

Ungenutzte Venenverweilkanülen zeitnah entfernen

Aus der Arbeit der Gutachterkommission

von Dr. med. Carsten Cordes
und Christiane Neue, LL.M.¹

Gefäßkatheter, allen voran periphere Venenverweilkanülen, werden bei einem Großteil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten angewendet. Sie können Eintrittspforte für Keime sein, die unterschiedliche Komplikationen von lokalen Entzündungen über Thrombophlebitiden bis hin zur Sepsis auslösen können. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) hat vor diesem Hintergrund Empfehlungen veröffentlicht zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen.² Sie empfiehlt darin unter anderem, die Indikation für die weitere Nutzung täglich zu prüfen und nicht mehr benötigte periphere Venenverweilkanülen sofort zu entfernen.

Auch die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen hat sich in der Vergangenheit mit Komplikationen bei „vergessenen“ Venenverweilkanülen beschäftigt und in diesem Zusammenhang Behandlungsfehler festgestellt.

Krankengeschichte

Der Antragsteller, der bereits wegen eines Bandscheibenvorfalles operiert worden war, begab sich aufgrund von erneuten Rückenschmerzen in stationäre Behandlung. In der Notaufnahme erhielt er eine Venenverweilkanüle in der Ellenbeuge. Bei dem Patienten wurden in den folgenden Tagen peridurale Injektionen durchgeführt. Eine intravenöse Medikamentengabe erfolgte nicht. Am 10. Tag des stationären Aufent-



haltes beklagte der Patient eine Schwellung und Rötung der Einstichstelle des Venenzugangs. Dieser wurde daraufhin entfernt. Es wurde eine oberflächliche und tiefe Armvenenthrombose festgestellt und eine Antikoagulation eingeleitet. Eine zunächst geplante operative Versorgung seines Wirbelsäulenleidens musste deswegen verschoben werden.

Medizinische Beurteilung

Nach der gutachterlichen Beurteilung war vorliegend ein Behandlungsfehler festzustellen, da die in der Notaufnahme in der rechten Ellenbeuge des Patienten angelegte Venenverweilkanüle erst am 10. Tag entfernt wurde. Intravenöse Medikamentengaben erfolgten in dieser Zeit nicht und waren auch nicht geplant. Der Gutachter hat auf die oben genannte KRINKO-Empfehlung verwiesen, nach denen Venenverweilkanülen sofort entfernt werden sollten, wenn sie nicht genutzt werden.

Ein Belassen der Kanüle für den Fall, dass eine intravenöse Gabe eventuell nötig wird, ist abzulehnen. Eine Kanüle im Hinblick auf mögliche zukünftige intravenöse Applikationen zu belassen, kann in besonderen Fällen medizinisch begründet sein, z. B. vor bestimmten Eingriffen, bei denen Komplikationen auftreten können, oder bei allergiegefährdeten Patienten mit Anaphylaxie in der Anamnese. Die Begründung für eine rein prophylaktische Verweilkanüle muss dokumentiert werden. Die Anlage oder der Verbleib einer Venenverweilkanüle ohne Begründung stellt einen Eingriff ohne medizinische Indikation dar.

Hätte die Kanüle aufgrund einer medizinischen Notwendigkeit verbleiben müssen,

dann wäre zudem ein Wechsel auf eine geeignetere Stelle als die Ellenbeuge sinnvoll gewesen. Die Platz-

zierung am Unterarm außerhalb der Ellenbeuge ist unbedingt zu bevorzugen, da Verweilkanülen in der Ellenbeuge aufgrund der Gefäßwandtraumatisierung durch Mikrobewegungen schneller und häufiger zur Thrombophlebitis neigen.

Der Gutachter konnte darüber hinaus keine Dokumentation der Pflegemaßnahmen und des Zustandes der Punktionsstelle in der Patientenakte finden. Vielmehr war im vorliegenden Fall die Venenverweilkanüle pflegerisch überhaupt nicht erfasst worden. Ein täglicher Verbandwechsel ist nach den KRINKO-Empfehlungen zwar nicht erforderlich, aber es sollte täglich zumindest eine Inspektion oder lokale Palpation erfolgen. Dies sollte im Ergebnis dokumentiert werden.

Grober Behandlungsfehler in der Gesamtschau

Einem Patienten steht ein Schadensersatzanspruch zu, wenn er beweisen kann, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser zu gesundheitlichen Schädigungen geführt hat. Die Beweislast liegt dabei grundsätzlich auf Patientenseite, sodass etwaige Unsicherheiten zu seinen Lasten gehen. Wird im Verfahren allerdings ein grober Behandlungsfehler festgestellt, tritt eine Beweislastumkehr zulasten des Antragsgegners ein. Es wird dann vermutet, dass der Behandlungsfehler zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat.

Ein grober Behandlungsfehler kann auch dann festgestellt werden, wenn mehrere Behandlungsfehler in ihrer Vielzahl als schlechterdings unverständliches Vorgehen gewertet werden müssen. Es liegt nahe, im vorliegenden Fall die Summe der Behand-

¹ Dr. med. Carsten Cordes ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, vormals Chefarzt der Gollwitzer-Meier-Klinik Bad Oeynhausen und Ärztliches Mitglied der Gutachterkommission. Christiane Neue, LL.M., ist Syndikusrechtsanwältin und Juristische Leiterin der Gutachterkommission.

² www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/Device-assoziierte-postoperative-Infektionen/Tabelle_Gefaesskath_Rili.html?nn=16779640

Ein grober Behandlungsfehler liegt juristisch vor bei „einem eindeutigen Verstoß gegen ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“ (ständige Rechtsprechung, z. B. BGH, Urteil vom 11.06.1996 – VI ZR 172/95). Es handelt sich dabei um einen Verstoß gegen das „Fettgedruckte“ in der Medizin, also um einen Fehler, der als „völlig unverständlich und unverantwortlich“ erscheint.

lungsfehler (Belassen der Venenverweilkanüle in der Ellenbeuge ohne medizinische Indikation sowie unterlassene Überprüfung der Punktionsstelle) in der Gesamtschau als groben Behandlungsfehler zu qualifizieren.

Da der Kausalzusammenhang zwischen der belassenen Venenverweilkanüle und der Thrombophlebitis eindeutig war, kam es auf die rechtliche Einordnung in diesem Fall allerdings nicht entscheidend an. Denn die Gutachterkommission hatte keinen Zweifel, dass die belassene Venenverweilkanüle für die gesundheitlichen Nachteile des Patienten

ursächlich war, da andere Ursachen für die Thrombophlebitis nicht in Betracht kamen. Wäre die Venenverweilkanüle frühzeitig wieder entfernt worden, dann wäre es nicht einige Tage später zu der Infektion und der Armvenenthrombose gekommen. Für die damit verbundenen Beeinträchtigungen haftet die Klinik. Auch die verlängerten Beschwerden, die der Patient aufgrund der Verschiebung seiner Wirbelsäulenoperation zu erleiden hatte, sind ursächlich auf die Behandlungsfehler zurückzuführen und führen zu Schadensersatzansprüchen.

Evaluation der Weiterbildung 2026

Aufruf an alle Weiterbildungsbefugten

Von Birgit Grätz, Ressort Aus- und Weiterbildung der ÄKWL

Im Frühjahr 2026 startet die Ärztekammer Westfalen-Lippe zum neunten Mal eine Umfrage bei allen Ärztinnen und Ärzten, die sich in Weiterbildung zum Facharzt befinden. Nach einem leichten Rückgang der Beteiligung an der Evaluation im Jahr 2024 hofft die Kammer in diesem Jahr wieder auf hohe Akzeptanz mit einer Beteiligung von über 50 Prozent der zur Evaluation eingeladenen Kolleginnen und Kollegen.

Phase 1

Befugte Ärztinnen und Ärzte, die aktiv in einer Facharzt-, Schwerpunktcompetenz oder Zusatz-Weiterbildung weiterbilden, werden im Februar Post über das Mitgliederportal der Ärztekammer erhalten. Diese Mail dient der Vorbereitung der neunten Runde der Evaluation der Weiterbildung. Nach Anmeldung im Mitgliederportal der ÄKWL findet unter dem Pfad Weiterbildung → Weiterbildungsbefugter → Evaluation jede/r Wei-

terbildungsbefugte alle bei ihr/ihm zum 31.01.2026 laut Ärztekammer-Meldedatenbank tätigen Weiterzubildenden hinterlegt. Die Kammer bittet um Rückmeldung unter Nutzung des Mitgliederportals der ÄKWL, wenn die Daten unvollständig, nicht richtig oder idealerweise stimmig sein sollten.

Bitte melden Sie sich beim Ressort Aus- und Weiterbildung der Ärztekammer, wenn Sie als Weiterbildungsbefugte/r trotz eines oder mehrerer vorhandenen/r Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten bis zum 28.02.2026 nicht angeschrieben worden sein sollten. Nutzen Sie hierfür die unten angegebenen Kontaktdaten.

Phase 2

Die eigentliche Befragung der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten startet dann im Frühsommer und ist auf die Dauer von acht Wochen angelegt. Näheres wird hierzu zeitnah im Westfälischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Schon jetzt bittet die Ärztekammer alle Weiterbildungsbefugten: „Motivieren Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen zur Teilnahme an der Evaluation. Die Umfrage dient dazu, die

aktuelle Situation an den Weiterbildungsstätten darzustellen und Informationen zur Situation der Weiterbildung insgesamt zu gewinnen.“

Phase 3

Mit den ersten Ergebnissen ist im Herbst 2026 zu rechnen. Ende des Jahres 2026 werden die Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten ihre individuellen Evaluationsberichte erhalten, sofern sich genügend Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten der Weiterbildungsstätte beteiligt haben bzw. bei weniger als vier Teilnehmern ihr ausdrückliches Einverständnis gegeben haben.

Ziel der Evaluation der Weiterbildung ist, die Stärken und Schwächen der ärztlichen Weiterbildung aufzuzeigen und die Weiterbildung aktiv zu gestalten und – wo nötig – zu verbessern. Sollten die Ergebnisse der Befragung einen Verbesserungsbedarf deutlich machen, tritt die Ärztekammer Westfalen-Lippe in einen Dialog mit den an der Weiterbildung Beteiligten.

Weitere Informationen zur Evaluation der Weiterbildung gibt es beim Ressort Aus- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter Tel. 0251 929-2302 oder per E-Mail: eva-wb@aekwl.de.

