

§ Medizinrecht

Dekubitus: Ärztliche Pflichten zur Vermeidung und Behandlung

Deutliche Zunahme von Haftungsfällen

Die Entstehung von Dekubitus gilt als anerkannter Indikator zur Messung der Versorgungsqualität in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. [1] Eine deutliche Zunahme von Haftungsfällen in jüngerer Zeit zeigt, dass verfügbare dekubitusprophylaktische Maßnahmen in Deutschland nicht ausgeschöpft werden. Dekubitusprävention und -management sind spezialisierte Pflegebereiche, die tiefgreifende Kenntnisse über Hautpflege, Mobilität, Ernährungszustand und die Anwendung von Hilfsmitteln zur Druckentlastung erfordern. [2]

Prävention und Therapie von Dekubiti können nicht allein der Pflege überlassen werden. Die ärztliche Seite trägt die Verantwortung für entsprechende Maßnahmen und betrifft Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte gleichermaßen. Wichtig ist eine ausführliche Dokumentation. Fehlt sie gänzlich oder ist sie unzureichend, kann dies zu einer Beweislastumkehr führen.

Ärztliche Anordnung von Pflegemaßnahmen und deren Überwachung

Rechtlich sind die Fragen zum Dekubitus weitestgehend ausgeurteilt. Dies beginnt damit, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die Entscheidung über dasjenige, was zu tun ist bei Dekubitus-(Risiko)patienten [3], nicht allein dem Pflegepersonal überlassen werden darf [4]. Notwendig sind vielmehr ärztliche Anordnungen zu den zur Vermeidung von Druckgeschwüren durchzuführenden Pflegemaßnahmen und deren Überwachung. Dies ist nach der Rechtsprechung auch zwingend zu dokumentieren; sowohl die Gefahrenlage als auch die ärztlich angeordneten Vorbeugungsmaßnahmen. [5]

Nachlässigkeit bei der erforderlichen Dokumentation ist ein Indiz dafür, dass in Krankenhaus, Pflegeheim und Arztpraxis die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat, wie es erforderlich war, was zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des behaupteten Pflegefehlers führt. [6]

Lückenlose Dokumentation erforderlich

Nach der Rechtsprechung ist das Auftreten von schwerwiegenden Dekubiti immer vermeidbar [7], sei es durch häufige Umlagerungen, sei es durch Eincremen oder/und durch Einsatz von Spezialbetten und Kissen. Dementsprechend wird allein schon die Entstehung von Durchliegegeschwüren auch bei Schwerstkranken ausnahmslos auf falsche oder unzureichende Vorbeugungsmaßnahmen

zurückgeführt. [8] Erfahrungsgemäß beruht ein schwerer Dekubitus Grad IV auf groben Pflege- und Lagerungsmängeln bzw. unzureichenden ärztlichen Anordnungen und Überwachungen [9]. Das Auftreten von schwerwiegenden Dekubiti, auch bei Schwerstkranken, wird von der Rechtsprechung nur dann als unvermeidbar angesehen, wenn die Empfehlungen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege [10] eingehalten werden [11]. In derselben Entscheidung stellt der Kölner Senat allerdings auch klar, dass ein Dekubitus in der Regel kein vollbeherrschbares Risiko darstellt. Dekubiti können also in Ausnahmefällen nicht zu verhindern sein. Um nachzuweisen, dass ein Dekubitus auch bei fehlerfreier Behandlung eingetreten ist, muss eine nachvollziehbare, lückenlose Dokumentation vorliegen. Mit ihr lässt sich nachweisen, dass Lagerungen, Weichlagerungsmatratze sowie andere Maßnahmen kunstgerecht eingesetzt wurden.

Gravierende individuelle Faktoren können allerdings ein Grund sein, dass ein Dekubitus nicht verhindert werden kann. Ist der Patient beispielsweise nicht „lagerungsfähig“, macht dies die korrekte Pflege unmöglich. Das heißt, er hält die Seitenlage im Rahmen der prophylaktischen Lagerungsmaßnahmen nicht ein und „entlagert“ sich ständig, zum Beispiel aufgrund von Demenz oder Verwirrtheits- und Erregungszuständen. Eine genaue und ausführliche Dokumentation ist in diesen Fällen unabdingbar.

Primär sind Ärzte verantwortlich

Es wird nochmals ausdrücklich bemerkt, dass primär die Ärztin oder der Arzt dafür verantwortlich ist, dass die Patientin oder der Patient im Rahmen der Behandlung keinen Dekubitus entwickelt [12]. So haftet der Klinikträger aus dem Behandlungsvertrag i. V. m. §§ 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB. Leitende und nachgeordnete Ärzte haften aus eigenem Verschulden gemäß § 823 Abs. 1 BGB. Die behandelnden Ärzte tragen in ihrem Zuständigkeitsbereich und unter Berücksichtigung der Hierarchie die Verantwortung für unterlassene Maßnahmen und für die entsprechende Organisation. Maßnahmen eines spezifischen Pflegebedürfnisses, mithin die Durchführung und Einhaltung verbindlicher Pflegestandards, sind grundsätzlich Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung [13]. Dem Chefarzt obliegt die fachliche Aufsicht über die nachgeordneten ärztlichen und nichtärztlichen Dienste. Den Oberarzt trifft die Verantwortung, in seinem Aufgabenbereich die Tätigkeit der Assistenzärzte anzuleiten, zu kontrollieren und zu überwachen [14]. Den behandelnden Stationsarzt trifft die Verantwortung für eine fehlende Dokumentation der ärztlichen Diagnose, dass es sich bei dem Patienten um einen Risikopatienten handelt, für unterbliebene Anordnungen zur Pflege des Patienten und eine fehlende Kontrolle der Ausführung der Anordnungen [15]. Soweit die Planung vorbeugender Maßnah-

men und deren Durchführung eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte ist, ist deren Verschulden dem Klinikträger nach § 278 BGB zuzurechnen.

Im Rahmen einer rechtlichen Auseinandersetzung ergeben sich nachfolgende zwingende Vorgaben zulasten der Behandlerseite:

- So hat diese nachzuweisen, dass sie über die vom Medizinischen Dienst vorgeschriebene Schulung zum Expertenstandard bei Dekubitus verfügt.
- Anlässlich der Patientenaufnahme ist ein Pflege-Assessment zu erstellen und die Dekubitusgefahr auszuweisen.
- Sämtliche Dienstpläne sind im Streitfall vorzulegen. Die Personaluntergrenze auf der Intensivstation beträgt laut Bundesministerium für Gesundheit (Stand seit 01.02.2021): Tagschicht zwei Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht drei Patienten pro Pflegekraft. Es besteht unter Strafandrohung die Verpflichtung zur täglichen Meldung! [16] Sofern nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht, ist eine Gefahrenmeldung zu erstatten. Die im Streitfall oft geäußerte Einlassung, man verfüge nicht über ausreichend Pflegepersonal, verfängt also nicht.
- Über den oder die Dekubiti ist täglich ein Protokoll inklusive täglicher Fotos über dessen Verlauf zu erstellen.

Aufgabenverteilung Ärzte/Pflege

Nach dem Expertenstandard ergibt sich zudem folgende Aufgabenverteilung

des Pflegepersonals:

- Systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos bei Aufnahme und bei Veränderungen,

- bei bestehendem Risiko – Planung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe,
- umgehender Einsatz druckentlastender Hilfsmittel,
- individuelle Bewegungsförderungsplanung durch sofortige Druckentlastung erstellen,
- regelmäßige Wunddokumentation sowie
- ausführliche schriftliche Dokumentation der ergriffenen Maßnahmen.

des Arztes:

- Einschätzung des Risikos aufgrund der eigenen Erfahrung,
- bei Risiko: Anordnung von Maßnahmen zu Dekubitusprophylaxe,
- stadiengerechte Weichlagerungsmatratze verordnen,
- Bewegungsplan verordnen,
- Wunddokumentation erstellen sowie regelmäßige Wundvisiten durchführen sowie
- ausführliche schriftliche Dokumentation der ergriffenen Maßnahmen.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.heinz@freenet.de



Foto: Jens Haensel

Die Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Save the date: Symposium Oranienstein 3.0 am Freitag, 19. September

Krise/Spannungsfall/Krieg: ambulante medizinische Versorgung als 3. Säule auf dem Prüfstand

Breakdown des Sicherstellungsauftrags?

Die aktuelle weltpolitische Sicherheitslage zeigt deutlich, dass Europa, und damit auch Deutschland, nicht nur die eigene Verteidigungsfähigkeit, sondern in der Folge auch die medizinische Versorgungsfähigkeit in Krisensituationen stärken muss.

In den vorigen Jahren befasste sich dieses Symposium mit den Themen: „Leben retten

unter besonderer Gefahr“ und „Im Ernstfall: was bedeutet Kriegsmedizin?“. Dabei standen die medizinische Versorgung im Einsatz sowie die stationäre Akutversorgung in Bundeswehrkrankenhäusern und berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken im Fokus.

2025 wird sich das Symposium der ebenso wichtigen ambulanten medizinischen Versorgung unter Verteidigungsbedingungen widmen.

Ausrichtende sind die Landesärztekammer Hessen, die Partnerkammern aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie verschiedene Gliederungen der Bundeswehr. In der aktuellen Veranstaltung werden neben hochrangigen Vertreter der Bundeswehr erstmals auch Vertreter der hessischen Apothekerkammer erwartet. Kontakt und Anmeldung: andrea.floeren@laekh.de

(red)