

Stichworte: Pflegefehler, Dekubitus, Dekubitusprophylaxe, fehlerhafte Dokumentation, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, Gefährdungsskala, Schadensersatzanspruch des Patienten, Haftung des Krankenhauses, Haftung des Pflegepersonals, Schmerzensgeld,

Schmerzensgeld für Pflegemängel - mangelnde Dekubitusprophylaxe im Krankenhaus

Betroffene Normen: BGB § 253 Abs. 2, § 280 Abs. 1 Satz 1, § 823 Abs. 1

Leitsätze des Bearbeiters:

- 1. Aufgrund der Prädisposition der Klägerin war diese im Hinblick auf die Entstehung von Druckgeschwüren besonders gefährdet. Dieser Umstand hätte aus medizinisch-pflegerischer Sicht eine systematisch geplante und konsequent durchgeführte Dekubitusprophylaxe erfordert.**
- 2. Dass nicht sämtliche Möglichkeiten zur konsequenten Dekubitusprophylaxe ausgeschöpft wurden und der Klägerin mithin eine fachgerechte Pflege nicht im erforderlichen Umfang zuteil geworden ist, stellt einen Pflegefehler in Gestalt eines Verstoßes gegen pflegerische Standards dar.**
- 3. Dieser Pflegefehler ist auch ursächlich für die Entstehung zweier Dekubitalulzera zweiten Grades, da bei fachgerechter Pflege das Auftreten der beiden Dekubitalulzera mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte verhindert werden können.**
- 4. Zum wissenschaftlichen Stand der Prophylaxe und frühzeitigen Therapie von Dekubitalulzera gehört auch die Dokumentation aller diagnostischer und interventioneller Maßnahmen. Gerade bei Dekubituspatienten oder besonders gefährdeten Patienten ist die Dokumentation nicht Selbstzweck, sondern gewichtiger Bestandteil des Behandlungskonzepts.**

Gericht, Datum, Aktenzeichen, (Alternativ: Fundstelle): LG München I, Urt. v. 14.01.2009 – 9 O 10239/04

Kurzdarstellung:

Die Entstehung von Dekubiti durch fehlende oder unsachgemäße Dekubitusprophylaxe ist immer wieder Anlass für gerichtliche Auseinandersetzungen.

Vorliegend erlitt die fast siebzigjährige Klägerin im Jahr 2003 einen Schlaganfall und war deshalb für einen Monat im Klinikum der Stadt München behandelt worden. Kurz nach ihrer Entlassung wurden zwei Druckgeschwüre am Steißbein sowie unterhalb des linken Knies festgestellt. In der Folge traten weitere Druckgeschwüre auf. Die Klägerin wurde daraufhin insgesamt fünf Mal operiert bis ihr schließlich der linke Oberschenkel amputiert werden musste. Die Amputation hatte dazu geführt, dass die Klägerin vollständig immobil und bettlägerig wurde. Die Klägerin ging davon aus, dass sämtliche Druckgeschwüre und damit auch die Amputation Folge der mangelhaften Pflege im Münchner Klinikum war und bezifferte ihre Schadensersatzansprüche mit über 400.000,00 €. Demgegenüber behauptete das Klinikum, die Klägerin nach den geltenden Standards gepflegt zu haben.

Das Landgericht hatte somit insbesondere die Rechtsfrage zu klären, ob die Nichtausschöpfung sämtlicher Möglichkeiten zur konsequenten Dekubitusprophylaxe bei einer Risikopatientin einen Pflegefehler in Gestalt eines Verstoßes gegen pflegerische Standards darstellt.

Das Landgericht hat die Beklagten verurteilt, an die Klägerin 15.000,00 € zu bezahlen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Auszüge aus der redaktionell bearbeiteten Entscheidung:

Der Fall

Die Klägerin macht gegen die Beklagten Ansprüche aus behaupteter fehlerhafter medizinischer Heilbehandlung geltend.

Die am 10.04.1934 geborene Klägerin lebte seit Mai 2002 in einem Pflegeheim. Aufgrund eines Schlaganfalls wurde die Klägerin vom 05.03.2003 bis zum 03.04.2003 im Krankenhaus ... dessen Rechtsträgerin die Beklagte zu 1) ist, stationär aufgenommen. Der Beklagte zu 2) war der für die Behandlung der Klägerin verantwortliche Chefarzt. Nach ihrer Entlassung aus dem Hause der Beklagten zu 1) am 03.04.2003 wurde die Klägerin in das ... deren Rechtsträgerin die Nebenintervenientin ist, gebracht, wo am 03.04. und 04.04.2003 zwei Druckgeschwüre am Steißbein sowie unterhalb des linken Knies festgestellt wurden. In der Folge traten weitere Druckgeschwüre, insbesondere am linken Fuß der Klägerin zutage, sodass die Klägerin zunächst am 15.04.2003 in der internistischen Klinik ... in ... ab dem 20.05.2003 in der chirurgischen Klinik ... in ... behandelt wurde. Dort wurde die Klägerin zunächst wegen des Druckgeschwürs am Steißbein operiert, in der Folge musste sie sich weiteren Operationen unterziehen, bis schließlich am 03.07.2003 der linke Oberschenkel amputiert werden musste.

Die Klägerin behauptet, ihre pflegerische Versorgung im Hause der Beklagten zu 1) sei mangelhaft gewesen. Eine individuelle Dekubitus-Risiko-Erfassung sei nicht erfolgt, eine individuelle Pflegeplanung habe ebenso gefehlt wie ein individueller Bewegungs- und Lagerungsplan, Lagerungswechsel seien deshalb nicht durchgeführt worden, druckentlastende Mittel nicht zum Einsatz gekommen. Insbesondere sei die Klägerin an mehreren Tagen länger als zwei Stunden in unveränderter Sitzposition im Rollstuhl sitzen gelassen worden. Infolge dessen hätten sich noch im Hause der Beklagten zu 1) die Druckgeschwüre entwickelt, die zu insgesamt 5 Operationen und schließlich zur Amputation ihres Oberschenkels geführt hätten. Vor ihrem Aufenthalt im Hause der Beklagten zu 1) sei die Klägerin mit einem Rollator gehfähig gewesen und habe mit geringer Hilfe die Toilette aufsuchen können. Nun sei sie völlig bettlägrig.

Die Klägerin beantragte zunächst:

1. Die Beklagten zu 1) und 2) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 45 000,00 € nebst Zinsen seit Rechtshängigkeit in Höhe von 6,14 % für die Zeit bis zur Klageerhebung zu bezahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1) und 2) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin den materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der der Klägerin aufgrund der fehlerhaften Behandlung bei ihrem Aufenthalt vom 05.03.2003 bis zum 03.04.2003 im Krankenhaus der Beklagten zu 1) entstanden ist und noch entstehen wird, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind oder noch übergehen.

Mit Schriftsatz vom 22.08.2008 erweiterte die Klägerin ihre Klage.

Die Klägerin beantragt nunmehr zuletzt:

1. Die Beklagten zu 1) und 2) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 50 000,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit 22.07.2004 zu bezahlen.
2. Die Beklagte zu 1) und 2) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin 359 856,- € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz nach folgender Staffel zu zahlen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind oder noch übergehen werden
auf 6 664,- € vom 1.05.2004 bis 31.05.2004,
auf Euro 13 328,- vom 01.06.2004 bis 30.06.2004,
auf Euro 19 992,- vom 01.07.2004 bis 31.07.2004,
auf Euro 26 656,- vom 01.08.2004 bis 31.08.2004,
auf Euro 33 320,- vom 01.09.2004 bis 30.09.2004,
auf Euro 39 984,- vom 01.10.2004 bis 31.10.2004,
auf Euro 46 648,- vom 01.11.2004 bis 30.11.2004,
auf Euro 53 312,- vom 01.12.2004 bis 31.12.2004,
auf Euro 59 976,- vom 01.01.2005 bis 31.01.2005,
auf Euro 66 640,- vom 01.02.2005 bis 28.02.2005,

auf Euro 73 304,- vom 01.03.2005 bis 31.03.2005,
auf Euro 79 968,- vom 01.04.2005 bis 30.04.2005,
auf Euro 86 632,- vom 01.05.2005 bis 31.05.2005,
auf Euro 93 296,- vom 01.06.2005 bis 30.06.2005,
auf Euro 99 960,- vom 01.07.2005 bis 31.07.2005,
auf Euro 106 624,- vom 01.08.2005 bis 31.08.2005,
auf Euro 113 288,- vom 01.09.2005 bis 30.09.2005,
auf Euro 119 952,- vom 01.10.2005 bis 31.10.2005,
auf Euro 126 616,- vom 01.11.2005 bis 30.11.2005,
auf Euro 133 280,- vom 01.12.2005 bis 31.12.2005,
auf Euro 139 944,- vom 01.01.2006 bis 31.01.2006,
auf Euro 146 608,- vom 01.02.2006 bis 28.02.2006,
auf Euro 153 272,- vom 01.03.2006 bis 31.03.2006,
auf Euro 159 936,- vom 01.04.2006 bis 30.04.2006,
auf Euro 166 600,- vom 01.05.2006 bis 31.05.2006,
auf Euro 173 264,- vom 01.06.2006 bis 30.06.2006,
auf Euro 179 928,- vom 01.07.2006 bis 31.07.2006,
auf Euro 186 592,- vom 01.08.2006 bis 31.08.2006,
auf Euro 193 256,- vom 01.09.2006 bis 30.09.2006,
auf Euro 199 920,- vom 01.10.2006 bis 31.10.2006,
auf Euro 206 584,- vom 01.11.2006 bis 30.11.2006,
auf Euro 213 248,- vom 01.12.2006 bis 31.12.2006,
auf Euro 219 912,- vom 01.01.2007 bis 31.01.2007
auf Euro 226 576,- vom 01.02.2007 bis 28.02.2007
auf Euro 233 240,- vom 01.03.2007 bis 31.03.2007
auf Euro 239 904,- vom 01.04.2007 bis 30.04.2007
auf Euro 246 568,- vom 01.05.2007 bis 31.05.2007
auf Euro 253 232,- vom 01.06.2007 bis 30.06.2007
auf Euro 259 896,- vom 01.07.2007 bis 31.07.2007
auf Euro 266 560,- vom 01.08.2007 bis 31.08.2007
auf Euro 273 224,- vom 01.09.2007 bis 30.09.2007
auf 279 888,- € vom 01.10.2007 bis 31.10.2007
auf 286 552,- € vom 01.11.2007 bis 30.11.2007
auf 293 216,- € vom 01.12.2007 bis 31.12.2007
auf 299 880,- € vom 01.01.2008 bis 31.01.2008
auf 306 544,- € vom 01.02.2008 bis 29.02.2008
auf 313 208,- € vom 01.03.2008 bis 31.03.2008
auf 319 872,- € vom 01.04.2008 bis 30.04.2008
auf 326 536,- € vom 01.05.2008 bis 31.05.2008
auf 333 200,- € vom 01.06.2008 bis 30.06.2008
auf 339 864,- € vom 01.07.2008 bis 30.07.2008
auf 346 528,- € vom 01.08.2008. bis 31.08.2008
auf 353 192,- € vom 01.09.2008 bis 30.09.2008
auf 359 856,- € vom 01.10.2008 bis 31.10.2008.

3. Die Beklagten zu 1) und 2) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin 13 471,33 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit 17.10.2008 zu zahlen.

4. Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1) und 2) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin den zukünftigen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der der Klägerin aufgrund der fehlerhaften Behandlung bei ihrem Aufenthalt vom 05.03.2003 bis zum 03.04.2003 im Krankenhaus der Beklagten zu 1) noch entstehen wird, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergehen werden.

5. Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1) und 2) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin Ersatz für ihr oder, ihren Angehörigen eventuell anfallende Steuerbeträge und sonstige steuerliche Nachteile sowie Sozialversicherungsbeiträge und sonstige Abgaben zu leisten, die im Zusammenhang mit den unter 1. bis 4. bezeichneten Leistungen erhoben werden.

Die Beklagte beantragen
Klageabweisung.

Die Beklagten behaupten, die Klägerin sei gemäß den geltenden Standards gepflegt worden. Insbesondere sei auf Grundlage einer Dekubitus-Risiko-Erhebung ein erhöhtes Dekubitus-Risiko bei der Klägerin festgestellt worden, weshalb umfangreiche Prophylaxemaßnahmen und Pflegeinterventionen entsprechend den üblichen Therapieplänen ständig durchgeführt worden seien. Bei ihrer Entlassung am 03.04.2003 habe die Klägerin auch noch keine Hautdefekte aufgewiesen. Im Übrigen könnten angesichts der bei der Klägerin bestehenden Risikofaktoren in Gestalt eines Diabetes mellitus Typ II und eines arteriellen Hypertonus auch bei ordnungsgemäßer Pflege Druckgeschwüre nicht stets vermieden werden.

...

Die Entscheidung

I. Der Klage war teilweise stattzugeben, weil der Klägerin aus einer nicht dem pflegerisch-medizinischen Standard entsprechenden Pflege im Hause der Beklagten zu 1) zwei Druckgeschwüre am Steißbein und unterhalb des linken Knies erwachsen sind. Im Übrigen war die Klage abzuweisen, weil nicht alle von der Klägerin beklagten Folgen ursächlich auf die Pflegemängel zurückzuführen sind.

1. Folgender Sachverhalt steht zur Überzeugung der Kammer fest:

Die Klägerin litt an insulinpflichtiger Diabetes mit peripherer Polyneuropathie, an arteriellem Bluthochdruck auf Grundlage einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sowie an einer koronaren Herzkrankung. Hinzu trat eine schwergradig ausgeprägte neurologische Symptomatik infolge des Schlaganfalls in Gestalt einer kompletten Lähmung der linken Körperhälfte. Aufgrund dieser Prädisposition war die Klägerin im Hinblick auf die Entstehung von Druckgeschwüren besonders gefährdet.

Dieser Umstand hätte aus medizinischer Sicht eine systematisch geplante und konsequent durchgeführte Dekubitusprophylaxe erfordert. **Aus der Dokumentation ergibt sich nicht, dass eine solche Prophylaxe durchgeführt worden wäre.** Insbesondere wurden die erforderlichen Lagerungswechsel und Mobilisationen aus dem Krankenbett nicht an allen Tagen dem Lagerungsplan entsprechend durchgeführt. Die Klägerin saß mithin an mehreren Tagen länger als 2 bis 3 Stunden im Rollstuhl.

Dass nicht sämtliche Möglichkeiten zur konsequenten Dekubitusprophylaxe ausgeschöpft wurden und der Klägerin mithin eine fachgerechte Pflege nicht im erforderlichen Umfang zuteil geworden ist, stellt einen (einfachen) Behandlungsfehler dar. Das Unterbleiben einer voll umfänglich fachgerechten Pflege hat mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Entstehung eines Druckgeschwüres am Steißbein und im Bereich der linken Kniekehle geführt; diese Dekubitalulzera, die am 04.04.2003 fotodokumentarisch im Hause der Streitverkündeten festgehalten wurden, sind bereits im Hause der Beklagten zu 1) entstanden.

In der Folge kam es zum Auftreten weiterer Druckgeschwüre am linken Bein. Diese sind nicht auf die Pflege im Hause der Beklagten zu 1) zurückzuführen, waren jedoch ursächlich für die später stattgehabte Amputation des linken Beines der Klägerin.

2. Dieser Sachverhalt steht zur Überzeugung der Kammer fest aufgrund der durchgeführten Beweisaufnahme.

a) Der gerichtliche Sachverständige ... hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 13.03.2006 ausgeführt, dass bei der Klägerin mehrere Risikofaktoren für die Entstehung von Dekubitalulzera bestanden haben, nämlich ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie eine komplette Lähmung der linken Körperhälfte einschließlich einer krankheitsbedingten Vernachlässigung der Eigenwahrnehmung dieser Körperhälfte.

Das Zusammentreffen dieser Risikofaktoren hätte eine systematisch geplante und konsequent durchgeführte Dekubitusprophylaxe erforderlich gemacht. Eine solche sei der pflegerischen Dokumentation indes nicht zu entnehmen. Im Gegenteil weise die pflegerische Dokumentation erhebliche Lücken auf im Lagerungsplan fehlten an mehreren Tagen Handzeichen, die die Durchführung eines Lagerungswechsels bzw. einer Mobilisation aus

dem Krankenbett dokumentiert hätten, auch aus der therapeutischen Dokumentation ergebe sich, dass nicht alle planmäßigen Termine abgezeichnet worden seien.

Am Abend des 03.04.2003, also des Tages der Entlassung aus dem Hause der Beklagten zu 1), seien im Hause der Streitverkündeten zwei Dekubitalulzera zweiten Grades über dem Kreuzbein und im Bereich der linken Kniekehle fotografisch dokumentiert. Der Dekubitus im Bereich der linken Kniekehle sei am Rande des Hautdefekts bereits eitrig belegt, im Zentrum weise er eine Granulation auf. Hieraus könne geschlossen werden, dass dieser Dekubitus mit Sicherheit bereits im Hause der Beklagten zu 1) entstanden sei. Dies könne auch im Hinblick auf den Dekubitus über dem Kreuzbein nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden.

Im Hause der Beklagten zu 1) seien also nicht sämtliche Möglichkeiten zur konsequenten Prophylaxe von Dekubitalulzera eingesetzt worden. Dieser Umstand sei als Behandlungsfehler in Gestalt eines nachlässigen Verstoßes gegen pflegerische Standards zu werten.

Bei fachgerechter Pflege hätte das Auftreten der beiden oben genannten Dekubitalulzera mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindert werden können.

In der Folge habe sich der Dekubitus über dem Kreuzbein vergrößert und sei nekrotisch geworden. An beiden Fersen seien hämorrhagische Blasen, also weitere Dekubitalulzera, aufgetreten. Ob nach Auftreten der Dekubiti zielgerechte Maßnahmen konsequent durchgeführt worden sind, könne anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollzogen werden.

b) In seinem schriftlichen Ergänzungsgutachten vom 01.09.2006 bekräftigt der Sachverständige diese Ausführungen. Er stellt insbesondere fest, dass regelmäßige Veränderungen der Position der Klägerin im Rollstuhl nicht dokumentiert seien. Diese Dokumentation ärztlicher, pflegerischer und sonstiger medizinisch therapeutischer Maßnahmen sei auch kein Selbstzweck; vielmehr solle diese Dokumentation dazu zwingen, sich über durchzuführende, durchgeführte und auch nicht durchgeführte Maßnahmen klar zu werden. Sie diene insbesondere auch der interdisziplinären Abstimmung und der Kontrolle, dass während der vielen komplexen Tätigkeiten in einem Krankenhaus nichts Wichtiges vergessen werde.

c) In seinem zweiten Ergänzungsgutachten vom 23.09.2007 bestätigt der Sachverständige seine Schlussfolgerungen erneut. Er führt insbesondere aus, dass die Bestandteile der erforderlichen Dekubitusprophylaxe nicht statisch, und wie zu Beginn der Behandlung festgelegt, zu verbleiben hätten, sondern an die spezifische Risikokonstellation des individuellen Patienten anzupassen seien. Es sei deshalb eine Überprüfung und gegebenenfalls daraus folgende Anpassung der eingeleiteten Maßnahmen zwingend erforderlich. Zum wissenschaftlichen Stand der Prophylaxe und frühzeitigen Therapie von Dekubitalulzera gehöre auch die Dokumentation aller diagnostischer und interventioneller Maßnahmen.

Das Dekubitalulkus im Bereich des linken Knies weise nicht nur einen eitrigen Rand um die Mitte auf, sondern auch eine, in ihrer größten Ausdehnung ca. 5 bis 6 cm messende Umgebungsrötung, Beides, sowohl der eitrig belagte Rand als auch die umgebende Rötung, seien Hinweise für eine entzündliche Reaktion, die in jedem Fall längere Zeit zu ihrer Entwicklung benötige.

Bei genauer Betrachtung des Dekubitalulkus über dem Kreuzbein befände sich auch um den größeren Hautdefekt in der unteren Hälfte eine ca. 3 bis 3,5 cm im Durchmesser messende Umgebungsrötung.

Oberhalb der Mittellinie befände sich ein weiterer, etwa ein Drittel so großer Hautdefekt, der dem größeren Defekt unten spiegelbildlich gegenüber liege und ebenfalls von einer Umgebungsrötung umgeben sei. Der zwischen beiden Hautdefekten liegende Teil einer Hautfalte sei deutlich dunkel verfärbt. Dies wiederum sei ein Hinweis auf eine Schädigung tieferer Hautschichten und darunterliegenden Gewebes.

Daraus sei abzuleiten, dass die beiden Druckgeschwüre im Bereich des linken Knies und des Kreuzbeins zum Zeitpunkt ihrer fotografischen Dokumentation am 04.04.2003 im Hause der Streitverkündeten bereits älter als 3 bis 4 Tage gewesen sind. Die beschriebenen Hautveränderungen sprächen mit Sicherheit dagegen, dass die Dekubitalulzera erst nach Entlassung der Klägerin aus dem Hause der Beklagten zu 1) in Erscheinung getreten sein könnten.

Aus dem Entlassungsbericht der chirurgischen Abteilung der ... vom 19.08.2003 über den stationären Aufenthalt der Klägerin dort vom 20.05.2003 bis zum 08.08.2003 gehe hervor, dass am 26.05.2003 Nekrosen aus dem Druckgeschwür über dem Kreuzbein, das stark unterminiert gewesen sei, operativ entfernt wurden. Dieses Druckgeschwür habe sich dann bis zur Entlassung stark verkleinert.

Im Bereich unterhalb des Druckgeschwürs am linken Fußrand sei eine Osteomyelitis des 5. Mittelfußknochens festgestellt worden, die am 24.06.2003 ebenfalls operativ in Gestalt einer Teilentfernung dieses Knochens mit nekrotischem Gewebeanteilen habe behandelt werden müssen. Ebenfalls hätten Nekrosen am linken und rechten Unterschenkel sowie aus der rechten Ferse operativ entfernt werden müssen. Trotz dieser operativen Sanierungsmaßnahmen sei es zu einer weiteren Ausbreitung der im Knochen befindlichen Entzündung gekommen, die schließlich zu einem septischen Krankheitsbild geführt habe. Ein derartiger septischer Zustand sei ohne jeden Zweifel lebensbedrohlich, weshalb als lebensrettende Maßnahme nurmehr die Oberschenkelamputation des linken Beines am 03.07.2003 zur Beseitigung des Sepsisherdes in Betracht gekommen sei.

Weiter führt der Sachverständige aus, dass es im Hause der Streitverkündeten zu einer Verschlechterung des Druckgeschwürs über dem Kreuzbein gekommen sei. Zudem seien weitere Druckgeschwüre aufgetreten, nämlich im Bereich der rechten als auch der linken Ferse sowie im Bereich des linken Fußrandes und im Bereich der unteren Hälfte des linken Unterschenkels.

d) In seiner mündlichen Anhörung am 04.11.2008 führt der Sachverständige aus, dass primäre Ursache eines Dekubitus die Druckbelastung sei. Erstes Gebot sei daher die Druckentlastung. Richtig sei, dass bei der Klägerin mehrere Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitus vorgelegen hätten, nämlich die Durchblutungsstörungen, der Diabetes mellitus mit bereits bestehender Polyneuropathie, die reduzierte Fähigkeit, Hautläsionen wahrzunehmen sowie die bestehende Bewegungseinschränkung bei kompletter Halbseitenlähmung. Gerade deswegen sei das Gebot einer sorgfältigen Druckentlastung umso notwendiger gewesen. Die **Pflegeleitlinie** spreche hier von einer **Intervalldauer von 2 bis 3 Stunden**, um durchzuführende Umlagerungen vorzunehmen. **Bereits die Leitlinie selbst spreche jedoch auch davon, dass die Intervalle bei Vorliegen besonderer Faktoren entsprechend zu verkürzen seien.** Dies treffe gerade auf die Klägerin zu, weshalb umso mehr die gegebenen Hilfsmittel hätten eingesetzt werden müssen.

Dies hätte sich auch in der Dokumentation niederschlagen müssen. Gerade bei Dekubituspatienten oder besonders gefährdeten Patienten sei die Dokumentation nicht Selbstzweck, sondern gewichtiger Bestandteil des Behandlungskonzepts.

Aus der Tatsache, dass bei der Klägerin 2 Dekubiti entstanden sind, könne jedenfalls der Schluss gezogen werden, dass die Umlagerungsintervalle im Hause der Beklagten zu 1) zu lang gewesen seien. Aufgrund der im Hause der Streitverkündeten am 04.04.2003 gefertigten Fotodokumentation könne der Rückschluss gezogen werden, dass sich die Dekubiti nicht erst auf dem Transport in die Einrichtung der Streitverkündeten oder unmittelbar davor entwickelt hatten.

Für den Dekubitus am Steiß kommt der Sachverständige mit hoher Wahrscheinlichkeit zu der Annahme, dass eine perfekte Versorgung das Entstehen dieses Dekubitus verhindert hätte. Für den Dekubitus im Bereich des Knies gelte dies ebenso.

In der Folge seien bei der Klägerin jedoch weitere Geschwüre an den Unterschenkeln entstanden. Letztlich seien es diese Dekubiti gewesen, welche in der Folge zur Amputation des Beines geführt hätten. Diese Dekubiti seien wiederum aber nicht Folge der im Hause der Beklagten zu 1) aufgetreten Dekubiti gewesen, sondern sie seien auf die aus Sicht des Sachverständigen unzulängliche weitere Versorgung im Hause der Streitverkündeten zurückzuführen. Mit anderen Worten: Die Dekubiti am Steiß und im Bereich der Kniekehle hätten mit der Beinamputation nichts zu tun. Ursächlich für die Amputation seien die später aufgetretenen Dekubiti im Bereich des Unterschenkels bzw. der Ferse und die sich daraus entwickelnde Knocheninfektion.

e) Die Kammer hat keine Zweifel an der Kompetenz des Sachverständigen ... sowie an der Richtigkeit seiner Ausführungen; sie macht sich daher den Inhalt seiner Gutachten nach eingehender Überprüfung und Würdigung in vollem Umfang zu eigen. Der Sachverständige hat unter sorgfältiger Auswer-

tung der Behandlungsunterlagen seine Gutachten erstellt, in denen er den medizinischen Hintergrund gut verständlich wiedergibt und die gestellten Fragen in einem lückenlosen, logisch begründeten Gedankengang präzise, widerspruchsfrei und nachvollziehbar beantwortet. Weiter hat der Sachverständige seine schriftlichen Gutachten im Rahmen der Anhörung sachlich überzeugend erläutert.

3. Die Klägerin hat gegen die Beklagten Anspruch auf ein Schmerzensgeld aus §§ 280 Abs. 1 Satz 1, 823 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB.

a) Aus den nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ergibt sich, dass der Klägerin eine Dekubitusprophylaxe, wie sie dem pflegerischen Standard entsprochen und dem Risikoprofil der Klägerin gerecht geworden wäre, nicht zuteil geworden ist. Bei diesem Umstand handelt es sich um einen nachlässigen **Verstoß gegen die geltenden pflegerischen Standards** und damit um einen (einfachen) Behandlungsfehler, der zugleich einen Sorgfaltspflichtverstoß darstellt. Durch diese Sorgfaltspflichtverletzung kam es zur Entstehung eines Druckgeschwürs über dem Steißbein sowie im Bereich der Kniekehle des linken Beines und damit zu einer Rechtsgutverletzung in Gestalt einer Beeinträchtigung des körperlichen Wohlergehens der Klägerin.

b) Der Klägerin war daher ein angemessenes Schmerzensgeld zuzuerkennen. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes war zu berücksichtigen, dass insbesondere das Druckgeschwür im Bereich des Steißbeins ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hatte, dass es bereits zur Ausbildung von Nekrosen gekommen war und dass dieser Dekubitus der operativen Versorgung bedurfte. Dies gilt in ähnlicher Weise für den Dekubitus im Bereich der Kniekehle des linken Beines. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass der Dekubitus im Bereich des Steißbeins mittlerweile weitestgehend zur Abheilung gelangt ist. Dem gegenüber konnte bei der Bemessung des Schmerzensgeldes nicht die später erfolgte Amputation des linken Oberschenkels der Klägerin berücksichtigt werden: denn diese beruhte nicht auf den von den Beklagten zu verantwortenden Druckgeschwüren im Bereich des Steißbeins und der linken Kniekehle, sondern auf den später unabhängig von der Behandlung der Beklagten aufgetretenen Dekubitalulzera im Bereich der Unterschenkel, der Fersen und Füße.

4. Aus dem vorgenannten Umstand ergibt sich weiter, dass der Klage im Übrigen der Erfolg zu versagen war. Aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Amputation des linken Oberschenkels der Klägerin nicht Folge der pflegerischen Versäumnisse im Hause der Beklagten zu 1) war, die Beklagten hierfür also nicht einzustehen haben. Gerade die Amputation des Oberschenkels der Klägerin hat jedoch zu deren vollständiger Immobilität und Bettlägerigkeit geführt, aus der die weiter geltend gemachten Schäden hergeleitet werden. Da es insoweit jedoch an einer Verantwortlichkeit der Beklagten fehlt, war die Klage insoweit abzuweisen.

Praxistipp:

Vom Grundsatz her kann der Entscheidung des Landgerichts die Zustimmung nicht versagt werden.

Zutreffend kommt das Landgericht zu dem Ergebnis, dass das Krankheitsbild der Klägerin aus medizinisch-pflegerischer Sicht eine systematisch geplante und konsequent durchgeführte Dekubitusprophylaxe erfordert hätte. Ebenfalls zutreffend ist die Feststellung, dass das Nichtausschöpfen sämtlicher Möglichkeiten zur konsequenten Dekubitusprophylaxe einen Behandlungsfehler in Gestalt eines Verstoßes gegen pflegerische Standards darstellt.

Fraglich ist jedoch, ob der vorliegende Behandlungsfehler, besser Pflegefehler, da die Dekubitusprophylaxe eine originär pflegerische Tätigkeit ist, als „(einfacher) Behandlungsfehler“, so das Landgericht, zu bewerten ist, da es sich vorliegend um einen eindeutigen Verstoß gegen den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe handelt und daher das Fehlverhalten der pflegerischen Mitarbeiter aus objektiver pflegerischer Sicht nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint, weil eben ein solcher Fehler schlechterdings nicht unterlaufen darf. Dies aber ist genau die höchstrichterliche Definition eines **groben Behandlungs- bzw. Pflegefehlers**. Liegt jedoch – wie im vorliegenden Fall – ein Verstoß gegen pflegewissenschaftlich evaluierte Pflegebehandlungsstandards vor, so kann von einem groben Pflegefehler ausgegangen werden (so u.a. auch OLG Oldenburg, PflR 2000, 262 ff. (265) und OLG Köln, PflR 2001, S. 40 ff. (42)).

Zu einer standardgemäßen **Dekubitusprophylaxe** gehört u.a.:

- die Feststellung des Dekubitusgefährdungsrisikos anhand einer Gefährdungsskala z. B. nach der Norton- oder Braden-Skala,
- die fach- und sachgerechte Durchführung der Dekubitusprophylaxe,
- die Evaluation der Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxe durch tägliche Beschreibung und Bewertung des Istzustandes,
- die ordnungsgemäße Dokumentation der durchgeführten Dekubitusprophylaxe.

Des Weiteren hat das Landgericht zutreffend festgestellt, dass hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe von einer fehlenden bzw. unzulänglichen Pflegedokumentation auszugehen ist. Denn weder konnte die Vornahme der Abschätzung einer Dekubitusgefährdung anhand einer Gefährdungsskala festgestellt werden, noch war die Frequenz des Umlagerens hinlänglich ersichtlich.

Zur Beweisverteilung im Schadensersatzprozess gilt Folgendes: In der Regel muss derjenige, der einen Schadensersatzanspruch erfolgreich durchsetzen will beweisen, dass ein schuldhaftes Handeln z. B. in Form eines Pflegefehlers gegeben ist und dass dieser Pflegefehler den behaupteten Schaden verursacht hat. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder das Auftreten zusätzlicher Gesundheitsschäden während oder nach einer pflegerischen Maßnahme ist grundsätzlich noch kein Anzeichen für einen Pflegefehler der Pflegefachkraft. Ein ausbleibender Heilungserfolg ist nicht unbedingt ein Pflegefehler. Aus diesem Grunde muss der Geschädigte nach der üblichen Beweislastregel im Zivilprozess, wonach jeder die Tatsache zu beweisen hat, die für ihn günstig ist, beweisen, dass der eingetretene Schaden durch ein schuldhaftes Fehlverhalten der Pflegefachkräfte entstanden ist. Ein Dekubitus muss nicht unbedingt auf ein schuldhaftes Verhalten von Pflegekräften zurückgeführt werden können. Allerdings sind aufgrund der Beweislastregel nach § 282 BGB der Träger und seine pflegerischen Mitarbeiter gehalten, die ordnungsgemäße Leistungserbringung zu beweisen. Hierzu gehört u. a. das Vorlegen der notwendigen Unterlagen, insbesondere Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Pflegeberichte.

Unterzieht man die drei oberlandesgerichtlichen Entscheidungen (OLG Oldenburg, OLG Köln und OLG Düsseldorf; alle in »PflegeRecht« veröffentlicht) einer knappen Analyse, so wird man feststellen, dass es in allen drei Entscheidungen

- zu einer Verurteilung der Beklagten wegen eines nachgewiesenen Pflegefehlers gekommen ist,
- eine mangelhafte Pflegedokumentation festgestellt worden ist,
- zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr gekommen ist,

und dass in zwei Verfahren die unzulängliche Dekubitusprophylaxe als grober Pflegefehler gewertet worden ist.

Abschließend sei noch angemerkt, dass selbstverständlich auch eine gesamtschuldnerische Haftung des an den Pflegefehlern beteiligten Pflegepersonals gemäß § 823 BGB infrage gekommen und auch zu bejahen gewesen wäre, wenn die Klägerin ihre Klage auch auf das Pflegepersonal erweitert hätte. Von dieser prozessualen Möglichkeit hat die Klägerin jedoch zugunsten des involvierten Pflegepersonals keinen Gebrauch gemacht.

(Bearbeitet von Rechtsanwalt Prof. Robert Roßbruch)

Anm. der Redaktion: Die Entscheidung des Landgerichts ist rechtskräftig.

Siehe auch die Dekubitus-Urteile des OLG Oldenburg, PfIR 2000, S. 262 ff.; OLG Köln, PfIR 2001, S. 40 ff.; LG Koblenz, 2001, 113 ff. sowie des OLG Düsseldorf, PfIR 2005, 62 ff.

Zu den Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Dokumentation siehe Roßbruch, Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht, PfIR 1998, 126 ff.