sind auch ein derartiges besonderes Pflegebedürfnis und die aus diesem Anlaß erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren. Diese Verpflichtung bestand auch während der Behandlung der Klägerin im Krankenhaus der Beklagten. Das Berufungsgericht entnimmt dem Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. M. und Dr. R., dass bei der Klägerin die hochgradige Gefahr des Entstehens eines Durchliegegeschwürs gegeben war, da sie halbseitig gelähmt gewesen sei und die Lähmung über Wochen und Monate angehalten habe. **Aus dem Gutachten ergibt sich aber außerdem, dass bei einem solchen Risikopatienten intensive vorbeugende Maßnahmen getroffen werden müssen, um ein solches Geschwür zu verhindern, und dass deren Unterlassung als schweres Versäumnis zu werten ist.** Die Sachverständigen verlangen in einem solchen Fall mindestens diejenigen Maßnahmen, die nach der Behauptung der Beklagten bei der Klägerin durchgeführt worden sein sollen, wie zweimaliges tägliches Waschen und Einreiben mit Franzbranntweins sowie Auftragen von Desitin-Fettspray auf die gefährdeten Partien, Anlegen eines Dauerkatheters, Unterlegen von Schaumgummiringen und -kissen zur Entlastung der besonders gefährdeten Stellen, eine regelmäßige gründliche Körperpflege und eine zeitweise Lagerung auf Wasserkissen und ferner, falls eine spezielle Dekubitusmatraze nicht zur Verfügung steht, regelmäßige mehrmals tägliche stundenweise Druckentlastung durch wechselnde Seitenlagerung des Patienten und Austrocknung der gefährdeten Gebiete. Bei seiner mündlichen Anhörung hat der Sachverständige Dr. R. noch hinzugefügt, das Krankenhaus müsse von sich aus gegen die Entstehung eines Dekubitalgeschwürs um so mehr unternehmen, je geringer die Beweglichkeit und die eigene Antriebskraft des Patienten seien. War die Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs demgemäß bei der Klägerin außergewöhnlich groß und die Vermeidung allenfalls mit den erwähnten intensiven Pflegemaßnahmen möglich, wovon jedenfalls für die Revisionsinstanz auszugehen ist, dann war es schon zur **Gewährleistung der erforderlichen Prophylaxe erforderlich, in den Krankenhausunterlagen die ärztliche Diagnose festzuhalten, dass die Klägerin ein solcher Risikopatient war und außerdem die ärztlichen Anordnungen zu den durchzuführenden besonderen Pflegemaßnahmen.** Von einer Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen hätte nur dann abgesehen werden dürfen, wenn im Krankenhaus der Beklagten eine allgemeine schriftliche Anweisung bestanden hätte, aus der deutlich hervorging, welche einzelnen prophylaktischen Maßnahmen in den Fällen des Dekubitus-Risikos unbedingt durchzuführen waren.

Die **Krankenblattunterlagen**, die im Krankenhaus über die Klägerin geführt worden sind, enthalten aber weder die Feststellung, dass bei der Klägerin eine erhebliche Dekubitusgefahr bestand, noch Aufzeichnungen über die angeordneten bzw. getroffenen Pflegemaßnahmen zur Vorbeugung und zur Behandlung des Durchliegegeschwürs; es fehlte sogar eine Eintragung über dessen erste Wahrnehmung. In der Fieberkurve ist erstmals unter dem 5. und 6. Januar 1978 vermerkt: "Dekubitus".

Maßnahmen, die in Bezug auf den Dekubitus getroffen wurden, sind erstmals am 12. Januar 1978 auf einer neu angelegten Fieberkurve verzeichnet. Das war völlig unzureichend. Selbst der Zeuge, Prof. H., der als Chefarzt der Klinik zugleich behandelnder Arzt der Klägerin war, hat bei seiner Vernehmung einen Fehler darin gesehen, dass die Behandlung nicht von Anfang an in die Fieberkurve eingetragen war. Entscheidend ist aber, dass nicht von Beginn der Krankenhausbehandlung an die besondere Dekubitusgefahr und die angeordneten Pflegemaßnahmen zur Verhinderung eines Durchliegegeschwürs vermerkt waren.

Es kann daher dahinstehen, ob die Schwestern des Krankenhauses bereits zu der damaligen Zeit über jeden Patienten ausführliche Pflegeberichte hätten anfertigen müssen, wie dies jetzt vielfach üblich ist.

**Die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation ist ein Indiz dafür, dass im Krankenhaus der Beklagten die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und dass daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat.**

Bei dieser Sachlage kann der Klägerin billigerweise nicht die volle Beweislast für die behaupteten Behandlungsfehler obliegen. Die Beklagte muß vielmehr die indizielle Wirkung der fehlenden Krankenblatteintragungen entkräften. Dazu genügen nicht die bisher vorliegenden Aussagen des behandelnden Arztes und der Krankenschwester, die nur dazu etwas bekunden konnten, was im Krankenhaus der Beklagten im allgemeinen bei jedem fest oder länger liegenden Patienten ohne Rücksicht auf seine Beweglichkeit und seine eigene Antriebskraft gegen das Auftreten von Durchliegegeschwüren unternommen wird. **Entscheidend ist, ob dem besonderen Pflegebedürfnis der Klägerin von Anfang an die erforderliche besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, obwohl man es nicht für nötig angesehen hat, diesem Gesichtspunkt in den Krankenblattaufzeichnungen die notwendige Beachtung zu schenken.**

III. Das Berufungsgericht läßt sich auch nicht mit anderer Begründung aufrechterhalten, wie die Revisionserwiderung offenbar meint. Aus der Bekundung des Sachverständigen ergibt sich nämlich nicht, dass die Entstehung des Durchliegegeschwürs bei der Klägerin auch trotz sachgerechte Vorsorgemaßnahmen und Behandlung **nicht zu vermeiden** gewesen wäre, sondern nur, wie auch das Berufungsgericht auf S. 12 BU letzter Absatz ausführt, dass auch bei sorgfältiger Pflege ein solches **Geschwür nicht in jedem Fall vermeidbar** ist. Der behandelnde Arzt hat sogar ausgesagt (GA Bl. 183), nur wenn die von ihm geschilderten Maßnahmen (Rückenpflege, Seitenlagerung) nicht wirken, könne man das Durchliegegeschwür nicht verhindern.

### Konträre Positionen:

Zunächst mögen wir uns an dieser Stelle an die Ausgangsthese von Landendörfer erinnern, wonach „die Ärzte nur in der Delegationsverantwortung gegenüber den Pflegediensten stehen“ – eine These, die wohl in Anbetracht der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht ohne weiteres aufrechterhalten werden kann.

Nach wie vor gibt es Abgrenzungsprobleme zwischen der Behandlungspflege und der Grundpflege, die unmittelbar Einfluss auf die zivilrechtliche Haftungssituation nehmen.

Die Frage, ob die Kontrolle der Körperfunktionen, Lagerung, Ernährung, psychische Betreuung oder darüber hinaus das Einbringen und die Pflege eines Blasenkatheters, das Legen einer Magensonde, die Ernährung über eine Magensonde oder die Überwachung einer Infusionsbehandlung zu den Maßnahmen der Grundpflege gehören, die über der unmittelbaren, reinen Körperpflege hinausgehen, sind von ganz zentraler Bedeutung.

**Opderbecke** betont, dass die Grenzen zwischen der Grund- und Behandlungspflege fließend sind, wenn man überhaupt von Grenzen sprechen kann und er verdeutlicht dies letztlich mit seinem Hinweis auf die vorstehende Dekubitus-Entscheidung des BGH.

Nach *Opderbecke* führte in der Dekubitus-Entscheidung eine mangelhafte Grundpflege zu haftungsrechtlichen Komplikationen für den Arzt, so dass er konstatiert, dass letztlich wohl doch von einer ärztlichen Gesamtverantwortung für die Patientenversorgung auszugehen sei<sup>12</sup>. Dem wird man zustimmen müssen, wenngleich der BGH die Pflicht des Arztes zur möglichen Dekubitusprophylaxe bereits zu einem Zeitpunkt markiert, der zeitlich eng mit der Eingangsanamnese zusammenhängen dürfte. Der BGH betont mehrfach in seiner Entscheidung deutlich, dass auch im Rahmen des therapeutischen Gesamtplanes der Dekubitusproblematik einzelner Risikopatienten von Anfang an besondere Aufmerksamkeit zuteil werden müsse und dass sich dies auch in der entsprechenden Dokumentation niederschlagen muss.

Insofern ist *Opderbecke* zuzustimmen, wenn er meint, dass nach wie vor von einer ärztlichen Gesamtverantwortung auszugehen ist.

Diesbezüglich vertritt *Molkentin* eine andere Auffassung<sup>13</sup>.

Er selbst hält diese Entscheidung zwar im Ergebnis für richtig, aber in der Begründung für missglückt. Der BGH habe nach seiner Auffassung in der Begründung verkannt, dass die Grundpflege sicher sein muss und zwar ohne dass es ärztlicher Nachhilfe bedarf; die Entscheidung sei daher berufspolitisch schädlich gewesen und scheint überdies der späteren Judikatur zur Vollbeherrschbarkeit der Risiken in der Krankenpflege zu widersprechen.

*Molkentin* stellt fest, dass zweifellos die Dekubitusprophylaxe Grundpflege sei und vom Pflegepersonal unter Verwendung der Nortonskala jederzeit beherrschbar ist. Hingegen zählt die Dekubitusbehandlung zur Behandlungspflege und diese verbleibt auch bei der Anordnungsverantwortung des Arztes. Weil die damalige Schlaganfallpatientin wegen der unterlassenen Prophylaxe bereits dekubitusbehandlungsbedürftig gewesen war, sei die Angelegenheit im Ergebnis zu Recht zu Lasten des behandelnden Arztes entschieden worden, da dieser die Durchführung der Behandlungspflege hätte anordnen müssen.

### Konsequenzen:

Auch wenn mit *Molkentin* prinzipiell davon ausgegangen werden kann, dass die Dekubitusprophylaxe Grundpflege im weitesten Sinn sei, ist mit dieser Feststellung keineswegs zum Ausdruck gebracht, dass es sich um einen „eigenständigen“ und damit der ärztlichen Kompetenz entzogenen Vorbehaltsbereich der Pflegenden handelt. Sofern der Arzt im Rahmen der Festlegung seines Therapieplanes aufgrund der psychischen und/oder physischen Konstitution des Patienten hätte erkennen müssen, dass es sich um einen besonderen Risikopatienten handelt, so ist er nach diesseitiger Auffassung verpflichtet, die nachgeordneten nichtärztlichen Mitarbeiter mit der besonderen Aufgabe der Prophylaxe zu betrauen. Auch wenn in der Folge die Dekubitusprophylaxe als ein „voll beherrschbarer Bereich“ für das Pflegepersonal bezeichnet werden kann, wird hierdurch nicht der Arzt von der Verpflichtung zur Führungs- und Anordnungsverantwortung entbunden<sup>14</sup>.

Die Delegationsverantwortung des Arztes bezieht sich demzufolge (auch) auf die Anordnung der Prophylaxe und damit ergibt sich in der Folge die Pflicht zur Dokumentation. Der BGH hat in seiner Dekubitus-Entscheidung keinen Zweifel aufkommen lassen, dass gerade auch der Dokumentationspflicht mit Blick auf die Prophylaxe eine besondere Bedeutung zukommt.

<sup>12</sup> Vgl. *Opderbecke*, Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen, Anmerkungen zum gleichnamigen Beitrag von Erich Steffen, in *MedR* 1996 (12), S. 542 ff. (S. 544)

<sup>13</sup> *Molkentin*, Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen, in *MedR* 1999 (1), S. 29 ff.

<sup>14</sup> So aber *Molkentin*, ebenda

Gerade aus der Dokumentation muss sich bereits von Anfang an der Hinweis des Arztes ergeben, dass bei dem Patienten besondere Maßnahmen der Prophylaxe durch das Pflegepersonal zu ergreifen sind, die dann in der Folge durch das Pflegepersonal dokumentiert werden.

Insofern ist der Arzt im Rahmen seiner allgemeinen Überwachungspflichten über das nichtärztliche Pflegepersonal gehalten, stichprobenweise einen Blick in die Dokumentation des Patienten zu werfen, um so überprüfen zu können, ob die von ihm angeordneten Maßnahmen der Prophylaxe auch tatsächlich durchgeführt und dokumentiert werden.

Der BGH hat im übrigen in seiner Entscheidung darauf hingewiesen, dass von einer Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen hätte nur dann abgesehen werden dürfen, wenn im Krankenhaus der Beklagten eine allgemeine schriftliche Anweisung bestanden hätte, aus der deutlich hervorging, welche einzelnen prophylaktischen Maßnahmen in den Fällen des Dekubitus-Risikos unbedingt durchzuführen waren.

Ob einem derartigen „Prophylaxe-Standard“ in Gestalt eines formalen Kriterienkatalogs allerdings eine haftungsbefreiende Wirkung beigemessen werden kann, steht erneut zu bezweifeln an. Wir kommen nicht umhin, festzustellen, dass auch in der Pflege gegenwärtig über „leitliniengerechtes Pflegen“ intensiv nachgedacht wird. Es liegt in der Natur der Sache, dass **Standards** zunächst eine qualitätsgerechte Prophylaxe und in der Folge eine Pflege verbürgen (sollen). Dass dies nicht immer der Fall ist, ist hinreichend in kritischen Literaturbeiträgen erörtert worden.

Maßgeblich für die Beurteilung eines Risikopatienten ist aber m.E. nach nicht der einzelne Standard, sondern eine vom Arzt stets zu fordernde multikonditional programmierte Anamnese. Eine Anamnese, die den Blick auch auf solche Risikofaktoren zu richten hat, die sich schwerlich in einem „Standard“ widerspiegeln, da insoweit allein das subjektive Krankheitspanorama etwa des Alterspatienten maßgeblich ist.

Als problematisch dürfte sich dann insbesondere die prophylaktische (ärztliche) Betreuung eines Alterspatienten in den stationären Alteneinrichtungen erweisen, zumal wenn diese Betreuung durch den Hausarzt zu leisten ist. Insofern müssten hier dem betreuenden Hausarzt besondere Weisungsrechte gegenüber dem Pflegepersonal eingeräumt werden, wenngleich in der überwiegenden pflegerechtlichen Literatur davon ausgegangen wird, dass dem Arzt keine Weisungsrechte<sup>15</sup> gegenüber dem ihm organisatorisch nicht zugehörigen Pflegepersonal zustehen. Das Dilemma kann nicht dadurch gelöst werden, in dem stereotyp auf einen „Standard“ verwiesen wird. Standards eröffnen allenfalls dem ärztlichen Therapeuten und in Grenzen den Pflegenden einen gewissen Handlungskorridor, der sich freilich in Anbetracht der Multimorbidität eines Alterspatienten schnell „verengen“ kann.

Es spricht zunächst einiges dafür, dass nach wie vor die Gesamtverantwortung beim betreuenden resp. behandelnden Arzt verbleibt und zwar unabhängig von den begrüßenswerten Professionalisierungstendenzen in den Pflegeberufen. In dem der Arzt die Gesamtverantwortung trägt, ist er freilich auch zur Anordnung und ggf. Dokumentation prophylaktischer Maßnahmen verpflichtet.

In diesem Sinne ist der Arzt nach wie vor auch der Haftungsadressat für die möglichen Schadensersatzansprüche seines (!) Patienten; sofern das Pflegepersonal allerdings die vom Arzt angeordneten und dokumentierten prophylaktischen Maßnahmen unterlässt, nachdem er eingehend den Alterspatienten untersucht hat, dürfte allein das Pflegepersonal haften. Hier wäre dann allenfalls die Frage zu diskutieren, ob das „fremde Personal“ der stationären Alteneinrichtung Erfüllungs- und/oder Verrichtungsgehilfen des Arztes sind, so dass der Arzt im Rahmen der deliktischen Haftung nach §§ 823, 831 BGB einen Entlastungsbeweis führen kann.

Und auch in diesem Beitrag schließt sich erneut die Quadratur des Kreises: Es drohen sowohl dem Arzt aber auch den Pflegenden haftungsrechtliche Risiken, weil es den Akteuren nicht gelingt, ihre

<sup>15</sup> So deutlich Klie, in Rechtskunde, Das Recht der Pflege alter Menschen, 7. Aufl. 2001, S. 111

Aufgabenbereiche sorgfältig voneinander abzugrenzen. Dies darf allerdings nicht verwundern, weil gerade in der Pflegerechtsdebatte nach wie vor davon ausgegangen wird, dass es Aufgaben der Pflege gibt, die ausschließlich dieser vorbehalten sind. Der emanzipatorische Anspruch der Pflege nach einem selbstständigen Aufgabenbereich führt dann dazu, dass man den Pflegenden „Steine statt Brot“ gibt.

Vor dem Hintergrund der einschlägigen Haftungsnormen entsteht allerdings für den von einem Behandlungs- und/oder Pflegefehler betroffenen Alterspatienten keine Haftungslücke, wie das o.a. grundlegende Urteil des BGH dokumentiert.

## Fazit:

Insofern ist das seinerzeitige Urteil des BGH zur Dekubitusprophylaxe nicht nur begrüßenswert, sondern geradezu ein wichtiger Meilenstein im Hinblick auf die Aufgabenabgrenzung zwischen ärztlichen Therapeuten und Pflegenden gewesen.

Auch wenn nach wie vor die Grenzen einer zulässigen Delegation von ärztlichen Behandlungsaufgaben auf das nichtärztliche Assistenzpersonal umstritten sind, erscheint es entgegen der Auffassung von Klie nicht praxisfern, jedenfalls zu verlangen, dass der behandelnde (!) Arzt sich von den Fähigkeiten der einzelnen Pflegekraft überzeugt. Eine solche Überwachungspflicht ergibt sich allein aus dem zwischen ihm und seinem Patienten abgeschlossenen ärztlichen Heilbehandlungsvertrag. Der ärztliche Therapeut schuldet eine lege artis Behandlung und er hat freilich auch dafür einzustehen, dass wenn und soweit er nichtärztliches Assistenzpersonal mit der Wahrnehmung spezifischer, der Delegation möglichen Aufgaben betraut, das diese ebenfalls lege artis erbracht werden. Es gibt – außer ggf. (nicht maßgeblichen) Wirtschaftlichkeitsüberlegungen – keinen plausiblen Grund, die Ärzteschaft aus ihrer Verpflichtung zur sachgerechten Organisation des ärztlichen Behandlungsgeschehens zu entlassen.

Lutz Barth

## Rechtsprechungs- u. Literaturhinweise - Dekubitus:

- [Schmerzensgeldhöhe](#)  
OLG Köln, Urteil v. 04. 8. 1999
- [Behandlungsfehler](#)  
OLG Oldenburg, Urteil v. 14. 10. 1999
- ["Dekubitus - ein Pflegemissstand"](#)

Hier erfolgt eine Verweisung auf die Homepage des SoVD Deutschland. Der dort eingestellte Beitrag nimmt auf die rechtsmedizinischen Untersuchungen von Dekubitus an Verstorbenen Bezug und kommt dabei zu erschütternden Ergebnissen. >>> [mehr dazu](#)

© IQB 2005

Für Anregungen und Kritik schreiben Sie uns unter [webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)  
Zur Webpräsenz des IQB: [www.iqb-info.de](http://www.iqb-info.de)