

Haftung für Dekubitusschäden



Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich, Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsverzeichnis:

- I. Einleitung
- II. Haftungsgrundlagen
 - A. Haftungsordnung
 - B. Schadenersatz- und Regressanspruch
- III. Dekubitusrelevante Sorgfaltspflichtverletzungen
 - A. Dekubitusprophylaxe
 - B. Dekubitusbehandlung

I. Einleitung

Tritt ein Dekubitus – verstanden als eine durch äussere Druckeinwirkung hervorgerufene Kompression von Gefässen und darauf folgende Gewebestörung (mit Nekrose, Mazeration, eventuell Infektion) – auf, stellen sich zahlreiche Verantwortlichkeitsfragen:¹

- *Strafrechtliche Verantwortlichkeit:* Die für den Pflegebedürftigen verantwortlichen Personen (Arzt- und Pflegepersonal sowie Organe des Pflegebetriebs) sind strafrechtlich für ein von ihnen vorsätzlich oder fahrlässig begangenes Tötlichkeits- oder Körperverletzungsdelikt,² allenfalls Gefährdungsdelikt,³ strafbar. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit wird dabei subjektiviert verstanden; das Verschulden bemisst sich je nach Person, ihren Erfahrungen und ihrem Wissen sowie den Umständen, in denen sie sich befand.⁴
- *Haftungsrechtliche Verantwortlichkeit:* Die für den Pflegebedürftigen verantwortlichen Personen (Arzt- und Pflegepersonal sowie Organe des Pflegebetriebs) sind für einen von ihnen vorsätzlich

oder fahrlässig verursachten Dekubitusschaden ersatzpflichtig.⁵ Im Unterschied zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit wird der haftungsrechtliche Sorgfaltsmassstab objektiviert verstanden; massgeblich ist das *berufstypische Verhalten*. Zudem ist eine Haftung ohne ein Verschulden möglich, soweit eine Kausalhaftung anwendbar ist.

- *Arbeitsrechtliche Verantwortlichkeit*: Der Arbeitgeber kann gegenüber den für den Pflegebedürftigen verantwortlichen Personen (Arzt- und Pflegepersonal sowie Organe des Pflegebetriebs) verhältnismässige Sanktionen (Verwarnung, Kündigung etc.) verhängen, wenn diese vorsätzlich oder fahrlässig einen Dekubitus verursacht haben.⁶ Dem Arbeitgeber steht sodann ein Regressanspruch gegenüber dem Arbeitnehmer zu, wenn der Ge-

Pflegerecht–2013– 209

schädigte vom Arbeitgeber Ersatz für den Dekubitusschaden verlangt hat.⁷

- *Verwaltungsrechtliche Verantwortlichkeit*: Die Aufsichtsbehörde kann gegenüber dem Pflegebetrieb und/oder den für den Pflegebedürftigen verantwortlichen Personen (Arzt- und Pflegepersonal sowie Organe des Pflegebetriebs) verhältnismässige Sanktionen (Verwarnung, Busse, Bewilligungsentzug oder Betriebsschliessung) verfügen.⁸

II. Haftungsgrundlagen

A. Haftungsordnung

1. Öffentlich-rechtliche und private Haftung

Ob und inwieweit für Dekubitusschäden Ersatz verlangt werden kann, bestimmt sich nach der jeweiligen Haftungsordnung. Befindet sich der Geschädigte in einem privatrechtlich organisierten Pflegebetrieb oder wurde er im Rahmen eines privatrechtlichen Pflegevertrags⁹ betreut, ist die *privatrechtliche Haftungsordnung* (Delikts-¹⁰ und/oder Vertragshaftung¹¹) anwendbar. Wurde demgegenüber der Geschädigte in einem staatlichen bzw. öffentlich-rechtlichen organisierten Pflegebetrieb geschädigt, ist die öffentlich-rechtliche Haftungsordnung, auch *Staatshaftung* genannt, massgeblich.

Delikts- und Vertragshaftung sind als Verschuldenshaftungen konzipiert, während die Staatshaftung in der Regel eine Kausalhaftung ist. Bei einer *Verschuldenshaftung* entsteht die Ersatzpflicht erst dann, wenn dem Schadenverursacher sein widerrechtliches Verhalten persönlich vorgeworfen werden kann und er urteilsfähig war.¹² Bei einer *Kausalhaftung* genügt es, dass der Dekubitusschaden widerrechtlich verursacht wurde. Ob dem Verursacher zusätzlich ein Verschulden, insbesondere Fahrlässigkeit, angelastet werden kann, ist irrelevant.

Die Staatshaftung unterscheidet sich ferner von der Delikts- und der Vertragshaftung insoweit, als der Staat in der Regel ausschliesslich haftet – der Geschädigte kann aber Strafanzeige und -antrag gegenüber dem fehlbaren Personal einreichen – und nur bei Grobfahrlässigkeit auf das fehlbare Personal zurückgreifen kann sowie allfällige Schadenersatzansprüche in einem öffentlich-rechtlichen Verfahren, das kurzen Verwirkungsfristen unterliegt, geltend gemacht werden müssen.

2. Individuelle und Organisationshaftung

Die Haftung ist ein Einstehenmüssen des Schadenverursachers für einen Schaden, den er in vorwerfbarer Weise verursacht hat. Es spielt dabei keine Rolle, wie intensiv die Schadenverursachung gewesen ist. Jede Person, die eine irgendwie geartete Schadenursache für den Dekubitus in vorwerfbarer Weise gesetzt hat, haftet individuell und solidarisch mit allen anderen Schadenverursachern für den gesamten Dekubitusschaden.¹³

Der Gesetzgeber sieht neben der *individuellen Haftung der Schadenverursacher* auch eine *Hilfspersonen- und Organisationshaftung*. Dem Arbeitgeber bzw. Geschäftsherrn wird das schadenverursachende Verhalten seiner Hilfspersonen angerechnet, was zur Folge hat, dass der Geschädigte auch von jenen Ersatz verlangen kann.¹⁴ Das Bundesgericht hat die Hilfspersonenhaftung sodann auf eine Organisationshaftung ausgedehnt; bei arbeitsteiligen Produktions- und Dienstleistungsprozessen, wie das bei der Gesundheitsversorgung in einer Klinik oder einem Heim der Fall ist, hat der Betrieb dafür zu sorgen, dass der Kunde nicht geschädigt wird.¹⁵

B. Schadenersatz- und Regressanspruch

1. Schadenersatzanspruch

Der *Schadenersatzanspruch* entsteht, wenn sämtliche *Haftungsvoraussetzungen* (Widerrechtlichkeit, Schaden und Kausalzusammenhang sowie gegebenenfalls Verschulden) erfüllt sind. Als widerrechtlich wird dabei ein Verhalten verstanden, das aktiv *absolute Rechtsgüter* (Leben, Gesundheit, Eigentum etc.) oder *Schutznormen* verletzt, die ein bestimmtes Tun, Unterlassen oder Dulden im Interesse des nachmaligen Geschädigten verlangen.

Die Besonderheit bei der Verursachung eines Dekubitus besteht darin, dass die für den Patienten verantwortlichen Personen seine Entstehung durch eine zu lange anhaltende Druckeinwirkung zugelassen haben. Es liegt ein blosses Unterlassen vor, das erst dann als widerrechtlich bezeichnet werden kann, wenn der Betreffende hätte handeln sollen. Dasselbe gilt im Zusammenhang mit einer ungenü-

genden Dekubitusversorgung. Auch diesbezüglich stellt sich in der Regel die Frage, welche (anderen) Behandlungsmassnahmen hätten ergriffen werden müssen.

Für die haftungsrechtliche Verantwortlichkeit ist deshalb entscheidend, wer welche *dekubitusrelevanten Sorgfaltspflichten* hat und ob diese verletzt wurden und der Schaden dadurch verursacht wurde.¹⁶ Tritt der Dekubitus schicksalhaft auf¹⁷ oder ist er vorbestehend,¹⁸ besteht kein Kausalzusammenhang zwischen einer allfälligen Verletzung von dekubitusrelevanten Sorgfaltspflichten und dem Dekubitusschaden.¹⁹ Eine Verletzung der dekubitusrelevanten Sorgfaltspflichten indiziert in der Regel ein Verschulden; der Verschuldensvorwurf entfällt in jedem Fall nicht wegen fehlender (Personal-)Ressourcen des Pflegebetriebs.²⁰

Der Dekubitus an sich ist rechtstechnisch kein Schaden, sondern «lediglich» eine Körperverletzung. Als Schaden gelten *Mehrkosten* und *immaterielle Nachteile* (Schmerzen, Leid, Todesgefahr etc.), die als Folge des Dekubitus beim Betroffenen und seinen Angehörigen²¹ eingetreten sind. Die immaterielle Unbill wird durch eine Genugtuung entschädigt.²² Ein Dekubitus 4. Grades beim Bewohner eines Pflegeheims rechtfertigt eine Genugtuung von 35 000 DM.²³

2. Regressanspruch

Ist der Unfall- oder Krankenversicherer für die Behandlungskosten leistungspflichtig, geht der Schadenersatzanspruch auf ihn über.²⁴ Für den *Regressanspruch des leistungspflichtigen Sozialversicherers* gelten dabei dieselben Haftungsvoraussetzungen und Rechtsverfolgungsfristen wie für den Schadenersatzanspruch. Sowohl Geschädigter als auch regressberechtigter Sozialversicherer haben die tatsächlichen Grundlagen der vorerwähnten Haftungsvoraussetzungen hinreichend zu substantiieren und zu beweisen; nachzuweisen ist insbesondere auch, in welchem Pflegebetrieb welcher/der Dekubitus entstanden ist.²⁵ Misslingt dieser Nachweis, besteht trotz nachgewiesenem Dekubitus keine Haftung.

III. Dekubitusrelevante Sorgfaltspflichtverletzungen

A. Dekubitusprophylaxe

Die für mobilitätsbehinderte Patienten verantwortlichen Pflegebetriebe bzw. Personen (Arzt- und Pflegepersonal) sind zur Dekubitusprophylaxe verpflichtet.²⁶ Die pflegerischen Massnahmen zur Vorbeugung eines Dekubitus bestehen u. a. in der Mo-

bilisation des Patienten und der Vermeidung von Bettlägerigkeit, Hautpflege und Hautschutz, einer ausgewogenen Ernährung und einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr, der Verwendung von Antidekubitusmatratzen oder Luftkammer- bzw. Wechseldrucksystemen zur Druckreduktion sowie einer regelmässigen Umlagerung nach Lagerungsplan in individuell an den Patienten angepassten Zeitintervallen. Eine nicht durchgeführte Dekubitusprophylaxe, die standardgemäss eine etwa zwei- bis mindestens dreistündliche Umlagerung erfordert, stellt einen groben Pflegefehler dar.²⁷ Bei besonders dekubitusgefährdeten Personen ist eine systematisch geplante und konsequent durchgeführte Dekubitusprophylaxe angezeigt.²⁸

Es ist allgemein anerkannt, dass das Auftreten eines Dekubitus zu 90% auf eine mangelhafte pflegerische Versorgung zurückgeführt werden kann.²⁹ Umstritten ist, ob deshalb generell³⁰ oder zumindest bei groben Pflegefehlern³¹ von einem Anscheinsbeweis bzw. einer *Beweislastumkehr* in Bezug auf eine Sorgfaltspflichtverletzung auszugehen ist, wenn ein Dekubitus eintritt. Dies hätte zur Folge, dass nicht der Geschädigte das Vorliegen einer Sorgfaltspflichtverletzung, sondern der Pflegebetrieb beweisen müsste, alle notwendigen Prophylaxemassnahmen ergriffen zu haben. Ein solcher Anscheinsbeweis wird von der Rechtsprechung bei Dekubiti nach operativen Eingriffen verneint.³² Das Auftreten eines erheblichen Druckgeschwürs bzw. eines präsakralen Dekubitus vierten Grades lässt demgegenüber regelmässig auch bei einem Schwerstkranken auf grobe Pflege- und/ oder Lagerungsmängel schliessen.³³ Das Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren gehört letztlich aber nicht zu einem Bereich, der vom Pflegebetrieb und dem Pflegepersonal voll beherrscht werden kann.³⁴ Selbst wenn infolge eines schweren Pflegefehlers von einer Beweislastumkehr auszugehen ist, erstreckt sich diese nur auf die Sorgfaltspflichtverletzung, nicht aber auch auf den Schadens- und Kausalitätsbeweis.³⁵

Nach der Rechtsprechung sind die zur Verhinderung eines Dekubitus notwendigen Massnahmen zu dokumentieren.³⁶ Zu verzeichnen sind dabei nicht nur das Dekubitusgefährdungsrisiko³⁷ gemäss standardisierter Gefährdungsskala, z. B. Norton- oder Braden-Skala, die angeordneten Vorbeugemassnahmen, sondern auch deren Wirksamkeit.³⁸ Neben der Wort- ist auch eine Bilddokumentation vorzusehen.³⁹ Die Lagerung des Patienten auf einer Antidekubitusmatte zählt zu den routinemässigen Standards und muss nicht notwendigerweise in den OP-Bericht aufgenommen werden.⁴⁰ Eine *mangelhafte Dokumentation* führt zu einer *Beweislast-*

Pflegerecht–2013– 212

umkehr, wenn diese die Feststellung der Geschehnisse erschwert.⁴¹

B. Dekubitusbehandlung

Tritt ein Dekubitus auf, sind die zu dessen Behandlung erforderlichen Massnahmen unverzüglich einzuleiten und zu dokumentieren. Eine Dekubitusversorgung nach erst elf Tagen ist ungenügend.⁴²

Werden ungeeignete Behandlungsmassnahmen ergriffen, ist zu unterscheiden, ob diese den Dekubitusschaden verschlimmert haben oder nicht. Die Medikation von Ringelblumensalbe (Calendula) ist für die Behandlung eines bakteriell infizierten Dekubitus bedeutungslos und stellt deshalb keinen Behandlungsfehler dar.⁴³ Grob fehlerhaft ist, wenn das Pflegepersonal des Heimes bei Nichteintritt einer Besserung keine zeitnahe erneute Vorstellung der Heimbewohnerin beim Arzt veranlasst.⁴⁴ Für die Beförderung von Patienten mit einem Dekubitus 4. Grades, die einer fachgerechten Betreuung bedürfen, ist ein Ambulanzfahrzeug zu verwenden; wer nur die Genehmigung zur Personenbeförderung hat, darf keine Krankentransporte durchführen.⁴⁵

Literatur:

BUCHTER ARMIN/HEINEMANN AXEL, et al., Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. Explorative Studie anhand von 15 der Hamburger Staatsanwaltschaft in den Jahren 1998–2000 bekannt gewordenen Fällen, in: MedR 2002, 185 ff.

GROSSKOPF VOLKER, Haftungsrisiko «Dekubitus» – Vermeidung der Inanspruchnahme durch strategische Interventionen, in: RDG 2011, 116 ff.

KOTTNER J./DASSEN T., et al., Dekubitus in deutschen Pflegeheimen. Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011, 318 ff.

LAHMANN NILS/KOTTNER JAN, Dekubitusprophylaxe: Die neuesten rechtlichen und tatsächlichen Erkenntnisse, in: RDG 2010, 12 ff.

PFLEIDERER THOMAS/SCHUBERT BJÖRN G., Pflegemängel als Kausalitätsproblem, in: MedR 2005, 591 ff.

PHILBERT-HASUCHA SABINE, Dekubitus – Prophylaxe in der Pflege. 2. Teil, in: Heilberufe 2008/2, 33 ff.

REIBNITZ CHRISTINE VON, Modernes Wundmanagement im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirtschaftlichkeit, in: RDG 2005, 106 ff.

STRÄSSNER HEINZ R., Der Dekubitus im Lichte der jüngeren Rechtsprechung (1. Teil), in: PflR 2007, 461 ff.

STRÄSSNER HEINZ R., Der Dekubitus im Lichte der jüngeren Rechtsprechung (2. Teil), in: PflR 2007, 514 ff.

WERDAN K., Ist ein Dekubitus immer vermeidbar?, in: Der Internist 2002, 414 ff.

Der vorliegende Beitrag stellt eine geringfügig überarbeitete Fassung des Beitrages dar, der im Werk «*Störfall Decubitus. Handbuch zur gesundheitsökonomischen Bedeutung, Prävention und chirurgischen Therapie*» (herausgegeben von Roland de Roche), Basel 2012, Seite 42–49, publiziert worden ist.

- 1 Weiterführend STRÄSSNER HEINZ R., Der Dekubitus im Lichte der jüngeren Rechtsprechung (1. Teil), in: PflR 2007, 461 ff., und STRÄSSNER HEINZ R., Der Dekubitus im Lichte der jüngeren Rechtsprechung (2. Teil), in: PflR 2007, 514 ff.
- 2 Art. 122 ff. StGB unterscheiden blosse Tötlichkeiten von eigentlichen (einfachen und schweren) Körperverletzungen. Je nach Grad des Dekubitus (1. Grad: umschriebene Rötung, intakte Haut; 2. Grad: Hautdefekt; 3. Grad: tiefer Hautdefekt; Muskeln, Sehnen und Bänder sind sichtbar und eventuell betroffen; 4. Grad: tiefer Hautdefekt mit Knochenbeteiligung) liegt eine Tötlichkeit oder eine Körperverletzung vor (vgl. Urteil OLG Karlsruhe vom 6. 9. 2004 [1Ss 84/04] = RDG 2004, 118 [fahrlässige Körperverletzung an einer Heimbewohnerin durch Verursachung eines Dekubitus]).
- 3 Vgl. Art. 127 und 129 StGB.
- 4 Weiterführend BUCHTER ARMIN/HEINEMANN AXEL, et al., Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. Explorative Studie anhand von 15 der Hamburger Staatsanwaltschaft in den Jahren 1998–2000 bekannt gewordenen Fällen, in: MedR 2002, 185 ff., und PFLEIDERER THOMAS/SCHUBERT BJÖRN G., Pflegemängel als Kausalitätsproblem, in: MedR 2005, 591 ff.
- 5 Siehe z. B. GROSSKOPF VOLKER, Haftungsrisiko «Dekubitus» – Vermeidung der Inanspruchnahme durch strategische Interventionen, in: RDG 2011, 116 ff.
- 6 Vgl. Urteil LAG Schleswig-Holstein 16. 5. 2007 (6 Sa 441/06) = NZA-RR 2007, 402 (fristlose Kündigung wegen unterlassener Pflegemassnahmen nach Auftreten mehrerer Dekubiti im Sakralbereich, am Hinterkopf und an der Ferse sowie Erstellen einer falschen Pflegedokumentation).
- 7 Vgl. Art. 321e OR.
- 8 Siehe den Anwendungsfall Urteil VG Hannover vom 9. 3. 2006 (11 A 443/06) = PflR 2006, 281.
- 9 Je nach dem handelt es sich beim Pflegevertrag um einen einfachen Auftrag (Art. 394 ff. OR) oder einen Arbeitsvertrag (Art. 319 ff. OR).
- 10 Vgl. Art. 41 ff. OR.
- 11 Vgl. Art. 97 ff. OR.
- 12 Im Anwendungsbereich der Vertragshaftung wird das Verschulden vermutet (vgl. Art. 97 Abs. 1 OR).
- 13 Vgl. Art. 50 OR.
- 14 Vgl. Art. 55 und 101 OR.
- 15 Siehe Urteile BGer vom 18. 4. 2006 (2P.224/2005) E. 4.2.3 und vom 3. 7. 2003 (2C.4/2000) E. 5.1.3.
- 16 Siehe PFLEIDERER THOMAS/SCHUBERT BJÖRN G., Pflegemängel als Kausalitätsproblem, in: MedR 2005, 591 ff.
- 17 Vgl. Urteil OLG Hamm vom 21. 4. 2009 (26 U 151/08) = PflR 2009, 392 (schicksalshafte Entstehung eines Dekubitus).

- 18 Vgl. Urteil OLG Brandenburg vom 16. 7. 2008 (12 W 15/08) = BeckRS 2011, 16782.
- 19 Die Beweislast dafür, dass der Dekubitus ohnehin aufgetreten wäre, liegt beim Pflegebetrieb (vgl. Urteil OLG Köln vom 26. 7. 2010 [5 U 27/10] = BeckRS 2012, 02892).
- 20 Vgl. Urteil OLG Düsseldorf vom 16. 6. 2004 (I-15 U 160/03) = BeckRS 2009, 13717 = PflR 2005, 62 = RDG 2005, 61. Siehe ferner VON REIBNITZ CHRISTINE, Modernes Wundmanagement im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirtschaftlichkeit, in: RDG 2005, 106 ff.
- 21 Die Angehörigen können die nach dem Tod des Geschädigten erbrechtlich auf sie übergegangenen Schadenersatzansprüche geltend machen (vgl. z. B. Urteil LG München vom 14. 1. 2009 [9 O 10239/04] = PflR 2009, 344). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung steht den Angehörigen eines Schwerverletzten ein eigener Genugtuungsanspruch gemäss Art. 49 OR zu, der mit dem Genugtuungsanspruch des Geschädigten gemäss Art. 47 OR kumuliert werden kann (vgl. BGE 118 II 404 E. 3).
- 22 Vgl. Art. 47 OR.
- 23 Vgl. Urteil OLG Oldenburg vom 14. 10. 1999 (1 U 121/98) = NJW-RR 2000, 762 = PflR 2000, 262 = RDG 2004, 129). Siehe ferner Urteile OLG Koblenz vom 26. 8. 2003 (3 U 1840/00) = NJW-RR 2004, 106 (Euro 20 000 für schwere Dekubituswunden infolge ständiger Bettlägerigkeit nach Querschnittlähmung [Paraplegie] unterhalb BWK12/LWK 1, welche Hauttransplantationen erforderlich machten; Patient verstarb nach 18 Monaten), LG München vom 14. 1. 2009 (9 O 10239/04) = PflR 2009, 344 (Euro 15 000 für zwei Druckgeschwüre am Steissbein und unterhalb des linken Knies mit nachträglicher Amputation), OLG Köln vom 4. 8. 1999 (5 U 19/99) = NJW-RR 2000, 1267 = MDR 2000, 643 = PflR 2001, 40 = RDG 2004, 129 = VersR 2000, 767 (DM 25 000 für 70-jährigen Mann bei sakralem Dekubitus [17 cm Durchmesser, 6 cm Tiefe, Wirbelsäule teilweise freiliegend, nach Ausheilung Schmerzhaftigkeit beim Sitzen und Gehen]), LG Münster vom 7. 12. 1995 (11 O 164/94) (DM 10 000 für Dekubitus, ca. 8 × 12 cm/Tiefe 5 cm) und OLG Düsseldorf vom 10. 10. 2002 (8 U 3/02) = NJOZ 2003, 2805 (DM 5000 für zwei unnötige Operationen [Austausch Herzschrittmacher] mit anschliessenden Entzündungsschmerzen [Dekubitus; Staphylokokkus Epidermis]).
- 24 Vgl. Art. 72 ff. ATSG.
- 25 Siehe dazu Urteil LG Koblenz vom 27. 10. 2000 (10 O 213/99) = PflR 2001, 113 (sechs Dekubiti bei 88-jähriger Frau, die in zwei Pflegebetrieben betreut wurde; Haftung wurde verneint).
- 26 Vgl. Urteil OLG Düsseldorf vom 16. 6. 2004 (I-15 U 160/03) = BeckRS 2009, 13717 = PflR 2005, 62 = RDG 2005, 61 (Schadenersatz wegen fehlender Dekubitusprophylaxe) sowie weiterführend GROSSKOPF VOLKER, Haftungsrisiko «Dekubitus» – Vermeidung der Inanspruchnahme durch strategische Interventionen, in: RDG 2011, 116 ff., und LAHMANN NILS/KOTTNER JAN, Dekubitusprophylaxe: Die neuesten rechtlichen und tatsächlichen Erkenntnisse, in: RDG 2010, 12 ff.
- 27 Vgl. Urteil OLG Oldenburg vom 14. 10. 1999 (1 U 121/98) = NJW-RR 2000, 762 = PflR 2000, 262 = RDG 2004, 129 = BeckRS 1999 30077171.
- 28 Vgl. Urteil LG München vom 14. 1. 2009 (9 O 10239/04) = PflR 2009, 344.

- 29 Vgl. z. B. PHILBERT-HASUCHA SABINE, Dekubitus – Prophylaxe in der Pflege. 2. Teil, in: Heilberufe 2008/2, 33 ff., und KOTTNER J./DASSEN T., et al., Dekubitus in deutschen Pflegeheimen. Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011, 318 ff. Siehe ferner Urteil OLG Hamm vom 21. 4. 2009 (26 U 151/08) = PflR 2009, 392 (schicksalshafte Entstehung eines Dekubitus).
- 30 Kritisch WERDAN K., Ist ein Dekubitus immer vermeidbar?, in: Der Internist 2002, 414 ff.
- 31 Bejahend die deutsche Rechtsprechung, siehe Urteil OLG Oldenburg vom 14. 10. 1999 (1 U 121/98) = NJW-RR 2000, 762 = PflR 2000, 262 = RDG 2004, 129 = BeckRS 1999 30077171.
- 32 Vgl. Urteil OLG Zweibrücken vom 13. 5. 1997 (5 U 7/95) = PflR 1998, 88 = VersR 1997, 1281 = NJWE-VHR 1997, 282 (Dekubituschäden im Anschluss an eine Herzklappenimplantation am offenen Herzen begründen keinen Anscheinsbeweis für einen fehlerhaften Einsatz eines bei der Operation verwendeten Hochfrequenzchirurgiegeräts [hier: Elektrokauter]). Ferner Urteile LG Hagen vom 8. 11. 2000 (2 O 134/98) = PflR 2002, 228 = RDG 2011, 155 (Haftung verneint bei Dekubitus nach Operation an einer an krankhafter Fettsucht leidenden Patientin mit Diabetes mellitus) und LG Saarbrücken vom 26. 2. 2009 (16 O 329/07) = BeckRS 2011, 23771 (Haftung verneint für Lagerungsschaden nach Operation).
- 33 Vgl. Urteil OLG Köln vom 4. 8. 1999 (5 U 19/99) = NJW-RR 2000, 1267 = MDR 2000, 643 = PflR 2001, 40 = RDG 2004, 129 = VersR 2000, 767.
- 34 Vgl. Urteil OLG Braunschweig vom 7. 10. 2008 (1 U 93/07) = NJW-RR 2009, 1109 = PflR 2009, 194 = RDG 2009, 124.
- 35 Ibid.
- 36 Statt vieler Urteile BGH vom 18. 3. 1986 (VI ZR 215/84) = NJW 1986, 2365 = JZ 1986, 958 = MDR 1986, 836 = VersR 1986, 788 = LM Nr. 84 § 611 BGB = MedR 86, 324 = r + s 1986, 205 = RDG 2010, 43, OLG Düsseldorf vom 16. 6. 2004 (I-15 U 160/03) = BeckRS 2009, 13717 = PflR 2005, 62 = RDG 2005, 61 und OLG München vom 30. 4. 2009 (1 U 4265/08) = RDG 2010, 43.
- 37 Bei Risikopatienten ist es – im Hinblick auf die Dekubitusgefahr – schon zur Gewährleistung der erforderlichen Prophylaxe erforderlich, in den Krankenunterlagen die ärztliche Diagnose, dass der Patient ein Risikopatient ist, und die ärztlichen Anordnungen zu den durchzuführenden besonderen Pflegemaßnahmen zu dokumentieren (vgl. Urteil OLG Köln vom 26. 7. 2010 [5 U 27/10] = BeckRS 2012, 02892).
- 38 Vgl. Urteil BGH vom 18. 3. 1986 (VI ZR 215/84) = NJW 1986, 2365 = JZ 1986, 958 = MDR 1986, 836 = VersR 1986, 788 = LM Nr. 84 § 611 BGB = MedR 86, 324 = r + s 1986, 205 = RDG 2010, 43.
- 39 Vgl. Urteile OLG Köln vom 4. 8. 1999 (5 U 19/99) = NJW-RR 2000, 1267 = MDR 2000, 643 = PflR 2001, 40 = RDG 2004, 129 = VersR 2000, 767 und LG Hagen vom 8. 11. 2000 (2 O 134/98) = PflR 2002, 228 = RDG 2011, 155.
- 40 Vgl. Urteil LG Hagen vom 8. 11. 2000 (2 O 134/98) = PflR 2002, 228 = RDG 2011, 155.
- 41 Vgl. Urteile OLG Düsseldorf vom 16. 6. 2004 (I-15 U 160/03) = BeckRS 2009, 13717 = PflR 2005, 62 = RDG 2005, 61 und OLG Oldenburg vom 14. 10. 1999 (1 U 121/98) = NJW-RR 2000, 762 = PflR 2000, 262 = RDG 2004, 129 = BeckRS 1999 30077171.

- 42 Vgl. Urteil LG Münster vom 7. 12. 1995 (11 O 164/94).
- 43 Vgl. Urteil OLG Zweibrücken vom 13. 5. 1997 (5 U 7/95) = PflR 1998, 88 = VersR 1997, 1281 = NJWE-VHR 1997, 282.
- 44 Vgl. Urteil OLG Oldenburg vom 14. 10. 1999 (1 U 121/98) = NJW-RR 2000, 762 = PflR 2000, 262 = RDG 2004, 129 = BeckRS 1999 30077171.
- 45 Vgl. Urteil OLG Hamm vom 22. 3. 2011 (I-4 U 186/10) = RDG 2011, 155.