

# Dekubitusmanagement

# 4

Allgemein formuliert steht Dekubitusmanagement für die Planung, Koordination und Durchführung verschiedener pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Vorbeugung (Prophylaxe) und Behandlung (Therapie) von Dekubitus. Dabei symbolisiert die Wortwahl des Begriffs „Management“, dass es hier nicht um die Durchführung einer einfachen pflegerischen Maßnahme wie etwa um das Messen von Vitalwerten geht, sondern um einen komplexen Themenbereich, der sich aus einer Vielzahl unterschiedlicher Teilaspekte, von der Ermittlung des individuellen Dekubitusrisikos bis hin zu eventuell notwendigen, operativen Maßnahmen, zusammensetzt.

An einem effizienten Dekubitusmanagement sind neben den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und Pflegekräften letztlich alle medizinischen Berufsgruppen wie etwa Ärzte, Mitarbeiter der Kostenträger, Orthopädietechniker und Apotheker, Physio- und Ergotherapeuten beteiligt. Ein reibungslos funktionierendes Dekubitusmanagement ist nur dann möglich, wenn alle an der Versorgung des von Dekubitus betroffenen pflegebedürftigen Menschen eng und gut im Sinne eines Netzwerks zusammenarbeiten. Eine Grundlage dafür stellt die Analyse möglicherweise vorhandener Problemfelder dar, die im Sinne eines fachlich fundierten Dekubitusmanagements gelöst werden müssen.

## 4.1 Definition und praktische Bedeutung

Der Begriff Dekubitusmanagement ist zumindest in der deutschsprachigen Literatur nicht eindeutig definiert. In den Fachpublikationen stützen die Autoren ihre Aussagen auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Das trifft jedoch nur zum Teil zu, denn in dem Fall handelt es sich genau betrachtet um ein „Dekubitusprophylaxemanagement“ mit dem Ziel, dem Entstehen eines Dekubitus entgegenzuwirken und ihn, so möglich, zu vermeiden.

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter dem Begriff Management die konkrete Organisation von Aufgaben und Abläufen verstanden. Das Wort Management leitet sich von dem englischen Verb „manage“, (etwas) handhaben, (mit etwas) zurecht kommen, etwas bewältigen, fertigbringen und beaufsichtigen, ab.

Genau darum geht es bei der Organisation der unterschiedlichen Aufgaben und Abläufe im Bereich der Dekubitusprophylaxe und -therapie. Beide Zweige bestehen aus einzelnen Teilbereichen bzw. Maßnahmen, die im Rahmen einer umfassenden Pflegeplanung koordiniert und abgestimmt in ein pflegerisches Gesamtkonzept einfließen müssen.

Überdies sind die Dekubitusprophylaxe und die Dekubitustherapie eng miteinander verwoben, da die einzelnen Teilbereiche und die sich daraus ableitenden Maßnahmen, wie bspw. der Erhalt und die Förderung von Mobilität, der Einsatz von Hilfsmitteln, die Hautpflege, die Dokumentation, die Edukation und Evaluation, fundamentale Bestandteile beider Zweige der Dekubitusthematik sind.

Aufgrund der engen Verknüpfung von Prophylaxe und Therapie und der damit verbundenen Komplexität der Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation der einzelnen Maßnahmen ist der Begriff Dekubitusmanagement eindeutig und zutreffend.

**WICHTIG!**

**Das Dekubitusmanagement umfasst demnach die Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation aller Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Dekubitus.**

Trotz der Komplexität des Dekubitusmanagements an sich darf nicht vergessen werden, dass es sich um die pflegerische Versorgung eines Menschen handelt, der nicht nur aus einer Wunde besteht bzw. ein Risiko innehat, eine solche zu entwickeln. Bedürfnisse und medizinische Erfordernisse, die jenseits des Dekubitusmanagements liegen, dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Sonst ist der Dekubitus zwar verhindert oder abgeheilt, aber es entstehen neue, andere „Baustellen“.

**WICHTIG!**

Im Fokus sollte der Mensch mit seiner Wunde und nicht die Wunde an sich stehen. Die reine Fokussierung auf die lokale Versorgung der Wunde greift zu kurz und wird der Komplexität, den Erfordernissen und den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen mit Dekubitus nicht gerecht.

Dabei muss allen Beteiligten klar sein:

*Das Nichtauftreten eines Dekubitus ist nicht gleichbedeutend mit optimaler Pflege. Genauso wenig ist das Auftreten eines Dekubitus ein Hinweis auf nachlässige Pflege bzw. Pflegefehler. In beiden Fällen kann die Ursache im Pflegebedürftigen liegen, dessen Regenerationsfähigkeit entweder so optimal ist, dass er dem Entstehen des Dekubitus entgegenwirken kann, oder der einfach so erschöpft ist, dass seine körpereigenen Kräfte nicht mehr ausreichen, um dem Entstehen des Dekubitus entgegenwirken zu können bzw. einen Heilungsprozess zu unterstützen.*

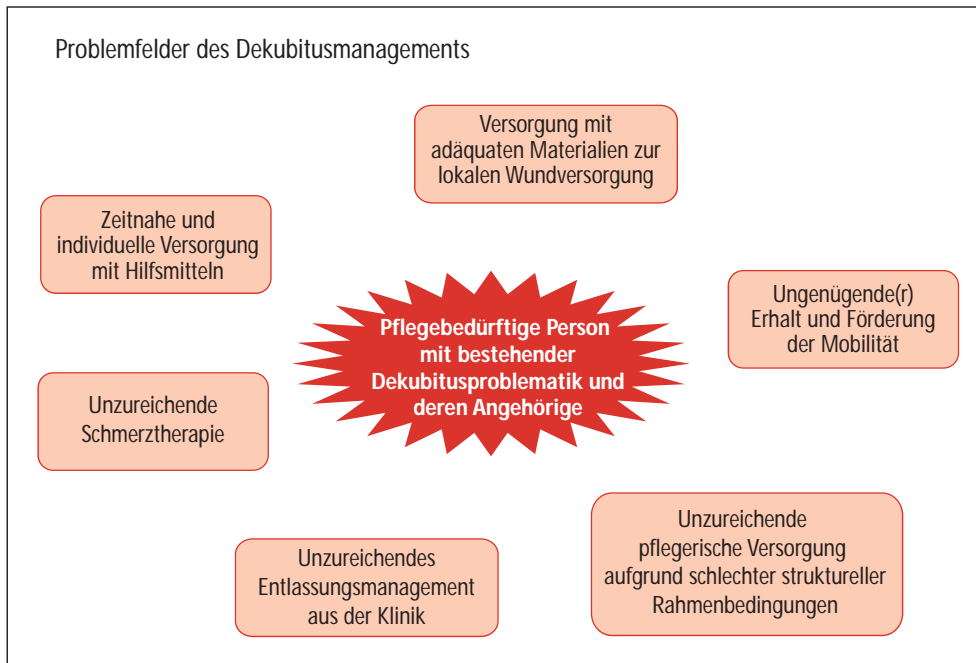
## 4.2 Problembereiche in der Versorgung

Um die hier beispielhaft aufgeführten Problemfelder zu beheben oder, im individuellen wie idealen Fall, am besten gar nicht erst entstehen zu lassen, bedarf es

- ▶ der Absicht und des Willens aller Beteiligten, Pflegebedürftige mit Dekubitus gut zu versorgen,
- ▶ der Schulung und Aufklärung aller beteiligten Akteure und
- ▶ der Ausschöpfung gesetzlicher Handlungsspielräume hinsichtlich Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln.

**PRAXISTIPP**

Ein regionales Netzwerk, in dem alle optional beteiligten Berufsgruppen eingebunden sind, kann ein effektives und effizientes Dekubitusmanagement im Interesse aller ermöglichen.



**Abb. 4.2-1** *Problembereiche des Dekubitusmanagements*

Auf weitere Problemfelder, zum Beispiel fehlendes oder unzureichendes Schmerzmanagement, mangelnde Mobilitätsförderung und Defizite in der Hilfsmittelversorgung wird ausführlich in den jeweiligen Kapiteln dieses Buches eingegangen.

**Unzureichende pflegerische Versorgung**

Ein qualifiziertes Dekubitusmanagement braucht nicht nur eine entsprechend hohe fachliche Qualifikation, sondern auch die strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung – vor allem Zeit.

Der Pflegekräftemangel führt zur Arbeitsverdichtung und Überlastung von Pflegekräften. Notwendige pflegerische Tätigkeiten können nicht mehr zeitnah oder gar nicht mehr durchgeführt werden. Viele Dinge bleiben auf der Strecke. Im Bereich der ambulanten Pflege ist heute ohne Unterstützung von Angehörigen und Bezugspersonen eine Versorgung im Rahmen des Dekubitusmanagements nahezu unmöglich.

Überdies gibt es eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Menschen mit Dekubitus, die sich weder einem Arzt vorstellen noch von einem Pflegedienst betreut werden. Diese meist pflegebedürftigen Menschen, die sich oft in einem verwahrlosten Zustand befinden, da sie durch die Angehörigen nur sehr mangelhaft oder gar nicht pflegerisch versorgt werden, werden oft nur zufällig, zum Beispiel bei einer unvermeidbaren Krankenhauseinweisung, erkannt.

**Fokussierung auf die Wunde**

Vielfach findet eine Fokussierung auf die Wunde statt. Dies greift zu kurz und entspricht nicht den individuellen Bedürfnissen des Patienten. Bei einer solchen Fokussierung werden kausalthérapeutische Faktoren wie zum Beispiel Schmerztherapie, Mobilitätsförderung und Hilfsmittelversorgung außer Acht gelassen. Es kommt zu unnötigen Verzögerungen des Heilungs-

folgs, vergrößert unter Umständen das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit und kann den Prozess des Bettlägerigwerdens forcieren.

### Lokale Wundtherapie

Die Wunde spielt nicht die einzige, aber doch eine wichtige Rolle im Management der Dekubitustherapie. Fehlendes Wissen, mangelnde Zeit und/oder auch Bereitschaft, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, führen in der Planung und praktischen Umsetzung einer effizienten lokalen Wundtherapie zu Problemen:

- ▶ Einige Ärzte und Pflegekräfte vertreten immer noch die Meinung, dass die lokale Wundversorgung in der ambulanten und stationären Pflege unsteril erfolgen kann. Unsterile Verbandstoffe werden verordnet, Verbandwechsel erfolgen unter unsterilen Bedingungen.
- ▶ Teils werden aus Unkenntnis und/oder mit dem Ziel der Kostenersparnis unangemessene, nicht phasengerechte Verbandstoffe verordnet.
- ▶ Verbandstoffe liegen nicht zeitnah und in notwendiger Menge vor.
- ▶ Inadäquate Maßnahmen zur Wundtherapie werden ärztlich verordnet.
- ▶ Maßnahmen zur lokalen Wundtherapie werden nicht konsequent umgesetzt, weil die Abstimmung der Beteiligten untereinander fehlt.
- ▶ Wundheilungshindernisse werden oft nicht erkannt oder nicht in einen Zusammenhang mit der Wunde gebracht. Sie werden nicht abgestellt. Die Wundheilung wird verzögert oder gar verhindert.

### Entlassungsmanagement

Werden Patienten mit Dekubitus aus einer Akutklinik nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung entlassen, fehlt es oft an Unterstützung für sie und ihre Angehörigen/Bezugspersonen sowie die ambulant wie stationär tätigen Pflegekräfte. Häufig besteht hinsichtlich Dekubitus noch kein wirksames Entlassungsmanagement seitens der entlassenden Klinik. Ein *ausagekräftiger* Bericht zum in der Klinik erfolgten Dekubitusmanagement fehlt oder wird erst am Tag der Entlassung, wenn nicht gar noch später ausgehändigt. In der Pflege, vor allem im häuslichen Umfeld, fehlt es dann an ärztlichen Verordnungen, Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Medikamenten und Verbandstoffen. Es kommt zu Verzögerungen in Dekubitusprophylaxe und -therapie mit zum Teil verheerenden Folgen für den Patienten.

## 4.3 Durchführungs- und Gesamtverantwortung

Für die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen sind, nicht nur im Rahmen des Dekubitusmanagements, in der ambulanten wie stationären Pflege die Pflegekräfte verantwortlich. In § 11 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) XI heißt es zu den Rechten und Pflichten der Pflegeeinrichtungen:

*„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“*

In diesem kurzen Absatz steckt, abgesehen von der Verpflichtung zu einer selbstverständlich humanen Pflege, eine Reihe wichtiger Konsequenzen für die Arbeit der Pflegekräfte.

Die explizite Betonung des Aktivierenden an der Pflege hebt die Bedeutung des Erhalts und der Förderung von Mobilität für die Pflege allgemein hervor. Nicht wenige Dekubitus ließen sich vermeiden, würde dieser Bereich auch wirklich entsprechend stark in der Praxis berücksichtigt. Bei einigen Patienten müsste man gar nicht über das Thema Dekubitus nachdenken, würden sie aktivierend gepflegt.

Für die Durchführung der Pflege, Versorgung und Betreuung ist im Rahmen der sogenannten Durchführungsverantwortung die ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung verantwortlich. Also letztlich jede einzelne Pflegekraft.

Im Einzelnen bedeutet dies für das Dekubitusmanagement:

### 4.3.1 Risikoassessment durch Arzt und Pflegekraft

Sie, die Pflegekräfte, sind gemeinsam mit dem behandelnden Arzt für die Erkennung eines Dekubitusrisikos bei ihren Pflegebedürftigen verantwortlich. Das heißt, die Pflegekräfte und der behandelnde Arzt sind verpflichtet, ein entsprechendes Risikoassessment nach aktuellem Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik durchzuführen. Das heißt nicht, dass jeder Dekubitus durch ein professionelles Risikoassessment verhindert werden kann.

Definieren Sie für Ihre Einrichtung, Ihren Pflegedienst, wann und wie das Risikoassessment stattfindet. Sprechen Sie individuelle Besonderheiten in der Vorgehensweise mit dem behandelnden Arzt ab.

**PRAXISTIPP**

### 4.3.2 Ver- und Anordnung von Maßnahmen und Mitteln

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, auf Basis des Risikoassessments und bei Vorhandensein von Wunden die für die pflegerischen Maßnahmen notwendigen Hilfs- und Pflegehilfsmittel, Verbandstoffe, Medikamente und Therapien entsprechend dem Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik zu verordnen bzw. anzuordnen. Unterlässt es der Arzt, notwendige Hilfsmittel und zum Beispiel Verbandstoffe zu verordnen, oder wurden die falschen (Hilfs-)Mittel oder Maßnahmen ver- bzw. angeordnet, sind wiederum die Pflegekräfte in der Pflicht. Nimmt es die Pflegekraft einfach hin, dass der Arzt nichts oder die bekanntlich falschen Dinge ver- bzw. anordnet, trifft sie das sogenannte Übernahmeverschulden.

Suchen Sie, ggf. gemeinsam mit den Betroffenen bzw. Angehörigen und/oder Bezugspersonen, das Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Versuchen Sie, ihn von der Notwendigkeit der Maßnahmen und Mittel zu überzeugen und gemeinsam eine Lösung für die Versorgung des Pflegebedürftigen zu finden.

**PRAXISTIPP**

**PRAXISTIPP**

Findet sich keine einvernehmliche Lösung, bleibt Ihnen leider nur der Hinweis auf die gemeinsame Gesamtverantwortung. Hilft auch das nicht, sollten Sie gemeinsam mit den Betroffenen bzw. Angehörigen und/oder Bezugspersonen über einen Arztwechsel nachdenken.

### 4.3.3 Genehmigung und Erstattung von Maßnahmen und Mitteln

Nach § 11 Abs. 1 SGB V haben Versicherte gegenüber der Krankenkasse unter anderem Anspruch auf Leistungen zur

- ▶ Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung,
- ▶ Früherkennung von Krankheiten und
- ▶ Behandlung einer Krankheit.

Im § 11 Abs. 2 heißt es:

*„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.“*

Maßnahmen und Mittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie (einschließlich Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität, wenn sie speziell auf die Dekubitusprophylaxe und -therapie abzielen) gehören nicht zu den für die Durchführung der Pflege üblicherweise erforderlichen Maßnahmen und Mitteln, die ein ambulanter Pflegedienst oder ein Pflegeheim prinzipiell durchführen bzw. vorhalten muss. Sie gehören zur medizinischen Behandlungspflege, nicht zur Grundpflege.

Das BSG stellt dazu zum Beispiel in einem Urteil von 2002 (Az B 3 KR 15/02 R) klar, dass ein Dekubitushilfsmittel ein Hilfsmittel ist, „das zum einen erforderlich ist, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, und zum anderen auch dem Ausgleich einer Behinderung dient, die hier in der ausgefallenen Fähigkeit des Körperlagewechsels besteht“.

**WICHTIG!**

Im oben genannten Urteil des BSG wird eine ganz klare Anspruchsgrundlage gegenüber der Krankenkasse definiert. Die hin und wieder von Krankenkassen verfolgte Argumentation, das Pflegeheim sei für die Versorgung des Dekubituspatienten verantwortlich, „widerspricht § 33 SGB V; sie findet auch im Regelungskonzept der sozialen Pflegeversicherung und bei der Abgrenzung der Pflege- von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Grundlage.“

Krankenkassen gehören also zu den Rehabilitationsträgern. Auch nach § 31 Abs. 1 SGB IX und § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen.

SGB V verpflichtet ferner in § 2 Abs. 1 die Krankenkassen:

*„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“*

Das BSG sagt in seinem Urteil von 2002 dazu [KK = Krankenkasse]:

*„Nach § 13 Abs. 3 SGB V ... hat die KK an Stelle einer Sachleistung Kosten zu erstatten, soweit sie eine Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Dasselbe folgt seit dem 1. Juli 2001 auch aus der allgemeinen Regelung des § 15 Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), der eine Kostenerstattungspflicht unter diesen Voraussetzungen für alle Rehabilitationsträger vorsieht, wozu auch die KK zählen (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V verweist für selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nunmehr auf § 15 SGB IX. Hat ein Versicherter, wie hier, die Forderung des Hilfsmittelerbringers noch nicht erfüllt, kann er die Bezahlung seiner Schuld durch die KK verlangen (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 37, S 212).“*

Lehnt es die Krankenkasse also ab, Maßnahmen und Mittel, die dem Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie entsprechen, zur Verfügung zu stellen (Sachleistung) oder die entsprechenden Kosten zu übernehmen bzw. zu erstatten (Geldleistung), wird eine wie im Falle des Dekubitus notwendige „unaufschiebbare Leistung“ nicht von der Krankenkasse erbracht. Gleiches gilt, wenn ein Mittel, das nicht dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik entspricht und zum Beispiel für diesen Betroffenen nicht geeignet ist, von der Krankenkasse genehmigt oder vom Sanitätshaus im Auftrag der Krankenkasse geliefert wird.

Sie als Pflegekraft könnten sich zurücklehnen, die Entscheidung der Krankenkasse einfach akzeptieren und dokumentieren. Abgesehen von den Konsequenzen, die Ihr Handeln für den Betroffenen hätte: Analog zur Ver- und Anordnung von Maßnahmen und Mitteln durch den behandelnden Arzt sind Sie rein rechtlich in der Pflicht. Nimmt es eine Pflegekraft einfach hin, dass nichts oder bekanntlich falsche Dinge genehmigt und geliefert bzw. erstattet werden, trifft sie das sogenannte Übernahmeverschulden.

Unterstützen Sie Ihre Patienten, am besten gemeinsam mit dem behandelnden Arzt, bei der Abstimmung mit dem zuständigen Mitarbeiter der Krankenkasse. Auch hier gilt: Reden Sie miteinander. Besprechen Sie, warum genau welche Maßnahme oder welches Mittel für die Dekubitusprophylaxe und -therapie bei diesem Betroffenen wichtig ist. Und denken Sie an die Zeit: Gerade in der Dekubitusprophylaxe ist es wichtig, dass druckverteilende bzw. -entlastende Hilfsmittel zeitnah bereitgestellt werden.

Weigert sich die Krankenkasse trotzdem oder ziehen sich die Diskussionen über einen längeren Zeitraum hin, bleibt im Zweifel leider nur, durch die Angehörigen und/oder Bezugspersonen ein unbedingt notwendiges Hilfsmittel zu kaufen oder von einem Leistungserbringer zu leihen. In Abhängigkeit von den Kosten des Hilfsmittels lohnt es sich, juristischen Rat hinsichtlich nachträglicher Erstattung durch die Krankenkasse einzuholen.

**PRAXISTIPP**

### 4.3.4 Sach- und fachgerechte Planung und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen

Um das Risikoassessment professionell durchführen und den behandelnden Arzt von sinnvollen und notwendigen Maßnahmen und Mitteln überzeugen zu können, vor allem aber für die sach- und fachgerechte Planung und Durchführung der pflegerischen Maßnahmen müssen die Pflegekräfte den aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik auch kennen (§ 11 Abs. 1 SGB XI).

Die Teilnahme an entsprechenden, internen wie externen Fortbildungen und Trainings ist zu belegen. Interne Arbeitsabläufe und Prozessbeschreibungen, zum Beispiel im Rahmen des Qualitätsmanagements, sind regelmäßig auf ihre Aktualität zu prüfen und ggf. an neue Erkenntnisse und Entwicklungen anzupassen.

#### PRAXISTIPP

Beachten Sie bei allem, was Sie tun, die Anforderungen an die Dokumentation. Im Zweifel können Sie sonst nicht belegen, dass Sie sich entsprechend dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik verhalten haben.

### 4.3.5 Rechtliche Konsequenzen bei Nichtbeachtung

Ist ein Dekubitus entstanden und bestehen Zweifel an der sach- und fachgerechten Dekubitusprophylaxe und -therapie, drohen zivil- und strafrechtliche Konsequenzen. Gilt doch der Dekubitus in der deutschen Rechtsprechung nach wie vor als ein Indiz für grobe Pflege- und/oder Behandlungsfehler. Behauptet ein Betroffener oder die zuständige Krankenkasse glaubhaft, der Dekubitus sei aufgrund schlechter Pflege, fehlender oder mangelhafter Hilfsmittel entstanden, muss die Einrichtung bzw. der ambulante Pflegedienst das Gegenteil beweisen.

Wurden alle erforderlichen Maßnahmen im Rahmen des Dekubitusmanagements entsprechend dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik durchgeführt und dokumentiert, gelingt dieser Beweis und eine Klage wird abgewiesen. Wie im folgenden Beispiel:

OLG Hamm | Urteil  
vom 21.04.2009 |  
Az. 26 U 151/08

- ▶ **Kläger:** Privatpersonen (Erben der Betroffenen)
- ▶ **Beklagte:** Alten- und Pflegeheim
- ▶ **Begründung der Kläger:** Fehler in der Dekubitusprophylaxe
- ▶ **Vorgeschichte:** Forderung in erster Instanz vom LG Bielefeld abgelehnt (Az. 2 O 416/05 vom 01.07.2008)
- ▶ **Forderungen:** im Rahmen der Berufung 4.510,91 Euro Ersatz für materiellen Schaden + mindestens 20.000,00 Euro Schmerzensgeld, jeweils zzgl. Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.01.2005
- ▶ **Urteil:** in der Berufung: kein Anspruch auf Schadensersatz/Schmerzensgeld, keine Revision zugelassen
- ▶ **Auszug aus dem Urteil:**  
„Steht deshalb – wie hier – aus medizinischer Sicht fest, dass sich ein Dekubitus schicksalhaft entwickelt hat und alle notwendigen Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Unterbrechung des zu seiner Ausbildung füh-



*renden Krankheitsverlaufes getroffen worden sind, so kann sich die Unterlassung zusätzlicher pflegerischer Maßnahmen nicht mehr in einer zum Schadensersatz verpflichtenden Weise auf den – sich daran erst anschließenden – medizinischen Geschehensablauf ausgewirkt haben, der nach den Feststellungen des Sachverständigen davon überhaupt nicht mehr berührt worden wäre.“*

Wurde jedoch vom aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer Wissenschaft und Technik abgewichen und/oder schlecht bis gar nicht dokumentiert, können Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen von Betroffenen und deren Angehörigen/Bezugspersonen sowie Schadensersatzforderungen der Leistungen erbringenden Krankenkasse folgen. Ein Beispiel:

- ▶ **Kläger:** Privatperson (Betroffener)
- ▶ **Beklagte:** Krankenhaus
- ▶ **Begründung der Kläger:** Mangelhafte pflegerische Versorgung, unzureichende Unterlagen, fehlende Antidekubitusmatratzen und -kissen, fehlende Anordnung und Überwachung der Dekubitus-Prophylaxemaßnahmen, insbesondere keine ärztlichen Anweisungen zur fachgerechten Lagerung und Mobilisierung; nach Entstehung des Dekubitus erforderliche Maßnahmen zur Dekubitustherapie unterlassen
- ▶ **Forderungen:** 10.000,00 Euro Schmerzensgeld zzgl. Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.08.2008 + Verpflichtung zum Ausgleich eines weiteren, immateriellen Schadens, der entstehen wird + Verpflichtung zum Ausgleich eines entstandenen und künftig noch entstehenden materiellen Schadens
- ▶ **Urteil:** Zahlung von 20.000 Euro Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11.12.2008 + Verpflichtung zum Ausgleich eines weiteren, immateriellen Schadens, der entstehen wird + Verpflichtung zum Ausgleich eines entstandenen und künftig noch entstehenden materiellen Schadens, soweit diese Ansprüche nicht durch Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übernommen wurden bzw. werden
- ▶ **Auszug aus dem Urteil:**  
*„Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht fest, dass den Beklagten ... ein ärztliches Verschulden, das zu einer maßgeblichen Gesundheitsbeeinträchtigung des Klägers geführt hat, vorzuwerfen ist, bzw. haben die aufgrund der Beweislastumkehr darlegungs- und beweisbelasteten Beklagten ... nicht substantiiert dargetan und unter Beweis gestellt, dass sie bei dem Kläger ausreichende Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung eines Druckgeschwürs angeordnet und überwacht haben. ... Es entspricht daneben anerkannter Rechtsprechung, worauf die Kammer in der mündlichen Verhandlung hingewiesen hat, dass das Auftreten von schwerwiegenden Dekubiti bei Hochrisikopatienten ... immer vermeidbar sei ..., sei es durch häufige Umlagerungen, sei es durch Eincremen oder/und durch Einsatz von Spezialbetten und Kissen. Dementsprechend wird allein schon die Entstehung von Durchliege-Geschwüren ausnahmslos auf falsche oder unzureichende Vorbeugemaßnahmen zurückgeführt; erfahrungsgemäß beruhe ein schwerer Dekubitus (Druckgeschwür) auf groben Pflege- und Lagerungsmängeln bzw. unzureichenden ärztlichen Anordnungen und Überwachungen ... Die Beklagten können sich nicht mit Erfolg darauf berufen, der Kläger habe sich nach den Umlagerungen durch die Pflegekräfte in die Seitenlage häufig selbst auf den Rücken entlagert. Ob der Kläger tatsächlich verschiedene*

*LG Bonn | Urteil  
vom 23.12.2011 |  
Az. 9 O 364/08*

*Maßnahmen des Pflegepersonals eigenhändig wieder rückgängig gemacht hat, kann dabei letztlich dahingestellt bleiben. Auch hierzu fehlt ein hinreichend konkreter Sachvortrag und entsprechende Dokumentation. Mangels ausreichender Sicherheits- bzw. therapeutischer Aufklärung wäre das Vorbringen auch deshalb unbeachtlich. Die Ablehnung notwendiger medizinischer Maßnahmen ist nämlich nur dann beachtlich, wenn der Patient von einem Arzt auf die Dringlichkeit der Maßnahmen, hier der Umlagerungen, hingewiesen wird und ihm die bestehenden Risiken deutlich vor Augen geführt werden. Dass eine solche ärztlich gebotene Sicherheitsaufklärung durchgeführt worden ist, ist von den Beklagten nicht vorgetragen worden. Der pauschale Hinweis auf die Pflegeberichte sowie der Mobilisations- und Bewegungsplan genügt insoweit nicht. ... Der Hinweis der Beklagten auf fehlende Compliance des Klägers geht insoweit schon wegen des gesundheitlichen Zustandes des durch Schlaganfall mit linksseitiger Halbseitenlähmung geschwächten und kaum bewegungsfähigen Klägers fehl. Ggf. hätten mit den zur Verfügung stehenden Mitteln und engmaschigeren Kontrollen die Umlagerungen gewährleistet werden müssen; gerade bei erkennbaren Schwierigkeiten des „immobilen“ Klägers.“*

Auf die Darstellung weiterer Gerichtsentscheidungen soll hier verzichtet werden. Bei Interesse genügt es, in eine der üblichen Internet-Suchmaschinen „Dekubitus Urteil“ einzugeben.

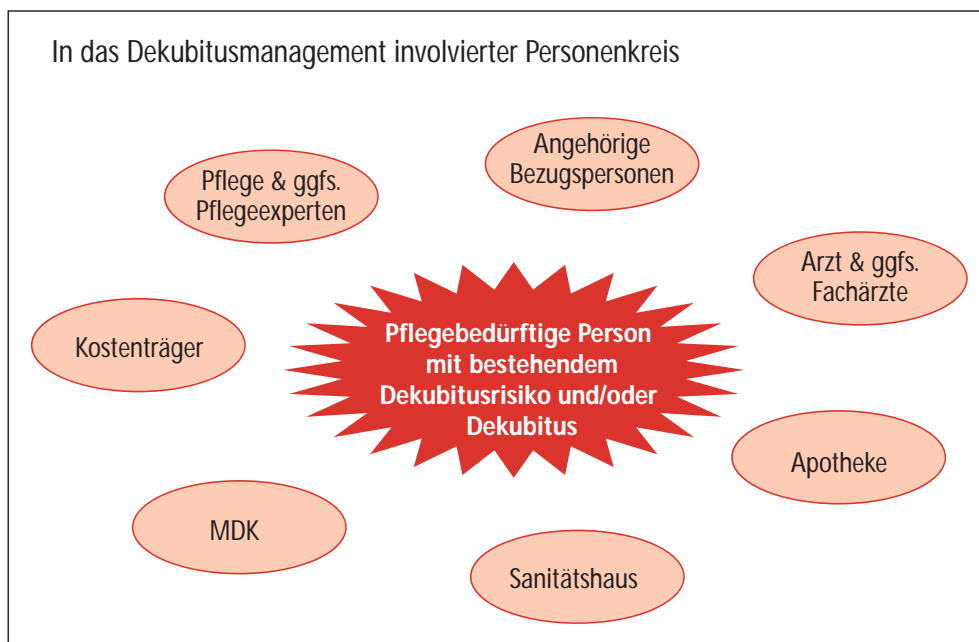
### PRAXISTIPP

Bitte halten Sie sich vor Augen, dass aus einem mangelhaften Dekubitusmanagement, durch Nichtachtung der Durchführungs- und Gesamtverantwortung, Unterlassungs- oder Übernahmeverschulden Schmerzensgeld- und Schadensersatzforderungen entstehen können. Von den Konsequenzen für den Betroffenen sowie dem materiellen und immateriellen Aufwand für ein juristisches Verfahren abgesehen: Die meist aus einem solchen Rechtsstreit entstehende öffentliche Diskussion ist sicher Ihrer Arbeit nicht zuträglich.

## 4.4 Multiprofessionelle Versorgung

Um das Dekubitusmanagement auch wirklich effektiv und effizient gestalten zu können, müssen neben der oder dem Betroffenen und ihren/seinen Angehörigen und Pflegekräften weitere Berufsgruppen beteiligt werden:

- ▶ Ärzte
- ▶ Physio- und Ergotherapeuten
- ▶ Apotheker
- ▶ Mitarbeiter von Sanitätshäusern
- ▶ Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen
- ▶ Ggf. Mitarbeiter des MDK
- ▶ Ggf. spezifisch qualifizierte Pflegefachkräfte wie Wundspezialisten und Ernährungsberater



**Abb. 4.4-1** In das Dekubitusmanagement involvierter Personenkreis

Die wohl umfassendste, wichtigste Aufgabe im Dekubitusmanagement kommt den Pflegekräften vor Ort zu. Sie *Pflege*

- ▶ schätzen das Dekubitusrisiko ein, erheben ggf. einen Wundbefund,
- ▶ planen in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt die Prophylaxemaßnahmen und ggf. das Wundmanagement,
- ▶ beziehen weitere Berufsgruppen ein und koordinieren ihre Zusammenarbeit,
- ▶ führen die geplanten lokalen und kausalen Maßnahmen des Dekubitusmanagements durch,
- ▶ dokumentieren,
- ▶ führen Prophylaxe- und Wundprotokolle,
- ▶ evaluieren die Ergebnisse der Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen,
- ▶ stoßen ggf. Änderungen/Ergänzungen einzelner Maßnahmen und/oder des gesamten Pflegeplans an und
- ▶ beziehen dabei die Angehörigen bzw. Bezugspersonen ein.

Angehörige bzw. Bezugspersonen des gefährdeten oder betroffenen Pflegebedürftigen müssen einbezogen werden. Sie können den Erfolg des Dekubitusmanagements maßgeblich beeinflussen, indem sie in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen und Fähigkeiten zum Beispiel *Angehöriger/ Bezugspersonen*

- ▶ aktiv bei der Mobilitätsförderung, Positionsunterstützung, Ernährung oder Wundversorgung unterstützen,
- ▶ Kontakt mit den Kostenträgern und/oder Sanitätshäusern aufnehmen und für die Rechte des Patienten hinsichtlich Versorgung mit Hilfs- und Verbandsmitteln eintreten,
- ▶ dem Betroffenen seelisch zur Seite stehen und
- ▶ die Arbeit der Pflegekräfte durch entsprechende Gespräche mit dem Betroffenen unterstützen.

Neben der Pflege haben Ärzte einen zentralen Stellenwert in der Versorgung eines Patienten mit Dekubitus oder Dekubitusgefährdung, da sie *Ärzte*

- ▶ das Dekubitusrisiko und/oder einen ggf. bereits vorhandenen Dekubitus befunden,
- ▶ die durchzuführende Therapie anordnen,
- ▶ Verbandstoffe, Analgetika und Hilfsmittel verordnen und
- ▶ die Evaluation der angeordneten Maßnahmen vornehmen müssen.

Dabei kann (und sollte) der behandelnde Arzt auf die Expertise der Pflegekräfte bei der Therapieanordnung, bei der Verordnung von Verbandstoffen oder Hilfsmitteln zurückgreifen und der Pflege die führende Rolle beim Dekubitusmanagement einräumen. Denn schon immer haben sich Pflegekräfte in besonderem Maße um die Prävention und Therapie von Dekubitalgeschwüren bemüht; sie verfügen über das notwendige Fach- und Erfahrungswissen.

*Mitarbeiter von Sanitätshäusern*

Viele Sanitätshäuser beschäftigen heute Pflegekräfte für den Homecare-Bereich. Diese Fachkräfte verfügen neben der allgemeinen pflegerischen Ausbildung ebenfalls über ein besonderes Fachwissen bzgl. Hilfsmittelversorgung, Ernährung und lokaler Wundtherapie.

Ihre Aufgabe besteht in der

- ▶ Beratung zu Versorgungsmöglichkeiten,
- ▶ Abstimmung der Formalitäten mit dem Kostenträger, zum Beispiel bei der Erstellung und Genehmigung eines Kostenvoranschlags sowie
- ▶ Versorgung des Patienten mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemäß vorliegender Verordnung/Genehmigung.

*Kostenträger*

Der Kostenträger hat einen Teil der Kosten des Dekubitusmanagements zu übernehmen. Er muss im Sinne des Versicherten

- ▶ dessen Leistungsanspruch auf verordnete Hilfsmittel und Verbandstoffe prüfen und
- ▶ die Versorgung gemäß den gesetzlichen Verordnungen genehmigen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind zwar klar formuliert, lassen dem Kostenträger aber Spielräume, die nicht selten zu zeitlichen Verzögerungen oder einer ersten Ablehnung des Erstattungsanspruchs führen. Gerade im Rahmen eines effizienten Dekubitusmanagements ist jedoch eine schnelle Versorgung des Patienten und daher die schnelle Abstimmung zwischen Pflegekräften, Ärzten und Betroffenen/Bezugspersonen wichtig.

*Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)*

Der MDK wird in das Dekubitusmanagement einbezogen, wenn es sich um besonders aufwendige und damit für den Kostenträger teure Versorgung handelt. Die Mitarbeiter begutachten den entsprechenden Fall und sprechen Empfehlungen für die Versorgung des Versicherten aus, die wiederum als Entscheidungsgrundlage für den Kostenträger fungieren.

*Physio-/Ergotherapie*

Physio- und Ergotherapeuten sind ggf. im Rahmen von Mobilitätserhalt und -förderung sowie mitunter bei der Hilfsmittelversorgung einzubeziehen.

*Apotheken*

So wie die Sanitätshäuser sind auch die Apotheken in die Versorgung des Pflegebedürftigen mit Dekubitus oder Dekubitusgefährdung involviert. Sie beliefern ihn mit Medikamenten, zum Beispiel Analgetika, und ggf. den verordneten Verbandstoffen.