

Unzureichende Dekubitusprophylaxe kann zu Haftungsansprüchen führen

Aus der Arbeit der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe

von Dr. med. Thomas Schmidt und Christiane Neue, LL.M.¹

In der stationären Versorgung trifft den Träger der Einrichtung die organisatorische Verantwortung, Maßnahmen zur Vermeidung von Dekubiti bei Patientinnen und Patienten zu etablieren. Prophylaxe und Therapie sind dabei nicht allein pflegerische, sondern maßgeblich auch ärztliche Aufgabe. Während für die Pflege detaillierte Vorgaben zur Prävention von Dekubiti vorhanden sind, fehlen ärztliche Leitlinien in diesem Bereich weitestgehend. Dies ändert

Voll beherrschbares Risiko

Nach § 630h Absatz 1 BGB wird ein Fehler des Behandelnden vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

allerdings nichts an der medizinisch-fachlichen und haftungsrechtlichen ärztlichen Verantwortung, durch Anordnung und Kontrolle das individuelle Gefährdungsrisiko zu ermitteln und die erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen und zu kontrollieren.

Dekubitus kein voll beherrschbares Risiko des Behandelnden

Die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und eines darauf beruhenden Gesundheitsschadens liegt im Regelfall auf Patientenseite. Von dieser Regel gibt es im Arzthaftungsrecht Ausnahmen, sodass sich für einige spezielle Konstellationen eine andere Beweislastverteilung ergibt. Insbesondere für den Bereich der intraoperativen Lagerungsschäden ist seit Langem anerkannt, dass eine Einordnung in den Bereich des „voll beherrschbaren Risikos“ in Betracht kommt. Maßgeblich ist hierbei, dass es sich um eine Gefahr handelt, die aus dem Herrschafts- und Organisationsbereich des Behandelnden stammt und nicht aus der Risikosphäre von Patientin oder Patient. In den vergangenen Jahren wurde obergerichtlich aber wiederholt entschieden, dass die Entstehung eines Dekubitus während eines stationären Aufenthaltes regelmäßig kein „voll beherrschbares Risiko“ darstellt. Insoweit bleibt es bei der Beweislast der Patientenseite, die im konkreten

Einzelfall zu beweisen hat, dass Lagerungsmaßnahmen unzureichend waren und dass ein entstandener Dekubitus durch adäquate Lagerungsmaßnahmen vermieden worden wäre. Dieser Beweis dürfte in vielen Fällen von der Patientin oder dem Patienten nicht zu führen sein.

Unzureichende Dekubitusprophylaxe als „grober Behandlungsfehler“

Allerdings kommt eine Beweislastumkehr zu Lasten des Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers in Betracht, wenn die unzureichende Dekubitusprophylaxe als „grober Behandlungsfehler“ qualifiziert wird. Um eine solche rechtliche Einordnung zu vermeiden, kommt es auch auf eine adäquate pflegerische wie ärztliche Dokumentation an, wie der folgende Fall der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen zeigt:

Krankengeschichte

Antragsteller war ein 58-jähriger Patient, der an einem fortgeschrittenen Bronchialkarzinom mit Kachexie litt. Aufgrund einer Verschlechterung seines Allgemeinzustands sowie starker Schmerzen im Rücken wurde er stationär in der internistischen Klinik aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient mobil und selbstständig. Er erhielt

¹ Dr. med. Thomas Schmidt ist Facharzt für Innere Medizin, Ltd. Oberarzt im St. Franziskus-Hospital Ahlen und Ärztliches Mitglied der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen. Christiane Neue, LL.M., ist Syndikusrechtsanwältin und Juristische Leiterin der Gutachterkommission.

eine Schmerzmedikation aus Pregabalin, Oxycodon, Ibuprofen und einem täglichen Versatis-Pflaster. In den ersten Wochen bestand teilweise hohes Fieber. Nach einem Monat wurde der Patient in eine andere Abteilung verlegt. Zu diesem Zeitpunkt wurde erstmals ein Dekubitus Grad 3 am Steißbein festgestellt, der bis zu diesem Zeitpunkt nicht dokumentiert worden war.

Medizinische Begutachtung

Der beauftragte Gutachter hat klargestellt, dass ein Dekubitus in der medizinischen Behandlung schwerkranker Patienten nicht immer verhindert werden kann. Die Prophylaxe gehöre aber zum Pflegestandard und sei dokumentationspflichtig. Ärztliche Aufgabe sei es dabei, durch Anordnung und Kontrolle das individuelle Gefährdungsrisiko zu ermitteln und die erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen und zu kontrollieren. Zum Aufnahmezeitpunkt sei vorliegend richtigerweise ein Risikoassessment einschließlich Braden-Skala erfolgt, bei der kein erhöhtes Risiko für einen Dekubitus erhoben wurde. Bei dem Patienten bestanden nach gutachterlicher Einschätzung aber mehrere Gründe, die Einschätzung des Dekubitusrisikos regelmäßig zu wiederholen: Aufgrund starker Schmerzen sei bei dem Patienten eine engmaschige Anpassung der analgetischen Therapie und zum Teil mehrfach täglicher Abruf der Bedarfsmedikation mit Oxycodon erfolgt. In den ersten Wochen habe teilweise hohes Fieber bestanden. Zur Nacht sei regelmäßig das Sedativum Zopiclon verabreicht worden. Pflegerisch sei der Patient

wiederholt als „schlapp“ oder „schläfrig“ beschrieben worden, er habe zur Toilette begleitet oder ihm habe „beim Bewegen“ geholfen werden müssen. Zudem seien niedrige Blutdrücke in Kombination mit einer hohen Herzfrequenz dokumentiert. Auffällig sei auch die Mangelernährung gewesen, die vereinzelt durch parenterale Volumengabe, vor allem aber durch Fresubin ausgeglichen werden sollte.

Nach den gutachterlichen Feststellungen waren in der vorliegenden Angelegenheit weder eine Wiederholung der Risikoeinschätzung noch eine regelmäßige Inspektion der Haut dokumentiert. Diese Maßnahmen wurden als dokumentationspflichtig angesehen. Nach Aktenlage seien auch keine Prädilektionsstellen für einen Dekubitus vorsorglich mit pflegenden Substanzen behandelt worden. Auch von dem behandelnden ärztlichen Personal sei das Risiko nicht erkannt worden, denn es gebe keine entsprechende ärztliche Anordnung oder Dokumentation.

Rechtliche Bewertung

Nach den gutachterlichen Einschätzungen haben im vorliegenden Fall ärztliches und pflegerisches Personal eindeutig gegen bewährte medizinische Behandlungsregeln und gesicherte Erkenntnisse verstoßen. Die bis zur Verlegung in die andere Abteilung inadäquate bzw. fehlende Durchführung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe sei nicht verständlich und dürfe dem verantwortlichen Personal nicht passieren. Damit

erfüllt der Behandlungsfehler die Kriterien eines „groben Behandlungsfehlers“ nach § 630h Absatz 5 Satz 1 BGB. Wegen der damit verbundenen Beweislastumkehr wird gesetzlich vermutet, dass die unzureichende Dekubitusprophylaxe für das Entstehen des Dekubitus ursächlich war. Obwohl bei umfangreicher Schmerzmedikation keine expliziten Schmerzen des Patienten dokumentiert waren, ging die Gutachterkommission davon aus, dass der Dekubitus zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten geführt hat. Auch wenn das fortgeschrittene Tumorleiden im Vordergrund der Behandlung stand, hat die Gutachterkommission Schadensersatzansprüche des Patienten wegen der Entstehung des Dekubitus für gerechtfertigt gehalten.

Grober Behandlungsfehler

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.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210–214
48147 Münster, Tel. 0251 929-0
E-Mail: posteingang@aekw.l
de
Internet: www.aekwl.de

Redaktion:
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Klaus Dercks
Postfach 4067
48022 Münster
Tel. 0251 929-2102/-2103
Fax 0251 929-2149
E-Mail: kommunikation@
aekw.de

Verlag und Druck:
IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240
49479 Ibbenbüren
Tel. 05451 933-450
Fax 05451 933-195
E-Mail: verlag@ivd.de
Internet: www.ivd.de

Geschäftsführer:
Ralph Grummel,
Jürgen Menger
Anzeigenverwaltung:
Carolin Post
ISSN-0340-5257

Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Für Nichtmitglieder beträgt der jährliche Bezugspreis 81,00 € einschließlich Mehrwertsteuer und Zustellgebühr.
Das Westfälische Ärzteblatt erscheint monatlich.

geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

Titelbild:
Klaus Dercks

Redaktionsschluss ist am 5. jedes Vormonats. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. wird keine Verantwortung übernommen. Vom Autor gekennzeichnete Artikel

