

OLG Braunschweig: Dekubitus – ein vollherrschbares Risiko?OLG Braunschweig, Hinweisbeschl. v. 07.10.08 (Az. 1 U 93/07)**Was war passiert?**

Die Krankenkasse verlangt von dem Krankenhaus aus übergegangenem Recht Ersatz der Mehrkosten, die durch eine vermeintlich fehlerhafte Behandlung der bei der Klägerin versicherten und inzwischen verstorbenen Frau G. entstanden sind.

Die damals 77-jährige Versicherte hatte sich seit dem 15.8.2001 in einem Pflegeheim aufgehalten. Sie litt unter einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustands (schwere Morbus Parkinson, Pneumonie, Herzinsuffizienz mit Lungenstauung, Harnwegsinfektion) und war mit einer Ernährungssonde und einem Blasenkatheter versehen.

Am 1.5.2002 wurde sie bei dem beklagten Krankenhaus stationär aufgenommen. Grund für die Aufnahme waren zwei Druckgeschwüre am Steiß und im Bereich des Oberschenkelrollhügels (Trochanter). Die stationäre Behandlung bei der Beklagten verlief - nach zwischenzeitlichen Rückschlägen - letztlich erfolgreich, so dass die Versicherte mit nur noch kleineren und bereits reizlos granulierten Defekten am 5.8.2002 wieder in ihr Seniorenstift entlassen werden konnte.

Die Krankenkasse hat die ärztliche und pflegerische Behandlung durch die Beklagte für unzureichend erachtet. Sie hat die Auffassung vertreten, bei ausreichender Versorgung hätte ihre Versicherte bereits nach einer Woche wieder entlassen werden können.

Den Kostenmehraufwand hat sie mit der Klage geltend gemacht, die das Landgericht nach Einholung eines Sachverständigengut-

achtens und Vernehmung von Zeugen abgewiesen.

Ihre dagegen gerichtete Berufung hat die Klägerin aufgrund des nachfolgenden Hinweisbeschlusses zurückgenommen.

Mitgeteilt v. L. Barth, 03.03.09

Aus dem Hinweisbeschluss des OLG Braunschweig

(...)

I.

Der Senat weist darauf hin, dass er beabsichtigt, die Berufung der Klägerin durch Beschluss gemäß § 522 Abs. 2 ZPO zurückzuweisen, weil sie keine Aussicht auf Erfolg hat und auch die Voraussetzungen des § 522 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ZPO vorliegen.

Das angefochtene Urteil erweist sich auch unter Berücksichtigung der Ausführungen der Klägerin in der Berufungsbegründung als zutreffend.

1. Die in der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum voll herrschbaren Risiko können aus mehreren, voneinander unabhängigen Gründen der Berufung nicht zum Erfolg verhelfen.

a) Das Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren gehört nicht zu einem Bereich,

der von dem Träger eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses und dem dort

tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann.¹

Aus den in der Berufungsbegründungsschrift angeführten Entscheidungen des Bundesgerichtshofs ergibt sich nichts anderes. Sie betreffen zum einen das Risiko, das sich aus dem Zusammenwirken mehrerer Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen bei einer Schieloperation ergeben kann², sowie das Risiko von Schäden durch unsachgemäße Lagerung auf dem Operationstisch.³

Diesen wie den weiteren Fällen, in denen der Bundesgerichtshof eine Beweislastumkehr annimmt, ist gemeinsam, dass der Patient durch eine konkrete Einzelmaßnahme oder einen per se gefährlichen Zustand im Organisationsbereich des Krankenhauses (z. B. durch ein nicht funktionstüchtiges Narkosegerät, Verabreichung nicht steriler Infusionsflüssigkeit o. ä.) zu Schaden gekommen ist.⁴

Das ist mit der vorliegenden Konstellation nicht vergleichbar.

Wie überhaupt im Bereich der ärztlichen Pflichten, handelt es sich auch bei der Pflicht, die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren zu treffen, nicht um eine erfolgsbezogene Pflicht, da auch hier Vorgänge im lebenden Organismus in Frage stehen. Solche Vorgänge können nicht in ausnahmslos allen Fällen so beherrscht werden - wie auch gerade die im vorliegenden Fall vom Sachverständigen Dr. H. dargelegten Studien und Publikationen belegen -, dass bereits der ausbleibende Er-

folg auf ein Verschulden bei der Behandlung bzw. Pflege des Betroffenen hindeutet.⁵

Das gilt im vorliegenden Fall noch in besonderem Maße, weil die Versicherte der Klägerin wegen bereits bestehender Druckgeschwüre in das Krankenhaus der Beklagten eingeliefert wurde und letztlich auch erfolgreich behandelt worden ist.

Im Übrigen hat auch der Bundesgerichtshof zur Haftung eines Krankenhausträgers betreffend Behandlungsfehler im Rahmen der Druckgeschwür-Prophylaxe keine schlechthin erfolgsbezogene Pflicht mit der Folge der Umkehrung der Beweislast beim Auftreten eines Dekubitus-Geschwürs angenommen (vgl. BGH NJW 1988, 762).

b.) Unabhängig davon erstreckt sich die Beweislastumkehr in den Fällen, in denen es um die Verwirklichung voll beherrschbarer Risiken geht, nur auf den Nachweis des Behandlungsfehlers, aber nicht auf den gesamten haftungsbegründenden Tatbestand. **Auch im Bereich der Haftung für voll beherrschbaren, Risiken ist der Patient nicht davon befreit, den Kausalitätsnachweis zu führen.**⁶

Diesen Nachweis hat das Landgericht rechtsfehlerfrei als nicht erbracht festgestellt. Auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils, S. 9-10 (Bl. 337 bis 338 d.A.), wird Bezug genommen.

(...)

3. Mit der erstmals im Berufungsverfahren aufgestellten Behauptung, bei der Versicherten der Klägerin sei eine bereits am 7.5.2002 diagnostizierte Anämie nicht

¹ OLG Düsseldorf, Urt. v.16.06.04 (Az. 15 U 160/03)

² BGH, Urt. v. 26.01.99 (Az. VI ZR 37/97), in NJW 1999, S. 1779 f.

³ BGH NJW 1995, 1618; VersR 1984, 386

⁴ vgl. OLG Düsseldorf a.a.O.

⁵ vgl. OLG Düsseldorf a.a.O.

⁶ Gehrlein, Grundriss der Arzthaftpflicht, 2. Auflage, Rn. 135 m.w.N

behandelt worden, kann die Klägerin mangels Darlegung hinreichender Zulassungsvoraussetzungen des § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO nicht mehr gehört werden.

Die Zulassung dieses – hinsichtlich seiner tatsächlichen Grundlagen streitigen neuen Behandlungsfehlervorwurfs kann nicht daraus abgeleitet werden, dass sich die Anämie und ihre Nichtbehandlung angeblich aus den Krankenunterlagen ergäben. Es ist – auch unter den besonderen Bedingungen des Arzthaftungsprozesses – nicht Aufgabe des Gerichts, selbstständig aus medizinischen Behandlungsunterlagen möglicherweise denkbare Behandlungsfehlervorwürfe zu entwickeln. Ein solches Vorgehen verstieße gegen den Parteibeibringungsgrundsatz und die richterliche Neutralitätspflicht.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist der neue Vorwurf einer nicht rechtzeitig behandelten Anämie auch nicht bereits von der Behauptung umfasst, die Mitarbeiter der Beklagten hätten die Behandlung der Versicherten der Klägerin fehlerhaft verlängert. Die gegebenenfalls eingetretene Verlängerung wäre allenfalls die Folge ein Behandlungsfehlers, nicht aber der – konkret vorzutragende - Behandlungsfehler selbst.

Die Klägerin kann die erstmalige Geltendmachung des neuen Behandlungsfehlervorwurfs auch nicht mit der Begründung entschuldigen (§ 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO), sie sei zwar eine Krankenkasse, aber nicht Sachverständige in Medizinrechtsfragen und müsse deshalb nicht wissen, dass auch ein Behandlungsfehler wegen der Nichtbehandlung der behaupteten Anämie bis zum 18.7.2002 vorgelegen habe. Selbst wenn man der Klägerin selbst grundsätzlich unzureichende medizinische Sachkenntnis zugestehen wollte, so ist dieser Umstand für den verspäteten Behandlungsfehlervorwurf jedenfalls nicht ursächlich geworden.

In der der Berufungsbegründungsschrift beigefügten gutachterlichen Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vom 28.1.2008, S. 4 (Bl. 407 d.A.), heißt es: “Die nochmalige Durchsicht der Unterlagen ergab zudem einen neuen Aspekt. Im Erstgutachten wurde angesichts der vermeintlich eindeutigen Sachlage (in Bezug auf die mangelhafte Druckentlastung) nur flüchtig bemerkt, dass eine Anämie zwischenzeitlich behandelt wurde. Die erneute Analyse zeigte hier in Bezug auf Diagnostik und Therapie doch erhebliche Mängel.“

Derselbe medizinische Dienst hat auf Seiten der Klägerin das Verfahren bereits seit dem Jahre 2002 ständig begleitet und für die Klägerin dieselben Behandlungsunterlagen ausgewertet wie nochmals für das Berufungsverfahren. Folglich bestand schon in erster Instanz für die Klägerin schon nicht (mehr) das für die Patientenseite typische Sachkundedefizit.

In Arzthaftungsprozessen dürfen zwar an die Substantiierungspflicht des Klägers nur maßvolle und verständlich geringe Anforderungen gestellt und Lücken im Vortrag betreffend den medizinischen Sachverhalt nicht dem Kläger angelastet werden. Dies gilt aber nur solange, wie das typische Sachkundedefizit auf der Patientenseite bei der Einsicht in das Behandlungsgeschehen und der Erfassung, Beurteilung und Darstellung medizinischer Vorgänge nicht durch medizinische Aufklärung aufgehoben oder wenigstens gemindert ist.⁷

Dies ist bei der Klägerin schon in erster Instanz der Fall gewesen, weil ihr die für die Erhebung des jetzigen Vorwurfs einer unzureichend behandelten Anämie nötige Sachkunde und erforderlichen Erkenntnisse bereits seinerzeit zur Verfügung gestanden haben. Sie kann deshalb mit dem neuen Be-

⁷ OLG Oldenburg NJW-RR 1999, 1153, 1154 m.w.N.

handlungsfehlervorwurf im Berufungsverfahren nicht mehr gehört werden.

(...)

Hinweis:

Der Hinweisbeschluss des OLG Braunschweig soll zum Anlass genommen werden, in Kürze den diesseitigen Beitrag

Dekubitus und Ulcus cruris

- wer trägt die haftungsrechtliche Verantwortung?

v. Lutz Barth, 21.02.06



>>> [Pdf. Dokument aufrufen und drucken](#) <<<

zu überarbeiten.

Vgl. im Übrigen auch:

Dekubitus – ein vom Demenzpatienten zu tragendes (unvermeidbares) Risiko?

Was war passiert?

„Der Gesundheitszustand einer neunzigjährigen Frau war wesentlich gekennzeichnet durch eine(n) zerebro-vasculäre Insuffizienz mit seniler Demenz und wechselnder neurologisch-psychischer Symptomatik, schwankend zwischen zeitweiser Kooperationsfähigkeit und schwerer Verwirrtheit mit vollständiger Kooperationsunfähigkeit, insulinpflichtigen Diabetes mellitus, kompensierte chronische Niereninsuffizienz.

In einem Zustand hochgradiger Verwirrung und wechselnder Bewusstseinsstörungen wurde die Patientin in einer Klinik für Innere Medizin stationär aufgenommen und wegen der Hirndurchblutungsstörung spezifisch behandelt. Der neurologisch-psychische Befund bildete sich im Laufe der Behandlung weitgehend zurück, so dass die Patientin nach drei Wochen wieder in die häusliche Pflege entlassen werden konnte.

Im Rahmen der stationären Behandlung traten Dekubitalulzera am Gesäß und an beiden Fersen auf, die im Laufe des stationären Aufenthaltes nicht abheilten. Die Angehörigen sahen die Ursache für die Druckgeschwüre in ärztlichen und pflegerischen Versäumnissen.“ »»»

Quelle: **nä 12/2007 aus der Serie: von fall zu fall** - Aus der Sammlung der Norddeutschen Schlichtungsstelle. Diesmal: Unterlassene Dekubitusprophylaxe – Fehler, aber kein Haftungsanspruch v. Prof. Dr. med. Heinrich Vinz >>> zum vollständigen Text >>>

http://www.haeverlag.de/nae/n_beitrag.php?id=1941

Schwerpunkt: Dekubitus

(aus einer älteren Auflage der Webpräsenz des IQB)

BGH - VI ZR 215/84 – 18.03.86 „Grundsatzentscheidung“ (siehe unten)

OLG Köln, Urteil v. 04. 8. 1999 „Schmerzensgeldhöhe“ (siehe unten)

OLG Oldenburg, Urteil v. 14. 10. 1999 „Behandlungsfehler“ (siehe unten)

**Dekubitus - Grundsatzentscheidung
BGH - VI ZR 215/84 – 18.03.86**

- *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.*
- *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, überwiesen 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 sei 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.

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:

I. Das Berufungsgericht entnimmt dem vom Landgericht eingeholten Sachverständigengutachten, dass auch bei der Anwendung der Maßnahmen, die nach der Behauptung der Beklagten zur Verhinderung eines Durchliegegeschwürs ergriffen worden sein sollen, das Geschwür nicht mit Sicherheit vermieden worden wäre und dass die Nichtverwendung einer Dekubitus-Matratze und von medizinischen Lammfellen nicht sorgfaltswidrig gewesen sei. Anhaltspunkte dafür, dass nach den bei einer Krankenanstalt wie dem Krankenhaus C.-Straße zu erwartenden Standard Drehbetten hätten vorgehalten werden müsse, seien ebenfalls nicht ersichtlich. Außerdem geht das Berufungsgericht aufgrund des vorliegenden Gutachtens davon aus, die Behandlung des entstandenen Durchliegegeschwürs sei dann als ausreichend anzusehen, wenn die von der Beklagten behaupteten prophylaktischen Maßnahmen zur Verhinderung eines Dekubitus weitergeführt und die in den Krankenunterlagen genannten Medikamente angewendet worden seien. Die Klägerin habe jedoch nicht den Beweis geführt, dass diese Maßnahmen ganz oder zum Teil nicht getroffen worden seien. Das Berufungsgericht würdigt dabei die Zeugenaussagen abweichend vom Landgericht. Zu einer erneuten Vernehmung der Zeugen hat sich das Berufungsgericht nicht verpflichtet gefühlt, da es in Übereinstimmung mit dem Landgericht keine Zweifel an der persönlichen Glaubwürdigkeit der Zeugen gehabt hat. Nach Auffassung des Berufungsgerichtes kommen für die Klägerin auch keine Beweiserleichterungen in Betracht. Weil auch bei sorgfältiger Pflege ein Durchliegegeschwür nicht in jedem Falle vermeidbar sei, könne allein aus der Tatsache, dass ein solches Geschwür aufgetreten sei, nicht schon auf eine grobe Sorgfaltspflichtverletzung geschlossen werden. Auch der Gesichtspunkt der mangelnden Dokumentation des ersten Auftretens des Dekubitus und der fehlenden Pflegeberichte rechtfertige keine Beweiserleichterung.

II. Die von der Revision erhobenen Verfahrensrügen führen zur Aufhebung des Berufungsur-

teils und zur Zurückweisung der Sache an das Berufungsgericht.

1. Die Revision rügt zunächst mit Recht, dass das Berufungsgericht nicht abweichend von dem Landgericht den von diesem erhobenen Zeugenbeweis dahin würdigen durfte, es sei nicht bewiesen, dass die Beklagte die von ihr behaupteten pflegerischen Maßnahmen unterlassen habe, ohne die Zeugen nochmals zu vernehmen. Zwar steht die erneute Vernehmung eines in erster Instanz bereits vernommenen Zeugen grundsätzlich im Ermessen des Berufungsgerichts; diesem Ermessen sind jedoch Grenzen gesetzt. Eine Wiederholung der Beweisaufnahme ist erforderlich, wie auch das Berufungsgericht an sich zutreffend erkannt hat, wenn der zweitinstanzliche Richter die Glaubwürdigkeit von Zeugen abweichend vom erstinstanzlichen Gericht würdigen will (vgl. hierzu Senatsurteil vom 7. Juli 1981 -VI ZR 48/80 - VersR 1981, 1079); darüber hinaus aber auch, wenn des deren Aussagen anders versteht als der erstinstanzliche Richter (vgl. BGH, Urteil vom 3. Februar 1984 - V ZR 190/82 - VersR 1984, 537, 538 m.w.N.). Von einer erneuten Vernehmung kann das Berufungsgericht dann allerdings absehen, wenn es im Berufungsverfahren ausschließlich darum geht, ob der Inhalt der protokollierten Aussagen (objektiv) für die Beweisfrage ergiebig ist oder nicht (vgl. zuletzt Senatsurteil vom 8. Januar 1985 - VI ZR 96/83 - VersR 1985, 341, 342 m.w.N.). Diese Voraussetzung war im Streitfall nicht erfüllt. In die Beurteilung der Zeugenaussagen durch das Berufungsgericht sind vielmehr eine Reihe von Umständen eingeflossen, die über die Frage der objektiven Ergiebigkeit der Aussage für die Beweisfrage hinausgehen, z. B. der Hinweis des Berufungsgerichts, dass es sich bei den Zeugen ausnahmslos um Angehörige der Klägerin gehandelt habe. Darüber hinaus hat das Berufungsgericht Feststellungen über die Wahrnehmungsmöglichkeit der Zeugen und zu Umfang und Intensität ihrer Wahrnehmungen getroffen, die eng mit deren Glaubwürdigkeit zusammenhängen, und die das Landgericht ersichtlich ebenfalls anders beurteilt hat (z. B. die vom Landgericht auf S. 6 seines Urteils erwähnte Schilderung der Schwester der Klägerin über die Seitenlagerung und den Einsatz des Wasserkissens).

2. Die Revision wendet sich mit Erfolg aber auch gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, der Gesichtspunkt der mangelnden Dokumenta-

tion 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 Krankbett 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 C.-Straße 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 Dekubitusmatratze 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.

OLG Oldenburg, Urteil v. 14. 10. 1999

- **Ein Dekubitus 4. Grades beim Bewohner eines Pflegeheims rechtfertigt ein Schmerzensgeld von 35000 DM.**

Aus dem Sachverhalt:

Die Klägerin, die an Morbus Alzheimer erkrankt ist, nimmt den Beklagten wegen unzureichender Pflege in dessen Pflegeheim auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Anspruch. Der Ehemann der Klägerin unterzeichnete für diese einen Pflegeheimvertrag mit dem Beklagten. Auf Grund der bei der Klägerin bestehenden senilen Demenz mit einem depressiven Erscheinungsbild war und ist die Klägerin verbal wie auch schriftlich nicht zu verständlichen Äußerungen in der Lage. Am 21. 1. 1998 überwies der die Klägerin behandelnde Facharzt die Klägerin zur stationären Behandlung in ein Hospital. Bei der Aufnahme der Klägerin im Hospital wurde am Steiß ein Dekubitus des 4. Grades mit Nekrosen zur Größe von 10 cm mal 5 cm festgestellt. Aus dem Operationsbericht vom 29. 1. 1998 ergibt sich, dass die bei der Klägerin vorhandenen Nekrosen aus der Tiefe mit einem scharfen Löffel sowie einer Schere entfernt worden sind, wobei sich ein Teil des Steißbeins, welches sich bereits in Destruktion befand, mit entfernt werden mußte. Außerdem wurde bei der Klägerin ein Anus praeter angelegt, um zu verhindern, dass die Analausscheidungen die Wunde des Dekubitus verschmutzten und sie sich entzündete. Die Klägerin blieb bis zum 6. 3. 1998 in stationärer Behandlung im Krankenhaus. Die Wunde ist bis heute nicht endgültig verheilt. Im Steißbeinbereich der Klägerin befindet sich seitdem eine deutliche Eindellung. Der Bekl. hat behauptet, bis zu ihrer Einweisung ins Krankenhaus am 21. 1. 1998 sei bei ihr kein Dekubitus festgestellt worden. Das LG hat den Beklagten zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von 25000 DM verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Gegen dieses Urteil haben sowohl die Klägerin wie auch der Beklagten Berufung eingelegt. Erfolg hatte nur das Rechtsmittel der Klägerin.

Aus den Entscheidungsgründen:

Die Klägerin hat gegen den Beklagten Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes von 35000 DM gem. §§ 823 I, 847 BGB i.V. mit § 831 BGB.

Nach dem Ergebnis der vor dem Senat durchgeführten Beweisaufnahme bestand bei der Klägerin zumindest seit dem Zeitpunkt ihrer Rückverlegung vom Landeskrankenhaus W. in das Pflegeheim des Bekl. am 19. 11. 1997 ein Dekubitus 2. Grades.

Dieser Dekubitus hat sich auf Grund grober Pflegefehler im Heim des Bekl. zu einem Dekubitalgeschwür 4. Grades mit Nekrosen zur Größe von 10 mal 5 cm entwickelt, weshalb die operative Entfernung der Nekrosen sowie die Anlegung eines Anus praeter am 29. 1. 1998 erforderlich geworden ist. Dies ergibt sich aus dem schriftlichen Gutachten des Sachverständigen M. Der Sachverständige hat ausgeführt, eine fachgerechte Behandlung hätte hier den schweren Verlauf vermeiden können.

Dieser Einschätzung hat sich der Senat angeschlossen. Die Behandlung der Klägerin im Heim des Bekl. verstößt auch nach der Ansicht des Senats eindeutig gegen bewährte Pflegebehandlungsregeln und ist deshalb ein Fehler, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Pfleger schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Das Pflegepersonal hat zu spät den Dekubitus erkannt, die Klägerin nicht einem Arzt vorgestellt und geeignete Maßnahmen (Dekubitusprophylaxe) nicht durchgeführt. Deshalb greifen für die Frage der Kausalität zwischen dem Pflegefehler und der Entwicklung des Dekubitus 2. zu einem 4. Grades zudem die Regeln über Beweiserleichterungen ein, die generell im Fall grob behandlungsfehlerhaften Verhaltens anzuwenden sind (BGH, NJW 1998, 1780).

Der Senat hielt unter Berücksichtigung aller Umstände die Zahlung eines Schmerzensgeldes von insgesamt 35000 DM für angemessen. Im Rahmen der Genugtuungsfunktion des Schmerzensgeldes war zu berücksichtigen, dass die Klägerin dem Beklagten besonderes Vertrauen entgegengebracht hat; sie war ihm und seinen Mitarbeiterinnen zur Pflege anvertraut und auf die Sorgfalt des Personals angewiesen. Die Klägerin konnte sich wegen ihres Zustandes weder wehren noch Hilfe verlangen. Dadurch ist das entgegengebrachte Vertrauen mißbraucht und enttäuscht worden. Das Fehlverhalten wiegt vor diesem Hintergrund besonders schwer und bedarf einer deutlichen Genugtuung.

Im Rahmen der Ausgleichsfunktion fiel schmerzensgelderhöhend ins Gewicht, dass die Klägerin immerhin zwei Monate an dem Dekubitus gelitten hat, ein stationärer Krankenhausaufenthalt von rund sechs Wochen sowie ein operative Entfernen der Nekrosen wie auch das Anle-

gen des künstlichen Darmausgangs und eine Nachoperation erforderlich geworden ist. Eine Rückverlegung des Anus praeter ist auf Dauer als medizinisch nicht angeraten auszuschließen, weshalb die heute 65-jährige Kl. für den Rest ihres Lebens den künstlichen Darmausgang haben wird.

In der Folge muss die Klägerin überdies wegen ihres Morbus Alzheimer insbesondere nachts durch ein Fixieren ihrer Hände, das der Senat nach den Umständen ohne Weiteres für glaubhaft hält, daran gehindert werden, den Beutel an ihrem künstlichen Darmausgang abzureißen, was bei der grundsätzlich bestehenden Unruhe von Alzheimer Patienten für die Klägerin besonders belastend ist. Nicht zuletzt hat sich auf die Höhe des Schmerzensgeldes auch das Verhalten des Bekl., der im Prozess bewusst falsch vorgetragen hat, ausgewirkt.

Schmerzensgeldmindernd hat der Senat berücksichtigt, dass die Lebensqualität der an Morbus Alzheimer leidenden Kl. bereits zuvor durch diese Krankheit stark eingeschränkt war, wenn auch hingegen wegen dieser Krankheit die Fähigkeit der Klägerin die ihr infolge der Pflegefehler zugefügten Schmerzen und Bewegungsbehinderungen wahrzunehmen nicht eingeschränkt war, allerdings sie diese infolge des Morbus Alzheimer "sofort vergessen" hat.

OLG Köln, Urteil v. 4. 8. 1999

- *Das Auftreten eines erheblichen Druckgeschwürs (hier: praesakraler Dekubitus 4. Grades) lässt regelmäßig auch bei einem Schwerstkranken auf grobe Pflege- und/oder Lagerungsmängel schließen.*
- *25000 DM Schmerzensgeld bei sakralem Dekubitus (17 cm Durchmesser, 6 cm Tiefe, Wirbelsäule teilweise freiliegend, nach Ausheilung Schmerzhaftigkeit beim Sitzen und Gehen, 70-jähriger Mann).*

Aus dem Sachverhalt:

Am 16. 12. 1995 wurde der 1925 geborene Kläger wegen Herzinfarktverdacht zur stationären Behandlung bei der Beklagten zu 1 eingeliefert. Wegen akuten Linksherzversagens verlegte man

den Kläger am 21. 12. 1995 auf die Intensivstation, wo es zu einer Langzeitbeatmung kam. Verantwortlicher Chefarzt für die Behandlung des Klägers war der Beklagte zu 2. Zwei Tage später stellten sich erste Rötungen der Fersen des Klägers ein und seine Analfalte war offen; es entwickelte sich ein Dekubitus 1. Grades.

Auf Grund seines schlechten Gesundheitszustandes konnte der Kläger erst am 2. 1. 1996 in ein Spezialbett "Century CC Hillroom" umgebettet werden. Am 4. 1. 1996 wurde der Klägerin von der Beatmung abtrainiert. Einen Tag später teilte ein Arzt den Kindern des Klägers mit, dass die Situation ihres Vaters hoffnungslos sei und er in den nächsten zwei bis drei Tagen sterben werde. Dies war jedoch nicht der Fall. In der Folgezeit weitete sich der Dekubitus des Klägers zu einem großen praesakralen Dekubitus 4. Grades aus. Am 18. 1. 1996 wurden Nekrosen des Dekubitus im Gesäßbereich chirurgisch abgetragen, und es erfolgte eine fortlaufende Versorgung mit Varidase.

Am 31. 1. 1996 wurde der Kläger entlassen. Inzwischen hatte sich der sakrale Dekubitus auf einen Durchmesser von ca. 17 cm und eine Tiefe von ca. 6 cm ausgeweitet, dass die Wirbelsäule des Klägers erkennbar war. Trotz intensiver häuslicher Pflege heilte die Wunde nur sehr langsam zu. Noch heute ist dem Kläger das Sitzen nur unter Schmerzen möglich, ebenso das Gehen. Mit Schreiben vom 14. 6. 1996 forderte der Klägerin die Haftpflichtversicherung der Beklagten vergeblich zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 25000 DM bis zum Ablauf des Monats Juni 1996 auf.

Das LG hat der Klage stattgegeben. Die Berufung der Beklagten hatte keinen Erfolg.

Aus den Entscheidungsgründen:

Zu Recht ist das LG den weiteren Beweisangeboten der Beklagten nicht nachgegangen, nach deren Vortrag über die dokumentierten Maßnahmen hinaus weitere pflegerische Maßnahmen erfolgt sein sollen. Dem diesbezüglichen Beweisangebot der Beklagten war deshalb nicht zu entsprechen, weil der ihm zu Grunde liegende Sachvortrag nicht ausreichend substantiiert ist. Die Bekl. haben lediglich vorgetragen, es werde in das Wissen der vorbezeichneten Pflegekräfte gestellt, dass diese während ihres jeweiligen Dienstes den Kläger auch häufiger gepflegt bzw.

gewendet hätten als dies in den Pflegeberichten vermerkt wurde. In diesem Zusammenhang weisen die Bekl. selbst darauf hin, dass sich die Zeugen natürlich heute nicht mehr an minutengenaue Angaben erinnern können und insoweit auch kein weitergehender substantzierter Vortrag erfolgen könne.

Dieses Vorbringen ist jedoch nicht ausreichend substantiiert, um eine Beweisaufnahme zu veranlassen. Zwar wären keine minutengenauen Angaben für einen substantiierten Vortrag zu verlangen gewesen, wohl aber eine Angabe dazu, in welchem turnusmäßigen Zeitraum beispielsweise Lageveränderungen des Klägers durchgeführt worden sein sollen bzw. was sonst an pflegerischen Maßnahmen in diesem kritischen Zeitraum erfolgt sein soll und weshalb diese angeblichen weitergehenden Maßnahmen nicht dokumentiert worden sind. Die Bekl. hätten zumindest vortragen können, es sei z.B. der Klägerin im zwei-Stunden-Rhythmus umgelagert worden, und in einem entsprechenden zeitlichen Turnus sei das Dekubitusgeschwür auch gereinigt bzw. eingecremt worden. Der pauschale Vortrag, der Kläger sei häufiger gepflegt und gewendet worden als in den Pflegeberichten vermerkt, reicht nicht aus und läuft auf eine Ausforschung durch Vernehmung von Zeugen hinaus.

Im übrigen haben die Beklagten auch - wie bereits erwähnt - keine auch nur einigermaßen nachvollziehbare Erklärung dafür angeboten, weshalb weitergehende Maßnahmen in den Pflegeberichten nicht vermerkt worden sein sollen, obwohl angesichts des Vorhandenseins dieser formularmäßig vorgefertigten Pflegebögen es bei den Beklagten doch gerade zum pflegerischen Standard gehören musste, eine ausreichende Dekubitusprophylaxe durchzuführen und auch zu dokumentieren.

Dass die Pflege des Klägers im fraglichen Zeitraum schwere Defizite aufgewiesen hat, ergibt sich mit Deutlichkeit aus den Ausführungen des erstinstanzlichen Sachverständigen Prof. Dr. M. Sowohl nach dessen Ausführungen als auch nach seiner beruflichen Funktion und Qualifikation ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass er in hervorragender Weise geeignet ist, die Qualität einer Krankenpflege - insbesondere in Richtung auf die gebotene Vorsorge gegenüber der Gefahr der Ausbildung von Dekubitusgeschwüren - zu beurteilen; denn gerade als langjähriger Leiter einer geriatrischen Klinik war

er - dies auch nach seiner eigenen Bekundung - wiederholt mit dem Auftreten von Dekubitusgeschwüren beschäftigt, hat zu diesem Thema bereits einen Kongress organisiert und verfügt deshalb insoweit über qualifizierte Kenntnisse und Erfahrungen.

Der Sachverständige hat mit nicht zu überbietender Deutlichkeit festgestellt, dass - auch bei schwerstkranken Patienten - das Auftreten von Dekubiti immer vermeidbar ist, sei es durch häufige Umlagerung, die auch bei Erkrankungen der beim Kläger vorliegenden Art durchaus möglich ist, sei es durch Eincremen oder/und aber durch Einsatz von Spezialbetten. Die Ausführungen des Sachverständigen, die das LG bereits zutreffend und ausführlich gewürdigt hat, überzeugen insbesondere auch deshalb, weil die Dekubiti beim Kläger just an den Körperstellen aufgetreten sind, auf denen der Aufliegedruck bei längerem Liegen ohne Lagewechsel besonders stark ist. Die Ausführungen des Sachverständigen dazu, dass die beim Kläger aufgetretenen Dekubiti schwere Versäumnisse der ärztlichen Überwachung und pflegerischen Betreuung zeigen und dass nach den Pflegeberichten jedenfalls zwischen dem 7. und 10. 1. 1996 die notwendige Lagerung sträflich vernachlässigt wurde, sind in jeder Hinsicht überzeugend und nicht ergänzungsbedürftig, dies insbesondere vor dem Hintergrund der weiteren Ausführungen des Sachverständigen, wonach bei dem schwerstkranken Kläger eine zweistündige Lagerungsänderung zwingend erforderlich gewesen wäre und im Übrigen weitaus zu oft eine Lagerung auf dem Rücken erfolgte, wobei eine weitere Verschlechterung des Dekubitus durch über Stunden anhaltenden direkten Auflagedruck in Kauf genommen wurde. Die vom Sachverständigen so bezeichneten schweren Defizite hinsichtlich der pflegerischen Aktivitäten sind zweifelsohne in Übereinstimmung mit dem LG als schwere Behandlungsfehler zu werten.

Die Beklagten haben auch nicht etwa zu beweisen vermocht, dass gleichwohl das Auftreten der Dekubiti beim Kläger nicht auf diesen Behandlungsfehlern beruht. Gerade das Gegenteil ergibt sich vielmehr aus den weiteren Ausführungen des Sachverständigen, die insbesondere auch deshalb überzeugen, weil auch durch die vom Kläger vorgelegten Fotos ohne weiteres nachvollziehbar wird, dass derart umfängliche und tiefgehende Geschwürbildungen schlechterdings nur auf einem gänzlich unzulänglichen Pflege-

status beruhen können. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang auch die Behauptung der Beklagten widerlegt, dass die schwere Geschwürbildung auf dem schlechten gesundheitlichen Gesamtzustand des Klägers beruhe. Nach seinen Ausführungen sind auch bei Schwerstkrankheitsfällen Dekubiti - jedenfalls aber solche des vorliegenden Ausmaßes - ohne weiteres vermeidbar, wenn häufige Lageänderungen durchgeführt oder aber Spezialbetten eingesetzt werden. Überzeugend hat der Sachverständige in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass gerade bei einem schwerstkranken Patienten besondere Zuwendung - auch im pflegerischen Bereich - zu verlangen ist und dann auch zur Vermeidung von Dekubiti führt. Selbst wenn der Klägerin seinerzeit in medizinischer Hinsicht als moribund gewertet wurde, entband dies die behandelnden Ärzte bzw. das Pflegepersonal nicht von der Anwendung der auch bei einem sonstigen kranken Patienten gebotenen pflegerischen Sorgfalt.

Nach allem ist ein Schadensersatzanspruch der Beklagten zu bejahen, wobei das vom LG zuerkannte Schmerzensgeld angesichts des auch fotografisch dokumentierten Zustandes des Klägers als Folge der pflegerischen Defizite eher an der unteren Grenze des Angemessenen liegt

(...)

Vgl. ferner

["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](#) (pdf.)

[>>> Zurück zum IQB-Internetportal <<<](#)

[>>> Zum Portal Zeitschrift APfIR <<<](#)

[>>> Gerontopsychiatrierecht <<<](#)

© IQB 2009

[>>> Impressum/Haftungsausschluss <<<](#)

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser verbunden.

[>>> E-mail: webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)

[>>> home: Zur Webpräsenz: http://www.iqb-info.de/](http://www.iqb-info.de/)