

Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen

Schwerpunkt Dekubitus

Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde
an der Fakultät für Rechtswissenschaft
der Universität Hamburg

vorgelegt von
Armin Buchter
aus Hamburg

Hamburg, 1. März 2010

Erstgutachter: Prof. Dr. iur. Bernd-Rüdiger Sonnen

Zweitgutachter: Prof. Dr. iur. Peter Wetzels

Drittgutachter: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Tag der mündlichen Prüfung: 27.01.2010

Danksagung

Mein Dank gilt allen an dieser Arbeit beteiligten Personen, die mich mit Rat und Tat unterstützen.

Insbesondere danke ich Herren Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Sonnen und Prof. Dr. Klaus Püschel für die langjährige Betreuung und Begleitung dieser Arbeit aus rechtswissenschaftlicher und rechtsmedizinischer Sicht. Auch danke ich Herrn Dr. Axel Heinemann, der mich mit der Zurverfügungstellung zahlreicher aktueller Daten und Studienergebnisse des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg immer wieder unterstützte.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hamburger und Hannoveraner Staatsanwaltschaften sowie des Landeskriminalamtes Hamburg, Abteilung 523 (medizinale Schadensfälle), die sich stets engagiert zeigten bei der Bereitstellung der benötigten Akten.

Ebenso danke ich der Senatsverwaltung sowie der Leitung der Staatsanwaltschaft Berlin, die es mir durch die Gewährung von Sonderurlaub ermöglichten diese Arbeit berufsbegleitend abzuschließen. An dieser Stelle spreche ich Dank und Respekt vor allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung 42 der Staatsanwaltschaft Berlin aus, die die Mehrbelastung durch meine Abwesenheit während des Sonderurlaubes souverän gemeistert haben.

Schließlich gilt mein Dank meiner Freundin Dr. Karén Krüger und meiner Familie, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit geduldig begleiteten und es mir letztlich durch ihre liebevolle und fürsorgliche Unterstützung erst ermöglichten, dass ich mich ganz auf dieses Werk konzentrieren konnte.

Du darfst alles auf den Dekubitus tun, nur nicht den Patienten!

Pflegeanweisung, Autor unbekannt

Inhaltsverzeichnis

<i>Erster Teil: Einführung</i>	<i>1</i>
<i>Zweiter Teil: Der Dekubitus</i>	<i>2</i>
A. Medizinische Betrachtung	2
1. Grundlagen	2
a. Wundarten	2
i. Offene Wunden.....	3
ii. Geschlossene Wunden	3
b. Wundheilung	3
i. Phasen der Wundheilung	4
ii. Formen der Wundheilung.....	5
c. Wundheilungsstörungen.....	6
2. Das Dekubitalgeschwür.....	7
a. Ätiologie und Epidemiologie	7
b. Entstehung des Dekubitus	11
c. Entstehungsorte	13
d. Risikofaktoren.....	13
i. Intrinsische Faktoren.....	14
ii. Extrinsische Faktoren	17
e. Stadieneinteilung.....	18
f. Dekubitustherapie – Wundversorgung.....	20
g. Prophylaxe	27
B. Rechtliche Betrachtung	40
1. Trennung der Dekubitusprophylaxe von der Dekubitusbehandlung	40
a. Prophylaxe als Grundpflege	40
b. Therapie als Behandlungspflege	41
2. Strafrechtliche Relevanz.....	42
a. Voraussetzungen der Strafbarkeit.....	42
i. Erfolgseintritt.....	43
ii. Handlung.....	43
a) Verwirklichung durch aktives Tun.....	43
b) Verwirklichung durch Unterlassen.....	44
c) Abgrenzung aktives Tun - Unterlassen	47
iii. Kausalität und objektive Zurechnung	48
a) Begehungsdelikt	48
b) Unterlassensdelikt	51
c) Zwischenergebnis	51

iv.	Subjektive Anforderungen.....	52
a)	Vorsätzliche Begehungsweise.....	52
b)	Fahrlässige Begehungsweise.....	54
c)	Zwischenergebnis	55
v.	Rechtswidrigkeit und Schuld	56
b.	Einschlägige Straftatbestände.....	57
i.	§ 212 StGB - Totschlag.....	58
ii.	§ 223 StGB - Körperverletzung.....	59
iii.	§ 227 StGB - Körperverletzung mit Todesfolge	62
iv.	§ 222 StGB - Fahrlässige Tötung.....	63
v.	§ 229 StGB - Fahrlässige Körperverletzung	65
vi.	§ 323c StGB – Unterlassene Hilfeleistung.....	67
c.	Berufliche Schweigepflicht und Anzeigenerstattung	69
d.	Bisher bekannte strafrechtliche Urteile	72
i.	Urteil des AG München 1996.....	72
ii.	Urteil des LG Karlsruhe 2003.....	74
e.	Straferwartung und Einstellung	76
i.	Einstellung gemäß § 153 StPO	77
ii.	Einstellung gemäß § 153a StPO	78
iii.	Strafbefehl und Urteil	80
iv.	Nebenfolgen	83
3.	Zivilrechtliche Relevanz.....	84
a.	Haftungsvoraussetzungen	85
i.	Pflichtverletzung und Schaden.....	85
ii.	Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden.....	89
iii.	Verschulden.....	90
iv.	Beweiserleichterungen.....	90
a)	Grober Behandlungsfehler.....	92
b)	Dokumentationsversäumnisse	94
c)	Anscheinsbeweis	101
d)	Auswirkungen der obergerichtlichen Rechtsprechung.....	105
b.	Haftungsfolgen.....	105
i.	Schadenersatz.....	106
ii.	Schmerzensgeld und –höhe	107
4.	Zusammenwirken von Straf- und Zivilrecht	111
5.	Zwischenergebnis	113

Dritter Teil: Notwendigkeit einer rechtstatsächlichen Untersuchung 115

Vierter Teil: Methodisches Vorgehen..... 117

A. Untersuchungsmaterial	118
B. Erhebungsmethode	119
C. Repräsentativität	120
<i>Fünfter Teil: Einzelergebnisse</i>	<i>122</i>
A. Quantitative Datenauswertung.....	122
1. Verfahren und Straftatbestände	122
a. Verfahrensanfall und zeitliche Verteilung.....	122
b. Verteilung der Verfahren nach dem Tatvorwurf	123
c. Vergleich: Anfangsverdacht Hamburg / Hannover	125
d. Vergleich: Verfolgte Tatbestände Hamburg / Hannover.....	127
2. Verfahren und Tatorte Hamburg / Hannover	129
3. Anzeigerstatter und Hinweisgeber	131
a. Anzeigerstatter und Hinweisgeber gesamt	131
b. Anzeigerstatter und Hinweisgeber Hamburg	132
c. Anzeigerstatter und Hinweisgeber Hannover	133
4. Geschädigtendaten.....	134
a. Altersverteilung.....	134
b. Ernährungszustand.....	135
c. Mobilität	136
d. Dekubitusrisiko	137
e. Grunderkrankungen	138
f. Relation Grunderkrankung / Dekubitusrisiko	138
g. Outcome der Betroffenen.....	139
5. Morphologie des Dekubitus.....	139
a. Dekubitusgröße	140
b. Stadien der Dekubitalgeschwüre	140
c. Relation Dekubituslokalisation / Schweregrad	141
6. Vorwerfbare Fehler.....	142
7. Verfahrensergebnisse.....	143
a. Verdacht der Kausalität zwischen Pflegefehler und Tod	143
b. Verfahrensausgang.....	144
c. Sanktionierung: Übersicht nach Berufsgruppen	145
d. Einstellung: Begründung	146
e. Bewertung der Einstellungsgründe.....	150
8. Verfahrensdauer.....	152
B. Zusätzliche Verfahrensinformationen.....	152
1. Veraltete Behandlungsmethoden.....	152

2. Besondere Bedeutung der Dokumentation	153
3. Mitverschulden Dritter	154
4. Weitere Verfahrensauswirkungen und Erkenntnisse.....	155
<i>Sechster Teil: Diskussion</i>	157
A. Darstellung der Verfahrenswirklichkeit nach Aktenlage	157
B. Selektionsprozess im Verfahrensgang	162
C. Unterschiede zwischen „Sanktionsverfahren“ und „Einstellungsverfahren“	167
D. Rückschluss auf Dunkelfeld.....	171
E. Rechtliche, soziale und ökonomische Aspekte der Pflegevernachlässigung	174
<i>Siebter Teil: Schlussfolgerungen / Ausblick</i>	177
<i>Achter Teil: Zusammenfassung</i>	181
<i>Literaturverzeichnis</i>	184

Erster Teil: Einführung

Vernachlässigungen in der Pflege alter oder kranker Menschen stellen ein vielschichtiges Problem dar, das bislang überwiegend aus medizinischer und pflegerischer Sichtweise beleuchtet wurde. In der Praxis gilt die Effektivität der Dekubitusprophylaxe als inoffizieller Gradmesser für die Qualität der Pflege,¹ weswegen Veröffentlichungen von Prävalenzdaten des sog. Druckgeschwürs (Dekubitus²) in den vergangenen Jahren auf zunehmendes öffentliches Interesse stießen, das sich vielfach auch in der Medienberichterstattung widerspiegelte.³ Mit der vermehrten Aufdeckung von Missständen im Pflegebereich gewinnt besonders die Frage an Bedeutung, inwieweit diesen mit dem Instrumentarium des Strafrechts wirksam begegnet werden kann.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den rechtlichen Auswirkungen von Pflegevernachlässigungen in Form von Dekubitalulzera, wobei mit der Erhebung rechtstatsächlicher Verfahrensmerkmale ein Rückschluss auf den Stellenwert der Arbeit strafrechtlicher Ermittlungsorgane in diesen Verfahren gewonnen werden soll. Hierbei ist insbesondere zu erforschen, inwieweit die bestehenden Strafvorschriften ausreichend Schutz vor Pflegevernachlässigung bieten und Verletzungen der Pflegestandards in der Verfahrenspraxis geahndet werden können. Somit stehen vorwiegend strafrechtliche und insbesondere kriminologische Fragestellungen im Vordergrund, die im Zusammenhang mit Vorbeugung, Entstehung und Behandlung der Durchliegestellen auftreten. Da das Strafrecht allerdings nur *eine* von mehreren formellen Reaktionsmöglichkeiten auf einen Pflegefehler darstellt, werden zugleich die weiteren möglichen Konsequenzen, insbesondere zivilrechtliche Ansprüche, dargestellt und verglichen.

Die vorliegende Untersuchung vermittelt im zweiten Teil zunächst die zum Verständnis der Problematik notwendigen medizinischen und pflegerischen Fachinformationen, woraufhin die möglichen rechtlichen Folgen der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus sowie die in der Praxis der Strafverfolgung zu erwartenden Probleme dargestellt werden. Dritter und vierter Teil zeigen Ausgangssituation und methodische Grundlagen der Untersuchung auf. Der fünfte Teil stellt die bei der Datenerhebung ermittelten Ergebnisse dar, die im sechsten Teil ausgewertet und insbesondere aus kriminologischer Sicht beleuchtet werden. Mit einem Ausblick schließt der siebte Teil die gewonnenen Erkenntnisse ab.

¹ Reus et al., Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005 (38), 210.

² Zur Definition und Grammatik siehe folgend unter A.2.a, S. 7.

³ Siehe hierzu die Quellen unter Fn. 19.

Zweiter Teil: Der Dekubitus

Zum Verständnis der rechtlichen Problematik ist zunächst die medizinische Problematik des Dekubitus zu untersuchen.

A. Medizinische Betrachtung

Der Dekubitus stellt nicht nur einen umschriebenen Gewebedefekt dar, sondern ist gerade bei älteren Patienten meist Ausdruck fortgeschrittener funktioneller Defekte und einer begleitenden Multimorbidität.⁴ Aufgrund der multifaktoriellen Entstehungsweise wird im Folgenden zunächst auf grundlegende Erkenntnisse zu Wunden und Heilungsabläufen eingegangen, bevor die genauere Betrachtung des Dekubitus erfolgt.

1. Grundlagen

Der Dekubitus ist eine gravierende Beeinträchtigung der Haut, die mit ihren drei Schichten, bis zu 4 mm Dicke und einem Gewicht von bis zu 20 kg das größte menschliche Organ darstellt.⁵ Neben der Kontakt- und Sinnesfunktion durch Wärme-, Schmerz- und Tastreize ist die Schutz- und Regulationsfunktion von erheblicher Bedeutung. Die Haut bietet Schutz gegen mechanische und physikalische Einflüsse (UV-Licht) sowie Mikroorganismen. Mit ihrer Barrierefunktion reguliert sie den Stoffaustausch zwischen dem Organismus und der Umwelt.

a. Wundarten

Als Hautbeeinträchtigung unterfällt ein Dekubitus der Klassifikation als Wunde⁶, die als Durchtrennung oder Schädigung der Haut definiert ist, wobei die Verletzung, je nach Schweregrad, zur weiteren Schädigung des gesamten Organismus führen kann.⁷ Grundsätzlich wird zwischen offenen und geschlossenen Wunden unterschieden.

⁴ Püllen, Klinikarzt 2007, 143 ff.

⁵ Das Hautgewicht ergibt sich unter Einberechnung des Fettgewebes.

⁶ Lateinisch: *Vulnus*, griechisch: *Trauma*.

⁷ Siewert, S. 73.

i. *Offene Wunden*

Zu den offenen Wunden zählen Schnittwunden, Stichwunden, perforierende Wunden, Platzwunden, Skalpierungen, Quetschwunden, Bisswunden, Schusswunden, Schürfwunden und Amputationen. Besonders hervorzuheben ist die ausgeprägte Infektionsgefahr von offenen Wunden.

ii. *Geschlossene Wunden*

Geschlossene Wunden entstehen entweder durch senkrecht zur Haut einwirkende Kräfte (Prellungen) oder durch eine aus zwei entgegengesetzten Richtungen auf die Haut wirkende Gewalt (Quetschung). Vor allem bei Prellungen im Bereich des Thorax oder des Abdomens muss bedacht werden, dass häufig eine Beteiligung der inneren Organe (z.B. Milzruptur, Lungenkontusion) bestehen kann und klinisch im Vordergrund steht.

b. *Wundheilung*

Die Wundheilung ist ein natürlicher biologischer Prozess und beginnt bereits Minuten nach der Wundsetzung, wie mit enzymhistochemischen Verfahren nachgewiesen werden konnte. Zur Behebung des entstandenen Schadens und zur Wiederherstellung der Funktion stehen dem Organismus zwei Funktionen zur Verfügung:

Regeneration

Es erfolgt ein gewebespezifischer Gewebersatz. Die Fähigkeit zur Geweberegeneration ist für die verschiedenen Gewebearten unterschiedlich. Vor allem Haut und Schleimhäute besitzen eine hohe Regenerationsfähigkeit. Diese Art der Wundheilung erfolgt ohne Narbe.

Reparation

Fehlendes oder geschädigtes Gewebe wird durch ein unspezifisches Binde- oder Stützgewebe ersetzt. Ein ursprünglicher Gewebezustand kann nicht mehr hergestellt werden, somit entsteht eine Narbenbildung.

Die Wundheilung kann durch verschiedene Faktoren positiv und negativ beeinflusst werden, z.B.:

Positiv: Sauerstoff
 Vitamine

Wärme

Zink

Ruhigstellung

Negativ: Sauerstoffmangel
Grunderkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus
Zinkmangel
Kälte
Infektion

i. Phasen der Wundheilung

Die Wundheilung verläuft in vier Phasen, die sich überschneiden und nicht streng voneinander zu trennen sind.

Exsudative Phase

Sie findet in den ersten Stunden nach der Verletzung statt. Der Wundspalt wird durch die Exsudation von Fibrin und koaguliertem Blut aufgefüllt. Es bildet sich Wundschorf, der die Wunde gegen von außen eindringende Keime bewahrt. Ein typisches Wundödem zeigt sich im angrenzenden Gewebe.

Resorptive Phase

Vom ersten bis etwa zum zehnten Tag findet die Phase der katabolen Autolyse statt. Makrophagen (Zellen des immunologischen Systems) wandern in das Wundgewebe ein und phagozytieren die Blutkoagel. Das basale Epithel (Zellen der obersten Gewebeschicht) beginnt sich zu organisieren, Granulationsgewebe bildet sich aus.

Proliferationsphase

Vom dritten bis 24. Tag durchläuft die Wundheilung die Phase der anabolen Reparation. Durch Fibroblasten (unspezifische, teilungsfähige Gewebezellen) entsteht eine stabilisierende Kollagenschicht, wodurch die Wunde ausgebaut wird.

Reparationsphase

Ab dem 24. Tag entsteht endgültiges Narbengewebe. Das Plattenepithel der Haut erneuert sich. Das entstandene Narbengewebe besitzt weder Talg- noch Schweißdrüsen und erscheint weiß-perlmutterartig auf der Haut.

ii. Formen der Wundheilung

Unterteilt werden folgende Arten der Wundheilung:

- Primäre Wundheilung
- Sekundäre Wundheilung
- Tertiäre Wundheilung
- Regenerative Wundheilung

Primäre Wundheilung

Wundränder, die glatt begrenzt sind und eng anliegen, heilen *per primam intentionem* (komplikationslose Wundheilung ohne Infektion). Voraussetzungen für diese Form der Heilung sind vor allem eine gute Durchblutung und saubere, keimarme Wundverhältnisse. Besonders nach chirurgischen Eingriffen oder Traumen durch scharfkantige Gegenstände können Wunden primär verheilen. Aber auch große, oberflächliche Wunden wie etwa Schürfwunden heilen primär, durch Regeneration der Epidermis.

Sekundäre Wundheilung

Eine Wunde heilt *per secundam intentionem* (Spontanheilung mit Narbenbildung), unter Bildung von Granulationsgewebe, wenn sich die Wundränder nicht aneinander legen lassen, nekrotisch sind oder besonders große Gewebedefekte vorliegen. Gewebsneubildung und Wundkontraktion sind die Charakteristika der sekundären Wundheilung. Auch bei einer Wundinfektion heilt eine Wunde sekundär.

Tertiäre Wundheilung

Die Tertiärheilung ist eine Kombination aus sekundärer Wundheilung mit anschließender Hauttransplantation.

Regenerative Wundheilung

Bei Verletzungen, die sich auf die Epidermis (oberste Hautschicht, bestehend aus mehreren Zellschichten) beschränken, kann die Regeneration von den Basalzellen ausgehen. Dabei kommt es durch die Epithelisierung zu einem gewebespezifischen Ersatz.

c. Wundheilungsstörungen

Eine Wundheilungsstörung kann durch viele verschiedene Faktoren hervorgerufen oder begünstigt werden. Man unterteilt diese in allgemeine und wundspezifische Faktoren.

Allgemeine Faktoren:

- Fortgeschrittenes Alter
- Ernährungsfaktoren
- Eiweiß- und Vitamin-C- Mangel
- Begleiterkrankungen (TBC, Tumoren, Diabetes)
- Reduzierte Abwehrlage
- Medikamente
- Nikotin, Alkohol und andere Drogen

Wundspezifische Faktoren:

- Infizierte Wunde mit Wundtaschen
- Mangeldurchblutung
- Ungenügende Drainage
- Wundhämatom oder Serom
- Unter Spannung stehende Wundränder
- Mangelnde Ruhigstellung

Die Einteilung erfolgt nach Wundinfektion, Serom und Hämatom, Wunddehiszenz, Nahtinsuffizienz, gestörte Gewebeneubildung und in chronische Wunden.

Chronischen Wunden liegen trophische (ernährungsbedingte) Störungen zugrunde. Eine Minderperfusion ist beispielsweise die Ursache bei chronischen Wunden wie der Gangrän, des Ulcus cruris und dem Dekubitalgeschwür. Hier kommt es aufgrund der Bettlägerigkeit eines Patienten durch dessen Eigengewicht gegen die Unterlage zu einem anhaltenden lokalen Druck von außen auf Hautgefäße. Überschreitet der einwirkende Druck den Kapillardruck der Gefäße, so kommt es zu Durchblutungsstörungen. Die Folge sind so genannte Durchliegestellen, die vorzugsweise an

Körperstellen entstehen, die direkt auf dem Knochen aufliegen. Für die Entstehung ist weniger die Stärke des Druckes als die Dauer ausschlaggebend.⁸

2. Das Dekubitalgeschwür

a. Ätiologie und Epidemiologie

Bereits in der Geschichtsschreibung des alten Ägyptens wird auf die Behandlung eines Dekubitus bei einer jungen Prinzessin hingewiesen, die ein faustgroßes Dekubitalgeschwür im Sakralbereich aufwies. Sie sollte durch eine Hauttransplantation behandelt werden, verstarb dabei jedoch an einer Abstoßungsreaktion.⁹

In Überlieferungen des 19. Jahrhunderts wird von *Boyer* der Dekubitus beschrieben. Er erkennt bereits damals als ausschlaggebende Ursache den Druck auf die betroffenen Körperstellen und die damit verbundene Kompression von Blutgefäßen.

1953 veröffentlicht der holländische Chirurg *Fabricius Hilandus* einen wissenschaftlichen Beitrag zum Thema Dekubitus, in dem er das Druckgeschwür erstmals als eine eigenständige Erkrankung beurteilt und auslösende Faktoren des Dekubitus diskutiert.

Die Druckgeschwüre wurden zuerst als „Gangraena“ beschrieben, hergeleitet aus der Ätiologie *Gangraena per decubitum*, was vom lateinischen *decubare* (daniederliegen) abstammt. Im Laufe der Zeit blieb lediglich das Wort Decubitus zurück, das in der eingedeutschten Schreibweise mit „k“ (Dekubitus, Dekubitalgeschwür) geschrieben werden darf. Das Wort Geschwür wird im deutschen Sprachraum seit dem 16. Jahrhundert verwendet und leitet sich von „schwären“ (das, was eitert) ab.

Der korrekte Plural des Wortes sorgt in der Fachliteratur immer wieder für Diskussionen. Das Wort Dekubitus gehört in der lateinischen Sprache zur u-Deklination und wird deshalb im Plural mit langem „u“ ausgesprochen. Der häufig gebrauchte Plural „Dekubiti“ ist aufgrund der lateinischen Deklination falsch, aber dennoch statthaft.¹⁰ Eine elegante Möglichkeit sich der komplizierten altphilologischen Diskussion zu entziehen besteht etwa in der Verwendung der Wortmehrzahl „Dekubitalgeschwüre“.

⁸ *Kammerlander*, S. 103 ff.; *Moll/Jung*, S. 2 ff.; *Souza-Offtermatt*, S. 65 ff.

⁹ *Eichhorn-Sens*, S. 52 m.w.N.

¹⁰ Zutreffend *Parish-Parish*, S. 10: “Inevitably, a plural form has grown up with the use of the word ‘decubitus’, even though there is no Latin linguistic justification for it: ‘decubiti’. (...) This plural form

Die Häufigkeit des Auftretens von Dekubitalgeschwüren wird unterschiedlich eingeschätzt. Für Krankenhauspatienten in der damaligen BRD wurde von 6 %¹¹ bis 10 %¹² ausgegangen, für Pflegeheimbewohner sogar von bis zu 30 %.¹³

Eine Studie des Gesundheitsamts Duisburg ergab 1998 eine Dekubitushäufigkeit (Grad III und IV nach SHEA) von 3,37 % in Pflegeheimen, von denen sich 1,9 % in Akutkrankenhäusern und 1,4 % in den untersuchten Pflegeheimen entwickelt hatten.¹⁴ Die erneute stichprobenweise Überprüfung im Zeitraum 2000/2001 ergab in den Duisburger Pflegeheimen nur noch eine Quote von 1,45 % höhergradiger Dekubitalulzera.¹⁵

In einer Untersuchung von über 10.000 Verstorbenen im Großraum Hamburg wurde im Jahr 1998 eine Gesamtprävalenz von 11,2 % für Dekubitalgeschwüre der Grade I-IV nach SHEA nachgewiesen, davon 2 % der Grade III-IV.¹⁶

Specht-Leible u.a. sahen bei einer Untersuchung von 245 Patienten, die im Jahr 2003 vorwiegend aus Pflegeheimen in ein Heidelberger Krankenhaus verbracht wurden, eine Dekubitusrate von 22 %.¹⁷

Bei einer Untersuchung von 687 über eine Magensonde ernährten Patienten stellten *Bucher/Hufnagel* im Zeitraum 2001-2002 einen Anteil von 9,2 % Patienten mit dritt- oder viertgradigem Dekubitus fest.¹⁸

Aktuelle Studien lassen vermuten, dass ca. 14 % aller im Krankenhaus behandelten Patienten ein oder mehrere Dekubitalgeschwüre verschiedener Schweregrade davontragen. Gerade im Bereich der älteren Patienten steigt diese Zahl auf bis zu 30 % und mehr an. Es handelt sich hierbei allerdings lediglich um stichprobenartige Untersuchungen. Obwohl durch die so genannten Pflegeskandale die Veröffentlichungen von Prävalenzdaten des Dekubitus in den vergangenen Jahren auf zunehmendes öffentliches

is seen quite often, although it is more linguistically appropriate to call two occurrences of ‘decubitus’ ‘decubituses’.”

¹¹ *Parish-Parish*, S.13.

¹² *Pelka*: „Zur Kostensituation chronischer Wunden“.

¹³ *Pelka* ebd.; 2-33% lt. *Rohr / Seiler* CD: „Dekubitus und Dekubitusprophylaxe“.

¹⁴ *Martin/Behler*, Gesundheitswesen 1999, 337 f.

¹⁵ *Martin/Behler*, Gesundheitswesen 2001, 759 ff.

¹⁶ *Püschel* et al.: „Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau“.

¹⁷ *Specht-Leible* u.a., Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003, 274 ff.

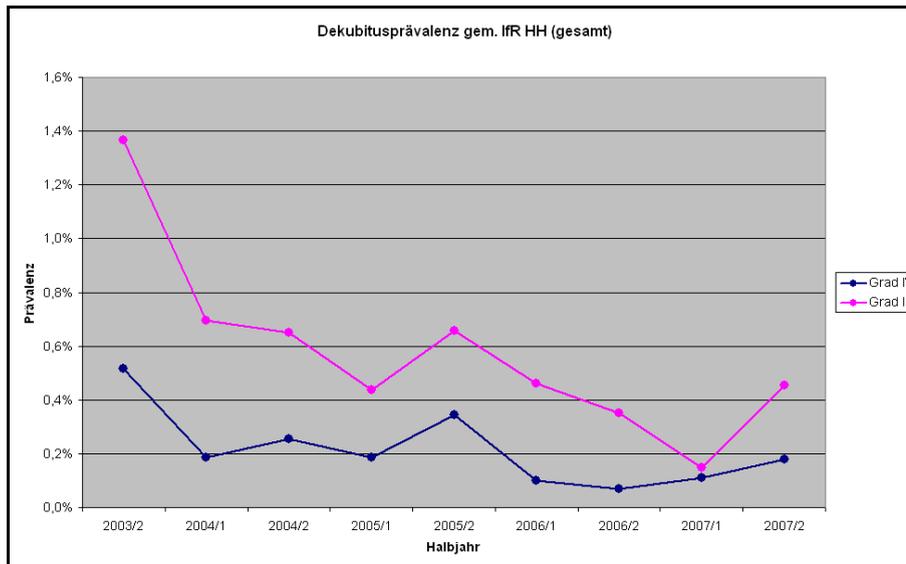
¹⁸ *Bucher/Hufnagel*, S. 6.

Interesse stießen, das sich vielfach auch in der Medienberichterstattung widerspiegelte,¹⁹ liegen für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland derzeit keine gesicherten Zahlen über das Gesamtdekubitusvorkommen und die Folgekosten vor. Bei der Betrachtung dieses Problems können insoweit nur Expertenmeinungen herangezogen werden, nach deren Schätzungen jährlich mehr als 400.000 Menschen in Deutschland einen behandlungsbedürftigen Dekubitus entwickeln.²⁰

Die seit vielen Jahren halbjährlich erfolgende Auswertung der Dekubitusprävalenz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg im Rahmen der Leichenschau ergibt bei einem Gesamtkollektiv von rund 25.000 Verstorbenen in den Auswertungszeiträumen Prävalenzen von 0,1 – 0,5 % (Mittelwert: 0,2 %) Dekubitalulzera vierten Grades und 0,1 – 1,4 % (Mittelwert: 0,6 %) drittgradiger Dekubitalulzera. Hierbei ist in der Gesamtbetrachtung zwar ein Rückgang der Werte seit 2003 zu beobachten, doch ist dieser nicht stetig, sondern es kann beispielsweise Vergleich des ersten Halbjahres 2007 mit dem zweiten Halbjahr sogar eine Verdoppelung der Häufigkeit beobachtet werden.

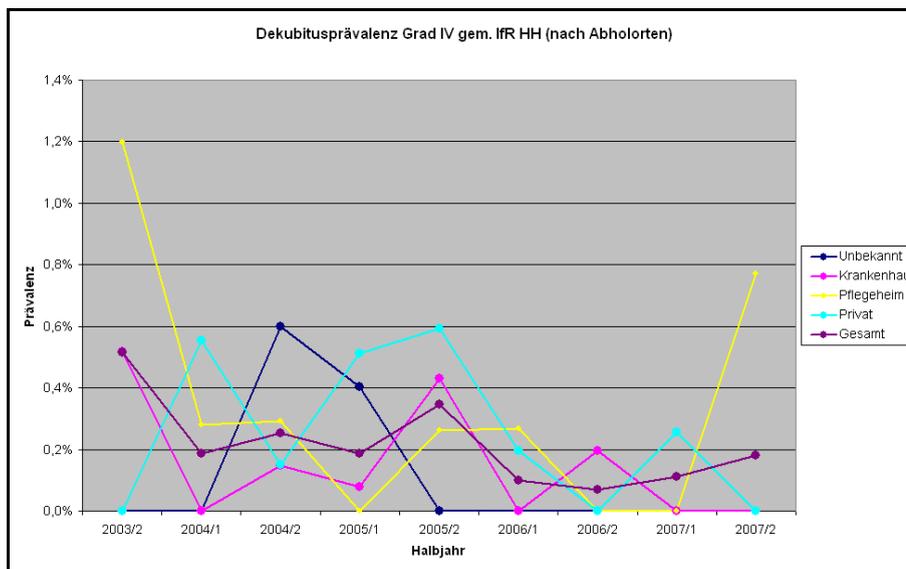
¹⁹ Vgl. exemplarisch die Berichterstattung zum sog. *Hamburger Pflegeskandal*: „Immer mehr Menschen sterben durch schlechte Pflege“, Hamburger Morgenpost 05.01.1999; „Dekubitus – Das größte Problem ist die Pflege“, Hamburger Abendblatt 05.01.1999; „Kampf dem Dekubitus!“, Hamburger Morgenpost 20.01.1999; „Alte Menschen als Opfer“, Süddeutsche Zeitung 04.03.2000; sowie die Berichterstattung zur Veröffentlichung der MDS-Pflegequalitätserhebung, hierzu: „Prüfbericht offenbart katastrophale Zustände bei der Pflege“, SpiegelOnline 31.08.2007, www.spiegel.de.

²⁰ Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12 (Dekubitus), S. 5.



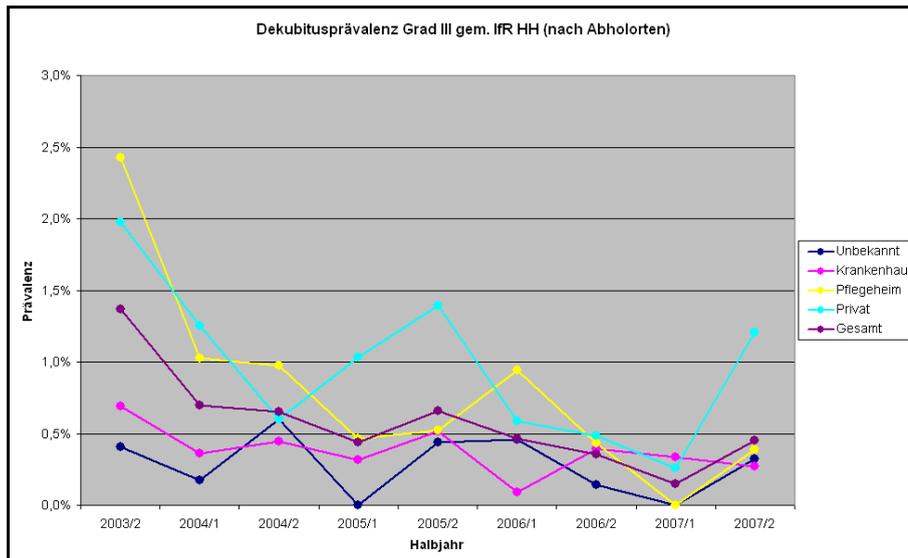
Darstellung 1: Gesamtprävalenz des Dekubitus Grad III und IV im Rahmen der Leichenschau zwischen 2003 und 2007 (Quelle: IfR Hamburg).

Bei der Aufschlüsselung der Werte nach Sterbeorten sind zudem unterschiedlich hohe Belastungen zu erkennen, wie die nachfolgenden Darstellungen zeigen.



Darstellung 2: Prävalenz des Dekubitus Grad IV im Rahmen der Leichenschau zwischen 2003 und 2007, nach Sterbeorten (Quelle: IfR Hamburg).

Hierbei wird deutlich, dass die Dekubitusprävalenz der Betroffenen, die aus einem Pflegeheim abgeholt wurden, zumeist über der Gesamtprävalenz liegt. Allerdings ist zugleich ersichtlich, dass diejenigen, die von einer Privatadresse abgeholt wurden, vielfach noch häufiger von höhergradigen Dekubitalulzera betroffen sind.



Darstellung 3: Prävalenz des Dekubitus Grad III im Rahmen der Leichenschau zwischen 2003 und 2007, nach Sterbeorten (Quelle: IFR Hamburg).

Bedeutsam ist zudem, dass sich die Dekubitusprävalenz nicht gleichmäßig über das Jahr verteilt: Aktuellere Studien zeigten, dass ein Drittel aller Dekubitusfälle in den Monaten Mai bis Juli auftraten.²¹ In den Sommermonaten verdoppelt sich danach für gefährdete Personen das Risiko einen Dekubitus zu entwickeln. Als Ursache hierfür wird diskutiert, dass es aufgrund der höheren Temperaturen in diesem Zeitraum zu einer erhöhten Schweißbildung und somit zu einem schlechten Bettklima kommt, in dem sich Feuchtigkeit und Wärme aufstauen. Erschwerend dürfte sich auch auswirken, dass gerade in den Sommermonaten Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser durch Urlaubszeiten die Dienstsichten meist sehr knapp besetzt sind, so dass das regelmäßige Umlagern offenbar des öfteren unterbleibt.

b. Entstehung des Dekubitus

Die Immobilität eines Patienten ist die Hauptursache für die Entstehung eines Dekubitus. Sie führt zu den wesentlichen Faktoren, die die Entstehung eines Dekubitus bedingen:

- Druck
- Scherung
- Reibung

²¹ Statistische Auswertung des Institutes für angewandte Pflegeforschung (IGAP) in den Jahren 2000 und 2001 (basierend u.a. auf einer umfassenden Untersuchung des Institutes für Rechtsmedizin in Hamburg).

Durch den Druck, der über die Belastung des Liegens oder Sitzens entsteht, kommt es zur Komprimierung der versorgenden Blutgefäße im betroffenen Gewebe. Die Kapillaren als kleinste Blutgefäße können bereits komprimiert werden, wenn der Auflagedruck ihren Mitteldruck von 25 bis 32 mm Hg überschreitet. Aufgrund der folgenden Mangeldurchblutung entsteht eine Sauerstoff- und Nährstoffmangelversorgung, die zu irreversiblen Gewebe-, Haut- und Nervenschädigungen sowie der Anhäufung von sauren Stoffwechselprodukten führt, da neben der arteriellen auch die venöse Durchblutung unterbrochen wird. Folglich ist der Abtransport der anfallenden sauren Stoffwechselprodukte nicht gewährleistet.

Auf diese Unterversorgung und die daraus resultierende Übersäuerung des Gewebes reagiert der Organismus mit der Weitstellung der Gefäße im betroffenen Hautareal. Ein sichtbares Zeichen der stärkeren Durchblutung ist die entstehende Hautrötung. Die Weitstellung der Gefäße führt zu einem Flüssigkeits- und Eiweißaustritt in das Gewebe. Es entstehen Ödeme, Blasen und Gefäßthrombose.

Lange Liegezeiten eines Betroffenen führen grundsätzlich zum Risiko der Entwicklung von Dekubitalgeschwüren. Durch die Bildung von sauren Valenzen im Gewebe und aufgrund des entstehenden Druckschmerzes sendet der Körper über das Nervensystem Signale (zum Beispiel Schmerzen) aus, die anzeigen, dass auf einer Körperstelle zuviel Druck lastet. Der Körper eines Gesunden antwortet dann mit unwillkürlichen Bewegungen, die zur Druckentlastung führen und somit zum Positionswechsel. Bei immobilen kranken oder älteren Personen ist dieser Reflex derartig abgeschwächt, so dass in der Regel kein Positionswechsel stattfindet. Die Signale zur Lageänderung können auch fehlen, wenn bestimmte Medikamente (zum Beispiel starke Schmerz- oder Betäubungsmedikation) eingenommen wurden oder der Patient an einer Erkrankung leidet, die das Nervensystem beeinflusst.

Zusätzlich haben Untersuchungen gezeigt, dass neben dem Druck auch Scher- und Reibungskräfte die Entstehung eines Dekubitus fördern. Unter Scherung wird hierbei die Verschiebung der verschiedenen Hautschichten gegeneinander verstanden. Sie führt zu einer Torsion der Blutgefäße und verhindert damit die Blutzirkulation. Scherkräfte entstehen vor allem beim Umlagern des immobilisierten Patienten. Im Pflegealltag können Reibungskräfte besonders dann auftreten, wenn der Patient im Bett "herunterrutscht" oder zu enge Kleidung, Nachtwäsche oder Schuhe trägt.

Für die besondere Anfälligkeit alter Menschen gegenüber Druck, Scherung und Reibung sind die Hautveränderungen dieser Altersgruppe verantwortlich. Dies ist darin begründet, dass der Wassergehalt der Haut im Laufe des Lebens abnimmt, sie an Elastizität verliert und schlaffer wird. Die verringerte Aktivität der Talgdrüsen trocknet die Haut des alten Menschen vermehrt aus und das

Unterhautfettgewebe wird zunehmend geringer. Diese Veränderungen der Altershaut führen zu einer größeren Empfindlichkeit der gesamten Haut bei gleichzeitig schlechterer Wundheilung. Gerade durch Scherkräfte können bei älteren Menschen ganze Hautschichten traumatisch voneinander gelöst werden.

c. Entstehungsorte

Bevorzugt sind Körperstellen gefährdet, an denen die Haut direkt über dem Knochen liegt und eine geringe Abpolsterung durch Fett- und Muskelgewebe vorhanden ist.

Vor allem Fersen, Zehen, Knöchel, Knie, Beckenknochen, Kreuzbein und Wirbelvorsprüngen sollte besondere Beachtung geschenkt werden. Jene Stellen, an denen die Haut durch Knochenvorsprünge direkt aufliegt, sind selbst bei gesunden und jungen Menschen gefährdet, wenn sie lange Zeit zu starkem Druck ausgesetzt sind. Dies kann etwa im Rahmen der Narkose bei längeren Operationen der Fall sein. Zudem können auch untypische Körperstellen betroffen sein, wenn diese unter bestimmten Umständen besonders belastet werden (z.B. Beatmungsmasken, Gipse und Verbände).

Am häufigsten finden sich jedoch die Dekubitalgeschwüre in der Sakralregion (Steißgegend), an den Trochanteren (große Rollhügel des Oberschenkels) und an den Fersen (vgl. Abbildung 1).

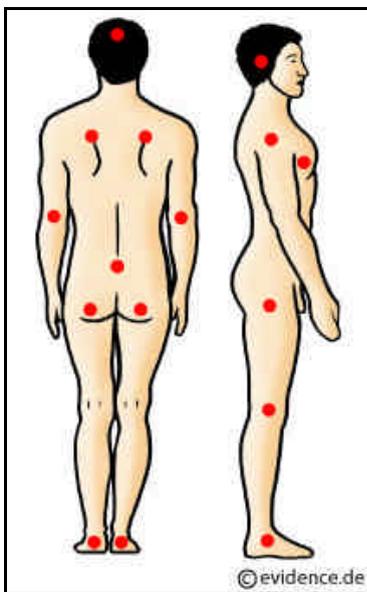


Abbildung 1: Prädispositionsstellen für die Entstehung eines Dekubitus, Quelle: evidence.de.

d. Risikofaktoren

Neben den primären Ursachen der Hautschäden müssen Risikofaktoren bedacht werden, die die Entstehung und Entwicklung eines Dekubitus fördern. Hierbei können intrinsische und extrinsische

Risikofaktoren unterschieden werden, also Ursachen, die im Patienten selbst oder in seiner Umwelt begründet sind. Nachfolgend sollen einige Risikofaktoren kurz erläutert werden.

i. Intrinsische Faktoren

Als intrinsische Faktoren kommen zahlreiche Merkmale der individuellen Konstitution der Betroffenen in Betracht.

Immobilität

Die krankheitsbedingte, eingeschränkte Mobilität stellt wohl den wichtigsten Risikofaktor für die Entstehung eines Dekubitalgeschwürs dar. Die Bewegungseinschränkung verhindert, dass der Mensch dem Druck auf bestimmte Körperregionen eine Entlastung entgegensetzen kann. Das bedeutet, dass grundsätzlich das Risiko der Dekubitusentstehung vorliegt, sobald der Betroffene lange liegen muss. Die eingeschränkte Beweglichkeit führt häufig zu einem *circulus vitiosus*, da sie zu Folgebeschwerden wie z.B. einer schlechten Lungenbelüftung, einer trägen Verdauung, zur Arthrose der Gelenke, und zur katabolen Stoffwechsellage mit Abnahme der Skelettmuskulatur führt. Diese Nebenerscheinungen reduzieren zusätzlich die Mobilität und verlängern somit die Liegezeiten.

Alter

Auch das Lebensalter spielt eine Rolle. Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen, die über 65 Jahre alt sind oder kleine Kinder unter 5 Jahren schneller einen Dekubitus entwickeln. Somit trägt das Alter eines Patienten entscheidend zur Einschätzung des Dekubitusgefährdungsgrades bei.

Wie zuvor beschrieben,²² weist die Haut älterer Menschen Besonderheiten auf, die zu einer größeren Verletzlichkeit und verlangsamten Wundheilung führen. Gerade die höhere Altersgruppe ist auffällig häufig mit weiteren Risikofaktoren assoziiert, welche die Entstehung eines Dekubitus begünstigen (multiple Grunderkrankungen, reduzierter Allgemeinzustand, eingeschränkte Mobilität, Exsikkose durch unzureichende Flüssigkeitszufuhr).

Exsikkose

Ein Flüssigkeitsmangel (Exsikkose) führt zur Austrocknung der Haut. Patienten in einem reduzierten Allgemeinzustand exsikkieren häufig durch eine zu geringe Einfuhr an Trinkmenge.

²² Vgl. unter A.2.b, S. 11.

Problematisch ist zudem, dass mit zunehmendem Alter das Durstempfinden nachlässt, so dass der ältere Mensch nicht registriert, dass er zu wenig Flüssigkeit aufnimmt. Viele ältere Menschen leiden unter einer begleitenden Herzinsuffizienz, die durch die Rückfiltration der peripheren Ödeme (Einlagerung von Flüssigkeit in das Gewebe) einen nächtlichen Harndrang (Nykturie) verursacht. Konsekutiv schränken sie das Trinken ein, wobei sie regelmäßig nicht ausreichend über die Wichtigkeit einer ausreichenden Hydrierung des Körpers informiert sind. Besonders betroffen sind ebenfalls inkontinente Patienten, die ihre Flüssigkeitseinfuhr stark reduzieren, um den ungewollten Abgang von Urin zu vermeiden.

Da der Flüssigkeitsmangel zugleich zu Veränderungen der geistigen Konstitution führt, stellt die Exsikkose zugleich einen Risikofaktor zur eingeschränkten Mobilität mit verlängerten Krankenhausaufenthalten dar.

Gewicht

Kachexie (Abmagerung) sowie auch Adipositas (Übergewicht) fördern die Entwicklung eines Dekubitus. Sehr dünne Patienten verfügen über viele Körperareale, an denen die Haut direkt auf dem Knochen liegt und somit äußerst verletzlich ist. Adipöse Patienten neigen stärker als normalgewichtige Menschen zu Dekubitalgeschwüren, da durch die enorme Körpermasse große Druckwerte auf die gefährdeten Körperstellen einwirken.

Mangelernährung

Mangelernährung fördert zum einen die Immobilität des Patienten, da die entstehende Abgeschlagenheit und Schwäche zum Kraftmangel mit Bewegungsunfähigkeit führt. Zum anderen fehlen dem Organismus wichtige Nährstoffe zur Wundheilung, so dass bereits vorhandene Wunden nicht abheilen können, was insbesondere die Heilung von Dekubitalulzera erheblich erschwert.

Inkontinenz

Bei einer ausgeprägten Inkontinenz wirken Kot, Urin und pathogene Mikroorganismen fortwährend auf die Haut ein. Das Hautmilieu ist an den betroffenen Stellen permanent feucht und die Haut beginnt sich zu zersetzen. Hautschäden sind die Folge.

Stoffwechsel- und neurologische Erkrankungen

Diabetiker und Patienten mit peripheren neurologischen Erkrankungen sind besonders dekubitusgefährdet, da die Schädigung der Sensibilität teilweise derart ausgeprägt ist, dass Signale für Schmerz und Druck nicht wahrgenommen werden können.

Hierbei spürt der Körper den Schmerz nicht, der durch die Druckbelastung bei langem Liegen entsteht, und ist somit nicht in der Lage, das betroffene Körperareal durch Positionswechsel zu entlasten. Bei ausgeprägten Sensibilitätsstörungen kann es sogar zum völligen Fehlen eines Sinnesreizes kommen. Zu diesen Sinnesreizen zählen beispielsweise neben der Wahrnehmung von Berührung und Schmerz auch die Tiefensensibilität (z.B. Vibration) und die Temperaturempfindung.

Zu den Spätkomplikationen des Diabetes mellitus zählen die diabetischen Neuropathien (Schädigung des peripheren und zentralen Nervensystems), Gefäßkrankheiten (diabetische Makro- und Mikroangiopathien), die diabetische Nephropathie (Nierenschädigung) und die Retinopathien (Veränderung des Augenhintergrundes).

Die diabetischen Neuropathien äußern sich meist in einem reduzierten Schmerzempfinden. Da der an einer bestimmten Körperstelle entstandene Druck vom Patienten nicht wahrgenommen wird, folgt keine Druckentlastungsreaktion. Die diabetische Makro- und Mikroangiopathie führt über die reduzierte Blutzirkulation zu Entstehung eines Ulkus. Da die Durchblutung des betroffenen Körperareals bereits stark vermindert ist, führt die zusätzliche Kompression rapide zur Entstehung eines Druckulkus. Im Rahmen der Wundheilung wirkt sich zudem die schon vorher bestandene Minderperfusion erschwerend aus.

Sensibilitäts- und Lähmungserscheinungen können ebenfalls Folge zentraler neurologischer Ereignisse sein. So kann ein Schlaganfall Ursache einer verminderten Reizweiterleitung und einer peripheren Sensibilitätsstörung sein. Lähmungserscheinungen (Paresen) reduzieren zusätzlich die Mobilität des Patienten und begründen somit wiederum ein erhöhtes Dekubitusrisiko.

Infektionen

Infektionen führen als konsumierende Erkrankung zu einem reduzierten Allgemeinzustand des Patienten. Die fieberhafte Temperaturentwicklung führt zur gesteigerten Schweißsekretion und zum erhöhten Sauerstoffverbrauch. Feuchtigkeit und Hitze erweichen die obere Hautschicht (Mazeration), die dadurch anfälliger für Verletzungen wird.

Psyche

Die Psyche eines Patienten ist durch zugrunde liegende Erkrankung und Schmerzen meist beeinträchtigt. Kommt es zu ernsthaften depressiven Verstimmungen, wird die Immobilität gefördert und verstärkt. Ebenso können gravierende Störungen der Vigilanz, Katatonie und andere psychiatrische Erkrankungen den Verlauf eines Dekubitus negativ beeinflussen.

ii. Extrinsische Faktoren

Zahlreiche von außen einwirkende Umstände können zudem das Auftreten eines Druckgeschwürs begünstigen und die Abheilung erschweren.

Medikamente

Durch eine starke Schmerzmedikation kann das Entstehen eines Dekubitus gefördert werden, da hierunter durch Druck verursachte Schmerzen nicht mehr wahrgenommen werden. Auch sedierende Medikamente können das Auftreten von Druckstellen begünstigen, da sie sich stark auf die Bewegungs- und Reaktionsfähigkeit des Patienten auswirken. In Studien konnte ein Zusammenhang zwischen der Medikation mit Opiaten, Neuroleptika bzw. Benzodiazepinen (Sedativa) und dem signifikant erhöhten Risiko eines höhergradigen Dekubitalgeschwürs aufgezeigt werden,²³ weshalb eine derartige Medikation nur erfolgen sollte, wenn sie unverzichtbar ist.

Feuchtigkeit

Starke Feuchtigkeit der Haut führt zum Erweichen der oberen Hautschichten (Mazeration). Die Haut ist somit anfälliger für Verletzungen. Feuchtigkeit entsteht primär durch die Schweißsekretion. Bei inkontinenten Patienten verstärkt der Urinabgang die Auswirkungen, da dieser zusätzlich zum Aufquellen der Haut für einen sauren pH-Wert sorgt, in dem sich pathogene (krankheitserregende) Mikroorganismen einnisten können.

Körperhygiene

Mangelnde und ebenso übertriebene Körperhygiene begünstigen die Entstehung eines Dekubitus. Der bedenkenlose Einsatz von Seifen, Cremes, Salben und Puder ist kritisch zu beurteilen, da es zu Austrocknung der Haut und zur Verstopfung der Poren kommen kann.

²³ Püschel et al., Forensic Science S. 195; Krause/Anders/Heinemann, S. 39 f.

Hebe- und Lagerungstechniken

Da die Umlagerung eines dekubitusgefährdeten Patienten regelmäßig und in bestimmten Zeitabständen erfolgen sollte, ist eine fachgerechte Lagerung besonders wichtig. Bei falschen Hebe- und Lagerungstechniken kann es durch Reißen, Verschieben und Drücken des Patienten zu Verletzungen der Haut kommen. Es gibt Lagerungsarten, bei denen nach einem längeren Zeitraum in der gleichen Position davon ausgegangen werden kann, dass sich wahrscheinlich ein Druckgeschwür bilden wird (90°-Seitenlage, permanentes Sitzen oder das Liegen auf dem Rücken).²⁴

e. Stadieneinteilung

Der Dekubitus gehört zu den chronischen Wunden. Die Entstehung und die anschließende Therapie vollziehen sich somit über einen längeren Zeitraum. Wichtig ist vor allem ein konsequentes therapeutisches Vorgehen. Ein sinnvolles und leitliniengerechtes Einleiten der Behandlung setzt eine genaue und differenzierte Stadieneinteilung der vorliegenden Wunde voraus.

Der Einteilung des Schweregrades eines erfolgt nach der Ausdehnung des Geschwürs in die Tiefe des Gewebes. Man unterscheidet vier Schweregrade und drei verschiedene Stadien des Druckgeschwürs.²⁵ Im klinischen Alltag hat sich zur Wundbeurteilung des Dekubitalgeschwürs die Vier-Grad-Einteilung durchgesetzt. Der Vollständigkeit halber wird die Stadieneinteilung im Folgenden ebenfalls aufgeführt.

²⁴ *Kammerlander*, S. 137 f.; ebenso *evidence.de* - Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke, 2008 und der Dekubitus-Pflege-Ratgeber des Institutes für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung e.V. (IGAP), aktualisierte Version 09/2007.

²⁵ Dekubitus-Schweregradeinteilung nach *W. O. Seiler* in vier Grade und drei Stadien; Stadienbeschreibung entsprechend *Parish-Parish* S. 13 ff.; *Kammerlander*, S. 103 ff.



Grad I: Umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Regression der Hautrötung nach einigen Stunden bis Tagen, wenn Druckentlastung stattfindet. Weiterhin können sich eine Ödembildung, Verhärtung, lokale Überwärmung und Verfärbung der Haut zeigen.



Grad II: Schädigung der Epidermis bis hin zur Dermis. Klinische Zeichen sind Blasen, Hautabschürfung oder flache Geschwüre. Der entstandene Defekt ist nässend und infektionsanfällig.



Grad III: Der Hautdefekt erstreckt sich über alle Hautschichten und führt zu Nekrosen (Zelltod) des subkutanen Gewebes. Zum Teil findet sogar eine Schädigung bis in die Muskelschicht statt. Der Dekubitus imponiert klinisch als offenes Geschwür. Umgebende gesunde Hautareale sind u.U. nekrotisch untertascht.



Grad IV: Ausgedehnte Zerstörung aller Hautschichten mit Gewebsnekrose und / oder Schädigung von Muskeln, Knochen, des Sehnen- und Gelenkkapselapparates. Weitgehende Untertaschung, wie hier im Bild, ist möglich.²⁶

Dekubitus-Stadium A: Kein Granulationsgewebe und keine Nekrosen in der Wunde.

Dekubitus-Stadium B: Wunde schmierig belegt mit Restnekrosen, keine Infiltration des umgebenden Gewebes, Granulationsgewebe, keine Nekrosen.

Dekubitus-Stadium C: Wunde wie Stadium B mit Infiltration des umgebenden Gewebes und / oder Allgemeininfektion (Sepsis).

²⁶ Fotografien der Dekubitusgrade von: www.dekubitus.de.

f. Dekubitustherapie – Wundversorgung

Die Dekubitustherapie ist ebenso vielschichtig wie die zugrunde liegende Erkrankung. Die wichtigsten therapeutischen Optionen nach heutigem Kenntnisstand werden im Folgenden aufgezeigt.

Lokale Therapie

Die lokale Dekubitusbehandlung stellt einen wichtigen Aspekt der Gesamttherapie dar. Sie besteht aus:

- Wunddébridement
- Stadiengerechte Behandlung
- Infektiologische Behandlung
- Wundkonditionierung

Wunddébridement

Vor allem geschlossene Nekrosen behindern die Wundheilung und fördern die Entwicklung von Infektionen. Durch den oberen Verschluss breitet sich die Entzündung in tiefere Gewebeschichten bis zum Knochen aus. Folglich müssen die Nekrosen entfernt werden. Bei kleineren Nekrosen können physikalische, bio-chirurgische oder enzymatische Verfahren verwendet werden. Große Nekrosen sollten durch einen chirurgischen Eingriff entfernt werden. Bei Dekukitalgeschwüren des Stadiums III-IV bedarf es generell einer Untersuchung und ggf. Therapie durch einen erfahrenen Chirurgen.

Stadiengerechte Behandlung

Ein Druckgeschwür durchläuft verschiedene Wundheilungsphasen: Reinigungsphase, Granulationsphase und Epithelisierungsphase. Die Therapie hat angepasst an die unterschiedlichen Vorgänge in diesen Phasen zu erfolgen.

Konservative Wundbehandlung

Die Versorgung eines Druckgeschwüres mit einem geeigneten Wundverband stellt eine der wichtigsten Maßnahmen dar, um den Wundheilungsprozess zu fördern. Infolgedessen müssen an effektive Wundverbände grundlegende Anforderungen gestellt werden. Gerade bei der Dekubitustherapie ist die Aufrechterhaltung des feuchten Wundmilieus und die thermische Isolierung durch den Verband besonders wichtig, wie evidenzbasierte Untersuchungen gezeigt haben. Trotz dessen muss der

Gasaustausch zwischen Wunde und Umgebung gewährleistet sein. Die Wunde muss regelmäßig von überschüssigem Wundexsudat gereinigt werden, wobei der Wundverband vor einer Sekundärinfektion der Wunde schützen soll. Bei dem regelmäßigen Verbandswechsel sollte darauf geachtet werden, dass kein neu gebildetes Wundgewebe durch Abnahme des alten Verbandes entfernt wird. Eine Vielzahl der heute vertriebenen Verbandmaterialien erfüllt die vorgenannten Anforderungen. Die Auswahl ist individuell auf den Grad des Dekubitus und dessen Heilungstendenz abzustellen.²⁷

Alginate

Die Alginate werden aus Braunalgen gewonnen. Sie werden in Form von Calcium- oder Calcium-Natriumalginaten als Wundkompressen oder Wundtamponade verwendet, haben eine hohe Absorptionskapazität und bilden durch die Absorption von Wundsekret ein formstabiles Gel, das für ein feuchtes Wundmilieu sorgt. Bei ihrer Anwendung ist ein Sekundärverband nötig, hierfür eignen sich herkömmliche Kompressen oder Hydrokolloid-Verbände sowie Schaumverbände. Angewendet werden Alginate hauptsächlich bei Wunden mit starker Exsudation, sowie bei stark nässenden und tiefen Wunden.

Hydrokolloidverbände als Sekundärverbände

Sie bestehen aus einer selbstklebenden, quellfähigen Matrix, welches durch Wundexsudat ein Gel bildet, ein feuchtes Wundmilieu aufrechterhält und die Wunde luftdicht verschließt. Beim Verbandwechsel muss das verbleibende Gel aus der Wunde ausgespült werden, beispielsweise mit steriler Ringerlösung oder einer Kochsalzlösung. Hydrokolloide zählen zu den so genannten semiokklusiven (halbschließenden) Verbänden. Das zugrunde liegende Prinzip verhindert einerseits das Eindringen von Keimen und Flüssigkeiten in die Wunde, erlaubt jedoch andererseits den Austritt von Wasserdampf und Gasen. Somit unterstützen die Hydrokolloide die natürliche Wundreinigung, die Epithelisierung und die Bildung von neuem Granulationsgewebe. Angewendet werden können Hydrokolloidverbände in allen Phasen der Wundheilung.

Polyurethane

Diese Wundversorgungsvariante sorgt für eine selektive Aufnahme von Exsudat und nekrotischem Gewebe und hält gleichzeitig ein feuchtes Milieu in der Wunde. Polyurethane werden vor allem bei

²⁷ Vgl. *Kammerlander*, S. 160 ff.; *Niedner*, S. 435 ff.; *Sellmer*, S. 426 ff.

schlecht heilenden Wunden eingesetzt, da der Schaumstoff in die Wunde einwachsen kann und beim Verbandswechsel durch das Abtragen der neuen Haut die Wundgranulation stimuliert werden kann. Auf oder in der Wunde hinterlassen Polyurethan-Schäume kein Gel, somit ist eine Wundspülung nicht erforderlich.

Hydropolymer-Verbände

Diese Verbände saugen das Wundsekret in ein strukturbeständiges Schwammgerüst auf. Durch die Absorption quillt das Material auf ohne flüssig zu werden. Es kann beim Verbandwechsel ohne Rückstände von der Wunde entfernt werden, somit ist eine Wundspülung nicht erforderlich. Anwendungsgebiete sind epithelisierende und granulierende Wunden mit geringer Wundsekretion.

Hydrofaser-Verbände

Sie zeichnen sich durch ihr hohes Absorptionsvermögen aus. Durch die Exsudataufnahme bildet sich ein formstabiles Gel, das für ein feuchtes Wundemilieu sorgt und ohne Rückstände entfernt werden kann. Das Anwendungsgebiet der Hydrofaser-Verbände stellen vor allem stark sekretierende Wunden dar.

Hydrogele

Es handelt hierbei um fertige Gele. Durch den hohen Wasseranteil von ca. 60% eignen sie sich speziell zum Aufweichen und Ablösen von totem Gewebe und Belägen sowie zur Befeuchtung trockener Wunden. Hydrogele können als steriles Gel aus der Tube und in Form von Fertigverbänden verwendet werden.

Silberverband, Silber-/Aktivkohle-Verband

Diese Verbände haben eine speziell antibakterielle Wirkung. Sie werden bei infektionsgefährdeten oder bereits infizierten Wunden verwendet. Mikroorganismen werden durch die Aktivkohle gebunden und durch Silberionen unschädlich gemacht.

Plastisch-chirurgische Versorgung

Bei einem Dekubitus der Stadien III und IV ist häufig die plastisch-chirurgische Versorgung unumgänglich. Diese Behandlung kann den Heilungsverlauf abkürzen, jedoch ist einfaches "Ausschneiden" der Wunde oft nicht ausreichend. Ausgedehnte Weichteildefekte sind nur durch plastisch-chirurgische Operationsverfahren sicher und dauerhaft zu decken. Wird ein Ulcus nach

Exzision direkt verschlossen, liegt die resultierende Narbe direkt über dem Druckbereich. Narbengewebe hält Druckbelastungen schlechter stand, daher ist mit Rezidiven (wiederholtes Auftreten einer Erkrankung nach Therapie) zu rechnen.

Voraussetzung für eine dauerhafte Weichteilbedeckung ohne Fistelung ist eine komplette Exzision des Ulcus einschließlich aller Höhlen und Taschen sowie eine ausreichende Glättung oder Resektion von Knochenkanten. Bei der Auswahl des Operationsverfahrens sind vor allem folgende Kriterien zu beachten: Die Ausgangssituation des Patienten, Art und Lokalisation der Wunde, der Zustand des umgebenden Gewebes und die Prognose des Patienten (spätere Mobilisation und pflegerische Betreuung).

Hauttransplantate

Spalthauttransplantate sind nur gering belastbar und somit nur in Ausnahmesituationen anzuwenden, wie beispielsweise bei einem oberflächlichen Ulkus mit Aussicht auf baldige vollständige Mobilisierung. Meist sind Transplantate nur als temporäre Wunddeckung anwendbar.

Nahlappenplastik

Hierbei kommen Verschiebeschwenk-Rotations- und VY-Lappen, entweder als reine Hautlappen, als Muskellappen oder als kombinierte muskulocutane Lappen in Frage. Muskellappen sind dicker, sicherer und belastbarer, können aber funktionelle Defekte hinterlassen.

Fernlappenplastiken

Diese Art der Plastik kann dann angewendet werden, wenn Nahlappenplastiken infolge eines ungünstigen Zustandes des umgebenden Gewebes nicht durchführbar sind. In besonderen Fällen wird nur durch eine freie Lappentransplantation in mikrovaskulärer Technik ein adäquater Gewebeersatz erreicht.²⁸

Die grobe Indikation zur operativen oder konservativen Therapie richtet sich häufig nach der Vier-Stadieneinteilung. Die differenzierte Einleitung der Wundbehandlung mit Auswahl des Verbandmaterials oder der chirurgischen Technik entscheidet sich stets nach dem konkreten klinischen Eindruck der Wunde. Hierbei unterscheidet man nach Farbe (schwarz, gelb, grau), dem Zustand des Wundmilieus

²⁸ Kierney u.a., *Plast. Reconstr. Surg.* 102 (1998), 765 – 772; *Orlando, Ann. Pharmacother.* 32 (1998), 1221 – 1227.

(trockene, feuchte Nekrosen, infizierte, belegte Wunden) und dem Heilungsstadium (Granulations-Epithelisierungsphase).

Alle chronischen Wunden müssen mittels feuchter Wundbehandlung therapiert werden. Die trockene Versorgung einer chronischen Wunde stellt nach heutigem Kenntnisstand einen Therapiefehler dar. Bereits *George Winter* erkannte ab 1962 in mehreren Studien, dass Wunden unter feuchten Verbänden schneller und qualitativ besser abheilen als unter trockenen Bedingungen.²⁹ Aktuell existieren nur wenige valide Studien, so dass Grundlagen einer evidenzbasierten Dekubitustherapie kaum bestehen. Im Zentrum steht nach wie vor die feuchte Wundbehandlung. Trotz methodischer Probleme sind weitere Studien erforderlich, um die teilweise aufwändigen Therapieverfahren für Dekubitalulzera zu validieren. So stellte *Püllen* im Jahr 2004 fest, dass gegenwärtig nur drei Empfehlungen für die lokale Therapie auf zwei oder mehr prospektive, randomisierte klinische Studien gestützt werden: Die feuchte Wundbehandlung, die Infektverhinderung und Beschleunigung der Wundheilung durch Händewaschen, Wundreinigung und Wunddébridement.³⁰

Infektiologische Behandlung

Zur Prophylaxe von Infektionen ist für eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Wundgewebes zu sorgen. Dies sollte durch eine fachgerechte Nekrosenabtragung und regelmäßigen Verbandwechsel geschehen. Dabei kann die Wunde direkt mit einem Antiseptikum oder mit Spülungen einer 0,9% NaCl-Lösung bzw. Ringerlösung versorgt werden. Das Antiseptikum sollte keine zusätzlichen Schmerzen verursachen und nur bis zum Abklingen der Entzündung angewendet werden. Eine lokale antibiotische Lösung bringt keine Vorteile in der Infektionsbekämpfung.

Wundkonditionierung – weitere Therapien

Wundkonditionierung findet statt, wenn eine Wunde durch äußere Maßnahmen zur Bildung von Granulationsgewebe angeregt wird. Diese Maßnahmen können unterschiedlicher Natur sein. Weitere wundkonditionierende Therapieverfahren wie z.B. Vakuumtherapie, Madentherapie, elektromagnetische

²⁹ Vgl. *Winter, George D.*: Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 193 (1962) 293-48; Healing of skin wounds and the influence of dressing on the repair process, *Surgical dressings and wound healing*. Bradford, 1971.

³⁰ *Püllen*, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2004, 92-99.

Therapie, therapeutischer Ultraschall oder Wachstumsfaktoren stehen zur Verfügung, jedoch reicht aus wissenschaftlicher Sicht die gegenwärtige Datenlage zu diesen Verfahren nicht für eine abschließende Beurteilung aus. Dennoch seien die neuesten und vielversprechendsten Verfahren erwähnt, etwa die Polyurethan-Wundauflagen. Sie bestehen aus einem offenporigen Schaum, der in das Wundgewebe einwachsen kann. Die Auflagen können große Mengen an Wundsekret und nekrotischem Material aufnehmen und halten dabei ein feuchtes Milieu in der Wunde. Beim Wechsel der Auflage wird die Wunde aufgefrischt und die Wundgranulation verstärkt. Zu den neueren Therapieverfahren zählt auch die Vakuumversiegelungstechnik mit einem Polyvinylalkohol-Schaumstoff. Die Wunde wird mit einer ableitenden Drainage ausgekleidet und mit einer Polyurethanfolie verschlossen. Durch die Drainagenanlage wird in der Wunde ein Unterdruck erzeugt, der zu Entstehung von Granulationsgewebe führt. Eine ebenfalls relativ neue Therapie zur Behandlung chronischer Wunden ist die gepulste elektrische Stimulation. Die Wunde wird zweimal am Tag für eine halbe Stunde mit Impulsen positiver und negativer Polarität behandelt. In Deutschland ist die Therapiemethode der gepulsten elektrischen Stimulation noch weitgehend unbekannt. Amerikanische klinische Studien belegen aber den Nutzen und die Vorteile der elektrischen Stimulation bei Dekubitalulzera Grad III und IV, die auf eine konventionelle Therapie nicht angesprochen haben.

Der Einsatz von Wachstumsfaktoren zur Behandlung von Wunden erbrachte bereits vielversprechende Ergebnisse. Weitere Kenntnisse und Forschungen werden aber notwendig sein, bevor eine Lokalthherapie von Dekubitalulzera mit Wachstumsfaktoren in größerem Umfang möglich scheint.

Allgemeine therapeutische Maßnahmen

Zur supportiven Therapie zählen im Wesentlichen druckentlastende Maßnahmen, Schmerztherapie, die Verbesserung des Allgemeinzustandes und die Ernährungsverbesserung.

Druckentlastende Maßnahmen

Allein die permanente und konsequente Druckentlastung des betroffenen Hautareals ist die wichtigste Maßnahme zur Wiederherstellung der Blutperfusion. Es kommt prompt zur Durchblutung des mangelversorgten Bereiches und zur Belieferung der Wunde mit wichtigen Nährstoffen und Sauerstoff, um den Wundheilungsprozess voranzutreiben. Die Druckentlastung wird durch Positionswechsel erreicht. Es gibt mehrere Möglichkeiten von Lagerungstechniken und -arten. Zur Unterstützung gibt es ein reichhaltiges Angebot von Lagerungssystemen und -hilfen in Form spezieller Kissen und Keile. Am

sinnvollsten ist eine möglichst großflächige Druckverteilung, da das Freilagern von gefährdeten oder betroffenen Körperregionen zur zusätzlichen Druckbelastung der anderen Körperteile führt.³¹

Schmerztherapie

Besondere Beachtung sollte die Schmerzsymptomatik eines Dekubituspatienten finden, da sich der Leidensdruck auf Wundverlauf, Wundheilung und Compliance auswirkt. Im Gegensatz zu früheren Ansichten entstehen infolge des Wachstums der Druckgeschwüre und der entzündlichen Prozesse Schmerzen, die therapierbedürftig sind.

Bei einer chronischen Wunde handelt es sich um ein sehr empfindliches, meist entzündetes Hautareal, wodurch die Schmerzbelastung erheblich werden kann, auch wenn die Äußerungsfähigkeit des Betroffenen eingeschränkt sein könnte. Daher sollte mit einem speziellen Anamnesebogen eine genaue Schmerzerfassung vorgenommen und in den Kurven vermerkt werden, um ärztlicherseits eine angemessene Schmerztherapie einleiten zu können. In einigen Kliniken werden Schmerztagebücher entweder durch den Patienten selbst oder das Pflegepersonal geführt und tragen zur besseren Schmerzeinstellung bei.

Verbesserung des Allgemeinzustandes

Eine solche Verbesserung kann nicht von heute auf morgen realisiert werden - es handelt sich also um ein mittelfristiges Ziel. Um es zu erreichen, sollten nach Möglichkeit folgende Ziele angestrebt werden:

Der Patient muss mindestens eine Menge von 1,5 Litern Flüssigkeit am Tag zu sich nehmen.

Die ausgewogene Ernährung, die insbesondere zur Wundheilungsunterstützung eiweiß- und vitaminreich ausfallen sollte, ist sicherzustellen.

Durch aktive und passive Mobilisation wird der Patient in die Lage versetzt, sich selbständig zu bewegen und damit Lagewechsel ausführen zu können. Zudem wird die Aktivität aller Organsysteme gefördert. Die Mobilisierung des Betroffenen hat überdies positive Auswirkungen auf die Psyche.

Ernährungsmanagement

Da es sich gerade bei einem infizierten Dekubitus um eine konsumierende Erkrankung handelt, steigt der Energie- und Proteinbedarf beträchtlich an. Deshalb muss die Ernährung dieser Patienten an die

³¹ *Bienstein*, S. 42 ff., 105 ff.; *Kierney u.a.*, S. 765 f.; vgl. Leitlinie Dekubitus, Initiative Chronische Wunden, 2. Aufl. 1998; *Orlando*, S. 1221 ff.

veränderte Stoffwechselsituation angepasst werden, was über gezieltes Ernährungsmanagement erreicht werden kann. Neben dem erhöhten Kalorienbedarf ist zu überprüfen, ob auch auf die ausreichende Zufuhr von Vitaminen und Mineralstoffen erfolgt.

Deutlich wird dies am Vergleich des veränderten Energiebedarfs: Der energetische Grundbedarf eines Dekubituspatienten kann bis auf das Doppelte ansteigen.

Dem Vitaminhaushalt kommt ebenfalls eine besondere Bedeutung im Heilungsprozess zu. So unterstützt Vitamin C den Aufbau von Bindegewebe, Vitamin K fördert die Blutgerinnung und Vitamin A beeinflusst die Membranbildung.

Darüber hinaus sind Mineralstoffe, Natrium, Zink, Selen und Kupfer sind unabdingbar für wichtige enzymatische Reaktionen, die bei der Wundheilung ablaufen.³²

g. Prophylaxe

Um gefährdete Patienten angemessen zu vor einem Druckulkus zu schützen, sollten vorbeugende Maßnahmen von Anfang an konsequent durchgeführt werden. Bis zum heutigen Tag gibt es für die Dekubitusprophylaxe keine einheitlichen Leitlinien. Von besonderer Bedeutung sind folgende Kriterien:³³

- Aktuelles Wissen über Dekubitusentstehung und Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos
- Gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken
- Unverzögerlicher Einsatz angemessener Hilfsmittel
- Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz
- Schulung der Patienten und deren Angehöriger
- Gewährleistung der kontinuierlichen Durchführung prophylaktischer Maßnahmen
- Einschätzungskompetenz über die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen

³² Vgl. allg. hierzu: *Kammerlander*, S. 153; *Phillips/Schröder*, S. 111 ff.; WOCN's Evidence-Based Pressure Ulcer Guideline, *Advances In Skin & Wound Care* 2005, Vol. 18 No. 4, 204-08.

³³ Die Ausführungen zur Prophylaxe orientieren sich an den folgenden Leitlinien, Beiträgen und Empfehlungen: Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe des DNQP; Dekubitus Pflege-Ratgeber des Institutes für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung e.V. (IGAP), aktualisierte Version 09/2007; *Reus* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005, S. 210 ff.

Risikostratifizierung

Um prädisponierte Personen zu erkennen und diese fachgerecht vor der Entstehung eines Dekubitalulkus zu bewahren, sollte in jeder Pflegeeinrichtung ein Standard zur Einteilung des Dekubitusrisikos bestehen. Als zuverlässigste Methode in der praktischen Anwendung hat sich dabei die Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels einer Skala erwiesen. Hierbei werden die wichtigsten Risikofaktoren anhand von Skalen erfasst und nach einem allgemeingültigen Schlüssel in einen objektiven Risikograd eingestuft. Hierfür wurde bereits vor rund 50 Jahren die sog. NORTON-Skala³⁴ entwickelt, die Angaben zum geistigen und körperlichen Zustand, zur Aktivität und Beweglichkeit sowie zu einer evtl. bestehenden Inkontinenz auswertet. Jedes dieser fünf Kriterien wird in vier Stadien eingeteilt und mit ein bis vier Punkten bewertet. Patienten mit einem Punktestand von 14 oder weniger müssen als dekubitusgefährdet angesehen werden. Diese Skala erwies sich aber im Klinikalltag als nicht ausreichend, so dass sie 1987 überarbeitet wurde (siehe Abbildung 2). Nunmehr werden auch das Alter, die Kooperationsbereitschaft, der Hautzustand und Zusatzerkrankungen des Patienten erfasst. Hiernach gilt als dekubitusgefährdet, wer weniger als 25 Punkte erreicht.

Motivation Kooperationsbereitschaft	Alter	Hautzustand	Zusatz-erkrankung	Körperl. Zustand	Geistiger Zustand	Aktivität	Beweglich-keit	Inkontinenz
p	p	p	p	p	p	p	p	p
voll	< 10	normal	keine	gut	klar	geht ohne Hilfe	voll	keine
wenig	< 30	schuppig trocken	Fieber, Diabetes, Anämie	leidlich	apathisch, teilnahmslos	geht mit Hilfe	kaum eingeschränkt	manchmal
teilweise	< 60	feucht	MS, Ca, Kaphezie, Adipositas	schlecht	verwirrt	rollstuhlbedürftig	sehr eingeschränkt	meistens Urin
keine	> 80	Allergie, Risse	Arterielle Verschlusskrankheit	sehr schlecht	stuporös (stumpfsinnig)	bettlägerig	voll eingeschränkt	Urin und Stuhl
Total								

Bei 25 Punkten und weniger - Dekubitusgefahr !!

Total:

Abbildung 2: Überarbeitete Norton-Skala, Quelle: Kammerlander, S. 210.

³⁴ Entwickelt durch die britische Schwester Doreen Norton.

BRADEN-Skala zur Dekubitusrisikoerkennung				
	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	<input type="checkbox"/> Fehlt <ul style="list-style-type: none"> keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Zittern, Zucken, Greifen) aufgrund verminderter (invasiver) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung, oder <ul style="list-style-type: none"> Maximalempfindung / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen. 	<input type="checkbox"/> Stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> die Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) oder <ul style="list-style-type: none"> Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist. 	<input type="checkbox"/> Leicht eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprache oder Kommandos Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) oder <ul style="list-style-type: none"> Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind. 	<input type="checkbox"/> Vorhanden <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden oder <ul style="list-style-type: none"> keine Störung der Schmerzempfindung
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<input type="checkbox"/> Ständig feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot Immer wenn der Patient gedreht wird, fließt er im Nass 	<input type="checkbox"/> Offt feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist oft feucht, aber nicht immer Bettzug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden. 	<input type="checkbox"/> Manchmal feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt 	<input type="checkbox"/> Selten feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist meist trocken neue Wäsche wird selten benötigt
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	<input type="checkbox"/> Bettlägerig <ul style="list-style-type: none"> ans Bett gebunden 	<input type="checkbox"/> Sitzt auf <ul style="list-style-type: none"> kann mit Hilfe etwas laufen kann das eigene Gewicht nicht allein tragen braucht Hilfe, um aufzustehen (Bett, Stuhl, Rollstuhl) 	<input type="checkbox"/> Geht wenig <ul style="list-style-type: none"> geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen braucht für längere Strecken Hilfe verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl 	<input type="checkbox"/> Geht regelmäßig <ul style="list-style-type: none"> geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	<input type="checkbox"/> Komplett immobil <ul style="list-style-type: none"> kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen 	<input type="checkbox"/> Mobilität stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich manchmal geringfügig (Körper und Extremitäten) kann sich aber nicht regelmäßig allein ausrichtend umlagern 	<input type="checkbox"/> Mobilität gering eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten 	<input type="checkbox"/> Mobil <ul style="list-style-type: none"> kann allein seine Position umfassend verändern
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	<input type="checkbox"/> Sehr schlechte Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 2/3 ist nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) trinkt zu wenig nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder trinkt oral keine Kost zu sich nehmen oder nur klare Flüssigkeiten oder erhält Ernährungs-Infusionen länger als 5 Tage 	<input type="checkbox"/> Mäßige Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist selten eine normale Essensportion auf, ist aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung ist etwa 3 Eiweißportionen nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich oder erhält zu wenig Nährstoffe über Sondennkost oder Infusionen 	<input type="checkbox"/> Adequate Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen nimmt etwa 4 Eiweißportionen täglich zu sich verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zusätzlich nehmen 	<input type="checkbox"/> Gute Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist immer die angebotenen Mahlzeiten auf nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich ist auch manchmal zwischen den Mahlzeiten braucht keine Ergänzungskost
Reibung und Scherkräfte	<input type="checkbox"/> Problem <ul style="list-style-type: none"> braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel anziehen ist ohne Schellen über die Laken nicht möglich rutsche im Bett oder im (Roll)Stuhl ständig hinunter, muss immer wieder hochgezogen werden hat spastische Kontraktionen oder ist sehr unruhig (schauert auf den Laken) 	<input type="checkbox"/> potentielles Problem <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) nur sich nur selten hinunter 	<input type="checkbox"/> kein Problem zur Zeit <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuhaken kann eine Position über lange Zeit halten, ohne hinanzurutschen 	

Quelle: DEKUBITIS, SCHÄDELHÄUTLICHE WUNDEN (1992, 9) - (3)

Geringes Risiko	18-15 Punkte
Mittleres Risiko	14-13 Punkte
Hohes Risiko	12-10 Punkte
Sehr hohes Risiko	≤ 9 Punkte

Patient: _____
 Datum / Zeit: _____
 Handzeichen: _____

Abbildung 3: Modifizierte BRADEN-Skala, Quelle: Initiative Chronische Wunden (www.icwunden.de).

Eine der aktuell gebräuchlichsten Risikoeinschätzungen ist die BRADEN-Skala.^{35, 36} Sie orientiert sich an Risikofaktoren und Kriterien, die nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen im Mittelpunkt der Prophylaxe und Behandlung des Dekubitus stehen. Hierbei werden Punkte in den Bereichen sensorische Wahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, allgemeines Ernährungsverhalten sowie Reibungs- und Scherungskräfte vergeben. Ein nach Risikograden abgestuftes Dekubitusrisiko ist dann als gegeben anzusehen, wenn 18 oder weniger Punkte erreicht werden (siehe Abbildung 3).

Förderung der Mobilität

Falls möglich, sollte der Patient möglichst viele Bewegungen eigenständig machen. Die ständige Motivierung zur Bewegung ist ein wichtiger Teil der Prophylaxe. Ist die Mobilität eines Patienten so

³⁵ Entwickelt durch Prof. Barbara Braden, Cheirington University School auf Nursing, Ohama, Nebraska.

³⁶ Lewicki u.a., Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2000, 36-41.

hochgradig eingeschränkt, dass er nicht mehr in der Lage ist seine Körperposition zu verändern, erhöht sich das Dekubitusrisiko erheblich. In diesem Fall sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um weitere Mobilitätseinschränkungen zu verhindern.

Bewegungsförderung

Um der Versteifung von Gelenken und dem Verlernen von alltäglichen Bewegungen entgegenzuwirken sollten Bewegungsübungen konsequent durchgeführt werden. Das Trainingsprogramm sollte individuell auf die körperliche Konstitution des Patienten zugeschnitten sein. Miteinfließen sollten vor allem auch ergotherapeutische Ansätze, wie die Anwendung von Hilfsmitteln (Stock oder Gehhilfe). Auch sehr kranke und bettlägerige Patienten müssen jeden Tag durch fachgerechte Unterstützung bewegt werden, sei es nur durch das Aufsetzen an den Bettrand oder die passive Bewegung des Gelenkapparates.

Mentale Förderung

Bewegung ist die beste Prophylaxe. Um das Verlangen der Patienten nach Bewegung zu fördern, sollte auch die geistige Mobilität angeregt werden. Ist ein Mensch von Langeweile geplagt, lässt auch das Bedürfnis der Bewegung nach. Durch gemeinsame Sportaktivitäten oder Interessenkreise bleiben kranke und alte Menschen geistig rege und behalten die Freude an der Bewegung.

Micro-Stimulation (MIS)

Das Konzept der Micro-Stimulation basiert auf dem Grundgedanken, dass sich ein Mensch nur dann bewegen kann, wenn er zuvor Reize wahrnehmen konnte und diese infolgedessen mit einer Bewegung beantworten kann. Es hat in der Dekubitusprophylaxe vor allen bei den Patienten Anwendung gefunden, die aufgrund starker Krankheit nicht in der Lage sind sich zu bewegen oder es ablehnen. Micro-Stimulation regt durch Berührung und kleine Bewegungen das Reizleitungssystem des Körpers an und fördert somit die Eigenbewegung.

Lagerungstechniken

Das richtige Lagern und regelmäßiges Umlagern ist äußerst wichtig. Zu beachten ist, dass das Umlagern nicht durch druckverteilende Unterlagen und andere Hilfsmittel ersetzt werden kann. Einer der häufigsten Fehler stellt das Liegenlassen von Umlagerungshilfen wie Schlingen oder Manschetten unter dem Patienten dar.

Patienten, die komplett immobil sind, sollten etwa alle zwei Stunden umgelagert werden. Je nach individuellem Zustand kann aber auch eine andere Umlagerungsfrequenz notwendig werden. Daher ist auf jeden Fall ein Bewegungsplan zu erstellen, der die besonderen Bedürfnisse und Risikofaktoren jedes Patienten berücksichtigt. Der Plan sollte regelmäßig den Ergebnissen der Hautbeobachtung angepasst werden. An dieser Stelle sollen einige der gebräuchlichsten Lagerungstechniken erwähnt sein:

30°-Lagerung: Die 30-Grad-Schräglage ist die klassischste Form. Es wird bewusst eine Gesäß- bzw. Körperhälfte belastet, da diese durch die Muskulatur gut abgepolstert ist. Zwei große Kissen werden hierbei auf die Hälfte gefaltet, eines wird rechts oder links der Wirbelsäule unter den Rücken gelegt, das zweite unter den Oberschenkel der entsprechenden Körperhälfte.

135°-Lagerung: Sie eignet besonders bei vorhandenen sakralen Druckgeschwüren. Es werden wiederum zwei Kissen benötigt, eines wird unter eine Hälfte des Oberkörpers gelegt und das andere unter die entsprechende Hüfte und den Oberschenkel.

Mikrolagerung: Die Mikrolagerung ist besonders bei Schmerzpatienten oder immobilen Personen anzuwenden. Die Mikrolagerung ist schnell und sanft durchzuführen wobei der Patient nur minimal bewegt wird. Hierbei bedient man sich häufig Lagerungshilfsmitteln wie Handtücher, Bettdecken und Kissen sowie spezieller Falttechniken (3-fach Faltung Rolle, „Brezel-Faltung“). Jedoch sollte mit diesen Hilfen sparsam gearbeitet werden, um nicht die Restmobilität der Patienten weiter einzuschränken. Ziel ist es durch Druck- und Gewichtsverteilung die Prädilektionsstellen der Dekubitalulzera zu schonen.

V-Lagerung: Diese Lagerungstechnik eignet sich besonders bei Patienten mit vorbestehenden Druckulzera im vertebrealen Bereich. Sie kann im Liegen und Sitzen durchgeführt werden. Die V-Lagerung ist zudem als Pneumonieprophylaxe anerkannt, da sie atemstimulierend wirkt. Zwei Kissen werden hierbei auf die Hälfte gefaltet und im Bereich des Oberkörpers überlappend zu einem V geformt. Die Spitze des V liegt dabei oberhalb des Os sacrum (Steißbein).

Freilagerung: Körperstellen die bereits Anzeichen eines Dekubitalulkus aufweisen, können durch eine Freilagerung geschont werden. Auch bedient man sich häufig verschiedener Lagerungshilfsmittel. Bei der Freilagerung eines betroffenen Körperteiles ist besonders darauf zu achten, dass infolgedessen keine anderen Körperstellen eine zu lange Mehrbelastung erfahren.

Neben den verschiedenen Lagerungstechniken gibt es Körperpositionen, die von gefährdeten Patienten und dem Pflegepersonal vermieden werden sollten. Dazu zählt vor allem die 90°-Seitenlagerung (Halbseitenlagerung), da hierbei die Hautdurchblutung eher verschlechtert wird. Auch das Sitzen eines gefährdeten Patienten stellt ein weiteres Risiko dar. Zwar ist das Sitzen auf der Bettkante und später im Stuhl ein wichtiger Schritt, wenn ein lange bettlägeriger Patient wieder mobilisiert werden soll, jedoch gibt es derzeit keine Hilfsmittel, die beim Sitzen eine optimale Druckentlastung gewährleisten. Da beim Sitzen gefährdete Körperstellen weit mehr als im Liegen belastet werden, sollte der Patient nicht länger als zwei Stunden durchgehend im Stuhl sitzen.

Hilfsmittel

Trotz der großen Angebotsvielfalt verfolgen alle Antidekubitus-Hilfsmittel das gleiche Ziel, nämlich die Druckentlastung der gefährdeten Hautstellen. Damit der Auflagedruck abnimmt, basieren die meisten Hilfsmittel auf dem Effekt der Vergrößerung der Auflagefläche des Körpers und der Druckminimierung auf einen kurzen Zeitraum. Dazu ist es wichtig, die Hilfsmittel optimal an den Körper des Patienten anzupassen.

Antidekubitus-Hilfsmittel können in Weichlagerungs-, Wechseldruck- und Mikro-Stimulationssysteme unterteilt werden. Diese Systematik bietet den Vorteil einer individuellen und auf die Grunderkrankung eines Patienten abgestimmten Versorgung, die auf den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Wirkprinzipien basiert. Für den Versorgungsalltag ist es empfehlenswert, diese Kategorisierung von Antidekubitus-Systemen vorzunehmen und unter Abwägung der Vor- und Nachteile eines Wirkprinzips die individuelle Versorgung eines Patienten durchzuführen. Es müssen verschiedene Faktoren bedacht werden, um das richtige Antidekubitus-System für einen Patienten zu festzulegen:

- Grunderkrankung des Patienten
- Höhe des Dekubitusrisikos
- Vorhandensein eines Dekubitus

Weichlagerungs-Systeme

Zu den Weichlagerungs-Systemen zählen zum Beispiel Schaumstoffmatratzen, Gelaufagen, und Luftkissen. Ein großer Teil der auf dem Markt angebotenen Anti-Dekubitus-Matratzen besteht aus Schaumstoff. Doch nicht jede Art von Schaumstoff ist auch dazu geeignet, im Bereich der Dekubitusprophylaxe und -therapie zum Einsatz zu kommen. Besonders geeignet zur Dekubitusprophylaxe scheinen PUR-Schaum-Matratzen zu sein.

Bei der Auswahl eines Weichlagerungs-Systems ist es wichtig, dass der Patient genügend Halt auf der Matratze findet, um Bewegungsübungen weiterhin durchführen zu können.

Die früher oftmals verwendete Super-Weichlagerung wird heute möglichst vermieden, da pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass diese Art der Lagerung über längere Zeit unerwünschte negative Verläufe, wie die Verlangsamung der Feinmotorik, mit sich bringt.

Wechseldruck-Systeme

Man unterscheidet grob klein- und großzellige Wechseldruck-Systeme. Sie bestehen aus verschiedenen angeordneten Luftkissen, die abwechselnd mit Luft aufgepumpt werden. Dieses System basiert auf Minimierung der Druckbelastung betroffener oder gefährdeter Hautstellen auf einen kurzen Zeitraum.

Wechseldruck-Systeme wurden viele Jahre lang vorbehaltlos eingesetzt. Gerade kleinzellige Wechseldrucksysteme sollten heute möglichst nicht mehr eingesetzt werden. Das Bettklima ist ungesund, die Haut wird feucht und anfällig für eine weitere Verschlechterung. Ebenfalls wurden über die Zeit weitere ungünstige Begleiterscheinungen beobachtet, wie das Auftreten von Spastiken bei Erhöhung des Muskeltonus. Die Verwendung dieses Systems ist bei Patienten mit Schmerz- und Wahrnehmungsstörungen sogar kontraindiziert.

Mikro-Stimulations-Systeme

Zu den Mikro-Stimulations-Systemen gehören wahrnehmungsfördernde, schmerzreduzierende und bewegungsfördernde Systeme, wie zum Beispiel Thevo-Adapt und Thevo-Activ. Die Mikro-Stimulationssysteme zeigen Vorteile bei der Mobilisation von Patienten, der zurzeit in der Pflege eine immer größere Rolle zukommt.

Gerade neueste Untersuchungen zeigen, dass die Systeme den Patienten nicht in seiner Mobilität behindern dürfen, sondern dass sie möglichst zu einer verstärkten Mobilisierung beitragen müssen. Auf diesem Wirkungsprinzip basiert das Konzept der basalen Stimulation. Die basale Stimulation soll die

Fähigkeit zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation des Patienten fördern. Das Konzept der basalen Stimulation geht davon aus, dass Bewegung nur dann stattfinden kann, wenn zuvor Sinneseindrücke wahrgenommen werden konnten. Diese Rückkopplung unterstützt den Erhalt der Körperwahrnehmung und ermöglicht dadurch die Eigenbewegung des Patienten. Bewegung und Mobilität wirken sich positiv auf Körper und psychische Befindlichkeit von Menschen aus. Bezogen auf die Dekubitusproblematik sorgt die körperliche Aktivität für ständige Druckverlagerungen der gefährdeten oder vom Dekubitus betroffenen Körperregionen. Dadurch wird die Mikrozirkulation im Gewebe erhalten, Spitzendrücke auf die Haut vermieden und die Gefäßstruktur der Kapillargefäße nicht geschädigt.

Die Wirkungsweise der Micro-Stimulations-Systeme besteht darin, dass sanft schwingende Elemente bei dieser Art der Anti-Dekubitus-Systeme für eine gezielte Stimulation sorgen und die Minimalbewegungen zugleich zur Schmerzlinderung beitragen. Im Gegensatz zu den Wechseldrucksystemen eignet sich diese Art von Systemen besonders zum Einsatz bei Demenzerkrankten, bei Patienten mit Körperbildstörungen und bei Schlaganfallpatienten.

Die positiven Ergebnisse konnten mittlerweile durch eine klinische Studie des Evidenzlevels I nachgewiesen werden.³⁷ Die Studie wurde nach einem randomisierten, komparativen und explorativen Design durchgeführt. Es konnten bisher keine unerwünschten Nebenwirkungen beobachtet werden, somit gibt es derzeit auch keine bekannten Kontraindikationen für die Anwendung von Micro-Stimulations-Systemen.

Trotz der benannten Hilfsmittel bleibt die fachgerechte und regelmäßige Umlagerung des Patienten zur Dekubitusprophylaxe allerdings unentbehrlich.

Kontraindizierte Hilfsmittel

Nach heutigen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen haben sich zahlreiche zu früheren Zeiten favorisierte Hilfsmittel als ineffektiv oder sogar kontraproduktiv erwiesen, wie die nachfolgende Übersicht beispielhaft zeigt.

³⁷ Ergebnisse der Langzeitstudie des Meander Medisch Centrum, Amersfoort / Niederlande 2003-2004.

Mit Wasser gefüllte Kissen oder Schläuche

Sie werden meistens zum Lagern der Fersen verwendet. Die Kissen haben dort eine so geringe Auflagefläche, dass es zu keiner Entlastung der Haut kommt und sich sogar das Risiko an den Druckstellen erhöht.

Synthetische oder echte Schaffelle

Die Felle führen zwar zu einem Wohlfühleffekt beim Patienten, helfen aber nicht in der Prophylaxe. Als Unterlage auf einer Matratze vermindern die Felle sogar die druckverteilende Wirkung. Gleiches gilt für die Verwendung von Watteverbänden.

Ringkissen

Durch die Verwendung von Ringkissen kommt es zu einem Abflussstau von Lymphen, wodurch die Durchblutung vermindert wird und die Gefahr der Entwicklung eines Druckgeschwürs ansteigt.

Damit gibt es zurzeit kein universell einsetzbares System, das allen Patienten gleichermaßen hilft. Insofern müssen die Bedürfnisse des zu versorgenden Patienten sehr genau abgewogen werden. Sind folgende Kriterien abgeklärt, lässt sich eine nach den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete, optimale Hilfsmittelversorgung vornehmen:

- Grunderkrankung des Patienten
- Höhe des Dekubitusrisikos
- Vorhandensein eines Druckgeschwürs
- Stadium des Dekubitus
- Wundheilungsphase
- Bewegungsgrad (Mobilitätsgrad) des Patienten
- Geistiger Zustand des Patienten

Hautpflege

Da eine defekte und vorgeschädigte Haut das Dekubitusrisiko deutlich erhöht, ist als Grundlage der Dekubitusprophylaxe eine gesunde, gut durchblutete und intakte Haut zu gewährleisten. Unter pflegerischen Gesichtspunkten können dabei verschiedene Methoden der Reinigung unterschieden werden.

Körperwaschung

Die Körperwaschung ist grundsätzlich kritisch zu sehen, da jede Form des Wasserkontaktes die natürliche Schutzschicht der Haut angreift. Körperwaschungen, die lediglich der Reinigung des Patienten dienen, sollten ausschließlich durchgeführt werden, wenn es unumgänglich ist. Hierbei ist zu beachten, dass warmes Wasser die Haut stärker als kaltes schädigt. Ebenfalls sollte wenn möglich auch auf Waschzusätze verzichtet oder flüssige, waschaktive Substanzen verwendet werden, die einen großen Anteil an rückfettenden Bestandteilen beinhalten. Bei trockener und spröder Haut sollten möglichst Ölbadzusätze in Form von Emulsionen angewendet werden. Reines Öl, wie z.B. Babyöl, verbleibt lediglich auf der Wasseroberfläche und zieht nicht in die Haut ein. Bei jeder Anwendung von Waschzusätzen sollte die Haut noch einmal nachgewaschen werden, um den Verbleib von reizenden Substanzen auf der Haut des Patienten zu verhindern. Weitere Varianten der Körperwaschungen sind die belebende und die beruhigende Waschung, die sich durch die Wassertemperatur, die benutzten Essenzen und die Art der Hautmassage unterscheiden. Während die beruhigende Waschung den Schlaf fördern soll, wird eine belebende Waschung vor der Mobilisation des Patienten durchgeführt.

Pflegeprodukte

Hautpflegeprodukte müssen individuell der Haut des Patienten angepasst sein. Zur Pflege der normalen bis trockenen Haut werden sogenannte W/O-Präparate, d.h. Wasser-in-Öl-Verbindungen verwendet. Durch das Fett-Wassergemisch schützen sie die Haut vor der Austrocknung. Der Wasseranteil dieser Emulsion ist sehr gering, jedoch reicht er aus, um kontinuierliche Abgabe von Schweiß und Wärme zu gewährleisten.

Die Pflege von fettiger Haut sollte durch ein O/W-Präparate (Öl-in-Wasser-Verbindungen) erfolgen. In dieser Emulsion überwiegt der Wasseranteil deutlich. Er dringt in die oberste Hautschicht ein und lässt sie aufquellen. Die Hautoberfläche wird vergrößert, die Feuchtigkeit verdunstet und Haut wird trockener.

Nach heutigen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sollten die folgenden Pflegeprodukte und Prozeduren nicht eingesetzt werden:

Öle und Fette

Reine Fettprodukte (Melkfett, Vaseline oder Babyöl) verstopfen die Hautporen und lassen keinen Wärmeaustausch zu.

Pasten und färbende Lösungen

Sie decken die Haut ab und verfärben sie. Das erschwert die Beobachtung der gefährdeten Hautbezirke. Vor allem Zinkpasten verstopfen die Hautporen und trocknen die Haut aus.

Thermische Behandlung

Viele Jahre wurde das Kühlen mit Eis und das Trocknen der Haut als prophylaktische Maßnahme durchgeführt („Eisen und Föhnen“). Man ging davon aus, durch die Durchblutungsförderung die Perfusion der geschädigten Hautbezirke zu verbessern und somit der Entstehung eines Ulkus vorbeugen zu können. Jedoch haben neuere Untersuchungen ergeben, dass die Haut durch das Eisen eher geschädigt und durch das Föhnen weiter ausgetrocknet wird.

Hyperämisierende Produkte

Pflegeprodukte wie zum Beispiel ABC-Salben, Phlogont und Phardol führen zu einer starken Reizung des gefährdeten Hautareal und können bestehende Entzündungen noch fördern. Zudem kann der nicht fachgerechte Umgang mit hyperämisierenden Produkten durch die entstehende Redoxreaktion auf der Haut zu schweren Verletzungen und Verbrennungen führen.

Einreibungen

Insbesondere alkoholische Einreibungen werden nicht mehr empfohlen, da Alkohol zur Austrocknung der Haut führt. Sollte jedoch im Ausnahmefall eine Einreibung etwa mit Franzbranntwein erfolgen, ist die Haut mit einem W/O-Präparat nachzubehandeln. Die Verwendung von Alkohol und Desinfektionsmitteln sollte gänzlich vermieden werden.

Bettklima

Wie bereits gezeigt, ist das Bettklima bei bettlägerigen Pflegebedürftigen von besonderer Bedeutung für den Pflegezustand der Haut. Daher sind insbesondere die folgenden Kriterien zu beachten.

Bettwäsche

Der Körper gibt ungefähr 700 ml Körperflüssigkeit während einer Nacht ab. Der größte Teil davon wird abgeatmet und der Rest verteilt sich auf Bettwäsche und Matratzen. Bei Verwendung einer atmungsaktiven Bettwäsche aus Naturfasern, wie z. B. Baumwolle, Seide oder Schurwolle und einer gut belüfteten Matratze wird diese Flüssigkeitsmenge problemlos absorbiert. Ist dies nicht der Fall, liegt der Patient in einem nassgeschwitzten Bett. Die Feuchtigkeit bewirkt dann das Aufquellen und Aufweichen (Mazeration) der obersten Hautschicht und stellt somit einen Risikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus dar.

Matratzen

Matratzen sollten ein oberflächliches Wellenprofil haben. Es sorgt für eine angenehme Weichheit, schützt die gefährdeten Körperstellen und fördert den Luft- und Flüssigkeitsaustausch.

Inkontinenz

Durch Inkontinenzartikel, wie beispielsweise Gummilaken und Vorlagen, kommt es zu einem ungünstigen Bettklima, das die Entstehung eines Dekubitalgeschwürs begünstigt. Im Bett des Patienten staut sich Wärme und Feuchtigkeit auf, die bei noch intakter Haut zur Mazeration der oberen Hautschicht (Epidermis) führt und bei vorgeschädigten Patienten den Leidensweg durch Wundheilungsstörungen verlängert. Inkontinenzartikel sollten daher speziell bezogen auf die Bedürfnisse des Patienten eingesetzt werden. Die ungünstigen Begleiterscheinungen können durch eine nur auf den Fall der Erforderlichkeit beschränkte Anwendung und durch regelmäßiges Wechseln der Inkontinenzvorlagen auf ein Minimum reduziert werden.

Ernährung

Wie oben ausgeführt, kommt der Ernährung im Rahmen der Wundheilung eine besondere Bedeutung zu. Eine unzureichende Zufuhr von Vitaminen, Mineralstoffen und Flüssigkeit wirkt sich negativ auf den Zustand der gesunden Haut aus, womit sich das Dekubitusrisiko erhöht. Daher ist auch im Rahmen der Prophylaxe eine ausgewogene Ernährung sicherzustellen.

Fachgerechte Versorgung

Alle an der Versorgung des Pflegebedürftigen auf pflegerischer und medizinischer Seite Beteiligten sollten über Problematik, Therapie und Prophylaxe gut informiert und geschult sein. Aufgrund der sich

schnell ändernden pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse ist eine regelmäßige Fortbildung und Rezertifizierung hierzu unumgänglich. Zudem sind der Pflegebedürftige und seine Angehörigen, soweit dies möglich ist, ebenfalls zu informieren und zu sensibilisieren, um sie sinnvoll in den Therapieprozess einbinden zu können.³⁸ In der Praxis besteht hier allerdings noch erheblicher Nachholbedarf, wie *Püschel* et al. bereits bei der retrospektiven Einzelfallanalyse von 140 im Jahre 1998 verstorbenen Personen mit bei der Leichenschau diagnostiziertem höhergradigen Dekubitus aufzeigten.³⁹ So dominierten in 21 standardisierten Angehörigeninterviews Hilflosigkeit und Überforderungsgefühle. Auch sind bislang zu der Problematik der Compliance der Pflegebedürftigen und eingeschränkter Kooperation der Angehörigen offenbar bislang keine weitreichenden Untersuchungen erfolgt.⁴⁰

Stetigkeit in Therapie und Prophylaxe

Die Vielzahl der prophylaktischen Maßnahmen ist nur dann sinnvoll und erfolgsversprechend, wenn sie regelmäßig und konsequent durchgeführt werden. Diskontinuität führt mit großer Wahrscheinlichkeit zum Misserfolg der Dekubitusprophylaxe und damit zur Entstehung eines Druckgeschwürs.

Die Dekubitusprophylaxe muss kontinuierlich überprüft werden, was vor allem eine engmaschige Hautbeobachtung erfordert. Schlugen die bisherigen prophylaktischen Maßnahmen fehl, sollte eine Evaluierung zur Ursachenforschung stattfinden, um einen neuen Pflegeplan zu erarbeiten.

Durch die oben aufgeführten Maßnahmen kann im Regelfall das Auftreten eines Dekubitus verhindert werden, doch kann auch unter optimalen Pflegebedingungen im Einzelfall ein Dekubitalgeschwür aufgrund des Vorliegens zahlreicher Risikofaktoren entstehen. Zudem sollte bei allen durchgeführten prophylaktischen Schritten überdacht werden, ob die Dekubitusprophylaxe im Verhältnis zum Gesamtzustand des Patienten steht. Liegt eine medizinisch kritische Situation vor, haben andere Maßnahmen Vorrang, auch wenn diese sich gegensätzlich zu den oben genannten Empfehlungen verhalten. Die Sterbephase eines Menschen stellt ebenfalls eine Ausnahmesituation dar, in der die dekubitusprophylaktischen Maßnahmen im Vergleich zu den die Lebensqualität erhöhenden Maßnahmen in den Hintergrund rücken können.⁴¹ Das Auftreten eines Dekubitalgeschwürs kann daher nicht per se als beweisend für das Unterlassen gebotener Prophylaxemaßnahmen angesehen werden.

³⁸ *Bienstein/Schröder/Braun*, S. 10 ff.

³⁹ *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001 (6), 513.

⁴⁰ *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2004, 81, 84.

⁴¹ Vgl. *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Wundheilung* 2004 (4), 185-186, m.w.N.

B. Rechtliche Betrachtung

Das Medizinrecht umfasst die Rechtsgebiete des Öffentlichen Rechts, des Zivil- und des Strafrechts.⁴² Das Fehlverhalten eines Behandelnden oder Pflegenden kann somit grundsätzlich in verschiedenen Bereichen zu rechtlichen Konsequenzen führen. Bezugnehmend auf die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus soll die Betrachtung der Rechtslage auf die straf- und zivilrechtlichen Folgen konzentriert werden, da diese weitgehend unabhängig von der Profession und Qualifikation des Beschuldigten bestehen.

1. Trennung der Dekubitusprophylaxe von der Dekubitusbehandlung

Die Rechtsprechung unterscheidet grundsätzlich zwischen der Dekubitusprophylaxe als Bestandteil der Grundpflege und der Dekubitusbehandlung als Maßnahme der Behandlungspflege.

a. Prophylaxe als Grundpflege

Im Bereich der Prophylaxe als grundpflegerische Aufgabe tritt die Gesamtverantwortung des Arztes rechtstatsächlich in den Hintergrund, da die Pflege eigenständig die Gefahrenprävention zu organisieren hat.⁴³ Hier ergibt sich eine originäre Ausgangszuständigkeit der Pflege aus dem KrPflG, AltPflG, HeimG und PflQsG. Im Einzelfall kann die ärztliche Anordnungs- und Führungsverantwortung wieder aufleben, soweit ersichtlich wird, dass im Pflegebereich ohne ärztliche Intervention keine ausreichende und sichere Pflege gewährleistet wird. Der BGH hat dies beispielsweise in einem Fall angenommen, in dem aus dem Krankheitszustand der Patientin ein spezifisches Pflegebedürfnis abgeleitet wurde (Gelähmte Hochrisikopatientin mit Begleitkomplikationen wie Lungenödem, erhöhtem Hirndruck und Magen-Darm-Blutungen).⁴⁴ Grundsätzlich aber ist der Pflege die Dekubitusprophylaxe als Pflicht zur vorbeugenden Gefahrenabwehr im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und pflegerischen Dienst in überwiegender Eigenständigkeit übertragen.⁴⁵

Im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung ist die Erteilung von Weisungen durch die vorgesetzte Pflegekraft (wie etwa Pflegedienstleitung, Stations- oder Gruppenleitung) an die nachgeordnete Pflegekraft möglich, wobei die vorgesetzte Pflegekraft die Anordnungsverantwortung trägt und somit für

⁴² Laufs/Uhlenbruck-*Laufs*, S. 51.

⁴³ *Sträßner*, PflR 2007, 461, 462 m.w.N.

⁴⁴ BGH NJW 1986, 2365 ff.

⁴⁵ Weiterführend: *Molkentin*, MedR 1999, 29 ff.

Form, Inhalt, rechtliche Zulässigkeit und sachliche Begründetheit der Anordnung verantwortlich zeichnet. Je nach Aufbau und Struktur der betreffenden Pflegeinstitution lassen sich unterschiedliche Verantwortungsbereiche abgrenzen: So sorgt die Pflegedienstleitung für die Rahmenbedingungen der Pflege, etwa durch Entwicklung innerbetrieblicher Standards, und hat zugleich die Leistungsqualität zu überwachen und zu kontrollieren. Der Stations-, Gruppen- und Schichtleitung kommt die Sicherstellung der Pflegequalität als direkte Vorgesetzte der ausführenden Pflegenden zu.⁴⁶

Die nachgeordneten Pflegekräfte wiederum haben die Durchführungsverantwortung zu wahren, womit sie unter Erfüllung ihrer Arbeits-, Kommunikations- und Dokumentationspflicht ein angemessenes Pflegeniveau unter Einhaltung anerkannter Pflegestandards zu gewährleisten haben.

b. Therapie als Behandlungspflege

Die Dekubitustherapie fällt als behandlungspflegerische Maßnahme unter den absoluten Arztvorbehalt.⁴⁷ Dem Arzt obliegt hierbei die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess, die sich im einzelnen in der Anordnungs- und Führungsverantwortung, einer Kontroll- und Kommunikationsverantwortung und in der Pflicht zur ärztlichen Dokumentation niederschlägt. Der Pflegekraft obliegt die Durchführungsverantwortung ebenso wie die Kommunikationsverantwortung und die Pflicht zur Gewährleistung ausreichender pflegerischer Dokumentation.

Die ärztlichen Anordnungen müssen immer einzelfallbezogen ausfallen, wobei durchaus eine Abweichung vom innerbetrieblichen Standard eintreten kann, wenn die individuelle Behandlung dies erforderlich macht. Generalisierte Anweisungen und Handlungsabläufe sind nur insoweit ärztlicherseits zu vertreten, wie sie das pflegerische Verhalten im Bereich der Risikoeinschätzung und Dekubitusprophylaxe betreffen - sie enden aber jedenfalls, sobald das Auftreten einer Druckstelle festgestellt wird. Im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung kann zwar die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen auf die Pflegekräfte übertragen werden, soweit diese hierzu fachlich geschult und tatsächlich in der Lage sind; insoweit gelten die allgemeinen medizinrechtlichen Delegationsgrundsätze. Die Kontrolle dieser Maßnahmen obliegt dann weiterhin dem Arzt.⁴⁸ Ureigene ärztliche Tätigkeiten sind allerdings

⁴⁶ *Sträßner*, PflR 2007, 461, 463.

⁴⁷ BGH NJW 1986, 2365, 2367; 1988, 762; *Sträßner*, PflR 2007, 461, 464 f..

⁴⁸ Vgl. BGH MedR 1991, 139.

nicht delegationsfähig, wozu die ärztliche Aufklärung ebenso gehört wie die chirurgische Nekrosenabtragung (Débridement) und die sog. Wundrevision.⁴⁹

2. Strafrechtliche Relevanz

Die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus kann im Rahmen der bewussten oder fahrlässigen Vernachlässigung erforderlicher pflegerischer Maßnahmen durch den Pflegenden oder auch durch die unzureichende Anordnung oder Überwachung der Pflege sowie die unterlassene oder fehlerhafte Behandlung einer bereits entstandenen Druckstelle durch den Arzt auftreten. Da im deutschen Rechtssystem, auch wenn dies teilweise gefordert und kontrovers diskutiert wird,⁵⁰ bislang ein Sonderstrafatbestand für Ärzte keinen Einzug gehalten hat, unterliegen Ärzte den gleichen Strafvorschriften wie Pflegekräfte und Laien.⁵¹

a. Voraussetzungen der Strafbarkeit

Die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus kann einen Körperverletzungstatbestand (§§ 223 ff. StGB) verwirklichen. Darüber hinaus kann es, sofern der Betroffene in zeitlicher Hinsicht nach Auftreten des Druckgeschwürs verstorben ist, zudem indiziert sein, den Fall auch unter dem Gesichtspunkt der Tötungstatbestände des Strafgesetzbuches (§§ 211 ff. StGB) zu prüfen. Schließlich könnte, sofern der Tatvorwurf in der Nichtvornahme einer gebotenen Handlung besteht, auch der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) erhoben werden. Allen Delikten sind die nachfolgend aufgeführten Strafbarkeitsvoraussetzungen gemein.

⁴⁹ OLG Stuttgart MedR 1989, 199.

⁵⁰ *Ulsenheimer* spricht sich für einen eigenständigen Straftatbestand der „verbotenen ärztlichen Eigenmacht“ aus: in *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, S. 1105; *Deutsch* bezeichnet diese Forderung hingegen als „absurdes Schauspiel“: *Deutsch*, S. 5.

⁵¹ Eine Sonderregelung findet sich beispielsweise in § 88 Abs. 2 Nr. 2 des Österreichischen Strafgesetzbuches: „Trifft den Täter kein schweres Verschulden und ist (...) der Täter ein Arzt (*bzw.* Nr. 3: eine im Krankenpflegefachdienst tätige Person), die Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung in Ausübung der Heilkunde zugefügt worden und aus der Tat keine Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit von mehr als vierzehntägiger Dauer erfolgt, (...) so ist der Täter nach Abs. 1 nicht zu bestrafen.“

i. Erfolgseintritt

Der tatbestandlich normierte Erfolg (betr. die Pflegevernachlässigung: Körperverletzung durch Misshandlung oder Entstehung eines heilungsbedürftigen Zustandes bzw. Tod eines Menschen) muss eingetreten sein. Soweit es den Vorwurf der Unterlassenen Hilfeleistung betrifft, muss eine Gefahrenlage für das tatbestandlich vorausgesetzte Schutzobjekt eingetreten sein.

ii. Handlung

Die zur Verwirklichung des Straftatbestandes erforderliche Handlung im Sinne des Gesetzes kann jedes menschliche Verhalten sein, wobei ein auf Willensentschluss beruhendes Eingreifen in die Außenwelt durch Auslösen oder Verändern einer Kausalkette, sowie durch Nichteingreifen in dieselbe vorausgesetzt wird.⁵² Vom Handlungsbegriff schließt die Rechtsprechung im Wesentlichen lediglich die auf mechanische Weise durch unwiderstehliche Gewalt (*vis absoluta*), durch Bewusstlosigkeit und auf Reflexbewegungen beruhenden Körperreaktionen aus;⁵³ diese Geschehensabläufe sind im Rahmen der schuldhaften Pflegevernachlässigung unerheblich und werden daher nicht weiter untersucht. Der strafrechtliche Handlungsbegriff ist kein naturwissenschaftlicher, sondern ein Rechtsbegriff, da der tatbestandliche Erfolg sowohl durch aktives Tun, wie durch Unterlassen des aktiven Tuns eintreten kann.⁵⁴

a) Verwirklichung durch aktives Tun

Die Verwirklichung eines Tatbestandes durch aktives Tun kann durch eine bewusste und gewollte Handlung (Vorsatztat) oder das durch bewusstes aktives Tun ungewollte Verursachen eines Erfolges in der Außenwelt (Fahrlässigkeitstat) erfolgen. In beiden Fällen erfolgte eine willensgesteuerte Handlung, wobei die fahrlässige Handlung zu einem strafrechtlich missbilligten Ergebnis führt, das vom Täter nicht angestrebt worden war.

Eine zur Pflegevernachlässigung führende Handlung, die durch aktives Tun verwirklicht wird, dürfte aufgrund des Deliktscharakters eher selten anzutreffen sein. Vornehmlich kommen hierbei die Fälle der fehlerhaften Pflege oder Behandlung eines bereits entstandenen Dekubitus in Betracht, da die Einleitung einer Behandlungs- oder Pflegemaßnahme eine willensgesteuerte Handlung darstellt.

⁵² OLG Saarbrücken, NJW 1991, 3045; *Fischer*, Vor § 13 Rn. 3, 3a.

⁵³ Schönke/Schröder-Lenckner/Eisele, Vor § 13 Rn. 38 ff.

⁵⁴ *Fischer*, Vor § 13 Nr. 4.

b) *Verwirklichung durch Unterlassen*

Aus den vorigen Ausführungen ergibt sich, dass die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus durch Pflegevernachlässigung in erster Linie durch das Unterlassen gebotener Maßnahmen erfolgen dürfte. Hierbei sind „unechte“⁵⁵ Unterlassensdelikte von „echten“ zu unterscheiden.

i) *Unechte Unterlassensdelikte*

Bei den vorrangig in Betracht kommenden Körperverletzungs- und Tötungsdelikten handelt es sich um solche, die neben der normierten aktiven Begehungsweise gemäß §13 StGB auch durch das sog. „unechte“ Unterlassen verwirklicht werden können. Diese Unterlassensstraftaten sind somit ein Spiegelbild der Begehungsdelikte,⁵⁶ was sich in der Orientierung am Strafraumen des Begehungsdelikts niederschlägt.⁵⁷

(a) *Unterlassen der gebotenen Handlung*

Zur Verwirklichung eines unechten Unterlassensdelikts ist erforderlich, dass die in der konkreten Gefahrenlage erforderliche Rettungshandlung unterlassen wurde, und zwar bei vorhandener physisch-realer Möglichkeit, das rechtlich Gebotene in sinnvoller Weise zu tun oder ggf. mithilfe Dritter zu veranlassen.⁵⁸ Welche Handlung rechtlich geboten ist, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Der Normadressat muss bereits objektiv die Möglichkeit zur Verhinderung des Erfolgseintritts haben.⁵⁹ Zudem muss ihm die gebotene Handlung zumutbar sein, was von seiner Lage und seinen Fähigkeiten einerseits, sowie der Nähe und Schwere der Gefahr und der Bedeutung des gefährdeten Rechtsguts andererseits abhängt.⁶⁰

Bezogen auf die schuldhafte Pflegevernachlässigung bedeutet dies, dass an den pflegenden Laien (Angehörigen) aufgrund des üblicherweise geringen medizinischen und pflegerischen Wissensstandes regelmäßig geringere Anforderungen zu stellen sein werden als an professionelle Pflegekräfte und Ärzte. Als mindeste Maßnahme, die die Rechtsprechung bei Erkennen einer Gefahrensituation von Laien

⁵⁵ Kritisch zur Bezeichnung als „unechtes“ Unterlassensdelikt: *MK-Freund*, Bd. 1, § 13 Rn. 55.

⁵⁶ *Wessels/Beulke*, AT, Rn. 697.

⁵⁷ Zur Möglichkeit der Strafmilderung nach § 13 Abs. 2 StGB vgl. unter *B.2.a.ii.c*), S. 47.

⁵⁸ *Wessels/Beulke*, Rn. 708.

⁵⁹ BGHSt 4, 22; 6, 57; GA 68, 337.

⁶⁰ BGH 4, 23; NSTZ 84, 164; *Kreuzer* S. 114 f.

erwartet, ist in verschiedenen Entscheidungen das Hinzuziehen eines Arztes benannt;⁶¹ dies gilt ebenso im Falle des Auftretens originär medizinischer Probleme für das examinierte Pflegepersonal.⁶² Auch hinsichtlich der Anforderungen an einen Arzt unterscheidet die Rechtsprechung wiederum nach dessen Fachgebiet, Fähigkeiten, Erfahrungen und technischen Möglichkeiten (z.B. vorhandene Geräte) zum Zeitpunkt des Notfallereignisses.⁶³ Konsequenterweise kann daher von einem Arzt gefordert werden, sofern notwendig, einen höher qualifizierten Arzt hinzuzuziehen,⁶⁴ oder aber den Patienten zur dringend gebotenen stationären bzw. operativen Behandlung in ein geeignetes Krankenhaus einzuweisen.⁶⁵ Im Rahmen der Pflege oder Behandlung von Dekubituspatienten kommen somit strafbare Unterlassungshandlungen ärztlicher Berufsträger durch unterlassene Einleitung oder Überwachung von Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen ebenso in Betracht wie durch die unterlassene oder unzureichende Behandlung eines Druckgeschwürs und versäumte Ein- bzw. Überweisung eines Betroffenen in ein geeignetes Krankenhaus.

(b) *Entsprechensklausel*

Das Unterlassen muss zudem in seinem sozialen Sinngehalt dem positiven Tun entsprechen (Entsprechensklausel bzw. Modalitätenäquivalenz). Die Bedeutung dieser Klausel ist im einzelnen umstritten.⁶⁶ Da dieser in der Praxis allerdings lediglich bei verhaltensgebundenen Delikten eine eigenständige Bedeutung zukommt,⁶⁷ zu denen die vorliegend in Betracht kommenden Körperverletzungs- und Tötungsdelikte nicht zählen, ist dieses Kriterium regelmäßig erfüllt.

⁶¹ OLG Düsseldorf, NJW 1995, 799: Unterlassene Hilfeleistung eines Busfahrers wegen nicht erfolgten Rufens eines Notarztes bei Atemnot einer Businsassin; OLG Düsseldorf, NStE Nr. 6 zu §223 StGB: Zur Körperverletzung durch Unterlassen bei einer Mutter, die nach einer Verletzung ihres Kindes keinen Arzt ruft.

⁶² AG Buhl, PflR 2004, 375 ff.

⁶³ Vgl. exemplarisch BayObLG, Beschl. v. 20.06.2000, Az. 5 St RR 276/99, Quelle: Juris.

⁶⁴ BGH MedR 1985, 229 f. zur Pflicht eines Bereitschaftsdienstarztes, auf die Anforderung eines Notarztwagens hinzuwirken.

⁶⁵ BGH NJW 1983, 350 f. m.w.N.

⁶⁶ Zusammenf. *Nitze* S. 24.

⁶⁷ *Wessels/Beulke*, Rn. 730.

(c) *Garantenpflicht*

Die besonderen Bemühungen zur Erfolgsabwendung werden allerdings nur demjenigen abverlangt, der sich in einer besonderen Pflichtenstellung, der Garantenstellung, befindet. Rechtsprechung und neuere Lehre differenzieren hierbei zwischen Beschützer- und Überwachergaranten.⁶⁸ Während Überwachergaranten die Verantwortlichkeit für bestimmte Gefahrenquellen gegenüber jedermann obliegt,⁶⁹ und diese Fallgestaltung somit im Rahmen der Pflegevernachlässigung nicht bedeutsam sein wird, kommt in diesem Problemfeld die Bedeutung der Beschützergaranten stärker zum Tragen.

Beschützergaranten sind Personen, denen Obhutspflichten für ein bestimmtes Rechtsgut obliegen, für dessen Bestand und Sicherheit sie zu sorgen haben,⁷⁰ wie sie in engen familienrechtlichen Beziehungen vorzufinden sind, etwa unter Ehegatten⁷¹ und Verwandten gerader Linie,⁷² wobei die Reichweite der Schutzpflicht im Einzelfall unterschiedlich sein kann. Des weiteren können auf vertraglicher oder tatsächlicher Grundlage übernommene Schutzverpflichtungen die Beschützergarantenstellung indizieren, wie dies bei Ärzten⁷³ ebenso wie bei Angehörigen anderer geregelter Heilberufe in Ausübung ihrer dienstlichen Tätigkeit der Fall ist.⁷⁴ Hierbei ist zu beachten, dass auch im Falle der vertraglichen Pflichtübernahme die Garantenpflicht nicht erst durch den Abschluss des Vertrages – wie beispielsweise des Behandlungsvertrages im Krankenhaus oder des Pflegevertrages – beginnt, sondern bereits mit der tatsächlichen Übernahme. Der Vertrag kann aber ein wichtiges Indiz für die Begründung der Garantenstellung darstellen.⁷⁵ Schließlich können auch auf freiwilliger Basis übernommene Verpflichtungen die Garantenstellung indizieren: Nach einer Entscheidung des Reichsgerichts erzeugt

⁶⁸ Vgl. BGHSt 48, 77, 82 ff.; 48, 301.

⁶⁹ *Fischer*, § 13 Rn. 5b.

⁷⁰ *Fischer*, § 13 Rn. 5a.

⁷¹ RGSt 71, 189; BGHSt 2, 150.

⁷² BGHSt 7, 268; 19, 167.

⁷³ BGHSt 7, 211; NJW 1979, 1258; 2000, 2754.

⁷⁴ Die Garantenpflicht eines Pflegeheimleiters für die Heimbewohner bejaht das LG Hamburg, RsDE Nr. 5, 87 ff; bzgl. Pflegedienstleistende allgemein vgl.: AG Bühl, PflR 2004, 375 ff.; *Großkopf/Klein*, S. 379; hinsichtlich Rettungssanitäter bejaht durch BGH, Beschl. v. 25.04.2001, Az. 1 StR 130/01, Beck online: BeckRS 2001 30176331.

⁷⁵ *Fischer*, § 13 Rn.7 f.

bereits die Aufnahme Pflegebedürftiger in die eigene Hausgemeinschaft regelmäßig eine den Umständen entsprechende Beistandspflicht;⁷⁶ ebenso hat dies der Bundesgerichtshof in einem Fall der durch einen Freund des Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft übernommenen Pflege beurteilt.⁷⁷

Damit ist festzuhalten, dass an der Behandlung und Pflege beteiligte Ärzte, Pflegedienstleiter, Pflegekräfte sowie Angehörige und Laien grundsätzlich als Garanten den besonderen Gefahrabwendungspflichten des § 13 StGB unterworfen sind.

ii) *Echte Unterlassensdelikte*

Als „echtes“ Unterlassensdelikt wird ein Delikt bezeichnet, dessen Straftat sich im bloßen Unterlassen einer vom Gesetzgeber geforderten Tätigkeit erschöpft.⁷⁸ Im Gegensatz zu den unechten Unterlassensdelikten kann somit die Nichtvornahme der gebotenen Handlung zwar auch mit sozialschädlichen Folgen verbunden sein, für die Strafbarkeit der Handlung kommt es aber nicht auf den Eintritt des diesbezüglichen Erfolgs an. Damit wird lediglich ein Handeln zum Zwecke der Schadensverhütung verlangt.⁷⁹ Nur wenige Normen des Strafgesetzbuches stellen echte Unterlassensdelikte dar. Im Bereich der vorliegenden Untersuchung unterfällt lediglich der Tatbestand der Unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) dieser Gruppe.⁸⁰

c) *Abgrenzung aktives Tun - Unterlassen*

Die Abgrenzung zwischen aktivem Tun und Unterlassen lässt sich zwar oftmals bereits vom äußeren Erscheinungsbild der Tat her vornehmen, doch im Einzelfall kann dies Schwierigkeiten bereiten. Dabei handelt es sich nicht nur um ein rein dogmatisches Problem, da es aufgrund der fakultativen Strafmilderungsregelung des § 13 Abs. 2 i.V.m. § 49 Abs. 1 StGB in der Praxis bei der Annahme eines unechten Unterlassensdeliktes zu einer bedeutsamen Reduzierung der Straferwartung kommen kann.⁸¹

⁷⁶ RGSt 74, 309.

⁷⁷ BGH NStZ 2007, 469 f.

⁷⁸ BGHSt 14, 280, 281.

⁷⁹ *Wessels/Beulke*, Rn. 696.

⁸⁰ Hierzu weiterführend unter *B.2.b.vi*, S. 67.

⁸¹ Die rechtsdogmatische Begründung liegt darin, dass das Unterlassen der Erfolgsabwendung oftmals weniger schwer wiegt als die aktive Tatbestandsverwirklichung; vgl. BGHSt 36, 227, 228 f.

Besonders im Fahrlässigkeitsbereich und bei Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ergeben sich nicht selten Zweifel, da die Handlung dort oftmals mit einem Unterlassungsmoment verbunden ist (Außerachtlassen der gebotenen Sorgfalt bzw. Unterlassen weiterer Rettungsbemühungen). Entgegen verschiedener in der Literatur vertretener Ansätze, wie den Kriterien des Energieeinsatzes,⁸² der Kausalität⁸³ oder einer Kombination⁸⁴ derselben stellt die Rechtsprechung auf die Formel des Schwerpunktes der Vorwerfbarkeit ab.⁸⁵ Die hiermit verbundene normative Betrachtung des Geschehens soll jede formale Überbetonung einer einzelnen Verhaltensweise zu Lasten ihrer sozialen Sinnbetonung verhindern⁸⁶ und das Geschehen lebensnah betrachten. So ist beispielsweise die verspätet erfolgte Krankenhauseinweisung mit Todesfolge durch verzögerte Behandlung nicht als aktive fehlerhafte Handlung anzusehen, sondern als Unterlassung der rechtzeitig vorzunehmenden gebotenen Handlung.⁸⁷

iii. *Kausalität und objektive Zurechnung*

Weitere Bedingung der Strafbarkeit ist, dass die Begehung oder das schuldhafte Unterlassen der rechtlich gebotenen Handlung ursächlich und objektiv zurechenbar zum tatbestandlichen Erfolg geführt hat. Hierbei ist zwischen Begehungs- und Unterlassensdelikten zu unterscheiden.

a) *Begehungsdelikt*

Kausalität und objektive Zurechenbarkeit stellen die Bindeglieder zwischen Handlung und Erfolg dar. Die strafrechtliche Praxis geht bei der Frage, ob eine Handlung Ursache eines Erfolges geworden ist, von der Bedingungstheorie aus, wonach eine Handlung dann Ursache eines Erfolges ist, wenn die Handlung nicht „hinweggedacht“ werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel.⁸⁸ Diese Formel kann zwar gewisse Handlungen als Ursache des konkreten Erfolges ausschließen, schließt andererseits allerdings auch eine unüberschaubare Vielzahl der jeweiligen Handlung vorgelagerter Ereignisse ein, und stößt

⁸² *Brammsen* S. 193, 212.

⁸³ *Roxin* AT § 31 Rn. 78 ff.

⁸⁴ *MK-Duttge* § 15 Rn. 207 m.w.N.

⁸⁵ BGHSt 6, 49, 59; 49, 147, 164; BGH NStZ 1999, 607 f.; *Fischer* § 13 Rn. 5 m.w.N.

⁸⁶ *Laufs-Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 140 Rn. 13 m.w.N.

⁸⁷ *Ebd.*, Rn. 6.

⁸⁸ Sog. *Conditio-sine-qua-non*-Formel; vgl. *Fischer*, Vor § 13 Rn. 21 m.w.N.

überdies an ihre Grenzen, sofern mehrere unabhängig voneinander gesetzte Bedingungen zeitlich aufeinandertreffen und jede für sich allein zur Erfolgsverursachung ausgereicht hätte.⁸⁹

Die nun ersichtlich zu weite Kausalitätshaftung wird durch die Überlegung der objektiven Zurechnung,⁹⁰ ob der Erfolg tatsächlich als Werk des Täters einzustufen ist, wieder eingeschränkt.⁹¹ Als objektiv zurechenbar gilt ein Erfolg dann, wenn der Täter eine rechtlich relevante Gefahr geschaffen hat, die sich im tatbestandlichen Erfolg realisiert. Hierbei ist zu prüfen, ob der Schutzzweck der verletzten Verhaltensnorm berührt ist, das allgemeine Lebensrisiko bzw. das sog. erlaubte Risiko übertreten wurden, und der Geschehensablauf weder durch Mitwirkung des Opfers noch durch Dazwischentreten eines Dritten oder einen sonstigen atypischen Geschehensablauf relevant beeinflusst worden ist. Bei Fahrlässigkeitstaten spielt insbesondere der Pflichtwidrigkeitszusammenhang eine wichtige Rolle, nach dem sich das durch pflichtwidriges Täterverhalten begründete Risiko dann nicht im Erfolg realisiert, wenn dieser auch bei pflichtgemäßem Alternativverhalten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eingetreten wäre.⁹² Da bei dieser Prüfung nach st. Rspr. und herrschender Lehre im Schrifttum allerdings der Grundsatz *in dubio pro reo* zur Anwendung kommt,⁹³ wonach tatsächlich verbleibende Zweifel zu Gunsten des Täters auszulegen sind, führt dies dazu, dass bereits konkrete Anhaltspunkte dafür, dass es bei pflichtgemäßem Verhalten zum gleichen Erfolg gekommen wäre, ausreichen, um die Pflichtwidrigkeit des Verhaltens in Frage zu stellen. Damit kann sorgfaltswidriges Verhalten des Behandelnden nur dann als ursächlich für einen schädlichen Erfolg im juristischen Sinn angesehen werden, wenn sicher ist, dass es bei pflichtgemäßem Handeln nicht zu dem Schaden gekommen wäre.⁹⁴

⁸⁹ Weiterführend *Wessels/Beulke*, Rn. 157 ff.

⁹⁰ Die Rechtsprechung behandelt die im Folgenden genannten Fragen als Kausalitätsprobleme (vgl. BGHSt 33, 61, 63) durch fallgruppenartige Einschränkung der Bedingungs-Formel, sowie auf der Ebene der Rechtswidrigkeit, wodurch das Ergebnis allerdings nicht verändert wird.

⁹¹ *Wessels/Beulke*, Rn. 153.

⁹² BGHSt 33, 61, 63.

⁹³ BGHSt 11, 1 ff.; 24, 31, 34; 30, 228, 230; 33, 61, 63; BGH VRS 54, 436 f.; OLG Köln VRS 29, 48; BayOblGSt 1965, 84, 86; Schönke-Schröder-Cramer, § 15 Rn. 159 ff.; Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer, § 140 Rn. 31 m.w.N.

⁹⁴ OLG Koblenz, OLGSt § 222 StGB, S. 63; in dem dieser Entscheidung zugrundeliegenden Fall reichte dem Gericht eine bei hypothetisch sorgfaltsgemäß erfolgter Behandlung um 40-50% erhöhte

Gerade im Falle des Behandlungsfehlers mit Todesfolge stellen Kausalität und objektive Zurechnung hohe Hürden für die Annahme einer Straftat dar. Zwar ließ der BGH in zwei Fällen, bei denen aufgrund der Grunderkrankung der Patienten feststand, dass mit deren baldigen Ableben auch im Falle der sorgfaltsgemäßen Behandlung zu rechnen gewesen wäre, die durch fehlerhafte bzw. unterlassene Behandlungsmaßnahme entgangene Möglichkeit der Lebenszeitverlängerung für die Annahme eines ursächlichen Geschehenszusammenhanges ausreichen, wobei der Zeitraum von zumindest einem Tag⁹⁵ und in einem weiteren Fall von mindestens zwei Stunden⁹⁶ als genügend angesehen wurde. In der Gerichtspraxis dürften diese Fälle allerdings eine Ausnahme darstellen, da es den zu dieser schwierigen medizinischen Beweisfrage berufenen Sachverständigen regelmäßig nicht möglich sein dürfte, derart präzise Angaben zur hypothetischen Lebenszeitverlängerung zu tätigen.⁹⁷ Zudem verlangt die Rechtsprechung gerade bei einer fehlerhaften oder versäumten Behandlung mit Todesfolge die Feststellung, dass der Tod „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ kausal auf dem Behandlungsfehler beruht. Auch wenn dies keine hundertprozentige Gewissheit erfordert, so müssen zumindest „vernünftige Zweifel“ ausgeschlossen werden. Solche Zweifel hat der BGH beispielsweise in einer Entscheidung als nicht ausgeräumt angesehen, der zugrunde lag, dass die drei Gutachter die Wahrscheinlichkeit der hypothetischen Lebenszeitverlängerung im Falle der Vornahme der gebotenen Behandlung mit „nur“ 92-99 %, 94-99 % und 90 % bezifferten.⁹⁸

Übertragen auf die Fälle der Pflegevernachlässigung bedeutet dies, dass der Nachweis einer Straftat, insbesondere der fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung, dann zu führen sein wird, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass bei rechtzeitiger und sorgfaltsgemäßer Einleitung der gebotenen Pflege- bzw. Behandlungsmaßnahmen der Erfolg in Form des Auftretens des Dekubitalgeschwürs und ggf. letztlich des Todes nicht eingetreten wäre. Angesichts der zuvor dargestellten Tatsache, dass Patienten mit Dekubitalgeschwüren zumeist an erheblichen Vor- und Begleiterkrankungen leiden,⁹⁹ aufgrund derer auch bei ordnungsgemäßer Pflege und Behandlung

Überlebensrate zur Herstellung des Ursachenzusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und Tod des Patienten nicht aus.

⁹⁵ BGH NStZ 1981, 218.

⁹⁶ BGH NStZ 1985, 26, 27.

⁹⁷ Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer, § 140 Rn. 36.

⁹⁸ BGH NJW 1987, 2740.

⁹⁹ Vgl. zu den sog. intrinsischen Risikofaktoren unter A.2.d.i, S. 14.

das Entstehen eines Dekubitus bzw. des Todeseintritts aus medizinischer Sicht nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, muss bereits an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass der Nachweis einer strafbaren Handlung in der Praxis regelmäßig an diesem Erfordernis scheitern wird.

b) *Unterlassensdelikt*

Die Kausalitätsprüfung beim Unterlassensdelikt ist durch die *Conditio-sine-qua-non*-Formel nicht möglich, weshalb die Rechtsprechung diese modifiziert und fragt, ob die rechtlich erwartete Handlung nicht hinzugedacht werden kann, ohne dass der tatbestandsmäßige Erfolg entfielen,¹⁰⁰ wozu die Feststellung einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ausreicht.¹⁰¹ Hierbei wird die Kausalität auf den im Gesetz abstrakt umschriebenen tatbestandlichen Erfolg bezogen.

Im Rahmen der objektiven Zurechnung erfolgt sodann die Prüfung, ob dieser Erfolg gerade auf der Pflichtwidrigkeit des Unterlassens beruht.¹⁰² Dies ist dann der Fall, wenn die Vornahme der gebotenen Handlung in der konkreten Situation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Erhaltung des gefährdeten Rechtsguts geführt hätte, was sich, je nach Fallkonstellation, in der Vermeidung des tatbestandlichen Erfolgs, der Erreichung einer erheblichen Lebenszeitverlängerung oder einer geringeren Verletzung niederschlägt. Wenn feststeht oder nicht sicher ausgeschlossen werden kann (*in dubio pro reo*), dass der gleiche tatbestandliche Erfolg oder eine gleich schwer wiegende Werteinbuße als unmittelbare Folge der geforderten Handlung auch bei pflichtgemäßem Verhalten eingetreten wäre, liegt der Pflichtwidrigkeitszusammenhang nicht vor.

Insoweit gelten die für das Begehungsdelikt aufgeführten Maßstäbe mit der Folge, dass ein Grad an Gewissheit gefordert wird, der vernünftige Zweifel ausschließt.

c) *Zwischenergebnis*

Unabhängig davon, ob im Fall der schuldhaften Pflegevernachlässigung eine (vorsätzlich oder fahrlässig erfolgte) aktive Begehung oder ein Unterlassen vorgeworfen wird, zeichnet sich bereits aufgrund der hohen Anforderungen des strafrechtlichen Kausalitäts- und Zurechnungsnachweises ab, dass das strafrechtliche Instrumentarium dort an seine Grenzen stößt, wo medizinisch-pflegerische Fragestellungen aufgrund der Komplexität des menschlichen Organismus keine gesicherten Antworten

¹⁰⁰ BGHSt 6, 1, 2; 37, 106, 126.

¹⁰¹ BGH NStZ 2000, 583.

¹⁰² BGHSt 37, 106, 116.

erlauben. Der BGH führt im Zusammenhang mit einem ärztlichen Behandlungsfehler aus: „Die Kausalverläufe bei ärztlichen Eingriffen sind, weil jeweils ein anderer Organismus betroffen ist, dessen Zustand und Reaktion nicht sicher berechenbar ist, weder vorausschauend noch rückwirkend eindeutig feststellbar. Misserfolge und Komplikationen im Verlauf einer ärztlichen Behandlung weisen deshalb nicht stets auf ein Fehlverhalten des behandelnden Arztes hin.“¹⁰³ Diese Wertung lässt sich aufgrund der gleichen zugrunde liegenden Problematik auch auf Pflegeversäumnisse übertragen. Hinzu kommt, dass die Zurechnung oftmals in den Fällen erschwert oder unmöglich ist, in denen der Tod oder die Verletzung des Betroffenen auch ohne die fehlerhafte Behandlung oder auch bei sorgfältiger Behandlung eingetreten wäre.¹⁰⁴ Da sich die pflegerische Behandlung zumeist im letzten Lebensabschnitt vollzieht, in dem der Zustand des zu Pflegenden vielfach von Multimorbidität gekennzeichnet ist und der Tod oftmals während bzw. trotz intensiver pflegerischer und medizinischer Maßnahmen eintritt, wird deutlich, dass die strafrechtliche Zurechnung pflegerischer Versäumnisse nur dann möglich sein wird, wenn deren Folgen derart klar ersichtlich sind, dass sich der medizinische Sachverständige auf eine gesicherte Aussage festlegen kann. Jegliche Zweifel am (hypothetischen) Kausalverlauf werden sich zwangsläufig zu Gunsten des Beschuldigten auswirken. Damit steht zu erwarten, dass sich Kausalität und objektive Zurechnung als Scheidepunkt für den weiteren Gang des Strafverfahrens darstellen werden.

iv. Subjektive Anforderungen

Soweit objektiv tatbestandlich das Vorliegen einer Straftat festgestellt wurde, müssen auch die Merkmale des subjektiven Unrechtstatbestandes erfüllt sein. Grundsätzlich ist nur vorsätzliches Handeln strafbar, soweit das Gesetz nicht ausdrücklich auch fahrlässiges Handeln mit Strafe bedroht (§ 15 StGB). In Bezug auf die im Bereich schuldhafter Pflegeversäumnisse zumeist einschlägigen Tatbestände der einfachen Körperverletzung sowie der Tötungstatbestände kommen gemäß §§ 222, 229 StGB somit auch Fahrlässigkeitstaten in Betracht.

a) Vorsätzliche Begehungsweise

Vorsatz ist der Wille zur Verwirklichung eines Straftatbestandes in Kenntnis all seiner objektiven Tatumstände,¹⁰⁵ kürzer und etwas unpräziser formuliert handelt es sich um das Wissen und Wollen der

¹⁰³ BGH NJW 1984, 661.

¹⁰⁴ *Schreiber*, S. 510 f.

¹⁰⁵ BGHSt 19, 295, 298.

Tatbestandsverwirklichung,¹⁰⁶ womit ein intellektuelles und ein voluntatives Element gefordert werden. Drei Erscheinungsformen des Tatbestandvorsatzes sind zu unterscheiden:¹⁰⁷

- Absicht (*dolus directus 1. Grades*): Hierbei kommt es dem Täter gerade darauf an, den Eintritt des tatbestandlichen Erfolges zu verwirklichen, wobei es ausreicht, dass dieser das „Nahziel“ auf dem Weg zu einem eigentlich dominierenden „Fernziel“ darstellt.¹⁰⁸
- Direkter Vorsatz (*dolus directus 2. Grades*): Der Täter weiß oder sieht als sicher voraus, dass sein Handeln zur Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes führt und begeht die Tat auch dann, wenn ihm der Eintritt dieser Folge an sich unerwünscht ist.¹⁰⁹
- Bedingter Vorsatz (*dolus eventualis*): Hier hält es der Täter ernstlich für möglich und findet sich damit ab, dass sein Verhalten zur Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes führt. In der Lehre ist im Einzelnen umstritten, wie diese Vorsatzform von der bewussten Fahrlässigkeit abzugrenzen ist. Die Rechtsprechung legt regelmäßig die sog. Einwilligung- oder Billigungstheorie zugrunde, nach der bedingter Vorsatz anzunehmen ist, wenn der Täter den für möglich gehaltenen Erfolg gebilligt oder billigend in Kauf genommen hat.¹¹⁰ Da diese Annahme die Feststellung eines voluntativen Elementes im Sinne der vorbezeichneten Risikobereitschaft verlangt, was in der Praxis aufgrund des Rechts des Beschuldigten, sich nicht zur Sache einzulassen, oftmals nicht direkt zu erfassen ist, kann dies als innere Tatsache oftmals nur aus äußeren Faktoren geschlossen werden. Hierbei spielen Indizien wie Schwere und Nähe der Gefahr,¹¹¹ konkretes Wissen um die Gefährlichkeit der Handlung¹¹² und Vermeidungsbemühungen¹¹³ eine wesentliche Rolle. Bei Tötungsdelikten fällt besonders ins Gewicht, dass die Rechtsprechung dem Täter grundsätzlich eine höhere Hemmschwelle vor dem Tötungsvorsatz

¹⁰⁶ RGSt 51, 305, 311.

¹⁰⁷ Eingehend *Beulke*, Rn. 210 ff.

¹⁰⁸ BGHSt 4, 107; 16, 1.

¹⁰⁹ BGH NJW 2001, 980, 981; NStZ-RR 2006, 174, 175.

¹¹⁰ Vgl. BGHSt 36, 1, 9 m.w.N.

¹¹¹ BGHSt 35, 21, 25; 38, 345, 350.

¹¹² BGH NStZ-RR 1996, 35; 2003, 265.

¹¹³ BGH NStZ 2003, 259; 2006, 100, 101.

im Vergleich zum Gefährdungs- oder Körperverletzungsvorsatz unterstellt.¹¹⁴ Sofern der Täter den Tötungserfolg als möglich vorausgesehen und dennoch ernsthaft darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten, handelte er demnach nur bewusst fahrlässig.

b) *Fahrlässige Begehungsweise*

Fahrlässig handelt, wer entweder die Sorgfalt außer acht lässt, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und fähig ist, und deshalb die Tatbestandsverwirklichung nicht erkennt (unbewusste Fahrlässigkeit) oder wer die Tatbestandsverwirklichung für möglich hält, jedoch pflichtwidrig und vorwerfbar im Vertrauen darauf handelt, dass sie nicht eintreten werde (bewusste Fahrlässigkeit).¹¹⁵ Inhalt und systematische Stellung des Fahrlässigkeitsbegriffs im Deliktsaufbau sind im einzelnen noch nicht abschließend geklärt. Nach herrschender Meinung wird eine objektive Sorgfaltspflichtverletzung bei objektiver Voraussehbarkeit gefordert, wobei der Täter auch nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten in der Lage gewesen sein muss, die objektive Sorgfaltspflichtverletzung zu vermeiden und die Tatbestandsverwirklichung vorzusehen; dieses Handeln muss ihm auch zuzumuten gewesen sein.¹¹⁶

Der Grad der anzuwendenden Sorgfalt bestimmt sich dabei nach der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, wobei bei Vorwürfen im medizinischen Bereich aus der *ex-ante*-Sicht geprüft wird, wie sich ein umsichtiger und erfahrener Angehöriger derselben Fachgruppe und Qualifikation in gleicher Situation, also zur Zeit der (Fehl-) Behandlung, verhalten hätte. Erst später bekannt gewordene Umstände und wissenschaftliche Erkenntnisse müssen dabei außer Betracht bleiben.¹¹⁷

Ist der Täter Arzt, so ist für ihn der Standard eines erfahrenen Facharztes maßgebend.¹¹⁸ Hierbei gilt zugleich die Besonderheit der ärztlichen Therapiefreiheit, wonach sich der Arzt in einem von ihm zu verantwortenden Risikobereich im Rahmen der Regeln der ärztlichen Kunst bewegen darf.¹¹⁹ Er hat

¹¹⁴ Vgl. nur BGH NStZ 1983, 365; 1983, 407; 2004, 201; 2004, 330; 2005, 629; 2006, 98; 2006, 269; 2006, 444; NStZ-RR 1997, 233; JR 2000, 297.

¹¹⁵ *Kühl*, § 15 Rn. 35 m.w.N.

¹¹⁶ Vgl. etwa BGHSt 40, 341, 348; OLG Karlsruhe NStZ 2000, 141, 143; OLG Köln NStZ-RR 2002, 304.

¹¹⁷ *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 139 Rn. 18 m.w.N.

¹¹⁸ BGH JZ 1987, 879; OLG Oldenburg MDR 1993, 955, 956.

¹¹⁹ BGHSt 37, 385, 387.

allerdings unter mehreren anerkannten Heilverfahren dasjenige zu wählen, das die besten Heilungschancen eröffnet und die geringsten Risiken und Schmerzen für den Patienten mit sich bringt.¹²⁰ Der Arzt unterliegt zudem einer fortwährenden Rechtspflicht zur beruflichen Fortbildung, deren Umfang allerdings insbesondere von seiner Position und der Art seines Dienstes abhängt.¹²¹

Die Sorgfaltspflicht des Pflegepersonals gilt als verletzt, wenn das Pflegepersonal nicht die gesicherten pflegerischen Erkenntnisse berücksichtigt, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft, Technik und der aktuellen Pflegewissenschaft entsprechen,¹²² wobei die Uneinheitlichkeit in der pflegerischen Berufsausbildung die Bestimmung des pflegerischen Sorgfalts- und Haftungsmaßstabes erschwert.¹²³ Ebenso wie der Arzt unterliegen die Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe der ständigen Fortbildungspflicht.¹²⁴ Zudem handelt es sich fahrlässig, wenn bei ungeklärten Beschwerdebildern des zu Pflegenden nicht für umgehende ärztliche Untersuchung gesorgt wird.¹²⁵

Die Übernahme einer Tätigkeit auf freiwilliger Basis, d.h. ohne Not, der der Behandelnde mangels eigener persönlicher Fähigkeiten oder Sachkunde nicht gewachsen ist, oder die er aus anderen Gründen, wie Überarbeitung, Ermüdung oder Erkrankung nicht sicher ausführen kann, begründet ebenfalls einen Sorgfaltsverstoß im Sinne des sog. Übernahmeverschuldens: Derjenige, der an die Grenzen seines Könnens oder Wissens stößt, muss selbstkritisch innehalten und andere konsultieren oder den Patienten in andere Hände geben.¹²⁶

c) *Zwischenergebnis*

Der gesetzliche Vorsatzbegriff enthält die Umschreibung psychischer Vorgänge. Diese bleiben dem Richter oftmals wie hinter einer Wand - hinter der Stirn eines Menschen - verborgen.¹²⁷ Sofern sich der

¹²⁰ BGH NJW 1968, 1181, 1182; NJW 1987, 2927.

¹²¹ Laufs/Uhlenbruck-*Laufs*, § 11 Rn. 7, § 99 Rn. 10.

¹²² *Höfert*, S. 113.

¹²³ *Klie*, S. 23.

¹²⁴ BGH NJW 1991, 1535, 1537 (Heilpraktiker).

¹²⁵ AG Brühl, PflR 2004, 375-380.

¹²⁶ BGHSt 10, 135.

¹²⁷ *Hassemer*, S. 169.

Täter nicht geständig einlässt, wozu er nach garantierter Verfahrensmaxime nicht verpflichtet ist,¹²⁸ kann nur über äußere Umstände auf die inneren Vorgänge geschlossen werden. Schwierig wird dies dadurch, dass menschliche Handlungen oftmals objektiv mehrdeutig sind, wobei der Grund hierfür nicht so sehr in der Kompliziertheit als vielmehr in der Undurchsichtigkeit psychologischer Vorgänge gesehen wird.¹²⁹ Diese Mehrdeutigkeit sozialen Handelns führt dazu, dass die Abgrenzung von Vorsatz und Fahrlässigkeit in der Praxis zusätzlich erschwert wird,¹³⁰ und nicht selten der Beweis des Vorsatzes auch notwendig ein Indizienbeweis ist.^{131, 132}

Die Körperverletzungs- und Tötungsdelikte, die bei schuldhafter Pflegevernachlässigung einen besonderen Stellenwert einnehmen, können vorsätzlich und auch fahrlässig begangen werden. Da die Grenzen dieser beiden Schuldformen eng beieinander liegen, sind die Merkmale der inneren Tatseite besonders sorgfältig zu prüfen.¹³³ Dabei spricht zumeist auf den ersten Blick gegen die Annahme des Vorsatzes, dass Arzt und Pflegepersonal in heilenden und helfenden Berufen tätig sind und ihnen grundsätzlich die Motivation unterstellt werden muss, die Leiden des zu Pflegenden nicht weiter verschlimmern zu wollen. Bereits aus der Rechtsdogmatik ist daher zu erwarten, dass bei schuldhaften Pflegefehlern eher der Nachweis fahrlässigen Handelns als einer Vorsatztat zu führen sein wird, sofern nicht besondere Umstände des Einzelfalls, wie beispielsweise besonders gewissen- und gefühllose Haltung oder erkennbare erhebliche Gefahren durch den Pflegefehler, eine andere Bewertung nahe legen.

v. *Rechtswidrigkeit und Schuld*

Als weitere Voraussetzungen der Strafbarkeit schuldhafter Pflegevernachlässigungen sind Rechtswidrigkeit und Schuld festzustellen.

¹²⁸ Der Beschuldigte ist nach dem Grundsatz *nemo tenetur se ipsum accusare* nicht zur Selbstbelastung verpflichtet.

¹²⁹ Krauß, S. 122.

¹³⁰ Vest, S. 114.

¹³¹ Vest, S. 59.

¹³² Gesamtschau aller objektiven und subjektiven Tatumstände: SK StGB-Horn, § 212 Rn. 23b.

¹³³ BGH NSTZ 1987, 362 f. m.w.N.

Eine Handlung ist rechtswidrig, wenn sie einen Unrechtstatbestand verwirklicht und nicht durch einen Rechtfertigungsgrund gedeckt wird.¹³⁴ Als Rechtfertigungsgrund sind bei medizinischen und pflegerischen Behandlungen grundsätzlich Einwilligung und mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen von erheblicher praktischer Bedeutung.¹³⁵ Allerdings erstreckt sich die Einwilligung regelmäßig nur auf die lege artis durchgeführte Behandlung unter Beachtung der Berufspflichten des Behandlenden.¹³⁶ Etwaige Pflege- und Behandlungsfehler stellen, wie zuvor ausgeführt, zumindest objektiv sorgfaltswidrige Handlungen dar, sind daher nicht von der Einwilligung des Betroffenen gedeckt und somit rechtswidrig. Schuld als von Verfassungen wegen gebotene Voraussetzung der Strafbarkeit¹³⁷ stellt letztlich die Frage dar, ob die Tat dem Täter auch persönlich vorzuwerfen ist. Damit wird überprüft, ob der Täter einer Vorsatztat auch wusste, was er tat, bzw. ob der Täter einer Fahrlässigkeitstat hätten wissen können, was er tat.¹³⁸ Soweit vereinzelt angenommen wurde, die Schuld könnte in bestimmten Fällen durch Nichtzumutbarkeit des ordnungsgemäßen Handelns ausgeschlossen sein,¹³⁹ kommt diesem Kriterium in der Praxis lediglich eine Bedeutung bei den unechten Unterlassensdelikten zu.¹⁴⁰ Darüber hinaus gehende Schuldausschlussgründe¹⁴¹ spielen bei der schuldhaften Verursachung von Pflegefehlern regelmäßig keine Rolle.

Soweit daher tatbestandlich das Vorliegen einer Straftat durch die schuldhafte Verursachung eines Dekubitalgeschwürs festgestellt wurde, ist regelmäßig von der Strafbarkeit der Tat auszugehen.

b. Einschlägige Straftatbestände

Durch die schuldhafte Verursachung von Dekubitalgeschwüren können in strafrechtlicher Hinsicht mehrere Tatbestände verwirklicht werden. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die Wiedergabe

¹³⁴ *Wessels/Beulke*, Rn. 270.

¹³⁵ *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 139 Rn. 26.

¹³⁶ BGHSt 43, 306, 309; BGH NStZ 1982, 296 f.; OLG Stuttgart NJW 1983, 2644 f.; *Fischer*, § 223 Rn. 9; *Laufs*, Rn. 693.

¹³⁷ *Fischer*, Vor § 13 Rn. 47 m.w.N.

¹³⁸ Zur Frage der individuellen Vorwerfbarkeit einer Fahrlässigkeitstat vgl. unter *B.2.a.iv.b)*, S. 54.

¹³⁹ *Fischer*, § 13 Rn. 49 m.w.N.

¹⁴⁰ Vgl. hierzu unter *B.2.a.ii.b)i)(a)*, S. 44.

¹⁴¹ Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen (§ 20 StGB); entschuldigender Notstand (§ 35 StGB).

naheliegender Strafvorschriften und lässt Begleittaten, die im Rahmen der Ermittlungen möglicherweise ebenfalls zum Gegenstand des Strafverfahrens werden, außer Betracht, soweit sie keinen direkten medizinisch-pflegerischen Bezug aufweisen.¹⁴²

i. § 212 StGB - Totschlag

Das Delikt mit der höchsten Strafandrohung, das im Bereich der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus in Betracht kommt, stellt der Totschlag mit einer Regelstrafandrohung von fünf bis 15 Jahren Freiheitsstrafe dar.¹⁴³

Der Tatverdacht des Totschlages dürfte in der Praxis allerdings eher fernliegend sein. So wird im Rahmen der Beweiswürdigung bereits aus den vorangehend im Ersten Teil bezeichneten medizinischen Gründen schwer nachzuweisen sein, dass der Tod als direkte Folge der Verursachung oder inadäquaten Behandlung von Durchliegestellen eingetreten ist. Schwierigkeiten bei der eindeutigen Feststellung der Kausalität sind hier vor allem durch die regelmäßig gegebene Multimorbidität der Betroffenen zu erwarten und dadurch, dass die letztliche Todesursache, beispielsweise im Falle einer Sepsis, oftmals auch durch die Sektion nicht mehr zweifelsfrei geklärt werden kann. Da sich alle nicht weiter aufklärbaren tatsächlichen Zweifel nach dem Grundsatz *in dubio pro reo* zu Gunsten des Beschuldigten auswirken, wird in solchen Konstellationen der Tod auch bei Nachweis von pflegerischen Versäumnissen nicht zurechenbar sein.¹⁴⁴

¹⁴² Beispielsweise wurde im Rahmen der in vorliegender Arbeit ausgewerteten Ermittlungsverfahren vereinzelt auch wegen Betruges (§ 263 StGB) ermittelt, wenn der Verdacht bestand, dass gebotene pflegerische Maßnahmen zur Vermeidung oder Behandlung eines Dekubitus unterlassen, aber gleichwohl gegenüber den Kostenträgern abgerechnet worden waren.

¹⁴³ Zwar besteht eine noch höhere Strafandrohung für das Verbrechen des Mordes (§ 211 StGB: Lebenslängliche Freiheitsstrafe). Im Rahmen dieser Untersuchung ist aber weder in der Fallauswertung noch bei der Sichtung von Literatur und Rechtsprechung ein Fall der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus mit Todesfolge bekannt geworden, in dem das Vorliegen von Mordmerkmalen angenommen oder auch nur in Erwägung gezogen wurde.

¹⁴⁴ Generell zu Beweisschwierigkeiten bei Strafverfahren gegen med. Personal führt *Ratajczak*, in *Medizin und Strafrecht*, S. 15 aus: „Die allermeisten Verfahren enden allerdings mit einer Einstellung, denn der Nachweis, dass der Patient bei anderweitiger oder richtiger Behandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den tatsächlichen überlebt hätte, ist nur schwer zu führen.“

Sofern im Einzelfall dennoch der Nachweis geführt werden kann, dass der Todeseintritt die unmittelbare Folge pflegerischen Fehlverhaltens war, ist zu erwarten, dass die Annahme des Totschlages an den nicht nachweisbaren subjektiven Tatbestandselementen scheitern wird. Zwar genügt, wie oben ausgeführt,¹⁴⁵ zur Verwirklichung des Totschlages bereits bedingter Vorsatz,¹⁴⁶ womit der Täter nur gewusst und billigend in Kauf genommen haben muss, dass sein Verhalten zum Tod des Betroffenen führen kann. Bei lebensnaher Betrachtung wird allerdings regelmäßig davon auszugehen sein, dass der Pflegende in Erfüllung seiner helfenden Profession vielmehr darauf vertraute, dass er auch bei erheblichen eigenen Versäumnissen nicht derart gravierende Folgen setzen werde, die den Tod der ihm anvertrauten Person zur Folge haben könnten. Zudem stellt die Rechtsprechung aufgrund der unterstellten hohen Hemmschwelle vor Tötungshandlungen hohe Anforderungen an die Begründung zur Annahme des Tötungsvorsatzes.¹⁴⁷ Sofern im Einzelfall festgestellt wird, dass der Täter sämtliche Präventions- und Therapiemaßnahmen unterlassen hat, im Übrigen aber seinen pflegerischen Aufgaben zumindest teilweise nachgekommen ist, dürfte aus letzteren Gründen davon auszugehen sein, dass er dem Schicksal des Betroffenen nicht völlig uninteressiert gegenüberstand und somit auch dessen Tod nicht gleichgültig in Kauf nahm. Dies gilt erst recht dann, wenn die gebotenen Maßnahmen (auch möglicherweise verspätet oder ungenügend) letztlich bei Verschlechterung des Zustandes doch noch ergriffen wurden. Insoweit dürfte bereits das äußere Tatbild regelmäßig der Annahme des Tötungsvorsatzes entgegenstehen.

Der Nachweis eines Totschlages durch aktiv fehlerhafte Pflege und Behandlung oder durch Unterlassen der gebotenen Maßnahmen wird demnach nur in Einzelfällen, bei besonders schwerwiegenden Tatumständen, möglich sein.

ii. § 223 StGB - Körperverletzung

Wird durch Pflegevernachlässigung ein Dekubitus ohne letalen Ausgang verursacht, oder ist nicht sicher nachweisbar, dass die Verursachung des Dekubitalgeschwürs eine tödliche Folge nach sich zog, so kann die Strafbarkeit wegen Körperverletzung in Betracht kommen, die mit Geldstrafe oder bis fünf Jahren Freiheitsstrafe geahndet wird.

¹⁴⁵ Vgl. unter *B.2.a.iv.a)*, S. 52.

¹⁴⁶ Vgl. BGHSt 14, 193.

¹⁴⁷ Vgl. unter *B.2.a.iv.a)*, S. 52.

Tatbestandsvoraussetzung ist die körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung einer anderen Person. Die körperliche Misshandlung wird durch jede üble, unangemessene Behandlung erfüllt, die das körperliche Wohlbefinden nicht nur unerheblich beeinträchtigt,¹⁴⁸ hierzu gehört insbesondere, aber nicht notwendigerweise,¹⁴⁹ das Zufügen von Schmerzen. Unter einer Gesundheitsschädigung wird das Hervorrufen oder Steigern eines pathologischen Zustandes verstanden, unabhängig ob das Opfer hierbei Schmerzen empfindet.¹⁵⁰ Die schuldhafte Verursachung eines Druckgeschwürs kann erhebliche Schmerzen und das Auftreten heilungsbedürftiger Wunden verursachen, womit beide Tatbestandsalternativen einschlägig sein können.

Auch hinsichtlich dieses Tatbestandes erscheint der Nachweis des Vorsatzes problematisch, da im Rahmen der Beweiswürdigung zu begründen wäre, dass der Behandelnde bzw. Pflegende durch unterlassene oder unzureichende Maßnahmen die Entstehung des Dekubitus zumindest ernsthaft in Kauf genommen und sich damit abgefunden haben müsste, was gerade im Bereich der helfenden und pflegenden Berufe nicht als naheliegend anzusehen sein wird.¹⁵¹

Die vorsätzliche Körperverletzung kann im fortgeschrittenen Stadium eines Dekubitalgeschwürs hingegen aus einer anderen Begehungsweise an Bedeutung gewinnen, nämlich durch das Unterlassen medizinisch gebotener Analgesiemaßnahmen. Wie im Ersten Teil zuvor ausgeführt wurde, stellen Schmerzen nicht nur grundsätzlich ein erstes Warnzeichen der Gewebsischämie dar, sondern nehmen mit Ausmaß und Schweregrad des Druckgeschwürs regelmäßig zu. Die Analgesie ist damit essentieller Bestandteil der umfassenden Therapie eines höhergradigen Dekubitalgeschwürs. Sofern eine notwendige Analgesie ohne medizinische Notwendigkeit nur unzureichend erfolgt oder gänzlich unterlassen wird, kommt die Strafbarkeit wegen vorsätzlicher und fahrlässiger Körperverletzung, im Übrigen wegen unterlassener Hilfeleistung, in Betracht.¹⁵² Dies gilt auch dann, wenn der Betroffene bereits im Sterben liegt.¹⁵³

¹⁴⁸ BGHSt 25, 277; *Kühl*, § 223 Rn. 4.

¹⁴⁹ BGH a.a.O.

¹⁵⁰ BGHSt 36, 1, 6; 43, 346, 354.

¹⁵¹ Vgl. zur Problematik des Vorsatznachweises unter *B.2.a.iv.c)*, S. 55.

¹⁵² RGSt 75, 160, 164/165; BGH LM Nr 6 zu § 230; OLG Hamm, NJW 1975, 604, 605; OLG Düsseldorf JR 1992, 37, 38; *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 134 Rn. 9 m.w.N.

¹⁵³ OLG Köln, 1. Strafsenat, Beschl. v. 21.07.1995 – Ss328/95-100, Quelle: Juris.

Zur Strafverfolgung der Körperverletzung ist gemäß §230 StGB grundsätzlich der Strafantrag des Verletzten erforderlich. Stirbt dieser vor Antragstellung, so geht das Antragsrecht gemäß Absatz 1 Satz 2 auf die Angehörigen über. Stellen der Verletzte bzw. die Angehörigen keinen Strafantrag, so kann gem. Absatz 1 Satz 1 die Staatsanwaltschaft die Tat dennoch verfolgen, wenn sie das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung annimmt. Die Entscheidung hierüber trifft der Staatsanwalt nach pflichtgemäßem Ermessen. Hierbei orientiert er sich an den Kriterien der Nr. 86 Absatz 2 RiStBV.¹⁵⁴ Gerade bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers können diese Kriterien allerdings erfüllt sein.¹⁵⁵ Die Staatsanwaltschaft hat damit die Möglichkeit, die Tat auch nach dem Tod des Verletzten zu verfolgen, wenn keine Angehörigen ermittelbar sind oder diese, z.B. aufgrund bereits zu Lebzeiten des Opfers abgebrochener persönlicher Kontakte, kein eigenes Interesse an der Strafverfolgung aufweisen. Ebenso kann die Strafverfolgung hierdurch auch gegen den Willen des Verletzten erfolgen,¹⁵⁶ was in der Regel aber unterbleiben sollte.¹⁵⁷ Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft unterliegt nicht der richterlichen Überprüfung.¹⁵⁸

Somit kann die schuldhafte Verursachung eines Durchliegegeschwürs im Einzelfall den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllen, wobei ein derartiger Vorwurf in der Praxis am ehesten bei ersichtlich unzureichender Schmerztherapie zu begründen sein dürfte.

¹⁵⁴ Nr. 86 Absatz 2 RiStBV: „Ein öffentliches Interesse wird in der Regel vorliegen, wenn der Rechtsfrieden über den Lebenskreis des Verletzten hinaus gestört und die Strafverfolgung ein gegenwärtiges Anliegen der Allgemeinheit ist, z.B. wegen des Ausmaßes der Rechtsverletzung, wegen der Rohheit oder Gefährlichkeit der Tat, der niedrigen Beweggründe des Täters oder der Stellung des Verletzten im öffentlichen Leben. Ist der Rechtsfrieden über den Lebenskreis des Verletzten hinaus nicht gestört worden, so kann ein öffentliches Interesse auch dann vorliegen, wenn dem Verletzten wegen seiner persönlichen Beziehung zum Täter nicht zugemutet werden kann, die Privatklage zu erheben, und die Strafverfolgung ein gegenwärtiges Anliegen der Allgemeinheit ist.“

¹⁵⁵ BGHSt 25, 277; *Kühl*, § 230 Rn.4; *Günter*, DRiZ 1996, 96 ff.

¹⁵⁶ OLG Hamm, JMBINRW 51, 196.

¹⁵⁷ *Kühl*, § 230 Rn. 3.

¹⁵⁸ BGHSt 16, 225; BVerfGE 51, 176; BayObLG MDR 1991, 467.

iii. § 227 StGB - Körperverletzung mit Todesfolge

Die Körperverletzung mit Todesfolge stellt ein erfolgsqualifiziertes Delikt dar, das einen Strafraum von drei bis 15 Jahren vorsieht. Zweck des § 227 StGB, dessen hohe Mindeststrafe die Tat als Verbrechen ausweist, ist es, der mit der Verwirklichung einer Körperverletzung verbundenen spezifischen Gefahr des Eintritts der qualifizierenden Todesfolge entgegenzuwirken.¹⁵⁹ Die Körperverletzung mit Todesfolge verdrängt die fahrlässige Tötung.¹⁶⁰

Der Straftatbestand setzt somit zunächst eine vorsätzlich begangene oder zumindest versuchte¹⁶¹ Körperverletzung voraus. Diese muss den Tod unmittelbar verursacht haben, was über die Ursächlichkeit im Sinne der Kausalbedingung hinausgeht - wobei umstritten ist, wie dieser Unmittelbarkeits- bzw. Gefahrenzusammenhang im Einzelfall beschaffen sein muss.¹⁶² In jedem Fall muss sich die im Grunddelikt enthaltene tatbestandsspezifische Gefahr unmittelbar im tödlichen Ausgang realisiert haben, wobei die Todesfolge gemäß § 18 StGB zumindest fahrlässig herbeigeführt worden und damit für den Täter voraussehbar gewesen sein muss.¹⁶³

§ 227 StGB ist damit in den Fällen einschlägig, in denen zwar eine vorsätzliche Körperverletzung festgestellt werden kann, durch die der Tod eines Menschen verursacht wurde, hinsichtlich des Eintritts der Todesfolge aber der Vorsatz nicht nachzuweisen ist. Damit ergeben sich bei der Anwendung des Tatbestandes auf die Fälle der schuldhaften Pflegevernachlässigung zunächst grundsätzlich die gleichen Schwierigkeiten des Vorsatznachweises wie bei der einfachen Körperverletzung.¹⁶⁴ Naheliegender wäre insoweit die Annahme des § 227 StGB in einer Fallkonstellation, in der vorsätzlich die gebotene Pflege und medizinische Versorgung unterlassen würde und hierdurch schwere Dekubitalulzera entstünden, die über eine Sepsis den Tod bedingten, wobei der Täter den Todeseintritt nicht gebilligt haben dürfte. In einer ähnlichen Fallkonstellation, in der durch unzureichende Ernährung und Pflege eines Kindes im

¹⁵⁹ Wessels/Hettinger, Rn. 297.

¹⁶⁰ BGHSt 8, 54

¹⁶¹ Der Versuch des erfolgsqualifizierten Delikts ist nach Auffassung des BGH (BGHSt 48, 34, 37 f.), der an die Körperverletzungshandlung anknüpft, möglich; dies stieß allerdings auf erhebliche Kritik. Hierzu eingehend: Sonnen, BT, S. 32-36 m.w.N.

¹⁶² Überblick bei Kühl, Jura 2002, 810-815; Jura 2003, 19-23.

¹⁶³ Fischer, § 227 Rn. 3, 7 m.w.N.

¹⁶⁴ Siehe unter B.2.b.ii, S. 59.

atrophischen Zustand der Erstickungstod eintrat, wurde im Einzelfall die Verwirklichung der spezifischen Gefährlichkeit der Körperverletzungshandlung im Todeseintritt bejaht.¹⁶⁵

Zwar kann auch das pflichtwidrige Unterlassen der Schmerzlinderung eine Körperverletzung verursachen,¹⁶⁶ doch wird in einem solchen Fall, bei dem der Betroffene letztlich an den Folgen erheblicher Dekubitalulzera verstirbt, eine Körperverletzung mit Todesfolge nicht anzunehmen sein, da das Unterlassen der Schmerzlinderung keine Körperverletzung darstellt, der typischerweise die Gefahr anhaftet, zum Tode zu führen.¹⁶⁷

Letztlich dürfte sich damit der Anwendungsbereich des § 227 StGB bei der schuldhaften Verursachung von Druckgeschwüren aufgrund der Probleme beim Nachweis des Vorsatzes und des Unmittelbarkeitszusammenhangs als gering darstellen.

iv. § 222 StGB - Fahrlässige Tötung

Tritt aufgrund der durch schwere Dekubitalwunden verursachten Folgeschäden (z.B. Sepsis) der Tod ein und liegt ein vorsätzliches Fehlverhalten des behandelnden Pflegepersonals oder Arztes nicht vor oder lässt sich dies nicht nachweisen, so kommt der Straftatbestand der fahrlässigen Tötung in Betracht, deren Strafrahmen sich von einer Geldstrafe bis fünf Jahre Freiheitsstrafe erstreckt.

Zunächst muss hierzu festgestellt werden, dass der Tod des Betroffenen ursächlich durch eine Handlung oder das pflichtwidrige Unterlassen des Täters verursacht worden ist. Der Nachweis des unmittelbaren Kausalzusammenhangs kann auch hier aus den vorgenannten¹⁶⁸ Gründen problematisch sein.

Darüber hinaus bedarf es des Nachweises einer objektiven Sorgfaltspflichtverletzung.¹⁶⁹ Die im Verkehr erforderliche Sorgfalt bestimmt sich nach dem allgemeinen Maßstab der Anforderungen, die an einen einsichtigen und besonnenen Menschen in der konkreten Lage des Täters zu stellen sind.¹⁷⁰ Diese Anforderungen werden aus speziellen Verhaltensvorschriften (Sondernormen) und allgemeinen Erfahrungssätzen abgeleitet. Im medizinischen Bereich bemisst sich der Maßstab der objektiv erforderlichen Sorgfalt an den medizinischen „Standards“, die sich aus den allgemein anerkannten

¹⁶⁵ BGH bei *Holtz*, MDR 1982, 624.

¹⁶⁶ Siehe unter *B.2.b.ii*, S. 59.

¹⁶⁷ BGH NJW 1995, 3194-3195.

¹⁶⁸ Siehe unter *B.2.b.i*, S. 58.

¹⁶⁹ Hierzu vgl. unter *B.2.a.iv.b*), S. 54.

¹⁷⁰ *Kühl*, § 15 Rn. 37.

Regeln der medizinischen Wissenschaft ergeben.¹⁷¹ Für das Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt bedeutet dies, dass der dekubitusgefährdete Patient darauf vertrauen darf, vom behandelnden Arzt (regelmäßig) besucht¹⁷² und prophylaktisch untersucht zu werden, entsprechende Vorsorgemaßnahmen verordnet zu bekommen und bei Auftreten eines Dekubitus entsprechend den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst¹⁷³ behandelt zu werden. Des Weiteren gehört zu den Sorgfaltspflichten des Arztes, das Pflegepersonal zu überwachen,¹⁷⁴ was gerade im Bereich der Dekubitusprophylaxe und –therapie von erheblicher Bedeutung ist.

Gegenüber dem Pflegepersonal kann der Patient ebenfalls Prophylaxe durch Untersuchung und Lagerung erwarten sowie die fachgerechte Anwendung der ärztlichen Verordnungen, nach Maßgabe des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.¹⁷⁵ Zudem kann er davon ausgehen, dass das professionelle Pflegepersonal über die erforderliche berufliche Qualifikation verfügt,¹⁷⁶ und zwar auch wenn einzelne Maßnahmen weiterdelegiert werden.¹⁷⁷

Der an dieser Stelle festzustellende Sorgfaltsmangel muss zudem aus der *ex-ante*-Sicht objektiv vorhersehbar zum Tod des Betroffenen geführt haben, womit sich der Todeseintritt nicht als völlig ungewöhnliche und unvorhersehbare Folge darstellen darf. Bedeutung erlangt dieses Kriterium insbesondere in Fällen, in denen unerwartet Dritte in das Geschehen eingreifen.¹⁷⁸

Die Zurechnung des Todes wird durch den Pflichtwidrigkeits- und Schutzzweckzusammenhang begrenzt.¹⁷⁹ Es ist zu erwarten, dass der Nachweis der fahrlässigen Tötung in der Praxis oftmals an diesem Kriterium scheitern wird, wenn das Gericht, beraten durch medizinische Sachverständige, nicht

¹⁷¹ Laufs/Uhlenbruck-*Laufs*, § 99 Rn. 3 ff.

¹⁷² Vgl. BGH NJW 61, 2068 f.

¹⁷³ Wobei aber kein Anspruch auf eine Behandlung nach neuesten, klinisch und experimentell noch nicht abgesicherten Methoden besteht: Vgl. OLG Oldenburg, VersR 1989, 402.

¹⁷⁴ BGHSt 6, 282.

¹⁷⁵ Entsprechend § 11 Abs. 1 S. 1 SGB XI: „Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.“

¹⁷⁶ LG Waldshut-Tiengen, PflR 2004, 511-513.

¹⁷⁷ SG Speyer, PflR 2006, 188-195.

¹⁷⁸ *Kühl*, § 15 Rn. 46.

¹⁷⁹ Siehe hierzu unter *B.2.a.iii*, S. 48.

mit der erforderlichen Sicherheit davon ausgehen kann, dass der Tod bei beanstandungsfreier Behandlung nicht eingetreten wäre. Allgemein ist in einer Vielzahl von Strafverfahren, die wegen des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers gegen Ärzte geführt wurden, aus diesem Grunde der Tatbestand der fahrlässigen Tötung nicht nachzuweisen, selbst dann, wenn der Sachverständige deutliche Kritik an der Behandlung übt und ein Sorgfaltspflichtverstoß eindeutig zu bejahen ist.¹⁸⁰ Diese Problematik ist auch in den Fällen der schuldhaften Verursachung von Dekubitalgeschwüren zu erwarten.

Schließlich muss der Schuldvorwurf, mithin die subjektive Sorgfaltswidrigkeit bei subjektiver Vorhersehbarkeit, dem Täter nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten entgegengehalten werden können. Hier gilt, aufgrund der umfangreicheren Ausbildung, ein höherer Maßstab für Ärzte im Vergleich zu pflegendem Personal.¹⁸¹ Die subjektive Erfüllbarkeit der Sorgfaltspflicht und Voraussehbarkeit der tödlichen Folge dürfte bei der Todesverursachung durch ein schweres Dekubitalgeschwür allerdings unproblematisch sein, da die Rechtsprechung hieran erst bei Auftreten einer außerhalb der allgemeinen Lebenserwartung liegenden Komplikationsfolge zweifelt.¹⁸²

Die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus mit tödlicher Folge kann damit unter den vorgenannten Voraussetzungen den Tatbestand der fahrlässigen Tötung erfüllen.

v. § 229 StGB - *Fahrlässige Körperverletzung*

Soweit ein Dekubitus schuldhaft verursacht wurde, der Betroffene noch lebt oder kein direkter Zusammenhang mit seinem Tod ersichtlich ist sowie vorsätzliches Handeln des Täters nicht vorliegt, kommt die Strafbarkeit gemäß § 229 StGB, verbunden mit einer Strafandrohung von Geldstrafe bis drei Jahre Freiheitsstrafe, in Betracht.

Dieser Tatbestand setzt voraus, dass eine Körperverletzung kausal durch eine Handlung oder ein pflichtwidriges Unterlassen eingetreten ist, wobei eine objektive Sorgfaltspflichtverletzung bei objektiver

¹⁸⁰ Günter, DRiZ 92, 96.

¹⁸¹ Allerdings muss ein evtl. vorhandenes größeres individuelles Leistungsvermögen außer Betracht bleiben: Laufs/Uhlenbruck-*Ulsenheimer*, § 139 Rn.18; OLG Köln VersR 1988, 1186, 1187; a.A. BGH NJW 1987, 1479, 1480; *Deutsch*, Rn. 181.

¹⁸² Vgl. OLG Bamberg, Urt. v. 24.01.1985 – Az 2 KLS 101 Js 10258/81: Die subjektive Vorhersehbarkeit wurde in einem Fall verneint, bei dem keiner der fünf gerichtlich bestellten Sachverständigen von einer vergleichbaren Konstellation Kenntnis erlangt hatte.

Vorhersehbarkeit der schädigenden Folge vorliegen muss. Diese kann, wie oben gezeigt,¹⁸³ beispielsweise in fehlender Risikoeinschätzung, mangelhafter Prophylaxe und Therapie seitens des Arztes oder des Pflegepersonals oder in fehlender Überwachung des Pflegepersonals durch den Arzt bestehen. Zudem muss die Sorgfaltspflicht auch aus subjektiver Sicht verletzt und der Eintritt des Erfolges für den Täter bei gebotener Anspannung seiner Erkenntniskräfte vorhersehbar gewesen sein. Als weitere Voraussetzung für die Strafbarkeit muss nachgewiesen werden, dass sich das sorgfaltswidrige Handeln gerade in dem konkreten Erfolg realisierte (Pflichtwidrigkeitszusammenhang). Problematisch kann hierbei der Nachweis sein, dass der Dekubitus bei Beachtung der erforderlichen Sorgfalt vermeidbar gewesen wäre, da nach neuem medizinischen Kenntnisstand inzwischen angenommen werden muss, dass selbst bei Anwendung moderner Behandlungsmethoden und optimaler Versorgung nicht jeder Dekubitus vermieden werden kann.¹⁸⁴ Da sich auf tatsächlichen Anhaltspunkten beruhende und nicht vollständig ausräumbare Zweifel nach Rechtsprechung und herrschender Lehre gemäß dem Grundsatz *in dubio pro reo* zu Gunsten des Beschuldigten auswirken,¹⁸⁵ ist zu erwarten, dass der Nachweis der fahrlässigen Körperverletzung bei Verdacht eines gravierenden Pflegemangels in der Praxis am ehesten an dieser Stelle scheitern kann, wovon auch die andere Autoren in der juristischen und pflegerischen Fachliteratur ausgehen.¹⁸⁶

Als weitere Voraussetzung der Strafverfolgung besteht schließlich nach § 230 Abs. 1 StGB das Erfordernis des Strafantrages, soweit nicht seitens der Staatsanwaltschaft das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung angenommen wird.¹⁸⁷

Aufgrund der Deliktsstruktur, die weder den Nachweis vorsätzlichen Verhaltens noch den Eintritt des Todes des Betroffenen voraussetzt, steht zu erwarten, dass die schuldhafte Verursachung eines Dekubitalgeschwürs am häufigsten unter diesem Straftatbestand durch die Staatsanwaltschaft verfolgt

¹⁸³ Vgl. unter *B.2.a.iv.b)*, S. 54 und *B.2.b.iv*, S. 63.

¹⁸⁴ Vgl. hierzu den Stand der medizinischen Kenntnis im Teil A ab S. 2; zudem exemplarisch *Püschel* et al., Zeitschrift für Wundheilung 2004 (4), 185-186; die gegensätzliche Auffassung vertrat noch im Jahr 2000 das OLG Köln (MDR 2000, 643): „Prof. Dr. M hat mit nicht zu überbietender Deutlichkeit festgestellt, dass - auch bei schwerstkranken Patienten - das Auftreten von Dekubiti immer vermeidbar ist...“.

¹⁸⁵ Vgl. unter *B.2.a.iii*, S. 48.

¹⁸⁶ Vgl. *Pfleiderer/Schubert*, MedR 2005, 591: „Problemfeld Kausalität“.

¹⁸⁷ Hierzu gelten die Ausführungen unter *B.2.b.ii*, S. 59 entsprechend.

werden wird. Da die Körperverletzungsdelikte in den Tötungsdelikten notwendigerweise enthalten sind¹⁸⁸ und die Fahrlässigkeitsdelikte als „Auffangtatbestände“ für Fälle dienen, in denen der Vorsatz nicht nachgewiesen werden kann,¹⁸⁹ ist zudem zu erwarten, dass eine nicht unerhebliche Anzahl staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren unter dem Anfangsverdacht der vorsätzlichen Körperverletzung oder des Totschlages im Laufe des Verfahrens bei mangelndem Nachweis des kausalen und zurechenbaren Eintritts der Todesfolge bzw. des Vorsatzes auf den Tatverdacht der fahrlässigen Körperverletzung herabgestuft werden. Damit dürfte diesem Tatbestand in der Praxis der Strafverfolgung der Pflegevernachlässigung eine erhebliche Bedeutung zukommen.

vi. § 323c StGB – *Unterlassene Hilfeleistung*

Soweit die erforderliche Prophylaxe oder Therapie eines Dekubitus pflichtwidrig unterlassen wird, kann auch der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung einschlägig sein, was mit Geldstrafe oder bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe sanktioniert werden kann.

Diese Norm begründet eine allgemeine Hilfeleistungspflicht für jedermann, womit auch Berufsträger wie Arzt oder Pflegepersonal erfasst sind.¹⁹⁰ Diese haben allerdings regelmäßig dem Pflegebedürftigen gegenüber eine Garantenstellung inne,¹⁹¹ womit sich für diese eine höhere Strafandrohung aus dem entsprechenden unechten Unterlassensdelikt ergibt, das die unterlassene Hilfeleistung im Wege der Gesetzeskonkurrenz verdrängt.¹⁹² Aus diesem Grunde dürfte die praktische Relevanz dieser Norm im Bereich der schuldhaften Pflegeversäumnisse, deren Verfahren sich regelmäßig gegen Ärzte und Berufspflegekräfte richten, gering sein.

Eine weitere Einschränkung der Anwendung ergibt sich daraus, dass der Tatbestand einen Unglücksfall, gemeine Gefahr oder Not voraussetzt. Letztere Tatbestandsmerkmale beziehen sich auf Ereignisse, durch die eine Vielzahl von Menschen zugleich betroffen sind,¹⁹³ was im Falle eines konkreten Pflegefehlers nicht einschlägig ist. Unter einem Unglücksfall wird ein plötzliches Ereignis verstanden, das

¹⁸⁸ BGHSt 16, 122; 21, 265.

¹⁸⁹ BGH GrSen 9, 393; 17, 210; 32, 48, 50; Teile der Lehre gehen, im Ergebnis mit gleicher Folge, von einem normativen Stufenverhältnis aus, vgl. *Roxin AT I 24/79* m.w.N.

¹⁹⁰ *Bockelmann*, S. 20.

¹⁹¹ Vgl. unter *B.2.a.ii.b)i)(c)*, S. 46.

¹⁹² BGHSt 3, 68; 14, 285; BGH MDR 1982, 448.

¹⁹³ *Fischer*, § 323c Rn. 3b, 3c m.w.N.

erheblichen Schaden an Menschen oder Sachen verursacht und weiteren Schaden zu verursachen droht.¹⁹⁴ An diesem Moment der Plötzlichkeit fehlt es aber meist bei Erkrankungen, auch bei schweren.¹⁹⁵ Die Rechtsprechung sah das Tatbestandsmerkmal der Plötzlichkeit bei Erkrankungen bislang lediglich in Einzelfällen¹⁹⁶ als gegeben an, so etwa bei starken und sich stark steigernden Schmerzen in der Bauchhöhle,¹⁹⁷ bei einem epileptischen Anfall¹⁹⁸ und einem Herzinfarkt.¹⁹⁹ Bei plötzlicher Verschlechterung einer bereits bestehenden Krankheit soll ebenfalls ein Unglücksfall vorliegen.²⁰⁰ Aufgrund der zumindest einige Stunden umfassenden Dauer bis zur Entwicklung einer Drucknekrose und der sich regelmäßig über Wochen und Monate hinziehenden Entwicklung eines höhergradigen Druckgeschwürs wird das Merkmal der Plötzlichkeit regelmäßig zu verneinen sein. In Betracht kämen insoweit eher Fälle, in denen sich der Allgemeinzustand des von einem höhergradigen Dekubitalgeschwür Betroffenen krankheitsbedingt plötzlich verschlechtert, wobei erst in diesem Zeitpunkt die zumutbare Hilfe unterlassen worden sein müsste, da anderenfalls (zumindest bei in Garantenstellung stehenden Tätern) wiederum das durch Unterlassen verwirklichte Körperverletzungsdelikt die unterlassene Hilfeleistung verdrängen würde. Somit ergibt sich in der Praxis eine weitere erhebliche Einschränkung des Anwendungsbereichs der unterlassenen Hilfeleistung bei schuldhafter Pflegevernachlässigung.

Sofern eine derartige Fallkonstellation vorliegt, ist zur Verwirklichung des Tatbestandes weiter notwendig, dass der Arzt oder das Pflegepersonal trotz der Erforderlichkeit und Zumutbarkeit entsprechender Bemühungen keine Hilfe geleistet haben. Die geforderte Hilfeleistung muss, bezogen auf schwere Dekubitalulzera, nicht unbedingt in der Versorgung der Wunden und in der Lagerung des

¹⁹⁴ BGHSt 3, 66; 6, 147, 152; 11, 135; BGH NJW 1983, 350, 351; BGH NStZ 85, 409, 410; BayObLG, NJW 1963, 62; OLG Düsseldorf, NJW 1991, 2979.

¹⁹⁵ RGSt 75, 68, 70 ff.

¹⁹⁶ Hierzu mehrere Beispiele aus der Rspr. bei *Laufs/Uhlenbruck*, § 141 Rn. 17.

¹⁹⁷ OLG Hamm, NJW 1975, 604.

¹⁹⁸ RGSt 75, 68, 70.

¹⁹⁹ OLG Düsseldorf, NJW 1995, 799.

²⁰⁰ SK StGB-*Rudolphi*, § 323c Rn. 6; bzgl. einer Schwangerschaft, die terminologisch nicht als Krankheit anzusehen ist, sieht das OLG Düsseldorf (NJW 1991, 2979 f. mit Verweis auf RGSt 75, 160, 162) einen Unglücksfall nur dann als gegeben an, wenn sie plötzlich in eine kritische Phase eintritt oder einzutreten droht.

Patienten bestehen, sondern kann auch in der sofortigen Krankenhauseinweisung liegen, um die dort regelmäßig gegebenen besseren therapeutischen Möglichkeiten auszunutzen. In diesem Fall fordert die Rechtsprechung allerdings den weiteren Beistand und die Aufrechterhaltung der Versorgung bis zum Eintreffen des Rettungsmittels.²⁰¹

Schließlich wird die praktische Relevanz des §323c StGB in den vorliegenden Fallkonstellationen dadurch eingeschränkt, dass lediglich die für den Täter zumutbare Hilfeleistung gefordert wird, womit auf die individuelle Verfassung, Lebenserfahrung und Vorbildung abgestellt wird und darüber hinaus eine vorsätzliche Deliktsbegehung notwendig ist, was voraussetzt, dass der Täter die Gefahr erkennt und dem Betroffenen dennoch bewusst nicht hilft.²⁰²

Aus den vorgenannten Gründen ergibt sich, dass Ermittlungen allein unter dem Tatverdacht der unterlassenen Hilfeleistung in den Fällen der schuldhaften Verursachung eines Dekubitalgeschwürs nicht erfolgsversprechend sein und damit eine Ausnahme darstellen dürften.

c. Berufliche Schweigepflicht und Anzeigerstattung

Soweit die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus nicht vom Geschädigten selbst, seinen Angehörigen oder Dritten zur Anzeige gebracht wird, können der behandelnde Arzt oder das Pflegepersonal in die Situation gelangen, die Erstattung einer Strafanzeige in Erwägung zu ziehen. Hieran könnten sie durch die ihnen obliegende Schweigepflicht gehindert sein.

Die Verschwiegenheitspflicht des Arztes begründet sich aus Standes-, Vertrags- und Strafrecht simultan und bezieht sich auch auf Angehörige anderer Heilberufe, die eine geregelte Berufsausbildung erfordern, sowie auf ärztliche Hilfspersonen.²⁰³ Besonders ausführlich ist die berufliche Schweigepflicht in § 203 StGB geregelt, auch wenn der praktische Anwendungsbereich aufgrund des absolut notwendigen Strafantrages und des Umstandes, dass es sich um einen Vorsatztatbestand handelt, nur gering ist.²⁰⁴

Nach dieser Norm sind fremde Geheimnisse, mithin personenbezogene Informationen,²⁰⁵ die dem Täter anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, vor der Weitergabe an Dritte geschützt, und zwar auch über den Tod des Patienten hinaus. Die Schweigepflicht betrifft die Krankheitsdaten des Patienten

²⁰¹ BGHSt 2, 296, 299 f.

²⁰² BGHSt 17, 166, 170.

²⁰³ *Deutsch*, Rn. 471.

²⁰⁴ *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 145 Rn. 3.

²⁰⁵ *Rogall*, NStZ 1983, 1, 5.

ebenso wie seine Privatsphäre.²⁰⁶ Der Zweck der Schweigepflicht besteht darin, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt (bzw. Behandelndem) und Patienten zu schützen, da die Offenheit des Patienten nur gegeben sein wird, wenn dieser mit Vertraulichkeit auf der anderen Seite rechnen kann.²⁰⁷ Gesetzliche Ausnahmen wie beispielsweise das Infektionsschutzgesetz sind eng umrissen und im Fall der schuldhaften Pflegevernachlässigung regelmäßig nicht einschlägig.

Die Weitergabe vertraulicher Informationen darf grundsätzlich nur mit Einwilligung der anvertrauenden Person erfolgen,²⁰⁸ die auch konkludent erfolgen kann.²⁰⁹ Sofern die Erteilung der Einwilligung, beispielsweise krankheitsbedingt oder nach dem Tode des Berechtigten, nicht möglich ist, kann auch eine mutmaßliche Einwilligung angenommen werden, wobei der Anwendungsbereich jedoch gering ist,²¹⁰ da das Interesse des Berechtigten an der Offenbarung offensichtlich sein muss.²¹¹ Zudem kann der Berechtigte, und nach dem Tode seine nächsten Angehörigen, den Verpflichteten nachträglich von der Schweigepflicht befreien.²¹² Allerdings können die Angehörigen dies nicht in Fällen, die die persönlichen Lebensbereiche des Verstorbenen betreffen, und hierum geht es zumeist im Falle der medizinischen Behandlung.²¹³ In solchen Fällen kommt eher die mutmaßliche Einwilligung in Betracht, wobei das Interesse des Berechtigten an der Offenbarung offensichtlich sein muss und damit zu einem schmalen Anwendungsbereich führt.²¹⁴

Die Unbefugtheit der Informationsweitergabe kann auch auf Grund des rechtfertigten Notstandes gem. § 34 StGB entfallen.²¹⁵ Hierzu muss eine gegenwärtige Gefahr für ein schützenswertes Rechtsgut bestehen, die nicht anders abwendbar ist und sich die Schweigepflichtverletzung als angemessenes

²⁰⁶ *Deutsch*, Rn. 472.

²⁰⁷ *Deutsch*, Rn. 471 m.w.N.

²⁰⁸ SK StGB-Samson, § 203 Rn. 38 ff.; Schönke/Schröder-Lenckner, § 203 Rn. 22 ff.

²⁰⁹ OLG München VersR 1993, 1357.

²¹⁰ *Fischer*, § 203 Rn. 36.

²¹¹ Vgl. BGH NJW 1983, 2627; die Entscheidung betraf die Herausgabe von Krankenunterlagen des verstorbenen Patienten an seine Angehörigen zur Verfolgung etwaiger Ansprüche aus einem vermuteten Behandlungsfehler.

²¹² *Deutsch*, Rn. 642 m.w.N.

²¹³ Vgl. Schönke/Schröder-Lenckner, § 203 Rn. 25.

²¹⁴ *Tröndle/Fischer*, § 203 Rn. 36.

²¹⁵ SK-Hoyer, § 203 Rn. 81 m.w.N.

Mittel darstellen. Ein solches Interesse ist noch nicht durch das Interesse des Staates an der Strafverfolgung begründet,²¹⁶ wohl aber, wenn der begründete Verdacht besteht, dass andere Personen ebenfalls konkret gefährdet sind oder die Gefahr der Wiederholung einer nicht unerheblichen Straftat besteht.²¹⁷ Bezogen auf die Entdeckung eines schweren Dekubitusfalles ist hieraus zu folgern, dass behandelnde Ärzte oder das Pflegepersonal im Einzelfall die ihnen obliegende Schweigepflicht gerechtfertigt verletzen könnten, sofern sie gravierende pflegerische Versäumnisse entdecken, die das Vorliegen einer Straftat nahe legen und aufgrund der Begehungsweise oder des Ausmaßes der Pflegefehler davon ausgegangen werden muss, dass andere Pflegebedürftige durch systematische Vernachlässigung ebenfalls geschädigt werden könnten. Die entsprechende Interessenabwägung müssten die zur Verschwiegenheit Verpflichteten selbst vornehmen; da der Tatbestand des § 203 StGB allerdings nur die vorsätzliche Begehungsweise unter Strafe stellt, entfielen im Fall eines Irrtums über die Voraussetzungen eines anerkannten Rechtfertigungsgrundes in entsprechender Anwendung des § 16 StGB die Vorsatzschuld und damit die Strafbarkeit.²¹⁸

Die Schweigepflicht der Berufsgeheimnisträger steht daher letztlich nur in den Fällen der Strafverfolgung schuldhafter Pflegeversäumnisse entgegen, in denen der geschädigte Pflegebedürftige und seine Angehörige selbst keine Strafanzeige erstattet haben, bzw. dies ersichtlich nicht wünschen, und sich aus den Umständen des Einzelfalls keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine konkrete Wiederholungsfahr besteht oder andere Pflegebedürftige in ihrer körperlichen Unversehrtheit ebenfalls konkret gefährdet sind. In der Praxis ist zu erwarten, dass diese Konstellation nur Bedeutung erlangt in den Fällen gravierender Pflegeversäumnisse im Bereich der häuslichen Pflege durch Angehörige, die durch einen hinzugerufenen Arzt oder professionellen Pflegedienst aufgedeckt werden, da zumeist die Angehörigeneigenschaft das Interesse an der Bestrafung des Pflegenden begrenzen dürfte.

Soweit Anzeichen gravierender Pflegevernachlässigung schließlich erst im Rahmen der Leichenschau durch einen erstmals postmortal hinzugezogenen Arzt entdeckt werden, ist dieser nach zutreffender Ansicht nicht an der Weitergabe dieser Informationen an die Staatsanwaltschaft gehindert, da er kraft

²¹⁶ Schönke/Schröder-Lenckner, § 203 Rn. 32 m.w.N.

²¹⁷ Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer, § 71 Rn. 11; MK-Cierniak, § 203 Rn. 87; LK-Schünemann, § 203 Rn. 141 (welcher dies mit dem Verhältnis der geringen Strafandrohung des § 203 StGB im Vergleich zu den übrigen Tatbeständen des StGB begründet).

²¹⁸ Eine Mindermeinung spricht sich für die direkte Anwendung des § 16 StGB aus, vgl. Schönke/Schröder-Lenckner, § 203 Rn. 71.

Gesetzes tätig wird und ein schutzwürdiges Vertrauensverhältnis zum Betroffenen, das die Grundlage der Schweigeverpflichtung darstellt, bereits nicht entstehen konnte.²¹⁹

d. Bisher bekannte strafrechtliche Urteile

Veröffentlichte strafgerichtliche Entscheidungen, die Ärzte oder Pflegepersonal im Zusammenhang mit Pflegefehlern betreffen, sind selten.²²⁰ Speziell zur schuldhaften Verursachung eines Dekubitus finden sich in den bedeutendsten juristischen Datenbanken bislang lediglich zwei strafgerichtliche Entscheidungen.²²¹

i. *Urteil des AG München 1996*

Im Jahr 1996 sprach das Amtsgericht München den angeklagten Pflegedienstleiter eines städtischen Altenpflegeheimes vom Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung²²² aus tatsächlichen Gründen frei.²²³ Der Tatvorwurf bestand darin, dass der Angeklagte im Jahr 1991 die ausreichende Dekubitusprophylaxe bei einem 78 Jahre alten, aufgrund eines apoplektischen Insult halbseitig gelähmten bettlägerigen Pflegebedürftigen nicht ausreichend überwacht haben sollte, da nach zehntägigem Heimaufenthalt Dekubitalulzera (nicht benannten Grades) im Bereich des Gesäßes, des Kreuzbeines, beider Fersen und des linken Knöchels festgestellt worden waren. Dem Angeklagten oblag die verantwortliche Pflegedienstleitung im Tatzeitraum lediglich am fünften und am sechsten Pflorgetag des Geschädigten. Offenbar fehlten aussagekräftige Dokumentationseinträge zu den geforderten Prophylaxemaßnahmen in den Pflegeunterlagen.

²¹⁹ LG Berlin, NJW 1999, 878 f.; LK-Schümann, § 203 Rn. 57; a.A. MK-Cierniak, § 203 Rn. 131.

²²⁰ Vgl. Ratajczak zu arztstrafrechtlichen Verfahren: „In den letzten Jahren erfolgte offenbar keine primäre Anklageerhebung.“

²²¹ Ausgewertete Datenbanken: Juris, Beck-Online, Legios Rechtsdatenbanken, LexisNexis Recht; Stand: 02.06.2008.

²²² Aus der Veröffentlichung ist nicht ersichtlich, ob es sich um den Vorwurf der aktiven oder der durch Unterlassen begangenen Tat handelt; die Urteilsbegründung lässt aber darauf schließen, dass die aktive Begehungsweise angeklagt worden war, obgleich der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit im Unterlassen liegen dürfte.

²²³ AG München, Urt. v. 13.08.1996, Az. 8540 Cs 124 Js 3946/93, Quelle: Juris.

Das Gericht stellte zwar fest, dass der Angeklagte einerseits durch Zeugenaussagen des Pflegepersonals entlastet wurde, nach denen die Prophylaxemaßnahmen regelmäßig erfolgt seien. Andererseits belasteten ihn zugleich die Aussagen zweier Zeuginnen, bei denen es sich den Ausführungen nach vermutlich um Angehörige des Geschädigten handelte, die keinerlei derartige Maßnahmen bei ihren Besuchen festgestellt haben wollten. Letztlich sprach ihn das Gericht aber deswegen frei, weil es die subjektive Fahrlässigkeitskomponente als nicht bewiesen ansah: Nach den Ausführungen des Sachverständigen konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Druckgeschwüre erst in den letzten Tagen der Pflege entwickelt hatten und somit von dem Angeklagten selbst nicht bemerkt werden konnten.

Im Fall der hypothetischen Annahme, dass der Angeklagte bei Kontrollen der Pflegeleistungen die sich abzeichnende Entstehung von Druckstellen hätte bemerken können, wies das Gericht darauf hin, dass es „schlichtweg unzumutbar (ist), dass alle Pflegedienstleistungen täglich auch überprüft werden“.

Letztlich stand zur Überzeugung des Gerichts nur fest, dass die Zustandsverschlechterung des Geschädigten durch das unmittelbar tätigte Pflegepersonal verursacht worden war, wobei nicht mehr festgestellt werden konnte, welche Schwestern oder Pfleger in den letzten Tagen des Heimaufenthalts mit der Pflege des Geschädigten betraut waren.

Bei der Bewertung der Entscheidung fällt auf, dass die *unmittelbaren* Verursacher des Pflegeschadens nicht verfolgt werden konnten, da offenbar die unzureichende Dokumentation nicht nur Schwierigkeiten bei der Ermittlung der konkreten Pflegeversäumnisse verursachte, sondern darüber hinaus schlichtweg die Namhaftmachung der beteiligten Schwestern und Pfleger vereitelte. Insoweit zeigt sich hier, dass unzureichende Dokumentation in strafrechtlicher Hinsicht verfolgungshindernd wirken kann – wenngleich nicht übersehen werden darf, dass sich damit zugleich in zivilrechtlicher Hinsicht ein gewaltiges Haftungsrisiko aufbaut,²²⁴ und darüber hinaus auch heimaufsichtsrechtliche Maßnahmen folgen können.²²⁵

²²⁴ Hierzu näher unter B.3, ab S. 84.

²²⁵ Vgl. §§ 13, 15, 17-19 HeimG, wonach Anordnungen getroffen und Beschäftigungsverbote sowie die Heimschließung bei gravierenden Mängeln verfügt werden können.

ii. *Urteil des LG Karlsruhe 2003*

In einem weiteren Fall beschäftigte sich das Landgericht Karlsruhe in der Berufungsinstanz (Urteil vom 08.12.2003)²²⁶ mit dem folgenden Sachverhalt:

Der Angeklagte war im Jahr 2000 verantwortlicher Heimleiter eines Alten- und Pflegeheims mit 13 Pflege- und 6 Kurzzeitpflegeplätzen. Aufgrund der geringen Anzahl an Betten und zu Pflegenden war er über alle Vorgänge im Heim, insbesondere im Pflegebereich, informiert. Im Zeitraum von Juni bis September 2000 war eine 76 Jahre alte Schlaganfallpatientin in diesem Heim untergebracht, die bei der Heimaufnahme keine Durchliegestellen aufwies. Drei Mitarbeiter des Pflegepersonals, die aufgrund dieses Sachverhalts zum Zeitpunkt der Verhandlung bereits rechtskräftig verurteilt worden waren, unterließen die notwendigen Pflege- und Behandlungsmaßnahmen bei der Geschädigten, die hierdurch einen Dekubitus am Steiß entwickelte, der spätestens am 16.09.2000 den dritten Grad erreichte. Dieser reichte bis an den Knochen heran, war eitrig infiziert und breitete der Geschädigten Schmerzen. In der Woche vom 12. bis 17.09.2000 wurde die Geschädigte nach den Feststellungen des Gerichts nicht regelmäßig umgelagert, und saß darüber hinaus mehrere Stunden täglich in einem Sessel. Erst als sie aufgrund unabhängig hiervon auftretender Herzrhythmusstörungen in ein Krankenhaus verbracht werden musste, wurde dort das Dekubitalgeschwür entdeckt und therapiert, wozu acht Gewebeabtragungen notwendig waren und rund 14 Behandlungstage benötigt wurden. Zum Zeitpunkt der Verhandlung war die Wunde bis auf eine Größe von etwa 5cm Durchmesser verheilt.

Nach den gerichtlichen Feststellungen war der Angeklagte als Heimleiter vom Auftreten des Dekubitus bereits informiert, als dieser sich noch im ersten Stadium befand. Er zog aber trotz stetiger Verschlechterung der Wunde keinen Arzt hinzu. Nach der Überzeugung des Gerichts bewiesen Befund und Zustand des Dekubitus, dass spätestens ab dem Übergang von Stufe 2 zu Stufe 3 Behandlungsfehler erfolgt und gebotene regelmäßige Lagerungen unterlassen worden sind.

Der Angeklagte war in erster Instanz durch das Amtsgericht Pforzheim wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt war, verurteilt worden. Er hatte, ebenso wie die Staatsanwaltschaft, die eine höhere Bestrafung forderte, hiergegen Berufung eingelegt und strebte einen Freispruch an.

Das Landgericht änderte das amtsgerichtliche Urteil dahingehend ab, dass der Angeklagte wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu jeweils 10,- € verurteilt

²²⁶ PflR 2004, 563-568.

wurde.²²⁷ Hierbei berücksichtigte es zu Gunsten des Angeklagten, dass er noch nicht vorbestraft war, die Tat bereits zwei Jahre zurücklag, die Geschädigte einen Strafantrag nicht gestellt hatte und der Dekubitus auch durch das Verhalten der drei angestellten Pflegekräfte mitverursacht worden war. Zu seinen Lasten fiel ins Gewicht, dass die bleibenden Verletzungsfolgen nach Ansicht des Gerichts nicht mehr reversibel seien. Die Verhängung einer kurzzeitigen Freiheitsstrafe sah das Landgericht insbesondere aus dem Grund nicht als geboten an, dass der Angeklagte den Betrieb des Heimes bereits seit längerer Zeit aufgegeben hatte und nicht mehr beabsichtigte, in dieser Branche künftig erneut tätig zu werden.

Die gegen das Urteil eingelegte Revision blieb erfolglos.²²⁸

Die Entscheidung des Landgerichts betrifft einen Sachverhalt, der in dieser Deutlichkeit und Überschaubarkeit in der Praxis selten vorkommen dürfte. Die Geschädigte war nachweislich ohne jegliche Wundstellen in das Pflegeheim gekommen, war offenbar teilweise noch mobil und wies, wie der Formulierung der Urteilsgründe zu entnehmen ist, außer der insultbedingten Immobilität keine weiteren Dekubitusrisikofaktoren auf. Dennoch entwickelte sie in kurzer Zeit ein tiefreichendes Geschwür, dessen Verlauf offenbar durch Zeugenaussagen und Fotos gut nachvollzogen werden konnte. Aufgrund der geringen Anzahl an Heimbewohnern und Mitarbeitern sowie insoweit eindeutiger Angaben von Zeugen konnte das Gericht zudem nachweisen, dass der Angeklagte als Heimleiter über den konkreten Zustand des Dekubitus der Geschädigten jederzeit informiert war, aber dennoch keine adäquaten Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen traf und insbesondere die Zuziehung ärztlicher Hilfe unterließ.²²⁹ Damit konnten Kausalität und objektive Zurechnung des Pflegefehlers ohne erkennbare Schwierigkeiten bei der Beweisführung angenommen werden. In objektiver Hinsicht ist die Entscheidung des Landgerichts, eine Freiheitsstrafe nicht zu verhängen, auf Basis der Urteilsbegründung nachvollziehbar. Offen bleibt lediglich, weshalb von einer aktiven Tatbegehung ausgegangen wird – hierzu finden sich in der Entscheidung keine Ausführungen. Der geschilderte Tatbestand hätte nach m.E. die Auseinandersetzung mit der Frage, ob eine Begehung durch Unterlassen erfolgt ist, in den Urteilsgründen nahe gelegt, da der

²²⁷ Die Höhe der Tagessätze wurde damit begründet, dass der Angeklagte zum Zeitpunkt der Berufungsverhandlung von Sozialhilfe in Höhe von monatlich rund 300,- € netto lebte.

²²⁸ OLG Karlsruhe, Beschl. v. 06.09.2004, 1 Ss 84/04, Quelle: Beck-Online Pressedienst.

²²⁹ Hier unterscheidet sich der Sachverhalt durch die organisationsbedingte sichere Nachweisbarkeit der tagesaktuellen Kenntnis der Pflegedienstleitung vom Pflegezustand des Geschädigten entscheidungserheblich von dem Sachverhalt, der dem zuvor dargestellten Urteil des AG München zugrunde lag.

strafrechtliche Vorwurf insbesondere das Unterlassen regelmäßiger Umlagerungen sowie das nicht erfolgte Hinzuziehen eines Arztes betraf.²³⁰

e. Straferwartung und Einstellung

Zur Beurteilung der Rechtsfolgen im Fall der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus ist die Heranziehung der in diesem Zusammenhang bislang ergangenen und veröffentlichten Rechtsprechung nicht ausreichend. Eine Prognose kann nur ausgehend von den allgemeinen Grundsätzen der Strafverfolgung und den zu erwartenden Besonderheiten im medizinisch-pflegerischen Bereich erfolgen. Soweit bislang Einschätzungen zum Abschluss von Strafverfahren gegen Ärzte und Pflegepersonal in der Fachliteratur ersichtlich sind, fällt die Annahme einer hohen Einstellungsquote auf. Es wird davon ausgegangen, dass nur 5 % der Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen des Verdachts der Körperverletzung oder fahrlässigen Tötung mit einem Urteil enden.²³¹ Dem gegenüber stehen 85 – 90 % Einstellungen ohne Folgen gemäß § 170 Abs. 2 StPO, 1 – 2 % Einstellungen mit Auflagen nach § 153a StPO und wenige Strafbefehle.²³² In der Praxis bestätigte sich diese Einschätzung im Wesentlichen. So ergab die Untersuchung von 194 Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Düsseldorf gegen Ärzte, dass es in keinem Fall zur Anklageerhebung oder zum Erlass eines Strafbefehls und bei 10 % zur Einstellung nach §§ 153, 153a StPO gekommen war.²³³ Eine andere Studie verzeichnete bei der Auswertung von 410 Kunstfehlerverfahren in den Jahren 1964 bis 1982 einen Anteil von 12,7 % der Verfahren, die durch Strafbefehl oder Einstellung nach Zahlung einer Geldauflage erledigt wurden.²³⁴ Die hohe Quote informeller Sanktionierung dürfte mehrere Gründe haben: Einerseits das Bedürfnis, die strafrechtlichen Folgen nur in schweren Fällen medizinischer Behandlungsfehler anzuwenden,²³⁵ da strafrechtliche Urteile für medizinische Personal außer möglicher Stigmatisierungswirkungen auch zu berufsrechtlichen Konsequenzen führen können. Andererseits ist anzunehmen, dass die hohe Einstellungs-

²³⁰ Damit hätte nach §§ 13 Abs. 2, 49 Abs. 1 StGB eine fakultative Strafminderung bestanden.

²³¹ *Ulsenheimer*, S.1.

²³² *Ratajczak* in *Medizin und Strafrecht*, S. 15; *Stegers* ebd., S. 58; *Ulsenheimer*, *MedR* 1987, 207, 207; *Wenzel*, S. 743.

²³³ *Peters*, S. 43.

²³⁴ *Mallach/Schlenker/Weiser*, S. 19.

²³⁵ *Thomas* in *Medizin und Strafrecht*, S. 50: „Die Neigung, nach § 153a StPO zu verfahren, ist sehr groß... § 153a dient als Puffer für die rigide strafrechtliche Haftung des Arztes.“

quote wahrscheinlich auch aus den Beweisschwierigkeiten resultiert, die sich aufgrund der komplexen Zusammenhänge des menschlichen Körpers bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte im Strafverfahren ergeben.²³⁶

Sofern die Staatsanwaltschaft nach Abschluss der Ermittlungen den hinreichenden Tatverdacht als gegeben ansieht, zieht dies nicht zwangsläufig der Erhebung der öffentlichen Anklage nach sich. Das Strafrecht dient in heutiger Zeit in erster Linie dem Rechtsgüterschutz mit dem Ziel der Verhütung künftiger Straftaten,²³⁷ womit eine Abkehr vom früheren Vergeltungsgedanken erfolgt ist. Gerade in Verfahren gegen Angehörige helfender Berufe wird sich, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, zunächst die Einstellung nach §§ 153, 153a StPO anbieten, um die stigmatisierend wirkende Verurteilung durch eine mildere, aber präventiv ausreichende Einwirkung zu ersetzen. Zwar besteht nach den §§ 59 ff StGB noch die Möglichkeit der Verwarnung mit Strafvorbehalt, wenn der Beschuldigte eine Geldstrafe von nicht mehr als 180 Tagessätzen verwirkt hat, wobei die Wirkungen der Strafaussetzung zur Bewährung gleich kommen. Da diese Vorschrift in der Praxis allerdings von nur geringer praktischer Bedeutung ist,²³⁸ soll hierauf nicht näher eingegangen werden.

Nach den obigen Ausführungen²³⁹ kann davon ausgegangen werden, dass die schuldhaft Verursachung eines Dekubitus in der Praxis, sofern die Ermittlungen den hinreichenden Tatverdacht bestätigen können, zumeist den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung, ggf. der vorsätzlichen Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung erfüllen wird. Bei diesen Delikten, die der folgenden Straferwartungsprognose zugrunde gelegt werden, handelt es sich um Vergehen gemäß § 12 Abs. 2 StGB, womit §§ 153, 153a StPO formal anwendbar sind.

i. Einstellung gemäß § 153 StPO

Die folgenlose Einstellung gemäß § 153 StPO setzt lediglich das Bestehen einfachen Tatverdachts voraus, womit das Verfahren nicht ausermittelt werden muss.²⁴⁰ Zudem darf das Maß der Schuld nur gering sein, womit sie im Vergleich zu Vergehen gleicher Art nicht unerheblich unter dem Durchschnitt liegen muss, was im Wege einer Gesamtbetrachtung des gesamten Tatbildes, einschließlich aller

²³⁶ *Stegers* in *Medizin und Strafrecht*, S. 58.

²³⁷ *SK StGB-Rudolphi*, Vor § 1 Rn. 1 ff. m.w.N.

²³⁸ *Lang*, S. 28.

²³⁹ Vgl. zu den in Betracht kommenden Straftatbeständen unter *B.2.b*, ab S. 57.

²⁴⁰ *Meyer-Göfner*, § 153 Rn. 3.

subjektiven Momente und der Täterpersönlichkeit zu entscheiden ist.²⁴¹ Schließlich darf ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung nicht bestehen, wobei sich dieses in erster Linie anhand der Strafzwecke, namentlich spezial- oder generalpräventiver Gesichtspunkte, bestimmen lassen wird.²⁴² So wird eine Einstellung bei Wiederholungstätern,²⁴³ hohem Interesse der Allgemeinheit an der konkreten Straftat, bei außergewöhnlichen Tatfolgen²⁴⁴ oder zur Verhinderung weiterer Schäden für den Verletzten nicht in Betracht kommen.²⁴⁵ Unter diesen Voraussetzungen kann angenommen werden, dass die folgenlose Verfahrenseinstellung in Fällen der Pflegevernachlässigung nur bei nicht gravierenden Schäden, beispielsweise einem vor Verfahrensabschluss wieder verheilten Dekubitus, und nur bei geringem Verschulden des Beschuldigten in Betracht kommt, so etwa, wenn ein Dekubitus durch mehrere Pflegende verursacht wurde und der Verursachungsanteil des Betroffenen erkennbar gering ausfällt; zudem wird die sachgerechte Anwendung dieser verfahrensbeendenden Entscheidung voraussetzen, dass der Beschuldigte nicht erheblich vorbelastet und bereits durch die Durchführung des Ermittlungsverfahrens erkennbar beeindruckt und gewarnt ist.

ii. *Einstellung gemäß § 153a StPO*

Soweit hingegen ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht, kommt eine Einstellung gemäß § 153a Abs. 1 und 2 StPO durch Staatsanwaltschaft oder Gericht in Betracht. Diese Möglichkeit ist vorgesehen für Fälle der geringeren Kriminalität. Die Obergrenze bilden in der Praxis zumeist Taten, für die im Falle einer Verurteilung Freiheitsstrafe mit Bewährung bis zu acht oder neun Monaten zu verhängen wäre, soweit im Einzelfall eine gewichtige Auflage, insbesondere eine den Beschuldigten hart treffende Geldbuße, geeignet ist, das Strafverfolgungsinteresse zu beseitigen.²⁴⁶ Damit kommen auch Fälle aus dem Bereich der mittleren Schuld in Betracht,²⁴⁷ unter Umständen auch Fälle der fahrlässigen Tötung.²⁴⁸ Da es sich kriminalpolitisch um eine Variante der Strafaussetzung zur Bewährung handelt,²⁴⁹

²⁴¹ Schäfer, Rn. 14.

²⁴² LR-Rieß, § 153 Rn. 20 m.w.N.

²⁴³ Schäfer, Rn. 17.

²⁴⁴ BGHSt 10, 259.

²⁴⁵ Meyer-Gößner, § 153 Rn. 7.

²⁴⁶ Schäfer, Rn. 20.

²⁴⁷ Götting, S. 25.

²⁴⁸ Schäfer, Rn. 22; Meyer-Gößner, § 153a Rn. 8.

muss ein Maß an Wahrscheinlichkeit für die Annahme der Schuld erreicht werden, das auch die Erhebung der öffentlichen Klage rechtfertigen würde und somit dem hinreichenden Tatverdacht entspricht.²⁵⁰ Vereinzelt wird angemerkt, dass die Handhabung der Norm in der Praxis eher auf die Vermeidung von Prozessrisiken bzw. unerwünschter Freisprüche hinauslaufe, was sich nicht unbedingt vermeiden lasse und auch als legitim angesehen wird.²⁵¹

Sofern die Staatsanwaltschaft nach § 153a Abs. 1 StPO vorzugehen beabsichtigt, holt sie unter Bezeichnung der beabsichtigten Auflage die Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts und des Beschuldigten (sofern dieser verteidigt wird, erfolgt dies im Regelfall über direkten Kontakt zu seinem Verteidiger) ein und setzt eine Frist zur Erfüllung der Auflage. Sofern der Beschuldigte dieser rechtzeitig nachkommt, wird das Verfahren endgültig eingestellt, anderenfalls kann das Verfahren fortgesetzt werden. Ebenso kann das nach Anklageerhebung zuständige Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft gemäß § 153a Abs. 2 StPO verfahren.

Von den Auflagen und Weisungen, die § 153a StPO vorsieht, wird im Fall der schuldhaften Pflegevernachlässigung regelmäßig die Zahlung einer Geldauflage zu Gunsten der Staatskasse oder einer gemeinnützigen Einrichtung in Betracht kommen (Satz 2 Nr. 2), da die übrigen Alternativen eher bei vorliegend nicht einschlägigen Delikten oder Bestehen einer speziellen Täter-Opfer-Beziehung anzuwenden sind.²⁵² Da der Beschuldigte bei einer Einstellung nach § 153a StPO die Auslagen der Staatskasse nicht zu tragen hat, kann bei Entstehen größerer Auslagen (wie beispielsweise Gutachterkosten) hierin ein Motiv des Staatsanwalts bzw. Richters liegen, die Zahlung an die Staatskasse anzuordnen.²⁵³ Zwar besteht kein gesetzliches Höchstmaß für die Höhe der Auflage, doch bildet die Unzumutbarkeit bei offensichtlichem Missverhältnis zur Tatschuld oder zu den wirtschaftlichen Verhältnissen des Beschuldigten eine Grenze.²⁵⁴

Die Höhe einer etwaigen Geldauflage wird individuell festgesetzt und kann von einer Vielzahl von Faktoren abhängen. Grundsätzlich sollte eine grobe Orientierung an der Höhe der im Fall einer

²⁴⁹ *Meyer-Gofßner*, § 153a Rn. 2.

²⁵⁰ OLG Düsseldorf, VRS 68, 263, 266.

²⁵¹ *Lang*, S. 25/26; *Schäfer*, Rn. 13.

²⁵² Dies entspricht auch der generellen Handhabung in der weitaus meisten Zahl der Fälle: *Lang*, S. 27.

²⁵³ *LR-Beulke*, § 153a Rn. 56.

²⁵⁴ *Meyer-Gofßner*, § 153a Rn. 19.

Verurteilung zu erwartenden etwaigen Geldstrafe erfolgen,²⁵⁵ wobei in der Praxis durchaus auch andere Bemessungsgrundlagen vertreten werden: So wird einerseits angenommen, dass die Höhe der Geldauflage unter der zu erwartenden Geldstrafe bleiben muss, da die Schuld nicht formal festgestellt worden ist; andererseits soll vereinzelt auch die Ansicht bestehen, dass die Geldauflage als Ausgleich dafür, dass formal keine Strafe ausgesprochen wird, die Höhe einer zu erwartenden Geldstrafe deutlich übersteigen sollte.²⁵⁶

Für den Fall, dass der Beschuldigte eines Pflegefehlers von Beruf Arzt ist, kann eine grobe Orientierung auch an der durchschnittlichen Höhe von Geldauflagen in Arztstrafrechtverfahren erfolgen: So errechnete *Orben* in 43 Verfahren gegen Ärzte, die nach § 153a Abs. 1 StPO eingestellt wurden, eine durchschnittliche Höhe der Auflage von rund 3.200,- €²⁵⁷ Auf einen ähnlichen Betrag, nämlich rund 3.000,- € kommt *Peters* bei der Auswertung von 14 Verfahren gegen Ärzte, die nach Zahlung einer Geldbuße eingestellt wurden.²⁵⁸

In jedem Fall aber kann davon ausgegangen werden, dass eine Geldauflage der Höhe nach stark von der wirtschaftlichen Situation des Beschuldigten (in Bezug auf die Beteiligten der Fälle schuldhafter Pflegevernachlässigung vermutlich abgestuft in der Reihenfolge Arzt, Pflegedienstleitung, Pfleger) abhängen wird, da Staatsanwaltschaft und Gericht davon ausgehen müssten, dass die intendierte Verfahrenseinstellung anderenfalls mangels Zahlungsfähigkeit des Betroffenen nicht zu realisieren wäre.

iii. *Strafbefehl und Urteil*

Soweit eine Einstellung aus den vorgenannten Gründen nicht in Betracht kommt, wird die Staatsanwaltschaft bei Annahme des hinreichenden Tatverdachts gemäß § 170 Abs. 1 StPO Anklage erheben oder nach §§ 407 ff. StPO den Erlass eines Strafbefehls beantragen. Letzteres kommt in Betracht, wenn ein Vergehen vor dem Amtsgericht zu verhandeln wäre, nach dem Ergebnis der Ermittlungen eine Hauptverhandlung nicht für erforderlich erachtet wird (§ 407 Abs. 1 Satz 2 StPO) und eine höhere Strafe als 360 Tagessätze Geldstrafe oder (sofern der Beschuldigte im Verfahren durch einen Verteidiger vertreten ist) ein Jahr Freiheitsstrafe nicht zu verhängen sind. Das Strafbefehlsverfahren erspart dem Beschuldigten, der die vorläufige rechtliche Bewertung von Staatsanwaltschaft und Gericht

²⁵⁵ So etwa *Orben*, S. 12.

²⁵⁶ *Dahs*, NJW 1996, 1192.

²⁵⁷ *Orben*, S. 93.

²⁵⁸ *Peters*, S. 43.

teilt, die Durchführung der Hauptverhandlung im Lichte der Öffentlichkeit und reduziert seine Kosten.²⁵⁹ Sofern der Beschuldigte nicht binnen zwei Wochen nach Zustellung des Strafbefehls Einspruch einlegt, steht der Strafbefehl nach § 410 Abs. 3 StPO einem rechtskräftigen Urteil gleich.

Die Strafzumessung erfolgt nach der Strafdrohung des jeweiligen Gesetzes nach den Strafzumessungsgrundsätzen des § 46 StGB, der auf die Schuld des Täters aufbaut. Der BGH unterscheidet bei der Festsetzung der Strafzumessungsschuld als entscheidende Gesichtspunkte die Erfolgskomponente (Maß des Unrechts) von der Handlungskomponente (Maß der persönlichen Vorwerfbarkeit).²⁶⁰ Gegenstand der Strafzumessung sind somit Tat und Täter,²⁶¹ so dass Kriterien wie Schadenshöhe und Folgen der Tat für den Geschädigten ebenso von Bedeutung sind wie Beweggründe, Vorleben und Nachtatverhalten des Täters. Die konkrete Strafhöhe innerhalb des gesetzlichen Strafrahmens wird nach ständiger Rechtsprechung des BGH²⁶² nach dem Maß der Strafzumessungsschuld im sogenannten *Spielraum*, innerhalb dessen alle Strafhöhen noch schuldangemessen sind, durch den Tatrichter festgesetzt, wobei innerhalb des Spielraums Präventionszwecke berücksichtigt werden können.²⁶³

Die Straferwartung bei der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera kann somit aufgrund der Vielzahl einzelner Strafzumessungsgesichtspunkte nicht genau eingegrenzt werden; eine Annäherung ist aber zumindest möglich. So hängt die Straferwartung zunächst von der Art des verwirklichten Delikts ab, womit die fahrlässige Tötung vermutlich höher sanktioniert wird als die vorsätzliche Körperverletzung, und diese wiederum die Sanktion der fahrlässigen Körperverletzung überwiegen wird. Auch wenn der Rückschluss auf den jeweiligen Einzelfall damit nicht sicher möglich ist, können weitere Anhaltspunkte jedoch aus der generellen Strafpraxis entnommen werden, die sich in der Strafverfolgungsstatistik²⁶⁴ niederschlägt.

Hier ist ersichtlich, dass es im Jahr 2006 in 283 Fällen zu Verurteilungen wegen fahrlässiger Tötung (ohne Straßenverkehrsdelikte) gekommen ist, wobei in 62 % der Fälle Geldstrafen verhängt wurden,

²⁵⁹ Vgl. insoweit BVerfGE 25, 158, 164.

²⁶⁰ St. Rpsr., vgl. nur BGH NJW 1965, 2016; BGHSt 20, 264, 266; StrVert 1983, 102; 1986, 15, 1987, 387.

²⁶¹ Schönke/Schröder-*Stree*, § 46 Rn. 4 m.w.N.

²⁶² Vgl. BGHSt 7, 32; 20, 264; 24, 133; NStZ 1982, 464; MDR 1976, 941; NJW 1987, 2686.

²⁶³ Schäfer, Rn. 348.

²⁶⁴ Strafverfolgungsstatistik 2006, Statistisches Bundesamt, www.destatis.de. Die angegebenen Prozentzahlen sind auf ganze Ziffern gerundet.

von denen wiederum 63 % unter 90 Tagessätzen blieben.²⁶⁵ Soweit auf Freiheitsstrafe erkannt wurde, erfolgte in 87 % der Fälle die Aussetzung zur Bewährung. Im Bereich der fahrlässigen Tötung durch schuldhaft verursachte Pflegefehler dürfte damit grundsätzlich die Annahme zutreffen, dass im Falle des Schuldspruchs mit einer höheren Geldstrafe, etwa im Bereich von 90 bis 250 Tagessätzen,²⁶⁶ zu rechnen sein kann.

Nach der Strafverfolgungsstatistik²⁶⁷ kam es im Jahr 2006 wegen vorsätzlicher Körperverletzung in 31.340 Fällen im Geltungsbereich der StPO zu Verurteilungen, wovon es sich bei 24.789 Fällen um Geldstrafen handelte, die in 91 % unter 90 Tagessätzen blieben. Lediglich in 27 % der 6.550 verhängten Freiheitsstrafen wurde die Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt.

Im Bereich der fahrlässigen Körperverletzung (ohne Straßenverkehrsdelikte) kam es im selben Jahr zu 3.963 Verurteilungen, wobei es sich nur in 4 % um Freiheitsstrafen handelte. Die Geldstrafen verblieben in 98 % unter der Grenze von 90 Tagessätzen.

Ulsenheimer und *Wenzel* gehen im Bereich der fahrlässigen Körperverletzung im Medizinstrafrecht allgemein von einer Straferwartung von etwa 30 bis 90 Tagessätzen aus,²⁶⁸ während *Schäfer*²⁶⁹ bei groben ärztlichen Kunstfehlern mit erheblichen verbleibenden Beeinträchtigungen eine Straferwartung von Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, ausgesetzt zur Bewährung, prognostiziert. In vergleichender Betrachtung mit der generellen Sanktionspraxis ist für die Straferwartung in Dekubitusfällen u.a. aufgrund der zumeist krankheitsbedingt oftmals bereits zuvor eingeschränkten Lebensqualität und – erwartung der Geschädigten sowie der zumeist gegebenen strafrechtlichen Unvorbelastetheit der Beschuldigten dieser Berufsgruppen allerdings m.E. anzunehmen, dass die zu erwartende Strafe bei

²⁶⁵ Wegen der Regelung des §32 Abs. 2 Nr. 5a, b BZRG, nach der Verurteilungen von bis zu 90 Tagessätzen Geldstrafe oder 3 Monaten Freiheitsstrafe nicht in das „private“ polizeiliche Führungszeugnis aufgenommen werden (sofern im Register keine weitere Strafe eingetragen ist) und der Betroffene somit sich gegenüber Dritten weiterhin als „nicht vorbestraft“ bezeichnen kann, ist diese Grenze in der Praxis der Strafverteidigung regelmäßig von erheblicher Bedeutung.

²⁶⁶ Entsprechend der Prognose für den Bereich der Medizinschadensfälle allgemein von *Ulsenheimer*, Rn. 506 – 509; so auch *Wenzel*, der von einer Straferwartung von 60 bis 250 Tagessätzen ausgeht (S. 761).

²⁶⁷ Vgl. Rn. 264.

²⁶⁸ *Ulsenheimer*, Rn. 506 – 509; *Wenzel*, S. 761.

²⁶⁹ *Schäfer*, Rn. 661.

Annahme vorsätzlicher Körperverletzung selten über 90 Tagessätze hinausgehen und bei fahrlässiger Körperverletzung in der Regel unter 60 Tagessätze verbleiben dürfte.

iv. Nebenfolgen

Sofern der Beschuldigte Arzt oder Angehöriger eines Pflegeberufs ist, und wegen eines im Rahmen seiner Berufsausübung begangenen Pflegefehlers verurteilt wird,²⁷⁰ kann zudem nach § 70 StGB ein Berufsverbot verhängt werden.²⁷¹ Bei dieser besonders belastenden Sanktionsmöglichkeit handelt es sich um eine Maßnahme der Besserung und Sicherung. Bei Verstoß gegen das Berufsverbot droht die Strafbarkeit nach § 145c StGB. Der praktische Anwendungsbereich ist allerdings gering, da an die Verhängung eines Berufsverbots mit Blick auf das Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG hohe Anforderungen gestellt werden.²⁷² So muss die Straftat in einem inneren Zusammenhang mit der Berufsausübung und nicht nur bei Gelegenheit der Berufsausübung begangen worden sein.²⁷³ Zudem muss bei Gesamtwürdigung von Tat und Täter die Gefahr der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten der bezeichneten Art bei weiterer Ausübung des Berufs bestehen.²⁷⁴ Während diese Prognose nach der Rechtsprechung nicht allein schon durch Verwirklichung vorsätzlicher und fahrlässiger Körperverletzungen im Rahmen medizinischer Behandlungsfehler sicher zu treffen ist,²⁷⁵ wurden solche Gefahren hingegen in Fällen bejaht, in denen ein Anästhesist bzw. eine Krankenschwester an ihrer Arbeitsstelle Opiate entwendeten,²⁷⁶ einem Arzt über Jahre hinweg begangene Abrechnungsmanipulationen vorgeworfen wurden²⁷⁷ oder in direktem Zusammenhang mit der Berufsausübung

²⁷⁰ Dem Urteil steht insoweit der rechtskräftige Strafbefehl gleich. Die Anordnung des Berufsverbotes kann zudem erfolgen, wenn ein Urteil nur aufgrund fehlender oder nicht auszuschließender Schuldfähigkeit nicht erlassen werden konnte.

²⁷¹ Bei der Annahme dringender Gründe für die Anordnung des Berufsverbots mit dem Schuldspruch und Vorliegen von Wiederholungsgefahr kann das Berufsverbot zudem nach § 132a StPO bereits während des Ermittlungsverfahrens angeordnet werden.

²⁷² Vgl. BVerfGE 66, 337, 353.

²⁷³ Schönke/Schröder-*Stree*, § 70 Rn. 6.

²⁷⁴ *Fischer*, § 70 Rn. 7.

²⁷⁵ BGH NStZ 2004, 442.

²⁷⁶ OLG Frankfurt, NStZ-RR 2001, 16-17; OLG Hamburg, NJW 1955, 1568.

²⁷⁷ OLG Koblenz, wistra 1997, 280; AG Bochum, MedR 1988, 161-162.

erfolgte sexuelle Übergriffe festgestellt wurden.²⁷⁸ Bei der Übertragung dieser Wertungen auf die schuldhafte Verursachung von Dekubitalulzera kommt die Anordnung eines Berufsverbots gegen Ärzte oder Pflegepersonal somit nur im Ausnahmefall in Betracht, wenn dringende Gründe für die Annahme bestehen, dass der Beschuldigte unbeeindruckt von Ermittlungsverfahren bzw. Urteil seine Verhaltensweise nicht ändern wird und somit die konkrete weitere Gefährdung des Geschädigten oder anderer durch den Beschuldigten betreuter Pflegebedürftiger zu erwarten ist. Eine solche Prognose könnte vornehmlich in solchen Fällen gestellt werden, in denen pflegerische Leistungen wie Dekubitusprophylaxe oder –therapie über einen längeren Zeitraum oder in einer Vielzahl von Fällen zwar abgerechnet, aber nicht durchgeführt worden sind und somit neben der bewussten Schädigung oder Gefährdung der Pflegebedürftigen erschwerend eine betrügerische Handlung festzustellen ist.

3. *Zivilrechtliche Relevanz*

Die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus kann zivilrechtliche Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche nach sich ziehen. Diese können aus vertraglicher Haftung (§§ 280 ff. BGB) ebenso wie aus deliktischer Haftung (§§ 823 ff. BGB) resultieren.²⁷⁹ Beide Ebenen schließen einander nicht aus, so dass Haftungsansprüche insbesondere des Geschädigten gegen den Behandlungsträger aus der einen ebenso wie der anderen Ordnung nebeneinander bestehen können.²⁸⁰ Vertragliche Haftungsbeziehungen knüpfen an die im Krankenhaus- oder Pflegevertrag vereinbarte Behandlungs- und Pflegeleistung an, während deliktische auf die vom Behandelnden bzw. Pflegenden faktisch in Anspruch genommene Garantenstellung zurückgehen. Für die Krankenbehandlung einschließlich der Vor- und Nachsorge sind vertraglicher und deliktischer Schutz prinzipiell identisch.²⁸¹ Die Sorgfaltsanforderungen sind gleich und auch in beweisrechtlicher Hinsicht strebt der Bundesgerichtshof möglichst die Gleichstellung an.²⁸² Frühere Unterschiede in Haftungsumfang (besonders bedeutsam war, dass Schmerzensgeld nach §§ 253, 847 BGB a.F. nur auf deliktischer Grundlage gefordert werden konnte)

²⁷⁸ Vgl. die Entscheidung BGH NStZ 2002, 198 zum Berufsverbot eines Lehrers.

²⁷⁹ Darüber hinaus mögliche Haftungstatbestände wie Geschäftsführung ohne Auftrag sollen im Folgenden nicht näher behandelt werden, da sie für die vorliegende Untersuchung nicht von weiterer Bedeutung sind.

²⁸⁰ *Steffen*, Rn. 1 ff.

²⁸¹ BGH VersR 1985, 1068, 1069; 1988, 1273; 1991, 1058.

²⁸² *Steffen*, Rn. 4.

und Verjährung sind durch die Reformen des Schuld- und Schadensrechts in den Jahren 2001 und 2002 weitgehend beseitigt worden. Zwar besteht nunmehr aufgrund der Regelung des § 280 Abs. 1 S. 2 BGB im Bereich der Vertragsverletzung eine Beweisvermutung für das Vertretenmüssen des Schuldners, doch wirkt sich diese Regelung im Bereich des Medizinrechts kaum aus, da der Fall, dass das Gericht einen Behandlungsfehler festgestellt, das Verschulden des Behandelnden aber nicht als bewiesen angesehen hat, bislang praktisch nicht vorgekommen ist.²⁸³ Hierbei dürfte die Anwendung auf den seltenen Fall des entschuldigenden Irrtums beschränkt sein, womit sich zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung keine beweisrechtlichen Unterschiede ergeben sollten,²⁸⁴ weshalb vorliegend die Haftungsvoraussetzungen und –folgen gemeinsam dargestellt werden.

a. Haftungsvoraussetzungen

Die zivilrechtliche Haftung soll dem Patienten Schadenslasten aus Qualitätsmängeln der Behandlung abnehmen,²⁸⁵ wobei die Besonderheit besteht, dass die Behandlung der jeweils individuellen Organismen aufgrund der biologisch und medizinisch vorgegebenen Unterschiede und Grenzen nicht immer das Erreichen des angestrebten Ziels garantieren kann. Es besteht somit ein behandlungsspezifisches Fehlschlagsrisiko, weshalb der Behandelnde grundsätzlich nicht den gewünschten Erfolg, sondern nur die sachgerechte Behandlung schuldet.²⁸⁶ Der Misserfolg der Behandlung ist somit durchweg kein Beweis für schlechte Behandlungsqualität und auch die Feststellung eines Behandlungsfehlers erlaubt nicht grundsätzlich den Schluss, dass er sich in der Schädigung des Betroffenen ausgewirkt hat, da jeder Organismus anders auf den Fehler reagiert.²⁸⁷

i. *Pflichtverletzung und Schaden*

Als erste Haftungsvoraussetzungen bedarf es daher einer Pflichtverletzung und des Auftretens eines Schadens.

²⁸³ Palandt-*Heinrichs*, § 280 Rn. 42.

²⁸⁴ *Deutsch*, Rn. 137 f.

²⁸⁵ *Steffen*, Rn. 128.

²⁸⁶ Vgl. OLG Karlsruhe, VersR 1996, 62.

²⁸⁷ St. Rspr.; vgl. nur BGH, VersR 1980, 428; 1987, 1089; 1988, 1031; 1991, 467.

Der materielle Schaden²⁸⁸ wird nach der sog. Differenzhypothese festgestellt, wonach der Vermögensstand vor und nach dem schädigenden Ereignis verglichen wird. Hierbei sind zwei Kausalverläufe zu ermitteln, nämlich einerseits die tatsächliche Abfolge der Ereignisse, der andererseits die hypothetische Situation bei Hinwegdenken des Behandlungsfehlers gegenübergestellt wird.²⁸⁹

Zur Feststellung einer Pflichtverletzung ist zunächst zu bestimmen, welche Pflichten dem Behandelnden obliegen. Die Hauptpflichten im Rechtsverhältnis zwischen Patient und Behandelndem sind die sorgfältige Anamnese, Untersuchung, die Erhebung von Befunden und Diagnose ebenso wie die korrekte medizinische Behandlung und Dokumentation derselben.²⁹⁰ Vom Pflegepersonal kann der Pflegebedürftige in Bezug auf die Dekubitusgefahr die Erhebung einer Risikoeinstufung, die Einleitung und Durchführung (ggf. nach ärztlicher Veranlassung) von Prophylaxe- und erforderlichenfalls Therapie-maßnahmen sowie die sorgfältige Dokumentation dieser Pflichten erwarten.²⁹¹ Konkretisierend hat das OLG Düsseldorf in einer Entscheidung im Jahr 2004 festgestellt, dass es sicher zu den aufgrund des Pflegevertrags übernommenen Aufgaben eines Heimträgers gehört, bettlägerige oder in ihrer Mobilität eingeschränkte Pflegebedürftige, bei denen erfahrungsgemäß wegen des ständigen Drucks auf bestimmte Körperstellen stets die Gefahr der Entstehung von Dekubitalgeschwüren besteht, durch sachgerechte pflegerische Betreuung - insbesondere Umlagern und Wenden - zu schützen.²⁹²

Die Pflichtverletzung besteht im Abweichen vom Standard der medizinischen (resp. pflegerischen) Wissenschaft.²⁹³ Hierbei handelt es sich um die Sorgfalt, die der Behandelnde vernünftigerweise anzuwenden hat, um Schädigungen anderer zu vermeiden.²⁹⁴ Abgestellt wird hierbei nicht auf die im Verkehr übliche, sondern auf die gegenüber der Gefahr erforderliche Sorgfalt,²⁹⁵ da im Bürgerlichen Gesetzbuch kein individueller, sondern ein auf die allgemeinen Verkehrsbedürfnisse ausgerichteter objektiv-abstrakter Sorgfaltsmaßstab besteht.²⁹⁶ Es kommt daher nicht darauf an, welche Fähigkeiten,

²⁸⁸ Zum immateriellen Schaden (Schmerzensgeld) vgl. unter *B.3.b*, S. 105.

²⁸⁹ *Deutsch*, Rn. 329.

²⁹⁰ *Laufs/Uhlenbruck-Uhlenbruck*, § 44 Rn. 2.

²⁹¹ Vgl. BGH, NJW 1986, 2365 ff.

²⁹² OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.06.2004, Az. 15 U 160/03, PflR 2005, 62-71.

²⁹³ OLG Stuttgart, VersR 1988, 1137; OLG Düsseldorf, VersR 1988, 1298.

²⁹⁴ *Gehrlein*, S. 32.

²⁹⁵ BGHZ 8, 138, 140.

²⁹⁶ BGH, NJW 2000, 2812, 2813; NJW 2001, 1786 f. für das Arzthaftungsrecht.

Möglichkeiten und Ressourcen dem Pflegenden und der Institution, für die er tätig ist, zustanden. Maßstab für das Verschulden ist vielmehr, welche Sorgfalt von einem gewissenhaften Arzt oder Pfleger in der betroffenen Behandlungssituation nach dem anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden muss.²⁹⁷ Maß und der Umfang der von ihm zu verlangenden Sorgfalt bestimmen sich dabei nach der Größe der übernommenen Gefahr und sind weitgehend abhängig von der Verkehrserwartung.²⁹⁸ Auf fehlende Ausbildung und Erfahrung, personale und sachliche Engpässe sowie Erschöpfung des Budgets kann dabei grundsätzlich keine Rücksicht genommen werden.²⁹⁹ So führt das OLG Düsseldorf in der vorbenannten Entscheidung³⁰⁰ zutreffend aus: „Die Erwartungen, die solche [gemeint sind im Alltag allein nicht mehr zurechtkommende] Patienten an ein Pflegeheim stellen, laufen berechtigterweise darauf hinaus, dass ihre körperliche Integrität und Gesundheit, soweit sie sich mit pflegerischen Mitteln überhaupt bewerkstelligen bzw. erhalten lässt, erhalten bleibe. Allein daran und nicht etwa an den möglicherweise fehlenden Ressourcen eines Pflegeheims ist der geschuldete Pflegestandard zu messen.“ Somit sind lediglich die allgemeinen Grenzen des Systems der Krankenversorgung, auch der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit vor dem Hintergrund des Postulats der Beitragsstabilität zu beachten, so dass beispielsweise die Beschränkung auf die weniger aufwändige Alternative und der Verzicht auf Perfektion einer diagnostischen Abklärung bei minimalen therapeutischen Konsequenzen hinzunehmen sind.³⁰¹

Die anzuwendende Sorgfalt richtet sich nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung,³⁰² wobei Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zwar keine rechtliche Bindungswirkung zukommt, sie aber Wegweiser für den medizinischen Standard

²⁹⁷ Steffen, Rn. 133 m.w.N.

²⁹⁸ BGH, NJW 1991, 1537.

²⁹⁹ Vgl. BGHZ 113, 197; BGH, NJW 2001, 1786; 2003, 2311; OLG Düsseldorf, VersR 2004, 1563; OLG Naumburg, VersR 2004, 1460.

³⁰⁰ Siehe Fn. 292.

³⁰¹ Steffen, Rn. 134 ff.

³⁰² BGH, NJW 1983, 2080; OLG Hamm, VersR 1994, 1476; OLG Düsseldorf, VersR 1996, 755; OLG München, VersR 1998, 195; 1998, 588; OLG Frankfurt/M., VersR 1998, 1378; OLG Koblenz, VersR 2000, 230; OLG Hamm, NJW 2000, 1509; OLG Köln, VersR 2004, 166.

sind, von dem abzuweichen besonderer Rechtfertigung bedarf.³⁰³ Zwar wird nicht das neueste Therapiekonzept und die modernste apparative Ausstattung verlangt,³⁰⁴ doch können beispielsweise Therapiemethoden, die veraltet sind oder nicht den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen, fehlerhaft sein.³⁰⁵ Das ärztliche und pflegerische Personal muss über die für selbständiges Arbeiten erforderliche fachliche und charakterliche Qualifikation verfügen,³⁰⁶ und es muss sichergestellt sein, dass Pflegepersonal nicht eigenmächtig ärztliche Entscheidungen trifft oder diese übertragen bekommt.³⁰⁷ Soweit Anweisungen für die Behandlungspflege notwendig sind, fallen diese in die Zuständigkeit des behandelnden Arztes und er ist dem Patienten insoweit auch für die pflegerische Betreuung mitverantwortlich.³⁰⁸ Schließlich muss das Pflegepersonal ausreichend instruiert sein, ab welchem Ausmaß es bei einer Zustandsverschlechterung des Pflegebedürftigen den Arzt hinzuzuziehen hat.³⁰⁹

Dokumentationsmängel stellen zwar in der Regel keinen eigenständigen Anknüpfungspunkt für eine vertragliche oder deliktische Haftung dar,³¹⁰ können aber eine Haftung begründen, wenn aufgrund ihres Fehlens eine unnötige Diagnoseuntersuchung, Therapie oder eine Übertherapie erfolgt ist oder sie zu Kontraindikationen führten.³¹¹

Nach diesen Grundsätzen stellt sich die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus dann als Pflichtverletzung dar, wenn Risikoeinschätzung oder Prophylaxe seitens des Pflegepersonals unterblieben oder fehlerhaft erfolgt sind oder eigenmächtig, d.h. ohne die Hinzuziehung ärztlichen Rates, eine Behandlung durchgeführt wurde, die sich als inadäquat herausstellte. Ebenso ist die verspätete Hinzuziehung eines Arztes durch das Pflegepersonal als Pflichtverletzung zu werten.

³⁰³ BGH, NJW 2000, 1784 (Impfempfehlung); BGH, NJW 1987, 2937 (Mutterschaftsrichtlinien); OLG Hamm, VersR 2000, 1373 (Leitlinien der BÄK für Wiederbelebung und Notfallversorgung); vgl. allgemein OLG Hamm, VersR 2002, 857; *Steffen*, Rn. 150a, b.

³⁰⁴ BGHZ 102, 17; OLG Hamm, VersR 2000, 1509.

³⁰⁵ Vgl. *Laufs/Uhlenbruck-Uhlenbruck*, § 55 Rn. 2.

³⁰⁶ BGH, NJW 1978, 1631; 1979, 1935; 1981, 628.

³⁰⁷ BGH, NJW 1996, 2429; OLG München, VersR 1997, 977.

³⁰⁸ BGH, NJW 1984, 1400, 1402.

³⁰⁹ OLG Stuttgart, NJW 1993, 2384 ff.

³¹⁰ BGH, NJW 1988, 2949; NJW 1993, 2375; OLG Köln, VersR 1990, 856.

³¹¹ *Steffen*, Rn. 462.

Auch gegenüber dem behandelnden Arzt können Fehlervorwürfe entstehen, so etwa bei ungerechtfertigt unterlassener oder fehlerhaft durchgeführter Behandlung eines Druckgeschwürs. Auch kann sich die verspätete Krankenhauseinweisung des Pflegebedürftigen durch den ambulant behandelnden Arzt im Falle notwendiger stationärer Therapie, wie beispielsweise chirurgischer Intervention, als behandlungsfehlerhaft herausstellen.

Unerheblich für den Haftungseintritt ist bei allen Pflichtverletzungen, ob diese auf einer Fehleinschätzung, mangelnder Qualifikation und Erfahrung der Täter oder unzureichender materieller und personeller Ausstattung der Pflegeinstitution bzw. der behandelnden Einrichtung beruhen.

ii. *Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden*

Die Haftung für eine Pflichtverletzung kommt erst dann in Betracht, wenn feststeht, dass diese ursächlich für einen Schaden des Betroffenen war. Der Eintritt eines Schadens an sich beweist nicht, dass Pflege und Behandlung fehlerhaft erfolgt sind. Der Beweis der haftungsbegründenden Kausalität ist grundsätzlich von dem Anspruchsteller nach der Beweisregel des § 286 ZPO zu führen;³¹² entsprechend der Grundregel, dass jede Partei im Zivilprozess die Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen einer ihr günstigen Rechtsnorm trägt, sofern nicht Ausnahmen im Form einer Beweiserleichterung eingreifen.³¹³

Soweit vorgebracht wird, dass neben der durch die Pflichtverletzung *unmittelbar* erfolgten gesundheitlichen Schädigung weitere Beschwerden oder Schäden eingetreten sind, gehört diese Weiterentwicklung der Schädigung zur haftungsausfüllenden Kausalität und ist ebenfalls vom Anspruchsteller zu beweisen,³¹⁴ wobei Beweiserleichterungen hier nur im Ausnahmefall in Betracht kommen, etwa wenn der eingetretene Sekundärschaden eine typische Folge der Primärverletzung darstellt.³¹⁵ Im Fall der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus kann die haftungsausfüllende Kausalität beispielsweise Bedeutung erlangen, wenn vorgebracht wird, dass der Pflegebedürftige durch den Dekubitus eine Sepsis erlitten und hierbei Folgeschäden an inneren Organen davongetragen hat.

³¹² BGH, NJW 1994, 1594.

³¹³ Zu Ausnahmen hierzu siehe unter *B.3.a.iv*, S. 90.

³¹⁴ *Gehrlein*, Rn. 112 ff. m.w.N.

³¹⁵ BGH, NJW 1988, 2948.

iii. Verschulden

Als weitere Haftungsvoraussetzung ist das Verschulden des Behandelnden erforderlich. Eine Gefährdungshaftung ist dem Medizinrecht fremd,³¹⁶ da nur das Einschreiten für Unrecht, nicht für Unglück erfolgen soll.³¹⁷ Das Verschulden richtet sich nach der Regelung des § 276 BGB, die bestimmt, dass der Schuldner grundsätzlich vorsätzliche und fahrlässige Handlungen zu vertreten hat,³¹⁸ wobei die vorsätzliche Begehungsweise in der Rechtspraxis nicht im Vordergrund steht.³¹⁹ Die gelegentlich vertretene Auffassung, dass im Rahmen medizinischer Behandlungen nur für grobe Fahrlässigkeit gehaftet werden solle,³²⁰ konnte sich nicht durchsetzen. Eine Haftungsbeschränkung auf die Fälle grober Fahrlässigkeit, die etwa im Rahmen eines Behandlungs- oder Pflegevertrags erfolgen könnte, wird regelmäßig unwirksam sein, da der Betroffene im Krankheits- oder Pflegefall oftmals keine Auswahlmöglichkeit hinsichtlich des Leistungserbringers hat und diesem der Abschluss einer Haftpflichtversicherung auch für Fälle des leichten Verschuldens regelmäßig zuzumuten ist.³²¹ Das Verschulden des Behandelnden wird, sofern vertragliche Ansprüche geltend gemacht werden, nach § 280 Abs. 1 S. 2 BGB vermutet, während es bei Geltendmachung deliktischer Ansprüche bis auf die Ausnahme von Fällen voll beherrschbaren Risikos weiterhin nachzuweisen ist,³²² wobei sich dies aber nach den vorstehenden Ausführungen³²³ in der Rechtspraxis kaum auswirken sollte.

iv. Beweiserleichterungen

Wie bereits ausgeführt, trägt grundsätzlich der Patient bzw. Pflegebedürftige, sofern er fehlerhaftes Handeln vermutet, den Nachweis dafür, dass die Behandlung bzw. Pflege nicht dem medizinischen Standard entsprach, dadurch seine Gesundheitsverletzung verursacht wurde und der Schaden bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt vermieden worden wäre. Soweit der Vorwurf ein Unterlassen

³¹⁶ *Deutsch*, Rn. 140.

³¹⁷ *Laufs*, Unglück und Unrecht, S. 1 ff.

³¹⁸ Zu den insoweit gleichen Anforderungen an Vorsatz und Fahrlässigkeit vergleiche unter *B.2.a.iv*, S. 52.

³¹⁹ *Deutsch*, Rn. 142.

³²⁰ Vgl. *Rabel*, S. 75.

³²¹ OLG Stuttgart, NJW 1979, 2355.

³²² *Palandt-Sprau*, § 823 Rn. 164.

³²³ Vgl. unter *B.3*, ab S. 84.

betrifft, hat er zu beweisen, dass die Vornahme der geforderten Handlungen dem Stand der Wissenschaft entsprach und seine Gesundheitsschädigung bei Anwendung dieser Maßnahmen verhindert worden wäre.³²⁴ Seine Beweislast erstreckt sich somit auf den Behandlungsfehler, die körperliche Beeinträchtigung und die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Körperschaden.³²⁵ Erschwerend wirkt sich hierbei allerdings aus, dass dem Patienten bzw. Pflegebedürftigen oftmals ein Einblick in die Tätigkeit des Behandelnden bzw. Pflegenden nicht oder nur begrenzt möglich ist, während jener oftmals vor der Problematik steht, dass die Zustandsverschlechterung des Patienten bzw. Pflegebedürftigen zwar auf sein Fehlverhalten hindeutet, aufgrund der Unberechenbarkeit des lebenden Organismus bisweilen aber auch schicksalhaft eintreten kann.³²⁶ Um die insoweit entstehenden Ungerechtigkeiten auszugleichen, ist im Einzelfall unter dem Gesichtspunkt der „Waffengleichheit“³²⁷ zu prüfen, ob die regelmäßige Beweislastverteilung dem Patienten nach alledem noch zugemutet werden darf.³²⁸ Vor diesem Hintergrund hat die Rechtsprechung bestimmte Fallgruppen herausgebildet, in denen Patienten Beweiserleichterungen zugute kommen. Hierbei handelt es sich um voll beherrschbare Risiken, Unzugänglichkeiten bei der Erhebung oder Sicherung von Kontrollbefunden, grobe Behandlungsfehler, Dokumentationsversäumnisse und den sog. Anscheinsbeweis (*prima-facie*-Beweis).³²⁹ Da in Bezug auf die vorliegende Untersuchung lediglich die beiden letztgenannten Fallgruppen von Bedeutung sind, werden sie im Folgenden in Zusammenhang mit den bislang zur Dekubitusproblematik ergangenen gerichtlichen Entscheidungen näher dargestellt.

³²⁴ BGH, NJW 1980, 1333; 1987, 1482; 1987, 2293; 1988, 1513; 1988, 2949; 1991, 1540; 1991, 1541; 1994, 1595; 1995, 1618; 1999, 860.

³²⁵ BGH, NJW 1988, 2949; 1987, 1482.

³²⁶ BGH, NJW 1978, 681.

³²⁷ BGH, NJW 1978, 1682.

³²⁸ BVerfG, NJW 1979, 1926; BGH, NJW 1971, 241.

³²⁹ Eingehend zu allen Beweiserleichterungen: *Deutsch*, Rn. 379 ff.; *Laufs/Uhlenbruck-Laufs*, §§ 107-111.

a) *Grober Behandlungsfehler*

Dem groben Behandlungsfehler kommt in der Praxis des Medizinrechts eine hohe Bedeutung zu.³³⁰ Der Patient kann durch diese Beweiserleichterung vom Nachweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den Schaden befreit werden.

Ein grober Behandlungsfehler setzt einen Verstoß gegen bewährte elementare Behandlungsregeln, gegen gesicherte grundlegende Erkenntnisse der Medizin voraus. Es muss um Fehler gehen, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen.³³¹ Dieser Fehler kann aus allen Bereichen, wie Organisation, Diagnose und Behandlung, Befunderhebung und –sicherung stammen.³³² Auszugehen ist im Rahmen dieser Wertung von dem vorauszusetzenden Behandlungsstandard, wobei eine Gesamtbetrachtung des Geschehens unter Berücksichtigung der konkreten Umstände vorzunehmen ist.³³³

Die Entscheidung, ob ein grober Behandlungsfehler vorliegt, ist eine juristische Wertung und obliegt somit dem Richter,³³⁴ wobei aber die gutachterliche Stellungnahme des Sachverständigen eine ganz wesentliche Rolle spielt, da sich der Richter auf eine medizinische Sachlage stützen muss, die sich in aller Regel erst aus der fachlichen Bewertung des Sachverständigen ergibt.³³⁵

Aufgrund der gebotenen objektiven Sichtweise handelt es sich bei den Beweiserleichterungen, die die höchstrichterliche Rechtsprechung gewährt, um keine Sanktion für besonders schweres Fehlverhalten, sondern um eine Verschiebung der Beweislast aus dem Prinzip des Grundsatzes der „Waffengleichheit“ im Zivilverfahren, wenn die Aufklärung des Behandlungsgeschehens aufgrund des Gewichts des Behandlungsfehlers und seiner Bedeutung für die Behandlung in besonderer Weise erschwert ist, so dass der Arzt nach Treu und Glauben dem Patienten den vollen Kausalitätsbeweis nicht mehr zumuten

³³⁰ Laufs/Uhlenbruck-*Laufs*, § 110 Rn. 1.

³³¹ St. Rspr., vgl. BGH, NJW 1992, 754; VersR 1993, 1019; NJW 1995, 778; 1996, 2428; 1997, 798; 1998, 818; 1998, 1780; 1998, 1782; 1999, 862; 2001, 2792; 2001, 2795; OLG Köln, VersR 1991, 689; OLG Stuttgart, VersR 1994, 1306.

³³² Palandt-*Sprau*, § 823 Rn. 162 m.w.N.

³³³ BGH, NJW 1988, 511; 1998, 1782; 1999, 860.

³³⁴ BGH, NJW 1978, 2337; 1996, 2428; 2001, 2792.

³³⁵ BGH, NJW 1997, 798; 1998, 818; 1998, 1782; 2001, 2791.

kann.³³⁶ Somit muss der Fehler nicht unbedingt die Schädigung nahe legen oder sie wahrscheinlich machen,³³⁷ er muss nur die Aufklärung des Behandlungsverlaufs besonders erschweren und zur Herbeiführung der Schädigung geeignet sein.³³⁸

Die Rechtsprechung hat in zahlreichen Entscheidungen einzelne fehlerhafte Handlungen bzw. Unterlassungen als grob qualifiziert;³³⁹ hierunter finden sich Einzelfälle, die auch für die Prävention, Diagnose und Therapie eines Dekubitus relevant werden können. So kann die Verkennung einer Wundinfektion oder die Verzögerung der gebotenen antibiotischen Therapie grob fehlerhaft sein,³⁴⁰ gerade wenn das Krankheitsbild einer Sepsis vor genauer Abklärung durch Schmerzmittel und fiebersenkende Medikation verschleiert wird.³⁴¹ In einem ähnlichen Fall wurde trotz starker analgetikaresistenter Rückenschmerzen lediglich die Analgesie verstärkt, ohne die Ursache abzuklären, woraufhin es aufgrund eines Epiduralabszesses letztlich zu einer Parese beider Beine kam.³⁴² Diese Wertungen könnten auf infizierte Dekubitalulzera übertragen werden, die vom behandelnden Arzt nicht entdeckt oder mangels entsprechender Fachkenntnis nicht als gefährlich eingestuft und inadäquat therapiert werden. Auch die organisatorischen Vorkehrungen können als grob fehlerhaft eingestuft werden, so etwa bei unzureichend besetzten Stationen³⁴³ und bei verspäteter oder unterlassener Hinzuziehung des Arztes durch das nichtärztliche Personal.³⁴⁴ Diese Konstellationen könnten im Bereich der schuldhaften Pflegevernachlässigung bei mangelhafter personeller Ausstattung von Pflegeeinrichtungen und der möglicherweise bestehenden Praxis der eigenmächtigen Versorgung neu aufgetretener Dekubitalulzera Bedeutung erlangen.

³³⁶ *Gehrlein*, Rn. 137.

³³⁷ BGHZ 85, 212, 216 ff.; VersR 1986, 366; 1994, 1067; NJW 1988, 2949.

³³⁸ BGH, VersR 1997, 315; 1997, 362; 2000, 1146; 2004, 2011.

³³⁹ Ein ausführlicher Überblick hierzu findet sich bei *Steffen*, Rn. 524 ff.

³⁴⁰ OLG Düsseldorf, VersR 1998, 55.

³⁴¹ BGH, VersR 1985, 886.

³⁴² OLG Düsseldorf, VersR 2005, 117.

³⁴³ BGH, NJW 1994, 1594; NJW 1996, 1016; OLG Düsseldorf, VersR 1986, 659; OLG Hamm, VersR 1994, 729.

³⁴⁴ OLG Oldenburg, VersR 1997, 749; OLG München, VersR 1997, 977.

Deutlich sichtbar wird dies in einem Urteil³⁴⁵ des OLG Oldenburg aus dem Jahr 1999. Der Entscheidung lag die Klage der Geschädigten gegen eine Pflegeeinrichtung auf Zahlung von Schmerzensgeld für einen viertgradigen sakral lokalisierten Dekubitus in einem Ausmaß von etwa 10 * 5cm zugrunde. Die Geschädigte war aufgrund ihres Zustandes als Hochrisikopatientin einzustufen; das Pflegepersonal hat nach den Ausführungen des Sachverständigen das Risiko allerdings nicht erkannt und daher keine Prophylaxemaßnahmen ergriffen. Als der Dekubitus schließlich auch den zweiten Grad überstieg, erfolgten zwar Therapieversuche, ein Arzt wurde aber lange Zeit nicht hinzugezogen. Dieses Vorgehen würdigte das Gericht als grob behandlungsfehlerhaft, woraufhin die beklagte Pflegeeinrichtung sich gegen das vermutete Verschulden am Kausalverlauf nicht mehr exkulpieren konnte und der Geschädigten in der Berufungsinstanz ein Schmerzensgeld in Höhe von 35.000,- DM zugesprochen wurde.

Schließlich kann ein Verstoß gegen die in den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften niedergelegten Behandlungsanforderungen nach den Umständen des Einzelfalls, nämlich bei grundloser Außerachtlassung der in solchen Leitlinien enthaltenen Standards, die Annahme eines groben Fehlers nahe legen.³⁴⁶ Da sich derartige Leitlinien mittlerweile auch außerhalb des primär ärztlichen Bereichs etablieren und bereits zahlreiche Leitlinien zur Prophylaxe und Therapie des Dekubitus entwickelt wurden,³⁴⁷ kommt insoweit der inadäquaten Vorsorge und Behandlung von Dekubitalulzera in der zivilrechtlichen Dimension eine neue Bedeutung zu.

b) Dokumentationsversäumnisse

Während der BGH noch in den Siebzigerjahren den Standpunkt vertrat, dass der Arzt gegenüber dem Patienten nicht zur Dokumentation verpflichtet sei,³⁴⁸ änderte er seine Auffassung in zwei grundlegenden Entscheidungen im Jahr 1978, und begründete sie unter Verweis auf entsprechende Regelungen

³⁴⁵ OLG Oldenburg, Urt. v. 14.10.1999, Az. 1 U 121/98, NJW-RR 2000, 102-103.

³⁴⁶ Vgl. hierzu OLG Hamm, VersR 2000, 1373; OLG Düsseldorf, VersR 2000, 1019.

³⁴⁷ Vgl. beispielsweise die Leitlinien Dekubitus des Wissensnetzwerks „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke und der Österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung, bzw. die (derzeit in Überarbeitung befindliche) Leitlinie Dekubitus Nr. 036/005 der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

³⁴⁸ Nach BGH, VersR 1963, 168, 169, sollte das Krankenblatt lediglich die Funktion einer Gedächtnisstütze des Arztes innehaben, die ihn bei der Durchführung der Therapie entlasten sollte.

ärztlicher Berufsordnungen sowie mit der ähnlichen Interessenlage wie bei der Verwaltung fremden Vermögens, die eine Rechenschaftspflicht nach sich ziehe.³⁴⁹

Seither ist anerkannt, dass die Pflicht zur Dokumentation medizinischer Behandlung vertraglich wie deliktisch geschuldet ist.³⁵⁰ Dies gründet darauf, dass sowohl die weitere Behandlung als auch die Weiterbehandlung durch einen Dritten auf ordnungsgemäße Dokumentation angewiesen ist. Zugleich obliegt dem Behandelnden eine Rechenschaftspflicht, womit die Verpflichtung zur Dokumentation in diesem Sinne auch beweis- und damit prozessbezogen ist,³⁵¹ auch wenn sie nicht primär auf Beweissicherung für einen etwaigen Haftungsprozess zielt.³⁵² Die Dokumentationspflicht des Arztes ist zugleich auch gemäß § 10 Abs. 1 MBO-Ä 1997³⁵³ eine Standespflicht, und teilweise auch gesetzliche Pflicht.³⁵⁴ Ärztliche Aufzeichnungen sind nach § 10 Abs. 3 MBO-Ä 1997 für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Zu dokumentieren sind die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten,³⁵⁵ wobei grundsätzlich die Aufzeichnung in Stichworten ausreicht,³⁵⁶ und auch verständliche Symbole verwendet werden können.³⁵⁷ Sich von selbst verstehende Routinemaßnahmen müssen

³⁴⁹ BGH, VersR 1978, 542; 1978, 1022.

³⁵⁰ BGH, VersR 1978, 1002; 1983, 983; 1986, 788; 1987, 1238; RGRK-*Nüßgens*, § 823 Anh. II Rn. 260.

³⁵¹ *Gehrlein*, Rn. 121 m.w.N.

³⁵² BGH, NJW 1989, 2330; NJW 1993, 2375; NJW 1994, 799; OLG Saarbrücken, VersR 1988, 916.

³⁵³ Abgedruckt in DÄBl 1997, 2354.

³⁵⁴ Beispielsweise niedergelegt in den Strahlenschutz- und Röntgenverordnungen; vgl. weitere Normen bei Laufs/Uhlenbruck-*Uhlenbruck*, § 59 Rn. 3.

³⁵⁵ St. Rspr., vgl. BGH, VersR 1985, 740, 741; 1985, 782, 784; 1986, 788; 1987, 1089; 1987, 1091; 1987, 1238; 1988, 723; 1989, 512; 1994, 682; OLG Köln, VersR 1994, 1424; OLG Stuttgart, VersR 1998, 1550; 1999, 582; OLG Zweibrücken, VersR 1999, 719; KG Berlin, VersR 2000, 89; OLG Düsseldorf, VersR 2001, 1516; 2003, 1310; OLG Hamm, VersR 2005, 412; OLG Bamberg, VersR 2005, 1244.

³⁵⁶ BGH, VersR 1983, 983; 1992, 745.

³⁵⁷ BGH, VersR 1984, 386.

nicht dokumentiert werden.³⁵⁸ Die Dokumentation hat in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erfolgen.³⁵⁹ Zwar ist es dem Behandelnden, der seiner Dokumentationspflicht nicht vollständig nachgekommen ist, unbenommen, die fehlenden schriftlichen Angaben nachträglich zu ergänzen,³⁶⁰ wobei er darauf achten muss, dass nachträgliche Eintragungen in der Akte als solche zu erkennen sind, da anderenfalls unter Umständen eine strafbare Urkundenfälschung verwirklicht werden kann.³⁶¹ Aber wenn auch es keine Regel gibt, nach der vermutet wird, dass nachträglich dokumentierte Maßnahmen tatsächlich nicht erfolgt sind, so kann der Beweiswert einer nicht zeitnah erfolgten Dokumentation derart sinken, dass sie über die Rechtsqualität eines Parteivortrages nicht mehr hinauskommt.³⁶²

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, eine Pflegedokumentation zu führen. Diese Verpflichtung wurde in den Maßstäben zur Qualitätssicherung gemäß § 80 Abs. 1 SGB XI sowie in den Rahmenvereinbarungen gemäß § 75 SGB XI ausdrücklich festgelegt und ergibt sich darüber hinaus aus § 85 Abs. 3 SGB XI. Die fach- und sachgerecht zu führende Dokumentation ist fünf Jahre lang aufzubewahren.

Für Pflegeheime ergibt sich die Dokumentationspflicht zudem aus § 13 Abs. 1 Nr. 6 HeimG, nach dem die Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohner sowie gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 8 HeimG die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Qualitätssicherung durch den Träger der Einrichtung nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung aufzuzeichnen und Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren sind, dass sich aus ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heimes ergibt. Der Träger hat nach § 13 Abs. 2 HeimG die Unterlagen fünf Jahre lang aufzubewahren und dann zu löschen. Ohne die vorgeschriebene Pflegeplanung und das geforderte Qualitätsmanagement darf ein Pflegeheim gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 3, 7 HeimG nicht betrieben werden.

³⁵⁸ BGH, VersR 1993, 836.

³⁵⁹ Laufs/Uhlenbruck-*Uhlenbruck*, § 59 Rn. 12 m.w.N.

³⁶⁰ BGH, VersR 1984, 354 ff.

³⁶¹ Vgl. OLG Koblenz, NJW 1995, 1624 ff.

³⁶² So OLG München, Urt. v. 18.05.2006, Az. 1 U 1719/06, Quelle: Juris. Hierbei nahm der Arzt als solche erkennbare nachträgliche Ergänzungen seiner Dokumentation erst nach Beginn der rechtlichen Auseinandersetzung mit dem Patienten vor.

Dokumentationsversäumnisse stellen in der Regel zwar keinen eigenständigen Anknüpfungspunkt für eine vertragliche oder deliktische Haftung dar,³⁶³ können aber beweisrechtliche Folgen nach sich ziehen. So begründet die Nichtdokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme ihr Unterlassen.³⁶⁴

In Bezug auf die Dekubitusprophylaxe hat der BGH diesen Grundsatz erstmals in einer Entscheidung aus dem Jahr 1986 explizit bestätigt. Dieses Urteil³⁶⁵ betraf den Fall einer 65 Jahre alten Patientin, die nach einem apoplektischen Insult eine Hemiparese erlitten hatte und somit fast vollständig immobil über zwei Monate in einem Krankenhaus lag. Dort entwickelte sich ein ausgeprägter sakral lokalisierter Dekubitus, der erst langsam wieder abheilte. Aufzeichnungen über eine Dekubitusrisikoeinschätzung oder –prophylaxe waren nicht erfolgt. Die Patientin hatte vor dem Landgericht ein Schmerzensgeld in Höhe von 15.000,- DM sowie die Feststellung der Schadenersatzpflicht erstritten, diese Klage wurde durch das Oberlandesgericht aber insgesamt abgewiesen. In der Revisionsinstanz führte der BGH erstmals aus, dass Beweiserleichterungen nicht nur bei mangelhafter Dokumentation ärztlicher Maßnahmen in Erwägung zu ziehen sind, sondern auch dann, wenn erforderliche Aufzeichnungen über Maßnahmen der Krankenpflege fehlen, die nicht die normale Grundpflege betreffen, sondern wegen eines aus dem Krankheitszustand des Patienten folgenden spezifischen Pflegebedürfnisses Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung sind. Daher ist auch eine besondere Pflegebedürftigkeit ebenso wie die daraufhin getroffenen Maßnahmen in der Krankenakte zu dokumentieren. Die Unterlassung der gebotenen Dokumentation sah der BGH als Indiz dafür, dass im Krankenhaus das hohe Dekubitusrisiko nicht erkannt und die erforderlichen Prophylaxemaßnahmen somit unterlassen wurden. Aus Billigkeitsgründen entschied der BGH, dass bei dieser Sachlage der beklagte Krankenhausträger die indizielle Wirkung der Krankenunterlagen entkräften müsse, wozu die Aussagen der dortigen Ärzte und Schwestern über das allgemeine Vorgehen bei dekubitusgefährdeten Patienten nicht genügten.

Dieser Entscheidung ist zuzustimmen, wobei die Durchführung und Dokumentation einer Risikoeinschätzung sowie der erforderlichen Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen nicht nur, wie in dieser Entscheidung, auf Hochrisikopatienten beschränkt bleiben darf, sondern sich auch auf Pflegebedürftige

³⁶³ BGH, NJW 1983, 332; 1988, 2949; Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer, § 111 Rn. 5; Steffen, Rn. 464.

³⁶⁴ BGHZ 85, 212; VersR 1981, 533; 1983, 983; 1985, 782, 784; 1986, 788; 1987, 1089; 1987, 1091; OLG Köln, VersR 1992, 1231, OLG Zweibrücken, VersR 1997, 1103; OLG Düsseldorf, VersR 1997, 748; 2003, 1310; OLG München, VersR 1997, 977.

³⁶⁵ BGH, Urt. v. 18.03.1986, Az. VI ZR 215/84, NJW 1986, 2365 = VersR 1986, 788.

im allgemeinen erstrecken muss, da Dekubitalgeschwüre auch in unteren Risikogruppen auftreten können und der Übergang zur erhöhten Risikostufe sich mitunter kaum bemerkbar vollziehen kann. Kritik verdient diese Entscheidung lediglich insoweit, als dass der BGH ausführt, von der Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen hätte in dem Fall abgesehen werden können, wenn im Krankenhaus eine allgemeine schriftliche Anweisung bestanden hätte, aus der deutlich hervorging, welche einzelne Prophylaxemaßnahmen bei erhöhtem Dekubitusrisiko unbedingt durchzuführen seien. Damit würde m.E. das Risiko einhergehen, die Beweissituation des Geschädigten zu verschlechtern, da von einer generellen Anweisung nicht auf die im Einzelfall konkret benötigte Prophylaxe geschlossen werden könnte und die tatsächliche Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei einer unbestimmten Anzahl von Betroffenen nicht sicher feststellbar wäre. Angesichts der Unterschiedlichkeit des jeweiligen Pflegebedarfs, der Krankheitsbilder und Organismen dürfte sich das Fehlen individueller Dokumentation kontraproduktiv auf den Pflegeprozess auswirken, der sich jeweils an den Bedürfnissen des Einzelfalls zu orientieren hat. Eine generelle Handlungsanweisung ist zwar zur Darstellung und Umsetzung eines verbindlichen Standards notwendig und sinnvoll, wie sich beispielsweise in den Leitlinien der Fachgesellschaften zeigt; sie kann aber nicht die Umsetzung und Dokumentation der individuell unterschiedlichen Maßnahmen ersetzen.

Auf die Grundsätze dieser Entscheidung aufbauend entschied der BGH ein Jahr später in einem Urteil,³⁶⁶ das einen querschnittsgelähmten Patienten betraf, der während eines Krankenhausaufenthaltes binnen weniger Wochen sakral lokalisierte Dekubitalulzera erlitt, über deren Prophylaxe und Therapie in den Krankenunterlagen keine Aufzeichnungen zu finden waren, erneut, dass das Fehlen entsprechender Aufzeichnungen die Beweislast umkehrt und die Krankenhausträgerin somit die indizielle Wirkung zu entkräften hat. Hierbei führte er zudem aus, dass die Entscheidung über Prophylaxe und Therapie des Dekubitus ärztlich ausreichend überwacht sein muss und somit grundsätzlich nicht allein vom Pflegepersonal getroffen werden darf.

Soweit in den Urteilsgründen detailliert Prophylaxemaßnahmen festgesetzt wurden,³⁶⁷ wurde das Urteil berechtigterweise kritisiert, da sich der aktuelle Stand der Wissenschaft schnell ändert und die benannten Methoden zwischenzeitlich als obsolet erachtet wurden.³⁶⁸

³⁶⁶ BGH, Urt. v. 02.06.1987, Az. VI ZR 174/86, NJW 1988, 762 = VersR 1987, 1238.

³⁶⁷ Im zweiten Absatz der Entscheidungsgründe beschreibt der BGH folgendes Vorgehen als notwendig:
„Zweimaliges tägliches Waschen und Einreiben mit Franzbranntwein sowie Auftragen von Desitim-Fettspray auf die gefährdeten Partien, Anlegen eines Dauerkatheters, Unterlegen von

Das OLG Köln befasste sich im Jahr 1999 in einem Urteil³⁶⁹ mit einem Fall, in dem ein schwerkranker Krankenhauspatient einen 17 cm durchmessenden und 6 cm tiefen dritt- bis viertgradigen Dekubitus an der Wirbelsäule erlitten hatte. Auch hier lagen Dokumentationsversäumnisse vor, so war ein zwei-stündiger Lagerungswechsel zwar behauptet, aber nicht aufgezeichnet worden. Direkt ging das Gericht nicht auf die vom BGH entwickelten Grundsätze zur Beweislastumkehr ein, obgleich insoweit die Entscheidung offenbar allein hierauf hätte gestützt werden können. Vielmehr führte es aus, dass der Sachverständige „mit nicht zu überbietender Deutlichkeit“ festgestellt habe, dass - auch bei schwerkranken Patienten - das Auftreten von Dekubitalgeschwüren immer vermeidbar sei. Zudem schloss es sich den Ausführungen des Sachverständigen an, der die in der Dokumentation ersichtliche häufige Lagerung auf dem Rücken als schwere Defizite bezeichnete und würdigte diese als „schwere Behandlungsfehler“. Kritik an diesem Urteil ist insoweit angebracht, dass bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung die (heute nicht mehr vertretene)³⁷⁰ These von der vollständigen Vermeidbarkeit von Dekubitalgeschwüren in der Fachwissenschaft auf erhebliche Bedenken stieß und daher Anlass bestand, die Einschätzung des Sachverständigen diesbezüglich kritisch zu hinterfragen, auch wenn das Urteil im Ergebnis auf Grund der Dokumentationsdefizite zutreffend erscheint.³⁷¹

Das OLG Düsseldorf machte sich die vorgenannten Wertungen des BGH in dem vorbenannten Urteil aus dem Jahr 2004 zu eigen.³⁷² Zugrunde lag der Entscheidung die auf übergegangenem Recht durch die Krankenversicherung der 78jährigen Geschädigten geltend gemachte Forderung von Schadenersatz

Schaumgummiringen und -kissen zur Entlastung der besonders gefährdeten Stellen, eine regelmäßige gründliche Körperpflege und eine zeitweise Lagerung auf Wasserkissen und ferner, falls eine spezielle Decubitusmatratze nicht zur Verfügung steht, regelmäßig mehrmals tägliche stundenweise Druckentlastung durch wechselnde Seitenlagerung des Patienten und Austrocknung der gefährdeten Gebiete“.

³⁶⁸ Werner/Eisenmenger, DÄBl 1988 (40), C1878-C1881.

³⁶⁹ OLG Köln, Urt. v. 04.08.1999, Az. 5 U 19/99, NJW-RR 2000, 1267-1268 = VersR 2000, 767-768.

³⁷⁰ Zur Frage der Vermeidbarkeit des Dekubitalgeschwürs siehe *Zweiter Teil: Der Dekubitus*, A.2.g, ab S. 27.

³⁷¹ Zu einem weiteren Aspekt dieser Entscheidung, der Ableitung einer Vermutungswirkung aus dem Vorliegen höhergradiger Dekubitalulzera, vgl. unter *B.3.a.iv.c)*, S. 101.

³⁷² Vgl. Fn. 292.

gegen eine Pflegeeinrichtung. Die Patientin war eine Hochrisikopatientin, die innerhalb weniger Wochen ein bis zu 10cm messendes Dekubitalgeschwür im Sakralbereich entwickelte. Aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen sah das Gericht Ansatzpunkte, die auf ein Fehlverhalten des Pflegepersonals bei Prophylaxe und Therapie schließen lassen konnten, ein abschließendes Urteil war ihm hierüber jedoch aufgrund der unvollständigen Dokumentation (es fehlten beispielsweise Angaben zur gebotenen regelmäßigen Umlagerung) nicht möglich, was sich in der Folge dahingehend auswirkte, dass das Gericht die nicht dokumentierten Maßnahmen als nicht erfolgt unterstellte, womit der Anspruch der Krankenversicherung bestätigt wurde. Die Wertung des OLG Köln, das sich der Auffassung des Sachverständigen zur grundsätzlichen Vermeidbarkeit von Dekubitalulzera angeschlossen hatte, übernahm es sich hingegen nicht, sondern ließ diese Frage offen.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung zu Umfang und Reichweite der Dokumentationspflicht hat insbesondere anhand der Entscheidungen zur Dekubitusprophylaxe und -therapie nicht nur unterstrichen, dass der Ausgang des Medizinschadenprozesses unabhängig von den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen letztlich schlicht von Umfang und Qualität der erfolgten Dokumentation abhängen kann. Sie hat auch gezeigt, dass die Anforderungen an eine „gerichts feste“ Dokumentation immer höher geschraubt werden, da mittlerweile auch die schriftliche Niederlegung von Maßnahmen gefordert wird, die der unmittelbaren Behandlung eines Leidens des Betroffenen nicht dienen, sondern das Auftreten von Komplikationen verhindern sollen,³⁷³ womit der BGH von seiner ursprünglichen Annahme abweicht, dass nur diejenigen Faktoren dokumentationswürdig sind, die geboten sind, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf einer Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren. Schließlich wird ersichtlich, dass die unterlassene Dokumentation an sich zwar keine eigene Anspruchsgrundlage darstellt, sich andererseits aber zugleich von der indiziellen Wirkung als Unterlassensvermutung, die von der Gegenseite durch Vortrag eines plausiblen und in gewisser Weise wahrscheinlichen Geschehensablaufs entkräftet werden kann, in Richtung einer echten Beweislastumkehr entfernt hat. Unzureichende Dokumentation in Dekubitusfällen kann somit aus zivilrechtlicher Sicht fast schon als Garant für die Realisierung eines Haftungsanspruchs bezeichnet werden.

³⁷³ Beispielsweise die Dokumentation der Lagerungsart und Umlagerung zur Verhinderung des Entstehens eines Dekubitus.

c) *Anscheinsbeweis*

Der auch als *prima-facie*-Beweis bezeichnete Anscheinsbeweis mildert die Beweislast insbesondere bei der Frage des Kausalzusammenhanges und des Verschuldens.³⁷⁴ Er greift dann ein, wenn sich dem Beobachter aufgrund eines medizinischen Erfahrungssatzes die Vorstellung von einem bestimmten Geschehensablauf aufdrängt.³⁷⁵ Es handelt sich damit um einen Rückschluss aufgrund eines bestimmten Erfahrungssatzes, wobei das Vorliegen einer gewissen Wahrscheinlichkeit ausreicht, um im Rahmen der freien Beweiswürdigung des Tatrichters von dem Vorliegen des behaupteten Geschehensablaufs auszugehen. Mit Hilfe des Anscheinsbeweises kann damit von einem Behandlungsfehler auf den Zusammenhang mit dem eingetretenen Schaden geschlossen werden, aber auch umgekehrt von einem Schaden auf die Ursächlichkeit des behaupteten Behandlungsfehlers. Da es sich bei dem Anscheinsbeweis, entgegen der irreführenden Terminologie, somit nicht um ein Beweismittel im rechtstechnischen³⁷⁶ Sinne handelt, sondern lediglich um eine Vermutungsregelung,³⁷⁷ die schwächer ist als die gesetzlichen Vermutungsregelungen,³⁷⁸ kann der Anspruchsgegner den für die Behauptung des Anspruchstellers sprechenden Anschein durch das Aufzeigen der Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufes erschüttern.³⁷⁹

Der vermutlich geläufigste Anscheinsbeweis stammt aus dem straßenverkehrsrechtlichen Schadenersatzprozess. Es handelt sich dabei um die Annahme, dass dem ersten Anschein nach schuldhaft handelt, wer auf den Vordermann auffährt.³⁸⁰ Im Medizinrecht hingegen kommt dem Anscheinsbeweis wenig Gewicht zu, weil angesichts der vielgestaltigen medizinischen Befunde typische

³⁷⁴ *Gehrlein*, Rn. 118.

³⁷⁵ *Deutsch*, Rn. 384; *Laufs/Uhlenbruck-Laufs*, § 108 Rn. 1 ff.

³⁷⁶ §§ 371 ff. ZPO regeln die „echten“ Beweismittel: Beweis durch Augenschein, Zeugenbeweis, Beweis durch Sachverständige, Urkundenbeweis, Beweis durch Parteivernehmung.

³⁷⁷ *Schellhammer*, Rn. 404.

³⁷⁸ BGH, NJW 1986, 2829. Eine solche Vermutung findet sich etwa in § 1006 BGB, wonach aus dem tatsächlichen Besitz einer Sache vermutet wird, dass der Besitzer auch Eigentümer der Sache ist.

³⁷⁹ *Deutsch*, Rn. 384 m.w.N.

³⁸⁰ St. Rspr., vgl. nur BGH, DAR 87, 177; 89, 23; OLG Karlsruhe, VRS 89, 100. Im Volksmund ist diese Beweisvermutung auch unter der Redewendung „Wenn’s hinten kracht, gibt’s vorne Geld“ bekannt.

Handlungsketten die Ausnahme bilden.³⁸¹ Die meiste Bedeutung erlangt insoweit die Fallgestaltung des Auftretens einer Infektion in Zusammenhang mit vorausgegangener medizinischer Behandlung. So hat bereits das Reichsgericht die Infektion mit Scharlach durch nicht isolierte Ansteckende in Krankenhäusern anscheinungsweise angenommen.³⁸² Allerdings rechtfertigt nicht jede Wundinfektion nach einer Operation die Begründung einer tatsächlichen Vermutung für fehlerhaftes Handeln; insoweit muss der Patient nämlich einer Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sein, die das Maß des Unvermeidlichen erheblich überschritten hat.³⁸³

Das OLG Köln führte in der bereits benannten Entscheidung aus dem Jahr 1999, die einen unter stationärer Behandlung im Krankenhaus aufgetretenen präsakralen Dekubitus dritten bis vierten Grades mit einer Ausdehnung von etwa 17 * 6 cm betraf, zur Vermutungswirkung für grobe Pflege- und Lagerungsmängel aus, dass der im konkreten Fall aufgetretene Dekubitus auf einem Behandlungsfehler beruhe, weil „derart umfängliche und tiefgehende Geschwürbildungen schlechterdings nur auf einem gänzlich unzulänglichen Pflegestatus beruhen können“.³⁸⁴ Soweit hieraus abgeleitet wurde, dass ein präsakraler Dekubitus im vierten Stadium stets einen Anscheinbeweis für einen groben Pflegefehler darstelle,³⁸⁵ ist dieser Wertung zu widersprechen. Bezeichnend für diese Entscheidung ist, dass das Gericht den Ausführungen des Sachverständigen zur vollständigen Vermeidbarkeit von Dekubitalulzera folgte. Nur unter Zugrundelegung dieser hypothetischen Verknüpfung zwischen Sorgfaltspflichtverstoß und Schaden kann somit bei Auftreten eines höhergradigen Dekubitus auch der Umkehrschluss vom Schaden auf den Sorgfaltspflichtverstoß getroffen werden. Da das Urteil des OLG Köln einen schwerstkranken Patienten betraf, und somit die Fallkonstellation vorlag, in der nicht grundsätzlich von der jederzeitigen Vermeidbarkeit eines Dekubitus ausgegangen werden kann,³⁸⁶ konnte m.E. gerade in diesem Fall aus dem Auftreten eines höhergradigen Dekubitus keine derart starke Vermutungswirkung für das Vorliegen eines Pflege- oder Behandlungsfehlers abgeleitet werden, dass eine Beweis-erleichterung gebildet werden konnte.

³⁸¹ *Laufs*, § 108 Rn. 3; *Gehrlein*, Rn. 118; *Steffen*, Rn. 495.

³⁸² RGZ 165, 336.

³⁸³ OLG Oldenburg, *VersR* 1991, 1378; 1995, 786; OLG Koblenz, *VersR* 1992, 580.

³⁸⁴ Vgl. unter Fn. 369.

³⁸⁵ *Sträßner*, *PfIR* 2007, 461, 465.

³⁸⁶ Zur Frage der Vermeidbarkeit vgl. oben *Zweiter Teil: Der Dekubitus*, A.2.g, ab S. 27.

In Bezug auf die klinische Verschlechterung eines bereits bestehenden Dekubitalgeschwürs entschied das Landgericht Bielefeld, dass allein hieraus im Wege des Anscheinsbeweises nicht auf eine fehlerhafte Behandlung geschlossen werden kann, zumindest wenn zugleich ein sehr schlechter Allgemeinzustand, Multimorbidität und akute Komplikationen vorliegen.³⁸⁷ Der Entscheidung lag der Fall einer 88 Jahre alten Patientin zugrunde, die von ihrem Hausarzt wegen rezidivierenden Erbrechens und Fieber zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus eingewiesen worden war. Sie befand sich bei der Aufnahme in einem reduzierten Kräfte- und Ernährungszustand, zeigte ausgeprägte Kontrakturen aller Extremitäten und eine sensomotorische Aphasie, zudem war sie harn- und stuhlinkontinent. Das Pflegeheim, aus dem die Patientin stammte, hatte zuvor etwa drei Wochen lang eine antibiotische Therapie aufgrund aus unklarer Ursache erhöhter Temperaturen über 38° C vorgenommen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme bestanden erstgradige Dekubitalulzera beider Trochanteren sowie ein drittgradiger Dekubitus im Bereich des rechten lateralen Fußrandes. Die Patientin wurde direkt bei der Aufnahme auf eine Wechseldruckmatratze gelagert, und der drittgradige Dekubitus mit Fußschonern druckentlastet und mit Betaisodona-Lösung antiseptisch behandelt. Etwa einen Tag stieg das Fieber auf bis zu 40° C, wobei nicht geklärt werden konnte, ob dies durch den Dekubitus oder durch einen Harnwegsinfekt bedingt war. Es erfolgte hierauf die Einleitung einer antibiotisch-antipyretischen Therapie mittels Ampicillin, Novaminsulfon und Infusionen, da die Patientin zudem hypoton und exsikkiert war.

Bereits zu diesem Zeitpunkt veränderten sich die Dekubitalulzera an den Trochanteren, indem sich Blasen bildeten, womit Grad II erreicht war. Eine konsequente Rückenlagerung zur Entlastung dieser Aufliegestellen wurde zwar mittels Kissenlagerung auf der Wechseldruckmatratze versucht, scheiterte aber immer wieder durch kontraktur- und schwerkraftbedingte Drehungen der dementen Patientin. Im Verlauf der Behandlung zeigten sich Komplikationen durch eine obere inestinale Blutung, einen Harnwegsinfekt und eine bestehende Linksherzinsuffizienz. Die ergriffenen Maßnahmen umfassten schließlich auch eine intensive Ernährungstherapie und die Behandlung des Dekubitus am Fuß mittels lokaler Insulintherapie und Sofratüll-Verbänden, was zur Verbesserung des Wundzustandes führte. Allerdings verschlechterten sich die Dekubitalveränderungen im Bereich beider Hüften trotz intensiver Lagerung mit der Wechseldruckmatratze. Nach chirurgischer Nekrosenabtragung entfieberte die Patientin schließlich wieder, so dass sie nach fünf Wochen dauernder Behandlungszeit in die hausärztliche Versorgung entlassen werden konnte.

³⁸⁷ LG Bielefeld, Urt. v. 25.06.2003, Az. 4 O 462/02, PKR 2004, 72-74.

Die Krankenkasse der Patientin machte Schadenersatzansprüche³⁸⁸ aus übergegangenem Recht gemäß § 116 SGB X geltend und trug im Wesentlichen vor, es seien eine unzureichende Lagerung, eine nicht phasengerechte Wundbehandlung und eine nicht ausreichende Dokumentation erfolgt. Sie bezog sich insbesondere auf das o.g. Urteil des OLG Köln aus dem Jahr 1999 und die dortige Wertung, dass das Auftreten eines Dekubitus „immer vermeidbar sei“. Der Haftpflichtversicherer des beklagten Krankenhauses wies hingegen darauf hin, dass die Verschlechterung der Dekubitalulzera bei der sich über mehrere Wochen in einem präfinalen Zustand befindlichen Patientin schicksalhaft gewesen und auf die Kombination von krankheitsbedingten Faktoren zurückzuführen sei und verwies insoweit auch auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege.

Das vom Landgericht Bielefeld daraufhin eingeholte fachinternistische Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass zwar die lokalmedikamentöse Behandlung mit Insulin und Mercurochrom in den Behandlungsrichtlinien nicht enthalten sei, dies aber nicht zu einer Verschlechterung der Situation geführt habe. Zudem sei die Dokumentation zwar an einigen Stellen lückenhaft, enthalte aber alle Maßnahmen, die stadiengerecht aufgrund der vorliegenden Richtlinien der Fachgesellschaften gefordert würden. Insoweit erkannte der Gutachter keine Pflegefehler, sondern wies vielmehr darauf hin, dass es aufgrund des klinischen Verlaufs bei sehr schlechtem Allgemeinzustand, Multimorbidität und akuter Komplikationen möglich sei, dass trotz fehlerfreier Behandlung eine Verschlechterung der Dekubitalulzera erfolge. Das Landgericht legte die Bewertung des Sachverhalts seinem Urteil zugrunde und wies die Klage ab, da es keinen Pflegefehler erkannte. Die zunächst eingelegte Berufung beim Oberlandesgericht Hamm nahm die Klägerin nach weiterer Prüfung zurück.

Auch wenn bei der Entscheidung des Landgerichts Bielefeld offenbar von zentraler Bedeutung war, dass kein Pflegefehler erkannt wurde, zeigt sie, dass zumindest bei Multimorbidität des Pflegebedürftigen und krankheitsbedingten Komplikationen die jüngere Rechtsprechung nicht dazu tendiert, das Auftreten eines höhergradigen Dekubitus als derart gewichtiges Indiz für das Vorliegen eines Pflege- oder Behandlungsfehlers zu werten, dass eine Beweiserleichterung nach den Regeln des Anscheinsbeweises geboten erscheint.

³⁸⁸ Die Forderung betrug knapp über 5.000,- € wobei sich ein Großteil der Summe auf die Kosten der Wechseldruckmatratze bezog, was insoweit nicht nachzuvollziehen ist, als dass der Einsatz dieser Lagerungstechnik offenbar auch bei der klägerseitigen Annahme eines Behandlungsfehlers indiziert war.

d) *Auswirkungen der obergerichtlichen Rechtsprechung*

Dem durch das Auftreten oder die Zustandsverschlechterung eines Dekubitalgeschwürs geschädigten Anspruchsteller steht durch die grundlegenden Urteile des BGH in den Jahren 1986 und 1987 prinzipiell eine günstige Ausgangsposition für die Geltendmachung von Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüchen gegen die Pflegenden bzw. Behandelnden zu. Zwar gilt weiterhin, dass die Behauptungs- und Beweislast im Zivilprozess schwer drückt, denn wer zu wenig behauptet oder beweist, verliert den Prozess.³⁸⁹ Dem klagenden Dekubitusgeschädigten³⁹⁰ stehen nunmehr mit den durch die Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen effektive Mittel zur Verfügung, um dem Vorhalt des schicksalhaften Verlaufes entgegenzutreten. Wer nicht sorgfältig dokumentiert, wird auch bei objektiv sorgfaltsgemäßigem Verhalten unter Umständen haften müssen, wenn er sich nicht exkulpieren kann. Wer hingegen sorgfältig dokumentiert, und dabei zeigt, dass er nicht gewissenhaft oder zeitgemäß pflegt und behandelt, riskiert ebenfalls eine gesteigerte Haftungswahrscheinlichkeit, da das Wissen um die Gefahren chronischer Hautschäden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen inzwischen als grundlegend vorausgesetzt werden kann und, wie das Urteil des OLG Köln zeigt,³⁹¹ insofern die Annahme des *groben* Behandlungsfehlers nahe liegen kann. Gerade unter dem Druck des gestiegenen Kostenbewusstseins im Gesundheitswesen ist im Zusammenhang mit der beobachteten vermehrten Regresstätigkeit der Kranken- und Pflegekassen zu erwarten, dass die Klagebereitschaft der potentiellen Anspruchsteller bei Verdacht eines schuldhaft verursachten Pflegefehlers stetig zunehmen wird.³⁹²

b. *Haftungsfolgen*

Die zivilrechtliche Haftung kann Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche nach sich ziehen. Sofern ein Dekubitus schuldhaft verursacht oder nicht adäquat vorgebeugt oder behandelt wurde, kann der Geschädigte aufgrund der hierdurch erlittenen körperlichen Beeinträchtigungen grundsätzlich sowohl den hierdurch entstandenen materiellen Schaden einfordern als auch immaterielle Schäden im Wege des Schmerzensgeldes kompensieren lassen. Aufgrund der im Zivilrecht geltenden Dispositionsmaxime

³⁸⁹ *Schellhammer*, Rn. 371.

³⁹⁰ Ebenso seinen Rechtsnachfolgern oder, im Falle des gesetzlichen Forderungsübergangs, bspw. nach § 116 SGB X, der Krankenkasse.

³⁹¹ Vgl. unter Fn. 369.

³⁹² Vgl. *Lutterbeck*, PKR 2004, 72.

obliegt es allerdings dem Anspruchsteller zu entscheiden, ob und in welcher Höhe er etwaige Forderungen geltend macht. Aufgrund des Umstandes, dass die Kosten der Behandlung druckgeschwürgeschädigter Versicherter grundsätzlich durch die Krankenversicherungen übernommen werden und nach § 116 SGB X insoweit ein gesetzlicher Forderungsübergang stattfindet, kommt es bei der Einforderung von pflegefehlerbedingten Ansprüchen oftmals zu einem Auseinanderfallen von Schadenersatz- und Schmerzensgeldanspruch: Während die Krankenversicherung lediglich die ihr durch die Behandlung des Druckgeschwürs entstandenen Kosten einfordern kann, obliegt es dem Geschädigten selbst (bzw. seinen Rechtsnachfolgern), etwaige Schmerzensgeldansprüche durchzusetzen sowie ggf. von der Krankenversicherung nicht übernommene Kosten als Schadenersatzanspruch geltend zu machen.

i. Schadenersatz

Schadenersatz ist nach §§ 249 ff. BGB grundsätzlich als Naturalrestitution zu leisten, womit der gleiche wirtschaftliche Zustand herzustellen ist, der ohne das schädigende Ereignis bestehen würde.³⁹³ Insbesondere bei der Verletzung einer Person, wie es bei Druckgeschwüren der Fall ist, kann der Geschädigte nach § 249 Abs. 2 S. 1 BGB statt der Wiederherstellung den hierfür erforderlichen Geldbetrag verlangen; dies gilt gemäß § 251 BGB auch dann, wenn eine Wiederherstellung nicht möglich oder ausreichend zur Entschädigung ist.

Die Wiederherstellungskosten bestehen bei Personenschäden vor allem in den Kosten der Heilbehandlung.³⁹⁴ Hinzu kommt eine Vielzahl weiterer ersatzfähiger Positionen, etwa die Fahrtkosten zu Arzt, Krankenhaus oder Rehabilitationsbehandlung,³⁹⁵ Fahrtkosten für die Krankenhausbesuche von nahen Angehörigen,³⁹⁶ Kosten eines Babysitters³⁹⁷ oder einer Haushaltshilfe,³⁹⁸ Aufwendungen für die berufliche Rehabilitation (insbes. Umschulung)³⁹⁹ und Kosten für den behindertengerechten Umbau einer

³⁹³ BGH NJW 1985, 793-796.

³⁹⁴ Palandt, § 249 Rn. 8.

³⁹⁵ OLG Nürnberg VersR 2002, 245 ff..

³⁹⁶ BGH NJW 1985, 2757; 1989, 766.

³⁹⁷ BGH NJW 1990, 1037.

³⁹⁸ Dies ist entweder als Erwerbsschaden oder unter dem Gesichtspunkt der Vermehrung der Bedürfnisse i.S.d. § 843 BGB ersatzfähig, vgl. insoweit nur BGH VersR 1989, 1273 ff.

³⁹⁹ Palandt § 249 Rn. 10 m.w.N.

Wohnung,⁴⁰⁰ wobei aufgrund des Wiederherstellungsgrundsatzes sogar der erhebliche Kosten verursachende Umbau eines repräsentativen Zweitwohnsitzes höchstrichterlich gebilligt wurde.⁴⁰¹ Bei der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera zeigt die Auswertung der hierzu ergangenen Urteile, dass die größten materiellen Schadenpositionen regelmäßig in den Heilbehandlungskosten, gefolgt von den Kosten für Pflege- und besondere Lagerungsmittel bestehen, und seltener auch Kosten für den Umbau einer Wohnung oder die Anpassung vorhandener Hilfsmittel anfallen. Aufgrund des zumeist hochbetagten Alters der Geschädigten oder der vorbestehenden Multimorbidität liegen Erwerbsausfälle zumeist nicht vor und werden daher auch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder Umschulungen in der Regel nicht geltend gemacht.

ii. *Schmerzensgeld und –höhe*

Bei Verletzungen des Körpers und der Gesundheit erleidet der Geschädigte regelmäßig Schmerzen und Unannehmlichkeiten bis hin zu dauerhaften Einschränkungen. Dabei handelt es sich um immaterielle Schäden, die, seit der Schadenersatzreform in den Jahren 2001 bis 2002 unabhängig von der vertraglichen oder deliktischen Rechtsnatur der geltend gemachten Ansprüche,⁴⁰² gemäß § 253 Abs. 2 BGB zum Entstehen von Schmerzensgeldansprüchen führen können. Das Schmerzensgeld dient dem Ausgleich und der Genugtuung,⁴⁰³ weshalb seine Höhe insbesondere vom Ausmaß der erlittenen Schädigung und dem Grad des Verschuldens abhängt, wobei bei medizinischen Behandlungsfehlern der Grad der Fahrlässigkeit bei der Bemessung des Schmerzensgeldes regelmäßig nicht ins Gewicht fällt.⁴⁰⁴ Schmerzensgelder können bei besonders schweren Folgen mittlerweile sechsstellige Euro-Beträge erreichen,⁴⁰⁵ wobei bei schweren Dauerschäden zudem eine Schmerzensgeldrente in Betracht kommt.⁴⁰⁶

⁴⁰⁰ BGH NJW 1982, 757.

⁴⁰¹ BGH NJW 2006, 1271 ff. = VersR 2005, 1559 ff.

⁴⁰² Vgl. unter B.3, S. 84.

⁴⁰³ BGHZ 18, 149.

⁴⁰⁴ OLG Düsseldorf, NJW-RR 2003, 87.

⁴⁰⁵ Vgl. *Hacks/Ring/Böhm* Nr. 3023: 500.000,- € Schmerzensgeld und immaterieller Vorbehalt bei Querschnittslähmung eines 8 Monate alten Säuglings in Höhe des ersten Halswirbelkörpers durch medizinischen Behandlungsfehler.

⁴⁰⁶ *Laufs/Uhlenbruck-Laufs*, § 103 Rn. 1.

Ein Mitverschulden des Geschädigten wirkt sich zwar nach § 254 BGB bei der Geltendmachung von Schmerzensgeldansprüchen – ebenso wie bei Schadenersatzforderungen – grundsätzlich anspruchsmindernd aus, wird aber bei der schuldhaften Verursachung von Pflegeschäden zumeist nicht in Betracht kommen. Deutlich wird dies in der Entscheidung des OLG Düsseldorf aus dem Jahr 2004,⁴⁰⁷ die eine altersdemente Pflegebedürftige betraf, die aufgrund ihrer Demenz regelmäßig ihre Windel herunterzog, einnässte und einkotete und den Kot auch in die Wundstellen schmierte. Ihre demenzbedingte Schuldunfähigkeit war zwischen den Parteien unstrittig. Die dennoch über §§ 254, 829 BGB mögliche Zurechnung eines Mitverschuldens versagte das Gericht zutreffend aus Billigkeitsgründen, weil die Aufnahme in eine stationäre Heimpflege gerade dazu diene, die Geschädigte vor einem auf ihrem Krankheitsbild und ihrem damit einhergehenden Verhalten beruhenden Risiko, das sich letztlich im konkreten Schadensfall verwirklicht hatte, zu bewahren. Zudem berief sich das Gericht auf den höchstrichterlichen Grundsatz, dass ein haftungsbegrenzendes Mitverschulden des nicht schulfähigen Geschädigten grundsätzlich dann nicht in Betracht kommt, wenn der Schädiger haftpflichtversichert ist,⁴⁰⁸ was vorliegend ebenfalls anzunehmen war.

Die Bemessung der konkreten Schmerzensgeldhöhe erfolgt nach § 253 Abs. 2 BGB nach Billigkeit und ist somit grundsätzlich in das Ermessen des Tatrichters gestellt. Allerdings gilt der Grundsatz, dass für vergleichbare Verletzungen, unabhängig vom Haftungsgrund, annähernd gleiche Schmerzensgeldbeträge zu gewähren sein sollen.⁴⁰⁹ Damit ist die Orientierung an Schmerzensgeldbeträgen, die in vergleichbaren Fallkonstellationen gezahlt wurden, bedeutsam und die sog. Schmerzensgeldtabellen⁴¹⁰ sind in der Praxis zu einem wichtigen Hilfsmittel geworden.⁴¹¹

⁴⁰⁷ Vgl. unter Fn. 292.

⁴⁰⁸ BGH, NJW 1979, 760; KG Berlin, NZV 1995, 109.

⁴⁰⁹ BGH, VersR 70, 281; OLG Frankfurt/M., NJW-RR 1990, 990, 991; OLG Hamm, NJW-RR 1993, 537; KG Berlin, NJW-RR 2003, 24.

⁴¹⁰ Beispielsweise wertet das „Standardwerk“ Hacks/Ring/Böhm, Schmerzensgeldbeträge, in der 26. Aufl. 2008 über 3.000 Urteile deutscher Gerichte aus.

⁴¹¹ Palandt-*Heinrichs*, § 253 Rn. 22; so entschied bereits das VG Berlin (VersR 1982, 1158) im Jahr 1981: „Um eine trotz der Vielzahl von Bemessungskriterien ... nachvollziehbare Festsetzung des Schmerzensgeldes zu ermöglichen und einer unterschiedlichen Gerichtspraxis entgegenzuwirken, bedarf es grundsätzlich einer Heranziehung der Schmerzensgeldkasuistik einschließlich der diese erfassenden Schmerzensgeldtabellen“.

Das früheste zu einem Druckulcus ersichtliche Urteil stammt aus dem Jahr 1985. Das OLG Celle entschied seinerzeit, dass einem zur Alkoholentziehungskur ins Krankenhaus eingewiesenen und dort u.a. wegen Delirium tremens behandelten Patienten, der zu spät zu heilgymnastischen Übungen herangezogen worden sei und infolge von zahlreichen Dekubitalgeschwüren irreparable Gelenkversteifungen erlitten hatte, ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000,- DM sowie eine monatliche Schmerzensgeldrente in Höhe von 200,- DM zustand.⁴¹² Die Entscheidungsgründe wurden nicht veröffentlicht.

Aus dem ersten Dekubitus-Urteil des BGH im Jahr 1986 ist ersichtlich, dass das Landgericht Braunschweig vorangehend das beklagte Krankenhaus wegen eines „männerfaustgroßen“, tiefgehenden Dekubitus in der Sakralgegend, der nur langsam abheilte, zur Zahlung von Schmerzensgeld in Höhe von 15.000,- DM nebst Zinsen verurteilt hatte, was die Klägerin allerdings für zu gering hielt.⁴¹³ Die letztlich realisierte Höhe der Forderung nach Zurückverweisung durch den BGH ist nicht bekannt.

Das OLG Köln entschied im Jahr 1999, dass bei einem Dekubitus von 17 cm Durchmesser, 6 cm Tiefe, teilweise freiliegender Wirbelsäule sowie verbleibender Schmerzhaftigkeit beim Sitzen und Gehen nach Ausheilung ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 DM angemessen ist.⁴¹⁴

Die Entscheidung des OLG Oldenburg im gleichen Jahr betraf eine an Morbus Alzheimer erkrankte 65 Jahre alte Pflegebedürftige, bei der das Pflegepersonal die Entstehung eines viertgradigen sakralen Dekubitalgeschwürs in der Größe von 10 * 5 cm verursacht hatte, der chirurgisch ausgeräumt wurde, wobei ein Teil des Steißbeins entfernt und ein Anus Praeter angelegt werden mussten, und die Rückverlegung des künstlichen Darmausgangs auf Dauer nicht möglich erschien. Die stationäre Behandlung dauerte rund sechs Wochen, zuvor hatte die Patientin etwa zwei Monate unter dem Dekubitus gelitten. Eine vollständige Heilung konnte nicht mehr erwartet werden. Das Oberlandesgericht sprach ihr ein Schmerzensgeld in Höhe von 35.000,- DM zu. Es berücksichtigte hierbei im Rahmen der Genugtuungsfunktion schmerzensgelderhöhend, dass das Fehlverhalten vor dem Hintergrund des enttäuschten Vertrauens der auf Hilfe angewiesenen Patientin besonders schwer wiege. Im Rahmen der Ausgleichsfunktion wirkte sich erhöhend die Schwere der Wunde ebenso wie die Anlage des künstlichen Darmausgangs aus, sowie die Tatsache, dass die Patientin nachts dauerhaft fixiert werden muss, um das Abreißen des Anus Praeter zu verhindern. Anspruchsmindernd wurde lediglich der bereits

⁴¹² OLG Celle, Urt. v. 27.06.1983, Az. 1 U 60/82, VersR 1985, 478.

⁴¹³ Vgl. Fn. 365.

⁴¹⁴ Vgl. Fn. 369.

bestehende Morbus Alzheimer gewertet, wobei das Gericht betonte, dass der Grund nicht in dem krankheitsbedingten „sofortigen Vergessen“ der Schmerzen und Bewegungsbehinderungen liege, sondern in der zuvor bereits eingeschränkten Lebensqualität.⁴¹⁵

In der Schmerzensgeldtabelle findet sich zudem eine durch das Oberlandesgericht bestätigte Entscheidung des Landgerichts München I aus dem Jahr 2001, das einer 20 Jahre alten Patientin aufgrund eines Dekubitus „im Gesäßbereich rechts und links“ ein Schmerzensgeld in Höhe von 160.000,- DM und einen immateriellen Vorbehalt zusprach. Die Frau war durch eine unsachgemäß ausgeführte laparoskopische Appendektomie geschädigt worden, wodurch Lebensgefahr eintrat, eine Notoperation erfolgen musste sowie zwei spätere Operationen zur Narbenkorrektur. Es verblieben zwei 20 cm und 2 cm lange Narben im Bauchbereich, mehrere Narben im Gesäßbereich, Schmerzen im Bein und Sitzbeschwerden. Die Patientin erlitt eine posttraumatische Belastungsreaktion und ist um 25 % erwerbsgemindert. Die Entscheidung kann sicher nicht als wegweisend für die Höhe eines Schmerzensgeldanspruchs im „durchschnittlichen“ Dekubitusfall angesehen werden, da sich hier offenbar deutlich erhöhend das ungewöhnlich junge Alter der Geschädigten, die Lebensgefahr, die psychische Reaktion sowie das verzögernde Regulierungsverhalten des Haftpflichtversicherers ausgewirkt haben.⁴¹⁶

Die zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit jüngste Entscheidung beschäftigt sich mit dem Fall eines 20 Jahre alten Pflegebedürftigen, der aufgrund einer Spina bifida⁴¹⁷ von Geburt an querschnittsgelähmt, harninkontinent und zudem stark übergewichtig war. Aufgrund seiner Erkrankung konnte er nur liegen oder sitzen, wobei das Sitzen einen speziellen Rollstuhl mit dem sog. „Königsitz“ voraussetzte. Von der Beklagten, einem Sanitätsfachhaus, erhielt er trotz anderslautender Anforderung zunächst nur einen Rollstuhl, der ihn unsachgemäß lagerte, so dass es durch zu hohe Aufliegedrucke zu der Ausbildung eines sakralen Dekubitalgeschwürs IV. Grades kam, das über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr behandelt und operativ saniert werden musste, wobei eine Gewebeschädigung am Gesäß verblieben ist. Das Landgericht Köln⁴¹⁸ sprach dem Betroffenen bei der Annahme, dass die Beklagte die Entstehung des Druckgeschwürs zu 70 % mitverursacht hatte, ein Schmerzensgeld in Höhe von 17.500,- € zu und berücksichtigte dabei erhöhend die Schwere der Schädigung, den überaus

⁴¹⁵ Vgl. Fn. 345.

⁴¹⁶ OLG München, Urt. v. 09.11.2003, Az. 9 U 92/03, *Hacks/Ring/Böhm* Nr. 2763.

⁴¹⁷ Auch bekannt als „offener Rücken“: Angeborene Neuralrohrfehlbildung mit Schädigung des Rückenmarks.

⁴¹⁸ LG Köln, Urt. v. 12.03.2008, Az. 25 O 303/06, Quelle: Juris.

langwierigen Heilungsprozess und den Umstand, dass der Betroffene aufgrund des verbliebenen Gewebeschadens erhöht rezidivgefährdet⁴¹⁹ ist.

Zwar kann die unbefangene Bewertung der Entscheidungen den Schluss nahe legen, dass die Rechtsprechung im Laufe der Zeit dazu neigt, die aufgrund schuldhafter Verursachung von Dekubitalzera zuerkannten Schmerzensgeldbeträge höher zu bemessen. Allerdings muss bei der Heranziehung älterer Entscheidungen die inzwischen eingetretene Geldentwertung berücksichtigt werden.⁴²⁰ Zudem handelt es sich jeweils um Einzelfälle, deren Vergleichbarkeit teils objektiv erkennbar nicht gegeben und teils zumindest zweifelhaft ist. Gerade aufgrund der vorbildlichen Auseinandersetzung mit den genauen Bemessungsfaktoren und der Bedeutung des Dekubitus für das körperliche und psychische Empfinden des Betroffenen in der o.a. Entscheidung des OLG Oldenburg kann aber festgehalten werden, dass sich in der Rechtsprechung offenbar das Bewusstsein um die Vielschichtigkeit dieses Krankheitsbildes entwickelt hat.

4. *Zusammenwirken von Straf- und Zivilrecht*

Zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortlichkeit schließen sich weder aus noch präjudizieren sie sich wechselseitig; vielmehr können sie unabhängig nebeneinander eingreifen. Dies kann praktisch bedeuten, dass im Strafverfahren gegen den Betroffenen ein Freispruch ergeht oder es nach § 170 Abs. 2 oder §§ 153, 153a StPO eingestellt wird, während ihn das Zivilgericht zur Zahlung von Schadenersatz und Schmerzensgeld verurteilt. Auch die umgekehrte Konstellation ist denkbar, wenn auch sie relativ selten vorkommt: Auf der einen Seite eine erfolglose Zahlungsklage des Geschädigten, auf der anderen Seite Anklageerhebung und Verurteilung im Strafprozess.^{421, 422}

Die gerade im Pflege- und Medizinrecht deutlich sichtbaren Unterschiede des straf- und zivilrechtlichen Verantwortungsumfangs liegen einerseits in den verschiedenen Haftungsvoraussetzungen. So kann ein

⁴¹⁹ Rezidiv („Rückfall“): Wiederauftreten der Krankheit.

⁴²⁰ KG Berlin, NZV 2004, 473; LG Dortmund, NJW-RR 2005, 678.

⁴²¹ Laufs/Uhlenbruck-*Ulsenheimer*, § 112 Rn. 8.

⁴²² In der Praxis könnte diese Situation etwa dann eintreten, wenn ein zivilrechtlich geltend gemachter Anspruch aus schuldhafter Pflegevernachlässigung an der Einrede der Verjährung scheitert, das Zivilgericht aber zugleich von Amts wegen den Sachverhalt an die Staatsanwaltschaft weiterleitet und dort festgestellt wird, dass die Strafverfolgungsverjährung noch nicht eingetreten ist, so dass letztlich ein Strafurteil ergeht.

objektiv sorgfaltswidriges Verhalten in zivilrechtlicher Hinsicht bereits zur Haftung führen, während auf eine strafrechtliche Sanktion nicht erkannt werden kann, wenn nicht auch die hierfür erforderliche subjektive Sorgfaltswidrigkeit festgestellt wurde. Darüber hinaus spielen unterschiedliche Beweislastregelungen eine wichtige Rolle: Während die zivilrechtliche Haftung, wie gezeigt, oftmals durch Beweiserleichterungen begründet wird, muss im Strafrecht aufgrund des Grundsatzes *in dubio pro reo* bei nicht mehr aufklärbaren tatsächlichen Zweifeln von der für den Beschuldigten günstigsten Variante ausgegangen werden, was oftmals die Verfahrenseinstellung resp. den Freispruch nach sich zieht. Schließlich hat die Staatsanwaltschaft aufgrund des Officialprinzips nach Kenntnis von der Möglichkeit des Vorliegens einer Straftat diese grundsätzlich unabhängig von den Interessen der Betroffenen aufzuklären und ggf. zu ahnden, während im Zivilprozess die Dispositionsmaxime gilt, womit es den Parteien selbst obliegt, inwieweit Ansprüche geltend gemacht werden sollen. Im Ergebnis ist daher zu erwarten, dass Strafverfahren wegen schuldhafter Verursachung eines Dekubitus in der überwiegenden Zahl der Fälle eingestellt werden müssen, während in zivilrechtlicher Hinsicht die Annahme eines Haftungstatbestandes, gerade bei der Feststellung erheblicher Prophylaxe- und Therapieversäumnisse und bei Dokumentationslücken, nahe liegen wird.

Ein Grund dafür, dass ungeachtet der hohen Einstellungswahrscheinlichkeit oftmals zunächst Strafanzeige erstattet wird, kann sicherlich in der Enttäuschung des Betroffenen oder seiner Angehörigen über das vermutete Fehlverhalten des behandelnden und pflegenden Personals liegen. Wahrscheinlicher ist aber, dass sich die Anspruchsteller bewusst das Officialprinzip zunutze machen, um sich damit kosten- und risikolos die für den Zivilprozess erforderlichen Beweise zu beschaffen.⁴²³ Hinterfragt man diese vordergründigen Vorteile des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens, ergibt sich, dass dieser Weg tatsächlich den zivilrechtlichen Interessen eher abträglich ist. So kann die Bereitschaft des mit einer Strafanzeige überzogenen Betroffenen zur außergerichtlichen Einigung abnehmen.⁴²⁴ Zudem ist ein Gutachten im Strafverfahren oftmals nicht auf die speziellen beweiserheblichen Fragestellungen des Zivilverfahrens ausgerichtet.⁴²⁵ Eine ebenfalls kostenlose und weniger offensive Möglichkeit, sich ein

⁴²³ *Deutsch*, Rn. 362; *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 112 Rn. 7. Weiter noch geht *Ratajzak*, *MedR* 1988, 80, 81, der annimmt, dass die Rechtsanwälte der Geschädigten oftmals aus Gebühreninteresse, mangelnder Fachkenntnis im Medizinrecht und zur eigenen Arbeitsentlastung den Weg der Strafanzeige bevorzugen.

⁴²⁴ *Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer*, § 112 Rn. 14.

⁴²⁵ Vgl. OLG Köln, *NJW* 1990, 778.

aussagekräftiges Gutachten zur Beurteilung der zivilrechtlichen Ersatzansprüche zu verschaffen, besteht in der Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder in der Durchführung eines Schlichtungsverfahrens der Ärztekammern. Gerade bei dem letzteren Vorgehen besteht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass im Fall der Feststellung des Fehlverhaltens des Behandlenden eine rasche außergerichtliche Einigung erzielt wird und somit die oftmals über Jahre andauernde gerichtliche Auseinandersetzung vermieden werden kann.⁴²⁶ Ein prozessual durchsetzbares Recht zur Einsichtnahme der eigenen Kranken- oder Pflegeakte ergibt sich zudem aus der vertraglichen Nebenpflicht des Behandlungsvertrages, bzw. aus § 810 BGB,⁴²⁷ weshalb die Einschaltung der Staatsanwaltschaft zur Beschlagnahme der Unterlagen oftmals entbehrlich sein dürfte. Schließlich ist auch die oftmals lange Dauer des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens mit der Gefahr der Verzögerung oder Verjährung zivilrechtlicher Ansprüche zu bedenken,⁴²⁸ zumal aufgrund des geringen zu erwartenden Erkenntnisgewinns die Aussetzung des Zivilverfahrens während der Dauer des Strafverfahrens gemäß §§ 148, 149 ZPO nach der jüngeren Rechtsprechung nur noch in Ausnahmefällen erfolgen darf.⁴²⁹ Im Regelfall wird daher von Strafanzeigen gegen medizinisches Personal zur Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche dringend abzuraten sein.⁴³⁰

5. *Zwischenergebnis*

Die rechtstheoretische Betrachtung und Auswertung in diesem Zusammenhang bekannt gewordener Gerichtsentscheidungen zeigt, dass die schuldhaft Verursachung von Dekubitalulzera für die Täter,

⁴²⁶ So ergab eine rückwirkende Auswertung der im Jahr 1992 von der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern entschiedenen Verfahren, dass von 316 Fällen, in denen die Ansprüche als begründet eingestuft wurden, lediglich 94 Fälle anschließend gerichtlich ausgetragen wurden (Quelle: www.schlichtungsstelle.de).

⁴²⁷ Laufs/Uhlenbruck-*Uhlenbruck*, § 60 Rn. 1 ff. m.w.N.

⁴²⁸ *Ratajczak*, MedR 1988, 80, 81 berichtet von einigen ihm bekannten Fällen, in denen sich aus diesem Grunde zum Arzthaftpflichtregress ein Anwaltsregress hinzugesellte.

⁴²⁹ Vgl. exemplarisch OLG Koblenz, VersR 2006, 1140: „Die Aussetzung eines Arzthaftungsprozesses im Hinblick auf ein wegen desselben Sachverhalts geführtes Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft ist in der Regel ermessensfehlerhaft, weil keine für die zivilrechtliche Haftungsfrage relevanten Erkenntnisse zu erwarten sind“; Wenzel-Langen, S. 743.

⁴³⁰ So auch Laufs/Uhlenbruck-*Ulsenheimer*, § 112 Rn. 16; *Ratajczak*, MedR 1988, 80 ff.

weitgehend unabhängig von Qualifikation und Profession, insbesondere mit straf- und zivilrechtlichen Folgen verbunden sein kann. In tatsächlicher Hinsicht ist allerdings zu erwarten, dass der Eintritt zivilrechtlicher Konsequenzen erheblich nahe liegender ist als die Verhängung strafrechtlicher Sanktionen, da gerade aufgrund der hohen Anforderungen an die strafrichterliche Überzeugung von der Schuld des Angeklagten davon ausgegangen werden muss, dass der Tatnachweis deliktsunabhängig zumeist an den Kriterien der Kausalität und objektiven Zurechnung scheitern wird.

Dritter Teil: Notwendigkeit einer rechtstatsächlichen Untersuchung

Spätestens seit der Veröffentlichung eines Forschungsberichts zur Epidemiologie des Dekubitus aufgrund von im Jahr 1998 im Rahmen der Leichenschau durch das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg gewonnenen Daten, sowie der Publikation einer das gleiche Jahr betreffenden retrospektiven Fallstudie zu 140 Sterbefällen mit höhergradigen Dekubitalulzera und der hierdurch in den Medien unter dem Schlagwort „Hamburger Dekubituskandal“ weitläufig bekannt gewordenen Problematik wird nunmehr seit etwa einem Jahrzehnt eine intensive Diskussion über Häufigkeit, Ursachen und Vermeidungsmöglichkeiten von Pflegefehlern geführt. Diese Auseinandersetzung findet weitestgehend in den entsprechenden Fachkreisen statt und gelangt nur selten, wie etwa erneut im Herbst 2007 durch die Veröffentlichung des Prüfberichts der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (MDS), an die Öffentlichkeit.

Lokale und überregionale Studien zur Prävalenz von Dekubitalulzera in Bereichen der ambulanten und stationären Pflege und in Krankenhäusern werden seither verstärkt betrieben und bilden jeweils einen mehr oder minder geringen Teil der Realität ab, von dem aus auf das vermutete Ausmaß der Gesamtproblematik geschlossen werden kann.

Die Tatsache, dass Behandlungs- und Pflegefehler, die zur Entstehung eines Dekubitus führen, erhebliche rechtliche Folgen nach sich ziehen können, hat spätestens durch die Dekubitus-Urteile des BGH in den Jahren 1986 und 1987 auch über die Fachöffentlichkeit hinaus Aufmerksamkeit erlangt. Seither ist festzustellen, dass das Zivilrecht insbesondere über das Instrumentarium der Beweiserleichterung in den Fällen der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera Einfluss auf die pflegerische Realität nimmt.⁴³¹ Inwieweit schuldhafte Pflegeversäumnisse aber auch zum Gegenstand eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens werden und hieraus Sanktionen erwachsen können, und

⁴³¹ Vgl. das Urteil des OLG Düsseldorf vom 16.06.2004 (Fn. 292), in dem ersichtlich wird, dass die beklagte Pflegeeinrichtung ihre Mitarbeiter zu besonderer Sorgfalt im Umgang mit Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe und –therapie durch eine Verfahrensanweisung anhielt, die offenbar auf der Umsetzung der Grundsätze der Dekubitus-Urteile des BGH beruhte („Jede Entstehung eines Dekubitus kann als Pflegefehler gewertet werden, es sei denn, die Pflegeperson kann nachweisen, dass sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit alles getan hat, um diesen zu vermeiden. Der hier vorliegende Plan ist daher für alle Mitarbeiter bindend. Jede Abweichung vom Plan bzw. in der Durchführung muss schriftlich begründet werden“).

hierdurch eine Beeinflussung der pflegerischen Wirklichkeit zu erwarten ist, wurde bislang – mit Ausnahme der dieser Untersuchung vorausgehenden Veröffentlichung eines Teilergebnisses⁴³² – nicht bekannt. Lediglich aus der rechtstheoretischen Betrachtung heraus konnte bislang mit einiger Wahrscheinlichkeit davon angenommen werden, dass Strafverfahren in entsprechenden Fallkonstellationen vermutlich überwiegend am Kausalitätsnachweis scheitern dürften.⁴³³

Bisherige Studien zu Medizinstrafverfahren, etwa die teils qualitativ, teils quantitativ orientierten Untersuchungen von *Ulsenheimer*, *Orben* und *Peters*,⁴³⁴ beziehen sich auf Strafverfahren gegen Ärzte aus den Jahren 1980 bis 1996. Während *Ulsenheimer* 245 Verfahren auswertete, in denen er überregional als Strafverteidiger tätig war, und *Orben* im Rahmen einer repräsentativen Teilerhebung 601 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren aus neun Bundesländern untersuchte, bezog sich die Untersuchung von *Peters* auf 194 Ermittlungsverfahren des arztstrafrechtlichen Dezernats der Staatsanwaltschaft Düsseldorf. Allen Studien ist gemein, dass sich die Ermittlungen gegen approbierte Ärzte richteten und nicht auf spezielle Fehlervorwürfe beschränkt waren. Damit lassen sich anhand dieser Studien zwar Schlussfolgerungen zur Realität von arztstrafrechtlichen Verfahren treffen, wobei anzunehmen ist, dass sich einige Aspekte, soweit eine vergleichbare Konstellation vorliegt, auch auf die Strafverfahren wegen schuldhafter Verursachung von Dekubitalulzera übertragen lassen. Ein weitergehender Erkenntniswert für die vorliegende Fragestellung ist aber bereits wegen der Spezifität der Thematik und des Umstandes, dass sich Ermittlungsverfahren bei Pflegefehlern oftmals gegen nichtärztliches Personal richten dürften, nicht zu erlangen.

Kriminologisch verwertbare Ergebnisse, die einen Rückschluss auf die Realität der Strafverfolgung in den Fällen der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera erlauben, waren daher nur durch die Auswertung von Strafverfahren zu erwarten, denen der untersuchungsspezifische tatsächliche Fehlerwurf zugrunde lag.

⁴³² *Buchter/Heinemann/Püschel*, MedR 2002, 185-189.

⁴³³ *Pfleiderer/Schubert*, MedR 2005, 591, 592.

⁴³⁴ Siehe unter *B.2.e*, ab S. 76 und *B.2.e.ii*, S. 78.

Vierter Teil: Methodisches Vorgehen

Geeignete Erhebungsquellen kriminologischer Untersuchungen stellen insbesondere schriftliche Unterlagen dar, wobei die Kriminologie nicht über eigenständige Erhebungsmethoden verfügt, sondern sich in Betracht kommender Verfahren und Instrumente aus Bezugsdisziplinen, etwa der Soziologie, bedient.⁴³⁵ Die Aktenanalyse ist ein anerkanntes, wenn auch nicht völlig unproblematisches Mittel der soziologischen Forschung.⁴³⁶

Verfahrensakten stellen, wie die kriminologische Instanzenforschung seit den 60er-Jahren nachwies, nicht das oftmals erwünschte Abbild der Realität dar. Ihr Inhalt ist vielmehr dadurch bestimmt, dass die Aktenproduzenten aus der Fülle der Informationen der Wirklichkeit diejenigen herauswählen, die für sie unter einer Erledigungsperspektive interessant sind. Akten sind somit ein Mittel einer zielgerichteten Erledigungsstrategie, die von äußeren Faktoren wie normativen Rahmenbedingungen ebenso wie subjektiven Erwägungen des aktenführenden Dezernenten bestimmt ist. Die Aktenwirklichkeit kann damit als „Realität sui generis“ bezeichnet werden.⁴³⁷

Zudem kann die Geeignetheit amtlicher Akten als Datenquelle auch dadurch eingeschränkt werden, dass diese wesentlich der Legitimation institutionellen Handelns dienen, womit sich eine Verfälschungslatenz zugunsten einer entscheidungslegitimierenden, verselbständigten „Akten-Realität“ ergeben kann.⁴³⁸ Allerdings dürfte dieser Verfälschungseffekt bei der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten dadurch begrenzt sein, dass die Staatsanwaltschaft ein zu Gerechtigkeit und Objektivität verpflichtetes Rechtspflegeorgan verkörpert und nach § 160 Abs. 2 StPO grundsätzlich zur Ermittlung aller belastenden und entlastenden Umstände gleichermaßen verpflichtet ist.⁴³⁹

Soweit die vorgenannten Faktoren bei der Auswertung im Rahmen einer methodenkritischen Analyse berücksichtigt werden, können die bei der Aktenanalyse entstehenden „Unschärfen“ ausgeklammert

⁴³⁵ Eisenberg, § 13 Rn. 25.

⁴³⁶ Fuchs-Heinritz, S. 28; für Kürzinger ist das Ergebnis einer Aktenanalyse „immer nur eine mehr oder weniger überzeugende Interpretation des Inhalts der Dokumente“ (Rn. 53 f.).

⁴³⁷ Herrmann, S. 864.

⁴³⁸ Eisenberg, § 13 Rn. 28 ff.

⁴³⁹ Meyer-Gößner, § 160 Rn. 14 m.w.N.

oder kompensiert werden, zumal sie bei der Untersuchung des Entscheidungsverhaltens des Dezernenten nicht durchschlagen.⁴⁴⁰

Damit überwiegen bei der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung die Vorteile der Aktenauswertung, die sich insbesondere darin begründen, dass die Quellen unabhängig von den Verfahrensbeteiligten über lange Zeiträume zur Verfügung stehen und die Aktenauswertung ein nicht-reaktives Verfahren darstellt, was sich entscheidend auf die Zuverlässigkeit der gewonnenen Daten auswirkt.

A. Untersuchungsmaterial

Der Untersuchung liegen insgesamt 64 Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover zugrunde, die in den Jahren 1998 bis 2003 wegen des Vorwurfs der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera eingeleitet worden sind. Dabei handelt es sich um 33 Verfahren der Staatsanwaltschaft Hannover und 31 Verfahren der Staatsanwaltschaft Hamburg.

Bei den untersuchten Vorgängen dürfte es sich nicht um die vollständige Zahl der in diesem Zeitraum aufgrund des konkreten Fehlervorwurfs geführten Verfahren handeln, da eine sichere Erfassung aller diesbezüglicher Ermittlungsverfahren bereits daran scheitert, dass sie in beiden Ermittlungsbehörden weder mit einem entsprechenden Zeichen in der EDV markiert und somit im Rahmen einer Absuche des Gesamtbestandes auffindbar sind, noch in einem staatsanwaltschaftlichen Spezialdezernat bearbeitet wurden. Zur Heranziehung der vorliegend untersuchten Verfahren war vielmehr die Kenntnis des jeweiligen Aktenzeichens notwendig.

Die staatsanwaltschaftlichen⁴⁴¹ Aktenzeichen konnten in den vorliegend untersuchten Fällen dadurch in Erfahrung gebracht werden, dass seit 1998 aufgrund der besonderen Bedeutung der Dekubitusfälle für die Prävalenzstudien des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg eine Praxis dahingehend bestand, die Aktenzeichen der Ermittlungsbehörden in den Eingangsbüchern der Rechtsmedizin gesondert zu erfassen. Aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Staatsanwaltschaft Hannover erfolgten in diesem Zeitraum im Hamburger Institut zudem regelmäßig Begutachtungen zu Todesfällen aus dem Zuständigkeitsbereich der Staatsanwaltschaft Hannover, bei denen der Verdacht der

⁴⁴⁰ *Hermann*, S. 874.

⁴⁴¹ Ggf. konnte auch über ein vorhandenes polizeiliches Aktenzeichen das dazugehörige staatsanwaltschaftliche ermittelt werden, da beide Aktenzeichen in der Eingangsregistratur der Staatsanwaltschaften vermerkt werden.

schuldhaften Pflegevernachlässigung bestand. Die Sichtung dieser Listen führte damit zu den Aktenzeichen der Hamburger und Hannoveraner Staatsanwaltschaften. Mit der Umstellung der Eingangserfassung auf ein EDV-gestütztes System endete im Jahr 2003 auch die Notierung der staatsanwaltschaftlichen Aktenzeichen, womit sich der Untersuchungszeitraum von 1998-2003 ergibt.

B. Erhebungsmethode

Die staatsanwaltschaftlichen Akten der 64 Verfahren wurden von dem Verfasser der Untersuchung anhand eines standardisierten Erfassungsschemas ausgewertet. Bei den zur Verfügung gestellten Dokumenten handelte es sich um die sog. Hauptakten, die alle Verfahrensschritte von den ersten polizeilichen Ermittlungen über die staatsanwaltschaftliche Abschlussentscheidung bis hin zur eventuellen Durchführung eines Gerichtsverfahrens und der etwaigen Strafvollstreckung enthielten. Von der Einsichtnahme ausgeschlossen waren die Handakten, die interne Informationen der Staatsanwaltschaft wie beispielsweise die Auflistung aller gegen die Beschuldigten geführten Ermittlungsverfahren und mögliche Notizen und Vermerke des Dezernenten zu einzelnen Verfahrensaspekten oder zur weiteren Planung des Verfahrens enthält; dies beeinflusste aber nicht die Erhebung der Daten der vorliegenden Untersuchung. Mit einer Ausnahme waren alle Verfahren zum Zeitpunkt der Auswertung abgeschlossen. Da eine funktionale Aktenauswertung unabdingbar auf die Operationalisierung der zu erhebenden Daten angewiesen ist, war zunächst anhand der Vorabsichtung von zehn zufällig ausgewählten Verfahrensakten ein Erhebungsschema zu erstellen, das die sog. „harten“ Daten enthielt. Hierbei zeigte sich, dass die Akten in einigen Fällen darüber hinausgehende Informationen enthielten, die nicht zwingend in den Akten notiert sein mussten, aber im Rahmen der Gesamtbetrachtung und Diskussion eine wertvolle Rolle spielen konnten. Solche sog. „weichen“ Daten sind aufgrund der Auswertungsschematik schwierig zu operationalisieren,⁴⁴² weshalb sie gesondert erfasst wurden. Da aus dem Fehlen nicht zwingend erfassungspflichtiger Daten nicht auf das Nichtvorhandensein dieses Parameters in der Wirklichkeit geschlossen werden darf,⁴⁴³ konnte insoweit eine vergleichende Auswertung nur begrenzt erfolgen und die Darstellung beschränkt sich zumeist auf den Hinweis, dass derartige Verfahrensmerkmale im Einzelfall erfasst wurden.

Die anonymisiert erfolgte Erfassung führte zur Aufnahme folgender „harter“ Daten: Ermittlungsbeginn und –dauer, Tatvorwurf bei Ermittlung und Abschluss, Tatort, Anzeigerstatter, Anzahl und berufliche

⁴⁴² Kürzinger, Rn. 50 ff.

⁴⁴³ Eisenberg, § 13 Rn. 27.

Qualifikation der Tatverdächtigen, Fehlervorwurf (kategorisiert), Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Ernährungszustand und Mobilität der Geschädigten, Dekubitusrisiko zum Tatzeitpunkt,⁴⁴⁴ Anzahl, Lokalisation, Ausmaß und Schweregrad der Dekubitalulzera, Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen, Heilungsverlauf und Outcome der Geschädigten, bei Tod zusätzlich: Möglichkeit der Todesverursachung durch den Dekubitus und Sterbeort, Ergebnis der Sachverständigen- und rechtsmedizinischen Gutachten, Verfahrensausgang, Begründung der verfahrensabschließenden Entscheidung und Dauer des Verfahrens.

Als „weiche“ Daten wurden beispielsweise erfasst: Informationen über zugleich verfolgte zivilrechtliche Ansprüche, unterschiedliche Rechtsansichten der beteiligten Justizorgane und durch das Verfahren verursachte Nebenfolgen.

Die Auswertung der „harten“ Daten erfolgte mittels des Programms „Microsoft Excel“ und externer statistischer Berechnungen.

C. Repräsentativität

Die mit der vorliegenden Untersuchung ausgewerteten Verfahren stellen vermutlich nur einen Teil der von den Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover im Untersuchungszeitraum geführten Ermittlungsverfahren wegen schuldhafter Verursachung von Dekubitalulzera dar, sowie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit lediglich einen Teil der bundesweit aufgrund dieser Vorwürfe geführten Verfahren. Damit stellt sich die Frage, ob die hier erhobene Teilmenge repräsentativ ist. Eine Teilmenge heißt repräsentativ, wenn sie in der Verteilung aller interessierenden statistischen Merkmale der Gesamtheit entspricht, d.h. ein verkleinertes, aber sonst wirklichkeitsgetreues Abbild der Gesamtheit darstellt.⁴⁴⁵ Hierzu ist u.a. ein Auswahlverfahren notwendig, das die Teilmenge nach dem Prinzip der Zufallsselektion bestimmt; zudem darf die untersuchte Fallzahl im Verhältnis zur Grundgesamtheit nicht zu gering sein, da sich ansonsten das Risiko erhöht, dass die Heterogenität der Stichprobe erheblich von der Grundgesamtheit abweicht.⁴⁴⁶ Bereits die Tatsache, dass die vorliegenden Verfahren aufgrund der

⁴⁴⁴ Das Dekubitusrisiko wurde entweder der Einstufung durch die Pflege- und Behandlungseinrichtungen entnommen (sofern sich keine Anhaltspunkte dafür fanden, dass es unzutreffend sein könnte) oder anhand der aus den Akten und den rechtsmedizinischen Untersuchungen ersichtlichen individuellen Konstitution der Geschädigten nach den Skalen von BRADEN / NORTON berechnet.

⁴⁴⁵ *Statistisches Bundesamt*, S. 13.

⁴⁴⁶ *Friedrichs*, S. 125 f.

staatsanwaltschaftlichen Registraturkriterien nur indirekt über die Eingangsbücher des Rechtsmedizinischen Instituts der Universität Hamburg ermittelt werden konnten, stellt eine Vorauswahl dar, deren Einfluss auf die Datenmenge letztlich nicht abschätzbar ist. Da den untersuchten Fällen, bedingt durch die Erhebungsmethode, jeweils die Konstellation zugrunde lag, dass ein Gutachten der Rechtsmedizin erstellt worden war, kann beispielsweise angenommen werden, dass es sich hierbei um Verfahren mit besonders schweren Folgen oder besonders schwierigem Kausalverlauf handelte, weshalb die Ermittlungsbehörden die Notwendigkeit der Einholung eines Sachverständigengutachtens sahen. Möglicherweise ist damit in den hier nicht bekannt gewordenen weiteren Verfahren beispielsweise ein überraschend einfach nachweisbarer Kausalzusammenhang anzutreffen, oder es findet sich aufgrund nur gering ausgeprägter Dekubitalulzera erheblich häufiger als in der vorliegend ausgewerteten Teilgruppe die Einschätzung, dass bei fehlendem Strafantrag kein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung vorliege, womit eine vergleichsweise hohe Einstellungsquote einhergehen könnte.

Zugleich zeigt das bereits Verhältnis der Anzahl von *zwei* Staatsanwaltschaften, deren Akten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung herangezogen werden konnten, zu der Anzahl von derzeit bundesweit *151* Staats- und Anwaltschaften (inkl. Außenstellen), dass die Stichprobe im Vergleich zur Gesamtgrundmenge äußerst gering sein dürfte.

Damit kann und soll die vorliegende Untersuchung nicht den Anspruch der Repräsentativität erheben. Vielmehr soll sie die retrospektiv-deskriptive Darstellung der Verfahrenssituation im ausgewählten Berichtszeitraum an zwei norddeutschen Staatsanwaltschaften ermöglichen, Hypothesen zu medizinischen und kriminologischen Aspekten der Pflegevernachlässigung und der Verfahrenswirklichkeit erlauben und die Grundlage für weitere empirische Studien bilden.

Fünfter Teil: Einzelergebnisse

A. Quantitative Datenauswertung

Die folgenden Darstellungen geben die durch statistische Auswertung gewonnen „harten“ Daten wieder.⁴⁴⁷

I. Verfahren und Straftatbestände

Die Auswertung der Anzahl der in den Ermittlungsbehörden geführten Verfahren und der dabei verfolgten Straftatbestände erlaubt Rückschlüsse auf die unterschiedliche Herangehensweise bei den Ermittlungen.

a. Verfahrensanzahl und zeitliche Verteilung

Der Auswertung lagen insgesamt 64 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten zugrunde, deren Tatvorwurf die schuldhafte Verursachung von Dekubitalulzera betraf. Sofern die Ermittlungen den Vorwurf weiterer Delikte betrafen, wie beispielsweise die tateinheitliche Verwirklichung eines Betruges durch die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Pflegemaßnahmen gegenüber den Leistungsträgern, wurden diese Verfahren in die Auswertung mit einbezogen, die sich aber weiterhin auf die Delikte der Pflegevernachlässigung beschränkte.

Die Verfahren wurden durch die Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover zwischen 1998 und 2003 eingeleitet. Sie verteilten sich im Auswertungszeitraum wie folgt:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	S
Hamburg	3	7	7	6	7	1	31
Hannover	-	-	10	5	15	3	33
Gesamt	3	7	17	11	22	4	64

Darstellung 4: Verfahrensanzahl und zeitliche Verteilung

Da die Akten, wie zuvor beschrieben,⁴⁴⁸ nur aufgrund der Kenntnis vom staatsanwaltschaftlichen Aktenzeichen durch das Eingangsbuch des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg erlangt

⁴⁴⁷ Zum Begriff siehe im Abschnitt *Erhebungsmethode*, S. 119 f.

⁴⁴⁸ Siehe hierzu im Abschnitt *Untersuchungsmaterial*, S. 118 ff.

werden konnten, und die Kooperation mit der Staatsanwaltschaft Hannover erst im Jahr 2000 wirksam wurde, konnten die dortigen Ermittlungsverfahren auch erst ab diesem Zeitpunkt erfasst werden. Insofern ist der Vergleich der Hamburger und Hannoveraner Fallzahlen in den Jahren 1998 und 1999 nicht möglich.

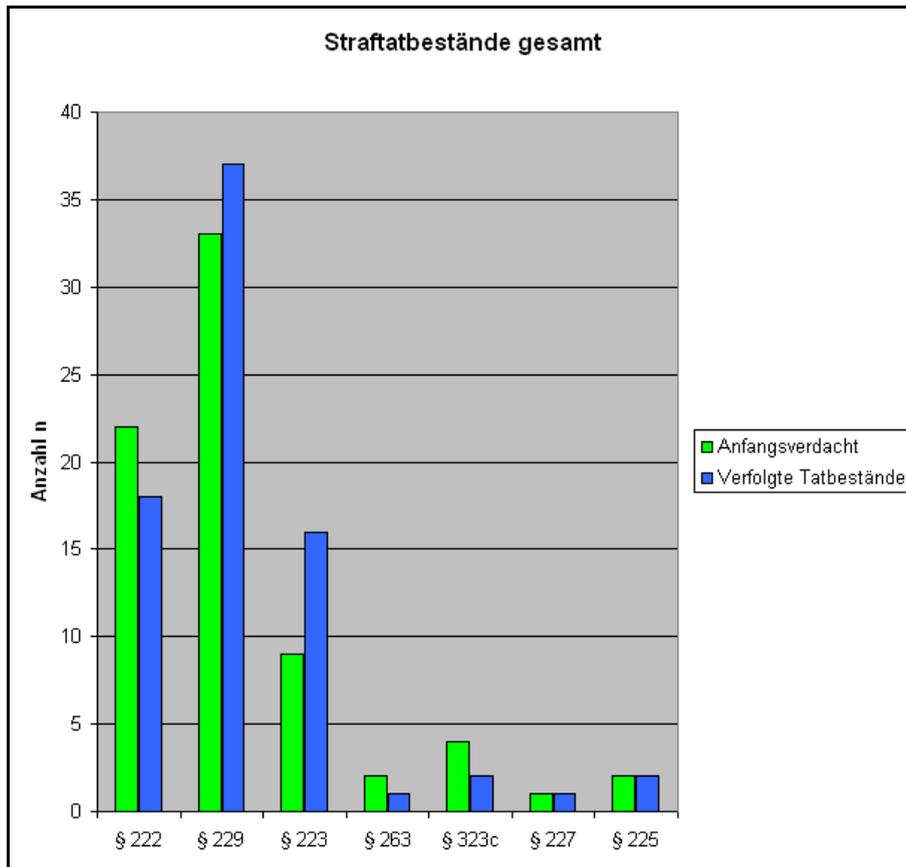
Ebenso erscheint ein Rückschluss über die Anzahl der in vorliegender Untersuchung ausgewerteten Akten auf die Dekubitusprävalenz in beiden Städten bzw. Zuständigkeitsbereichen der Staatsanwaltschaften nicht sicher möglich, da die Erhebungsmethode lediglich Fälle erfasst, in denen Dekubitalgeschwüre entdeckt wurden und zugleich ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaften eingeleitet wurde. Der wahrscheinlich weitaus häufigere Fall, in dem Druckgeschwüre zwar vorliegen, aber kein Verfahren eingeleitet wurde, entzieht sich daher der Erfassung und Beurteilung. Zudem ist die Erfassung von nicht beeinflussbaren Faktoren wie der Sorgfalt bei der Eintragung in das Eingangsbuch der Rechtsmedizin abhängig.

Festgehalten werden kann daher lediglich, dass der überwiegende Teil der bekannt gewordenen Verfahren (72 %) zwischen 2000 und 2002 eingeleitet worden ist.

b. Verteilung der Verfahren nach dem Tatvorwurf

Der Anfangsverdacht der ausgewerteten Verfahren betraf überwiegend den Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung (45 %, n=33), wobei zu berücksichtigen ist, dass sich dieser auch auf mehrere Straftatbestände zugleich erstrecken konnte, was sich darin zeigt, dass bei Einleitung der 64 ausgewerteten Verfahren hinreichende tatsächliche Anhaltspunkte für insgesamt 73 Straftatbestände gesehen wurden. Hierauf folgt der Anfangsverdacht der fahrlässigen Tötung (30 %, n=22). Die Begehung einer vorsätzlichen Körperverletzung wird am dritthäufigsten zu Beginn der Ermittlungen vermutet (12 %, n=9). Die übrigen Tatbestände (Betrug, unterlassene Hilfeleistung, Körperverletzung mit Todesfolge, schwere Körperverletzung) spielen kaum eine Rolle und kommen zusammengerechnet auf einen gleich hohen Anteil wie die vorsätzliche Körperverletzung.

Im Verlauf der Ermittlungen ist zu beobachten, dass sich der Tatverdacht in Richtung der Fahrlässigkeit sowie der nicht mit einer Todesfolge verknüpften Delikte verschiebt. So wird die Verwirklichung einer fahrlässigen Körperverletzung in etwa der Hälfte der Fälle angenommen (51 %, n=37), während der Tatverdacht der fahrlässigen Tötung zurückgeht (25 %, n=18). Fast doppelt so oft wie bei Beginn der Ermittlungen wird nun eine vorsätzliche Körperverletzung vermutet (22 %, n=16), während die Bedeutung der übrigen Tatbestände insgesamt sinkt (8 %, n=6).



Darstellung 5: Verteilung der Verfahren nach dem Tatvorwurf

Da der nach § 152 Abs. 2 StPO zur Einleitung von Ermittlungen erforderliche Anfangsverdacht weder dringend i.S.d. §§ 111a, 112 ff. StPO, noch hinreichend i.S.d. § 203 StPO zu sein braucht, sondern es ausreicht, dass nach kriminalistischen Erfahrungen das Vorliegen einer verfolgbaren Straftat als möglich erscheint,⁴⁴⁹ reicht zur Einleitung der Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung die Kenntnis der Staatsanwaltschaft von einem Todesfall aus, in dem der Verstorbene höhergradige Dekubitalulzera aufweist und eine natürliche Todesursache von vornherein nicht sicher feststeht. Eine solche Meldung erfolgt bereits seitens der rechtsmedizinischen Institute, wenn bei der äußeren Leichenschau die höhergradigen Drucknekrosen auffallen. Unter Vorgriff auf das Ergebnis der Auswertung der Anzeigerstatter⁴⁵⁰ kann daher angenommen werden, dass sich die hohe Anzahl der Annahme eines fahrlässigen Tötungsdelikts wesentlich auf die Aufgabenerfüllung der rechtsmedizinischen Institute zurückführen lässt. Zudem ist in Zusammenhang mit der Tatsache, dass zum Ermittlungszeitpunkt rund 86 % der Betroffenen verstorben waren,⁴⁵¹ anzunehmen, dass der sachbearbeitende Dezernent der Ermittlungsbehörde zu

⁴⁴⁹ Meyer-Goßner, § 152 Rn. 4 m.w.N.

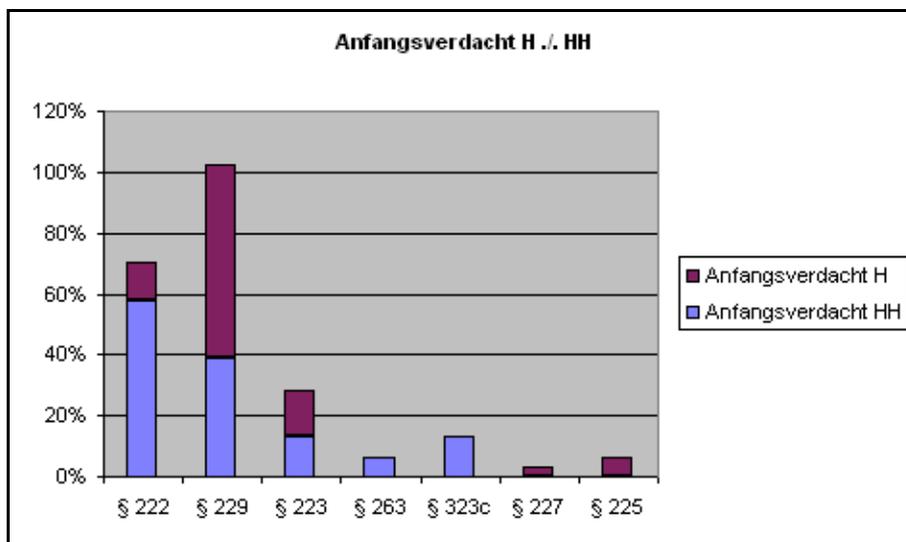
⁴⁵⁰ Siehe im Abschnitt *Anzeigerstatter und Hinweisgeber*, S. 131 ff.

⁴⁵¹ Vgl. unter A.4.g, S. 139.

Ermittlungsbeginn im Zweifelsfall eher von einem Tötungsdelikt ausgeht, solange er nicht durch das rechtsmedizinische Gutachten die Klärung der Frage, ob eine Todesursächlichkeit gegeben oder nachweisbar ist, herbeigeführt hat.

c. Vergleich: Anfangsverdacht Hamburg / Hannover

Der Vergleich zwischen den beiden Staatsanwaltschaften zeigt, dass die Hamburger Dezernenten die Ermittlungsverfahren überwiegend (auch) wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung einleiteten: 58 % der Verfahren (n=18) enthielten diesen Tatvorwurf zu Beginn der Ermittlungen. In Hannover wurde dieser Tatvorwurf nur in 12 % (n=4) bei Beginn der Ermittlungen als möglich angesehen. Das umgekehrte Verhältnis ist im Bereich der fahrlässigen Körperverletzung zu beobachten: Während die Verfahren in Hannover in 64 % (n=21) diese Strafnorm als Anfangsverdacht aufwiesen, war dies in Hamburg in nur 39 % (n=12) der Fall. Die vorsätzliche Körperverletzung war in beiden Städten etwa gleichhäufig Gegenstand des Anfangsverdachts (Hamburg: 13 %, n=4; Hannover: 15 %, n=5). Ermittlungen wegen Betrug und unterlassener Hilfeleistung erfolgten nur im Hamburger Raum, Ermittlungen wegen Körperverletzung mit Todesfolge und schwerer Körperverletzung nur vereinzelt im Bereich der Staatsanwaltschaft Hannover.



Darstellung 6: Anfangsverdacht der Hannoveraner und Hamburger Verfahren (Die prozentuale Angabe bezieht sich auf die Häufigkeit, mit welcher der jeweilige Tatbestand zu Anfang der Ermittlungen als möglich angesehen wurde; das Vorliegen mehrerer Delikte im Anfangsverdacht ist möglich.)

Da im Bereich beider Staatsanwaltschaften die Geschädigten zu Ermittlungsbeginn zumeist (und etwa gleich häufig: Hamburg 84 %, n=26, Hannover 88 %, n=29) verstorben waren, ist ein Zusammenhang der vergleichsweise häufigen Annahme eines Körperverletzungsdelikts mit einer unterschiedlichen Todesrate nicht ersichtlich. Vielmehr ist eine unterschiedliche Herangehensweise zu vermuten: Da die

Sachverhaltswürdigung und rechtliche Herangehensweise des Staatsanwalts bei der Entscheidung über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens sich nicht allein aus der Natur der Sache ergibt, sondern regelmäßig auch auf subjektiven, nicht näher verifizierbaren Wertungen des Abwägenden beruht, können verschiedene Betrachter, ohne pflichtwidrig zu handeln, durchaus zu unterschiedlichen Lösungen gelangen.⁴⁵² Der Staatsanwalt kann damit gleichermaßen bei einem Sachverhalt, der die Möglichkeit der schuldhaften Verursachung eines Dekubitalgeschwürs enthält und in dem der Geschädigte hiernach verstorben ist, von der schwerwiegenderen oder von der wahrscheinlicheren Tat ausgehen. Die hierauf folgenden Untersuchungsschritte, insbesondere die Einholung eines Gutachtens, das erforderlichenfalls auch die Frage der Kausalität zwischen Dekubitusverursachung und Todeseintritt behandelt, bleiben gleich, die Umstufung des Tatverdachts im Laufe der Ermittlungen bleibt möglich. Ein theoretisch bestehender Unterschied zwischen beiden Herangehensweisen dürfte sich praktisch kaum auswirken: Während die fahrlässige Körperverletzung nach § 230 StGB nur bei Vorliegen eines Strafantrags oder der Annahme des besonderen öffentlichen Interesses zu verfolgen ist, unterliegt die fahrlässige Tötung in jedem Falle der Strafverfolgung. Zudem könnte der Verletzte (bzw. nach seinem Tod die Angehörigen i.S.d. § 77 Abs. 2 StGB) im Fall der fahrlässigen Körperverletzung gemäß § 374 Abs. 1 Nr. 4 StPO auf den Privatklageweg verwiesen werden. In keinem der vorliegend ausgewerteten Fälle erfolgte allerdings eine Verweisung auf den Privatklageweg. Lediglich in Fall, in dem die Kausalität zwischen Dekubitus und Todeseintritt klar nicht vorlag, wurde nach 6½ Jahre dauernden Ermittlungen aufgrund des langen Zeitablaufs das Vorliegen des besonderen öffentlichen Interesses nicht mehr angenommen. Damit sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Einstufung des Anfangsverdachts als Körperverletzungs- oder Tötungsdelikt etwa von dem Vorbehalt unterschiedlicher strafprozessualer Erledigungsstrategien abhängig sein könnte.

Da sich die Datenlage insbesondere bei Betrachtung der Todesfallquote in beiden Bereichen nicht wesentlich unterscheidet, kommt zur Erklärung der unterschiedlichen rechtlichen Einschätzung zu Beginn der Verfahren nur in Betracht, dass die Dezernenten der Staatsanwaltschaft Hannover sich bei der Bestimmung des Anfangsverdachts eher von der wahrscheinlicheren Tat, und die Dezernenten der Staatsanwaltschaft Hamburg eher von der schwerwiegenderen Tat leiten lassen.

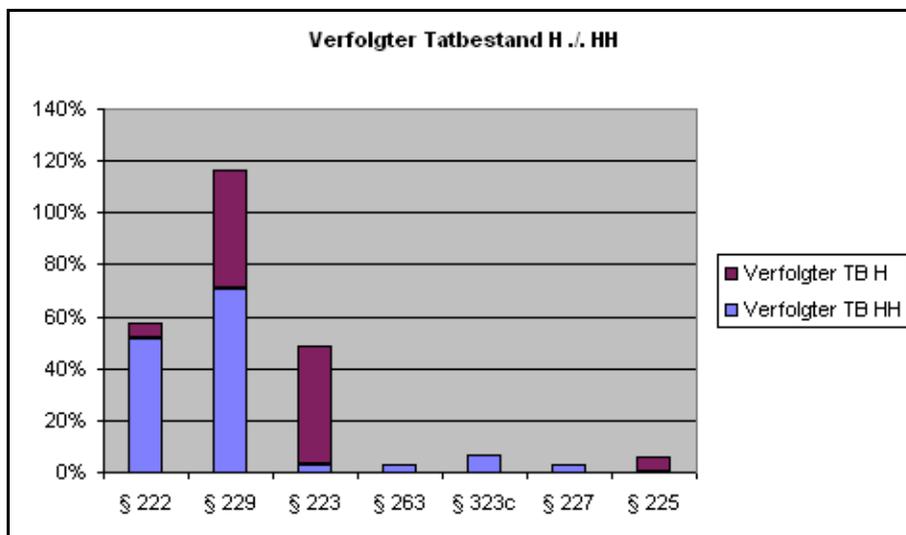
⁴⁵² BGH, VersR 1988, 911.

d. Vergleich: Verfolgte Tatbestände Hamburg / Hannover

Auch in der weiteren Bearbeitung der Ermittlungsverfahren unter dem Gesichtspunkt der verfolgten Tatbestände unterscheidet sich die Vorgehensweise der Hamburger und Hannoveraner Staatsanwaltschaften.

In den Hamburger Verfahren konnte eine Abstufung des Tatverdachts von der fahrlässigen Tötung zur fahrlässigen Körperverletzung in der Einzelbetrachtung der untersuchten Verfahren festgestellt werden, was sich in der Statistik deutlich in der geringeren Anzahl an Verfahren mit entsprechendem Tatverdacht niederschlägt (fahrl. Tötung: 52 %, n=16; fahrl. Körperverletzung: 71 %, n=22 – Mehrfachnennungen möglich). Auch die Annahme der vorsätzlichen Körperverletzung blieb weitaus seltener bestehen (3 %, n=1). Die übrigen Strafvorschriften erlangen mit einer Häufigkeit von 0-6 % Anteil in den verfolgten Tatbeständen keine relevante Rolle.

Auch in den Hannoveraner Verfahren ist der deutliche Rückgang des Tatverdachts der fahrlässigen Tötung zu beobachten (6 %, n=2). Zugleich zeigt sich, dass auch die fahrlässige Körperverletzung seltener als zu Beginn der Ermittlungen für einschlägig erachtet wird (45 %, n=15). Hingegen verdreifacht sich die Anzahl der Verfahren, in denen von der Verwirklichung einer vorsätzlichen Körperverletzung ausgegangen wird (45 %, n=15). Die übrigen Straftatbestände erreichen keine nennenswerte Stellung in den Verfahren mehr.



Darstellung 7: Verfolgte Tatbestände der Hannoveraner und Hamburger Verfahren (Die prozentuale Angabe bezieht sich auf die Häufigkeit, mit welcher der jeweilige Tatbestand zu Anfang der Ermittlungen als möglich angesehen wurde; der Tatverdacht mehrerer Delikte zugleich ist möglich.)

Die Gründe für die Herabstufung des Tatverdachts ergaben sich, wie ausgeführt, in den Hamburger Verfahren zwingend aus der im Laufe des Verfahrens veränderten Beweissituation, da insbesondere die

rechtsmedizinischen Gutachten regelmäßig in den Verfahren mit dem Anfangsverdacht eines Tötungsdelikts zum Schluss kamen, dass der Kausalzusammenhang zwischen Dekubitusverursachung und Todeseintritt nicht nachzuweisen war, oder dass die Dokumentation der Prophylaxe und Therapie derart lückenhaft war, dass nicht nachgewiesen werden konnte, dass diese Maßnahmen fehlerhaft erfolgt waren.

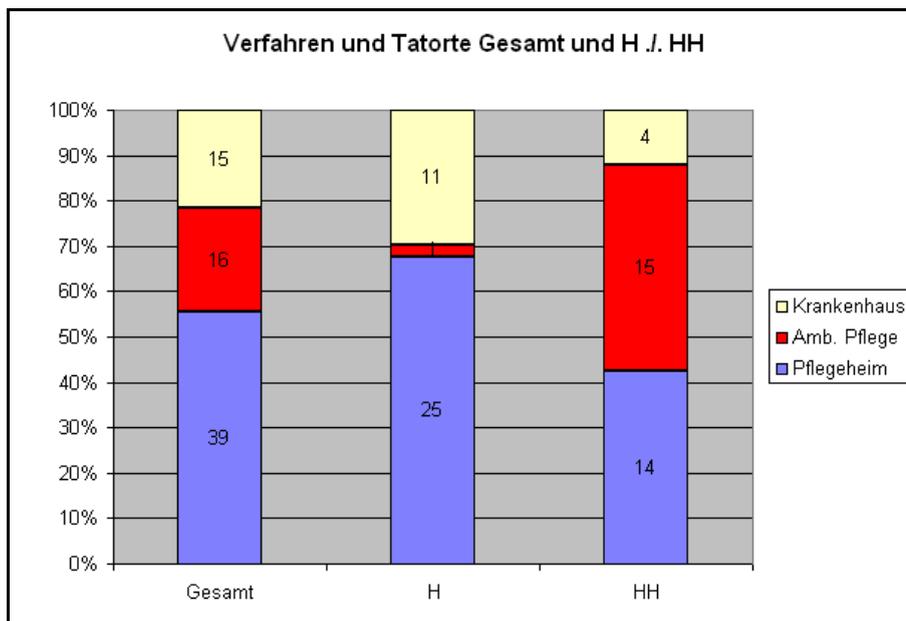
Die Verlagerung des Tatverdachts im Bereich der Hannoveraner Verfahren aus dem Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte hin zur Körperverletzung ist, soweit es den Anfangsverdacht der fahrlässigen Tötung erklärt, mit dem durch die rechtsmedizinischen Gutachten regelmäßig nicht belegbaren Nachweis der Kausalität zwischen vorgeworfener Handlung und Todeseintritt zu erklären. Allerdings fällt auf, dass innerhalb der Körperverletzungsdelikte eine Hochstufung der Verfahren vom Fahrlässigkeits- zum Vorsatzdelikt erfolgte, was angesichts der Problematik des Vorsatznachweises⁴⁵³ in der Praxis nicht zu erwarten war. Die Einzelauswertung dieser hochgestuften Verfahren ergibt, dass es sich jeweils um Ermittlungen handelte, die zunächst unter dem Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung geführt worden waren (n=8). Allerdings finden sich lediglich in zwei Fällen Hinweise im Sachverhalt, die anhand der objektiven Tatumstände das Vorliegen von zumindest eventualvorsätzlichem Handeln nahe legen: So erfolgte in einem Fall eine völlige Vernachlässigung der zu pflegenden Person trotz ersichtlicher Dekubitusproblematik und in einem anderen Fall die absolut unzureichende und sogar kontraindizierte ärztliche Behandlung der Wunden. In den übrigen sechs Verfahren hingegen zeigte sich nach Einholung eines Gutachtens, dass die angewandten Maßnahmen nicht zu beanstanden oder nur gering fehlerhaft waren. Möglicherweise wurde in diesen Verfahren, da es sich bei den Beschuldigten ausnahmslos um Ärzte und Pflegepersonal handelte, seitens der Dezernenten angenommen, dass das Auftreten von Prophylaxe- oder Therapiefehlern mit der Folge der Verursachung von höhergradigen Dekubitalgeschwüren durch im Rahmen ihrer Profession tätige Beschuldigte derart ungewöhnlich ist, dass es nicht mehr allein durch die Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt erklärbar ist, sondern bereit das Inkaufnehmen des Eintritts der schädlichen Folge indiziert. Da die Umstufung des Tatbestands in diesen Fällen aber nicht in Vermerken begründet war, sondern sich aus einzelnen Ermittlungsschritten ableiten ließ,⁴⁵⁴ kann diese Hypothese nicht abschließend beurteilt werden.

⁴⁵³ Vgl. allgemein unter *B.2.a.iv.a*), sowie zur Körperverletzung unter *B.2.b.ii*.

⁴⁵⁴ So erfolgte etwa in einem Fall die Eintragung der vorgeworfenen Straftat auf der Akte als fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB, während später ein Durchsuchungsbeschluss nach § 223 StGB (vorsätzliche Körperverletzung) beantragt wurde.

2. Verfahren und Tatorte Hamburg / Hannover

Die Betrachtung der Tatorte⁴⁵⁵ zeigt, dass in der Gesamtschau die Pflegeheime mit 56 % dominieren und auf die Versorgung in der ambulanten Pflege und im Pflegeheim etwa gleich große Anteile entfallen. Der Regionalvergleich zeigt erhebliche Unterschiede: So spielen die Pflegeheime im Raum Hannover als Tatorte mit 68 % eine sehr große Rolle, während nur in einem Fall gegen einen ambulanten Pflegedienst ermittelt wurde. Im Hamburger Bereich hingegen überwiegen die häuslichen Tatorte mit 45 % knapp die stationären Pflegeeinrichtungen (42 %), während die Krankenhäuser als Orte der Verursachung schwerer Dekubitalulzera kaum eine Rolle spielten.



Darstellung 8: Tatorte der Verfahren in der Gesamtübersicht sowie aufgeteilt nach Verfahren der Staatsanwaltschaften Hannover und Hamburg (Mehrfachnennungen sind möglich).

Wird dabei berücksichtigt, dass im Auswertungszeitraum in Niedersachsen nur etwa 31 % der Pflegebedürftigen in Heimen gepflegt wurde und dem gegenüber 69 % ambulanter Pflege steht,⁴⁵⁶ unterstreicht dies die herausgehobene Rolle der Pflegeheime als Tatorte in den Ermittlungsverfahren der

⁴⁵⁵ Als Tatort gilt der Ort, an dem die Verursachung des Dekubitalgeschwürs erfolgt sein soll; wird der Pflegebedürftige zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. einen Hausarzt versorgt, fällt dies in die Kategorie „ambulante Pflege“. Richtet sich der Vorwurf gegen mehrere Institutionen, beispielsweise bei Verlegung eines Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus im Zeitraum der vermuteten Entstehung der Druckstelle, so werden mehrere Tatorte erfasst.

⁴⁵⁶ Quelle: Pflegestatistik 2001, Ländervergleich, S. 10, Statistisches Bundesamt, www.destatis.de.

Staatsanwaltschaft Hannover. Auch im Hamburger Bereich, in dem rund 33 % der Pflegeleistungen in Pflegeheimen erbracht wurden,⁴⁵⁷ sind die Heime mit 42 % der Tatorte noch überproportional vertreten. Auffallend ist weiter, dass die Entstehung eines Dekubitus in der ambulanten Pflege bei den Hannoveraner Ermittlungsverfahren nur in einem Fall eine Rolle spielte und in der Gesamtbetrachtung mit 23 % vergleichsweise niedrig ausfällt – gerade wenn gegenübergestellt wird, dass im Jahr 2001 bundesweit über 70 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt worden sind.⁴⁵⁸ Diese Differenz lässt sich erklären, wenn berücksichtigt wird, dass in diesem Zeitraum rund 49 % der Pflegeleistungen durch Angehörige erbracht wurden und nur etwa 21 % durch ambulante Pflegedienste.⁴⁵⁹ Die Einzelauswertung der Daten zeigt, dass nur in einem Fall ausschließlich ein Angehöriger der schuldhaften Pflegeversäumnisse beschuldigt und in einem weiteren Fall ein Angehöriger neben Arzt dem und dem Pflegedienst als Beschuldigter erfasst wurde. Da sich mithin rund 97 % der untersuchten Verfahren ausschließlich gegen professionell Pflegende richteten, korreliert der Anteil der Verfahren, die gegen Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste geführt wurden, weitgehend mit dem Anteil an Pflegebedürftigen, die im Auswertungszeitraum bundesweit zu Hause ambulante Pflegeleistungen erhielten.

Die Betrachtung der Tatorte lässt damit zunächst offen, ob die überproportional häufige Rolle der Pflegeheime durch ein dort tatsächlich gehäuftes Auftreten von Dekubitalulzera begründet ist oder möglicherweise durch eine diesbezügliche Fokussierung der Arbeit der rechtsmedizinischen Institute und der Ermittlungsbehörden erklärt werden kann.

Hinsichtlich der Verursachung von Dekubitalulzera im häuslichen Bereich ist durch die auffallend niedrige Anzahl von Ermittlungen gegen pflegende Angehörige auf ein hohes Dunkelfeld zu schließen.

Der geringe Anteil der Krankenhäuser bei der Verursachung von Dekubitalulzera ist vor dem Hintergrund, dass die Pflege überwiegend im häuslichen Bereich oder im Heim erfolgt, nicht auffallend. Begünstigt wird die geringe Auffälligkeit zudem vermutlich durch die geringe Liegezeit der Patienten, die im Beobachtungszeitraum durchschnittlich weniger als 10 Tage betrug.⁴⁶⁰ Auch der Einfluss eines im Vergleich zu Pflegeeinrichtungen höheren Personalschlüssels, weitreichenderer Prophylaxe- und

⁴⁵⁷ Quelle: ebd.

⁴⁵⁸ Quelle: Pflegestatistik 2001, Deutschlandergebnisse, S. 9, Statistisches Bundesamt, www.destatis.de.

⁴⁵⁹ Quelle: ebd.

⁴⁶⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser: Tabelle Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 1991-2006, www.destatis.de.

Therapiemöglichkeiten sowie eines in den meisten Einrichtungen bestehenden Qualitätsmanagement-Systems könnte hierbei eine Rolle gespielt haben.

3. Anzeigerstatter und Hinweisgeber

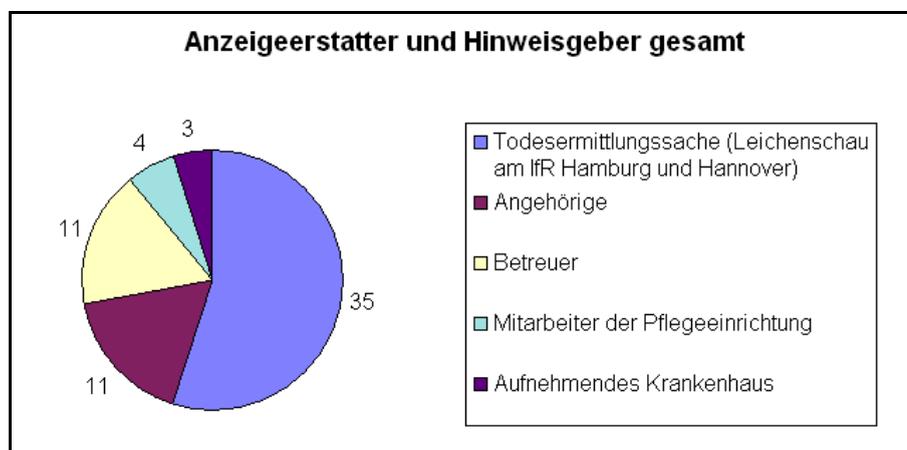
Die Betrachtung der Ursachen der Verfahrenseinleitung gibt wichtige Hinweise für die Rolle der Ermittlungsbehörden bei der Aufdeckung von Straftaten und die Anzeigebereitschaft der Bevölkerung.

a. Anzeigerstatter und Hinweisgeber gesamt

Die Ermittlungsverfahren wurden insgesamt in mehr als der Hälfte der Fälle durch die Leichenschau der rechtsmedizinischen Institute eingeleitet. Sofern dort im Rahmen der Untersuchung unnatürlicher Todesfälle bzw. der Krematoriumsleichenschau höhergradige Dekubitalulzera gefunden wurden, deren Ausmaß und Zustand auf Pflegefehler schließen ließ, erfolgte die Information der zuständigen Staatsanwaltschaft, die in diesen Fällen Ermittlungsverfahren einleitete.

In etwa 1/6 der Fälle wurden die Verfahren nach Hinweisen oder Strafanzeigen von Angehörigen der Pflegebedürftigen eingeleitet, ebenso oft aufgrund der Information durch Betreuer. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei etwa 2/3 der Betreuten ein nahe stehender Angehöriger die Betreuung ausübte, steigt die Rolle der Angehörigen bei der Aufdeckung von Pflegemängeln auf etwa 30 % der untersuchten Fälle.

Aktuell oder ehemals tätige Mitarbeiter der Pflegedienste tätigten in etwa jedem 20. Verfahren Angaben, die zur Einleitung von Ermittlungen führten. Etwa ebenso oft begannen die Ermittlungsverfahren durch Hinweise von Krankenhäusern, die bei der Aufnahme von stationär zu behandelnden Pflegebedürftigen aus Pflegeheimen oder der ambulanten Pflege derart gravierende Dekubitalulzera entdeckten, dass sie eine strafbare Pflegevernachlässigung nicht ausschließen konnten.

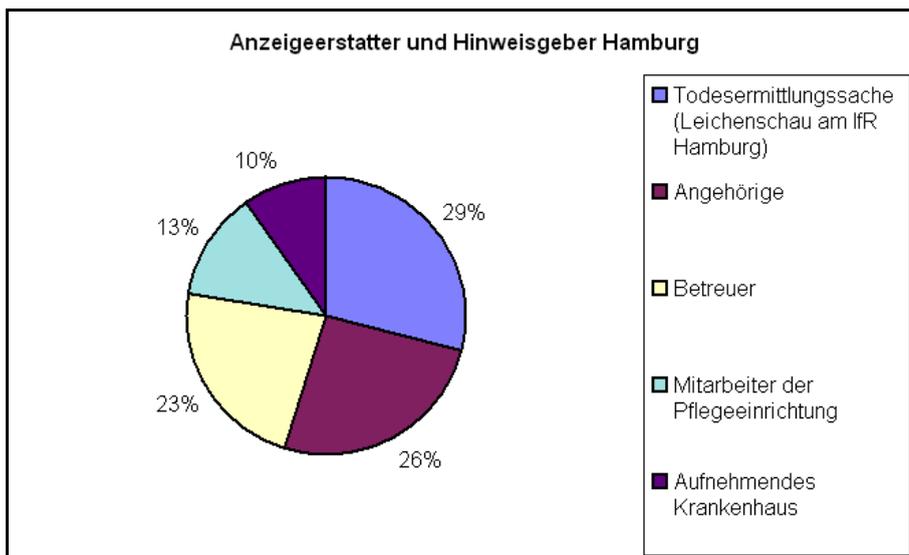


Darstellung 9: Anteil der Anzeigerstatter und Hinweisgeber in allen untersuchten Verfahren (Anzahl n).

Die Daten unterstreichen die wichtige Rolle der rechtsmedizinischen Institute bei der Aufklärung schuldhafter Pflegeversäumnisse. Bezieht man in die Betrachtung allerdings nur die „Sanktionsverfahren“⁴⁶¹ ein, die in vier Fällen durch Angehörige, in einem Fall durch ehemalige Mitarbeiter eine Pflegeeinrichtung und in zwei Fällen durch die rechtsmedizinische Leichenschau eingeleitet wurden, zeigt sich, dass den Angehörigen in den Fällen, bei denen der Nachweis einer Straftat möglich ist oder zumindest möglich erscheint, eine besondere Rolle im Ermittlungsverfahren zukommt.

b. Anzeigerstatter und Hinweisgeber Hamburg

Die Untersuchung der Hamburger Fälle zeigt, dass in fast der Hälfte der Fälle die Ermittlungsverfahren aufgrund von Hinweisen durch Angehörige und Betreuer eingeleitet wurden. Insofern erlangen die mit dem Pflegebedürftigen tatsächlich und rechtlich nahe stehenden Personen eine wichtige Bedeutung. Todesermittlungssachen führten in knapp einem Drittel der Fälle zur Verfahrenseinleitung.



Darstellung 10: Prozentualer Anteil der Anzeigerstatter und Hinweisgeber in den Verfahren der Staatsanwaltschaft Hamburg.

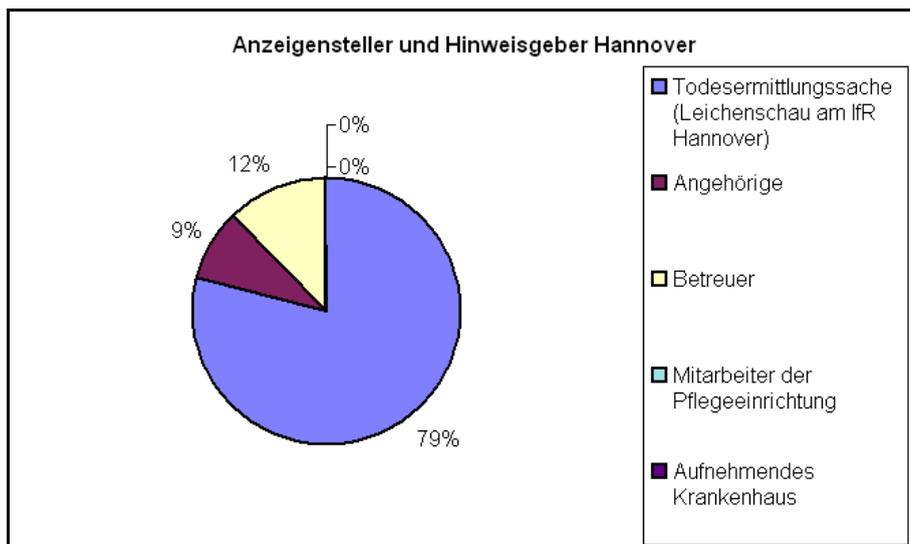
Von nicht zu unterschätzender Bedeutung erscheint in den Hamburger Fällen, dass knapp ein Viertel der Verfahren nach Hinweisen von Krankenhäusern oder (ehemaligen) Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen

⁴⁶¹ Mit diesem nicht rechtstechnisch zu verstehenden Begriff sind die Verfahren gemeint, in denen es zu Anklageerhebung, Strafbefehl oder Einstellung nach Zahlung einer Geldauflage kam; siehe hierzu auch den Abschnitt *Unterschiede zwischen „Sanktionsverfahren“ und „Einstellungsverfahren“*, S. 167 ff.

eingeleitet wurden. Dies legt nahe, dass sich möglicherweise nach der intensiven öffentlichen Berichterstattung zur Dekubitusproblematik Anfang 1999 bei den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen ein Problembewusstsein entwickelt hat. So erfolgten zwei Hinweise durch ehemalige Pflegedienstmitarbeiter noch im selben Monat der Berichterstattung über den sog. „Dekubitusskandal“, und zumindest in einem Fall war bei Anzeigerstattung der Wunsch nach Mithilfe bei der Aufdeckung derartiger Taten auch erkennbar.

c. Anzeigerstatter und Hinweisgeber Hannover

Bei der Auswertung des Ermittlungsbeginns der Verfahren der Staatsanwaltschaft Hannover fällt hingegen die zentrale Rolle der rechtsmedizinischen Leichenschau in knapp 4/5 der Verfahren auf. Während die Tätigkeit der Betreuer noch in 12 % der Fälle zur Aufnahme von Ermittlungen führte, spielten Angehörige in weniger als jedem zehnten Fall eine Rolle als Hinweisgeber oder Anzeigerstatter.



Darstellung 11: Prozentualer Anteil der Anzeigerstatter und Hinweisgeber in den Verfahren der Staatsanwaltschaft Hannover.

Möglicherweise ist das völlige Fehlen von Anzeigen aus dem Bereich der Krankenhäuser und seitens der Pflegedienstmitarbeiter durch die Art der Verfahrenserhebung bedingt. Durch die Erfassung der Hannoveraner Verfahren über die Kooperation mit der Hamburger Rechtsmedizin handelte es sich jeweils um Verfahren, in denen ein rechtsmedizinisches Gutachten zu erstellen war. Soweit die Vorwürfe nicht gravierend oder die Kausalzusammenhänge einfach gelagert waren und insoweit keine Notwendigkeit zur Einholung eines rechtsmedizinischen Gutachtens seitens der Staatsanwaltschaft angenommen worden sein sollte, könnten derartige Verfahren betrieben worden sein ohne in die

vorliegende Untersuchung Eingang zu finden. Insoweit dürfte die Aussagekraft dieser Darstellung daher eingeschränkt sein.

4. *Geschädigtendaten*

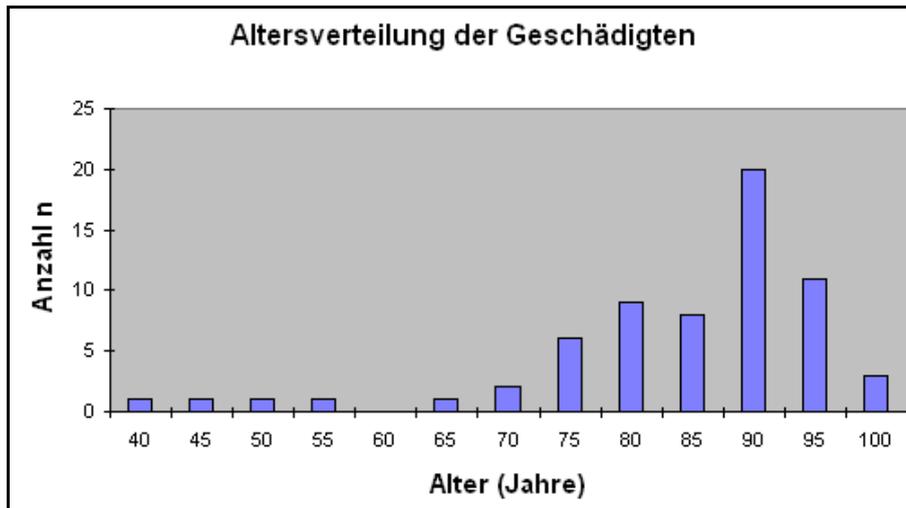
Die individuelle Konstitution der Geschädigten kann für die Entstehung von Dekubitalulzera entscheidend sein. Zugleich kann sie bei der Frage, ob das Auftreten des Druckgeschwürs bei sachgerechter Pflege und Behandlung hätte vermieden werden können, erhebliche Bedeutung erlangen. Zur Beurteilung des Gesamtkontextes ist daher die Kenntnis der persönlichen und medizinischen Faktoren notwendig.

a. *Altersverteilung*

Die Geschädigten befanden sich zum Tatzeitpunkt überwiegend in der letzten Lebensdekade. Das Durchschnittsalter lag bei 83 Jahren, wobei die Altersspanne von 8 bis 96 Jahre reichte.⁴⁶² Die Geschädigten waren zu 78 % (n=50) weiblichen Geschlechts, was in etwa der Proportion in diesem hohen Alter entspricht.⁴⁶³

⁴⁶² Der als atypisch im Rahmen der Pflegevernachlässigungsproblematik anzusehende Einzelfall eines 8 Jahre jungen Patienten, der nach einer Operation in einem Krankenhaus einen Dekubitus erlitt, hat in die Berechnung des Durchschnittsalters keinen Eingang gefunden. Bei seiner Berücksichtigung senkt sich das Durchschnittsalter der Betroffenen im Mittelwert auf 82 Jahre.

⁴⁶³ So betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2000 das Geschlechterverhältnis bei den 82-83 Jahre alten Einwohnern rund 1 : 2,5 (m : w). Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsfortschreibung 2000, Bevölkerung nach Altersstand, www.destatis.de.



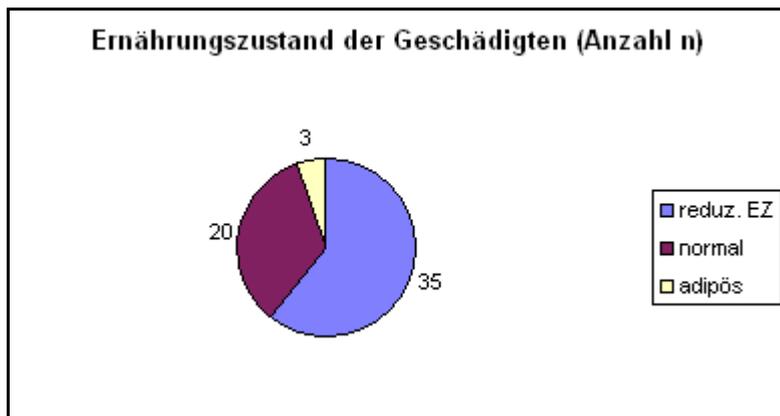
Darstellung 12: Altersverteilung der Geschädigten (angegeben ist das Höchstalter je Kategorie; die Altersstufe unter 40 Jahre ist nach unten hin offen).

Es fällt eine Häufung der Dekubitalschäden im Bereich der Altersstufe über 85jähriger Pflegebedürftiger auf. Mit steigendem Lebensalter und zunehmenden Vorerkrankungen steigt auch der Grad der Immobilität und damit das Dekubitusrisiko insgesamt, so dass diese Häufung krankheitsspezifisch vorgegeben sein dürfte. Insoweit entspricht diese Beobachtung den Feststellungen aus der Studie zur Prävalenz von Dekubitalulzera bei der Leichenschau von 10.222 Verstorbenen im Hamburger Bereich,⁴⁶⁴ in der die größte Häufung höhergradiger Dekubitalulzera im Bereich zwischen 80 und 90 Jahren festzustellen war.

b. Ernährungszustand

Soweit sich der Ernährungszustand der Geschädigten den Verfahrensakten entnehmen ließ, war er in über 60 % als reduziert beschrieben, in etwa 5 % als adipös. Lediglich in rund einem Drittel der Fälle war ein normaler Ernährungszustand der Geschädigten vermerkt.

⁴⁶⁴ Püschel / Heinemann, Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase, 1998, Abb. 11.

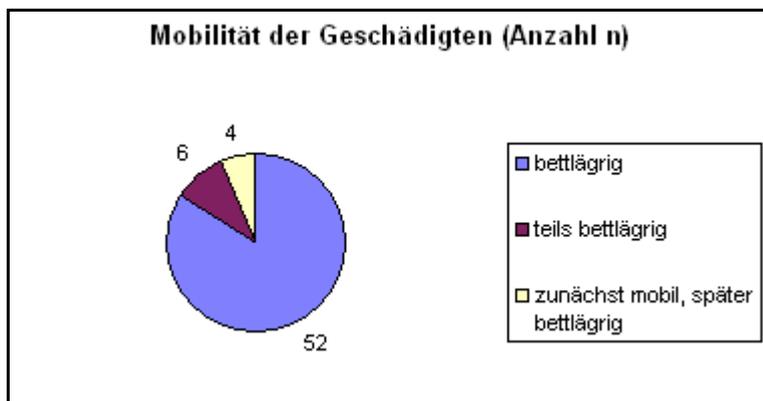


Darstellung 13: Ernährungszustand der Geschädigten (soweit dieser den Akten zu entnehmen war).

Abweichungen vom normalen Ernährungszustand erhöhen, wie aufgezeigt,⁴⁶⁵ das Dekubitusrisiko erheblich. Gerade vor dem Hintergrund des zumeist hohen Alters und der vielfachen Vorerkrankungen der Geschädigten war dieser Befund zu erwarten.

c. Mobilität

Die Mobilität der Geschädigten war bei etwa 84 % der dokumentierten Fälle bereits vor Beginn der Tathandlung an schlecht, so dass diese grundsätzlich bettlägerig waren. Weniger als 10 % der Geschädigten konnten zumindest noch teilweise mobilisiert werden, in der Regel geschah dies in Sitzposition (Rollstuhl, Sessel u.a.). Nur etwa 6 % der Geschädigten waren noch aus eigenem Antrieb mobil, als sie den Dekubitus erlitten und wurden erst im Verlauf der Tatzeit bettlägerig.



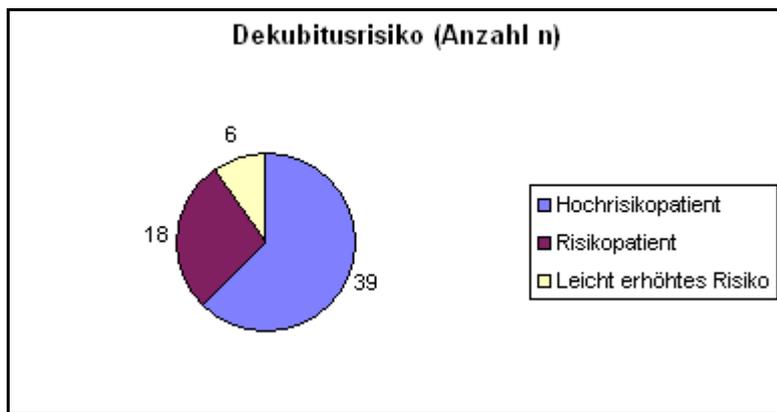
Darstellung 14: Mobilität der Geschädigten zum Beginn des Tatzeitraums, sofern dieses Kriterium den Akten zu entnehmen war.

Im Zusammenhang mit dem Alter und dem Dekubitusrisiko ist dieses Ergebnis vom Krankheitsbild her zu erwarten gewesen, da Alter, Grunderkrankungen und Mobilität das Dekubitusrisiko bedingen.

⁴⁶⁵ Vgl. *Zweiter Teil: Der Dekubitus, A.2.d.*, ab S. 13.

d. Dekubitusrisiko

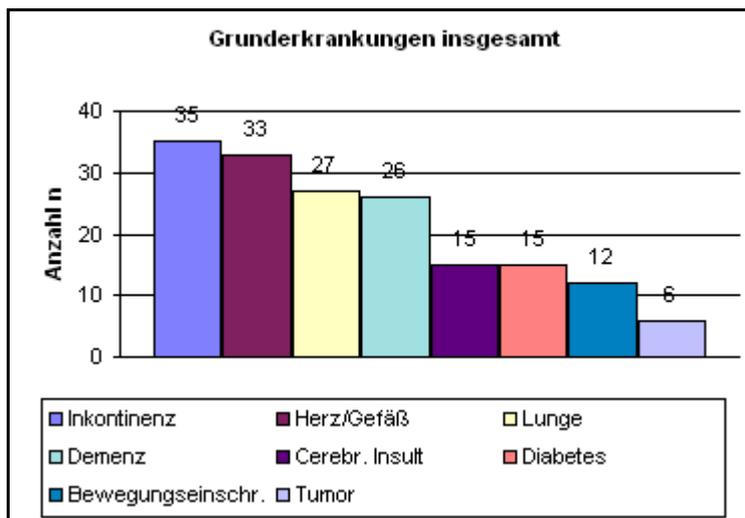
Das Dekubitusrisiko konnte bis auf einen Fall, in dem ein erweitertes Gutachten aufgrund der aus Rechtsgründen zuvor erfolgten Verfahrenseinstellung nicht mehr eingeholt werden konnte, grundsätzlich den Akten entnommen werden. Die Einstufung orientierte sich hierbei an den rechtsmedizinischen Gutachten und der Klassifizierung nach BRADEN / NORTON. In allen Fällen war das Risiko erhöht, wobei in weniger als 10 % lediglich ein leicht erhöhtes Risiko vorlag. Etwa 28 % der eingestuften Geschädigten konnten als Risikopatient erkannt werden und bei 62 % handelte es sich um hochgradig gefährdete Personen i.S.e. Hochrisikopatienten.



Darstellung 15: Einstufung des Dekubitusrisikos, soweit auswertbar.

Die Risikoeinstufung begründet sich aus verschiedenen Faktoren, wie Alter, Mobilität, Haut- und Pflegezustand, Mobilität, Kontinenz, Vorerkrankungen. In Zusammenschau mit den übrigen Geschädigtendaten stellt sich dieses Ergebnis als plausible Folge der individuellen prädisponierenden Faktoren dar.

e. Grunderkrankungen

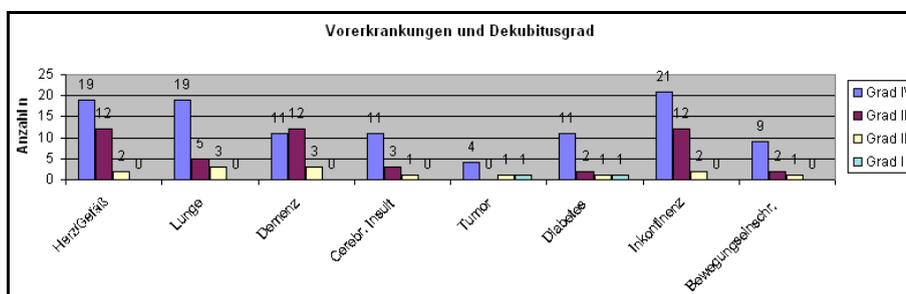


Darstellung 16: Grunderkrankungen der Geschädigten (Mehrfachnennungen möglich).

Bei der Erfassung der vorhandenen Grunderkrankungen fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Geschädigten unter Inkontinenz litten, die erheblich zur Erhöhung des Dekubitusrisikos beiträgt. Hierauf folgten Herz- und Gefäßerkrankungen, was insbesondere durch das Durchschnittsalter bedingt sein dürfte. Bei knapp einem Viertel der Geschädigten finden sich zudem Vorerkrankungen, die direkt mit einer Beeinträchtigung der Mobilität einhergehen (z.B. Lähmungen und Frakturen), was einen bedeutenden Risikofaktor für die Entstehung von Dekubitalulzera darstellt.

f. Relation Grunderkrankung / Dekubitusrisiko

Der Vergleich des Schweregrades der Dekubitalulzera mit den bestehenden Vorerkrankungen ergibt bei den höhergradigen Druckgeschwüren (Grad III-IV) am häufigsten das gleichzeitige Vorliegen von Inkontinenz, worauf Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenkrankheiten und Demenzen folgen.



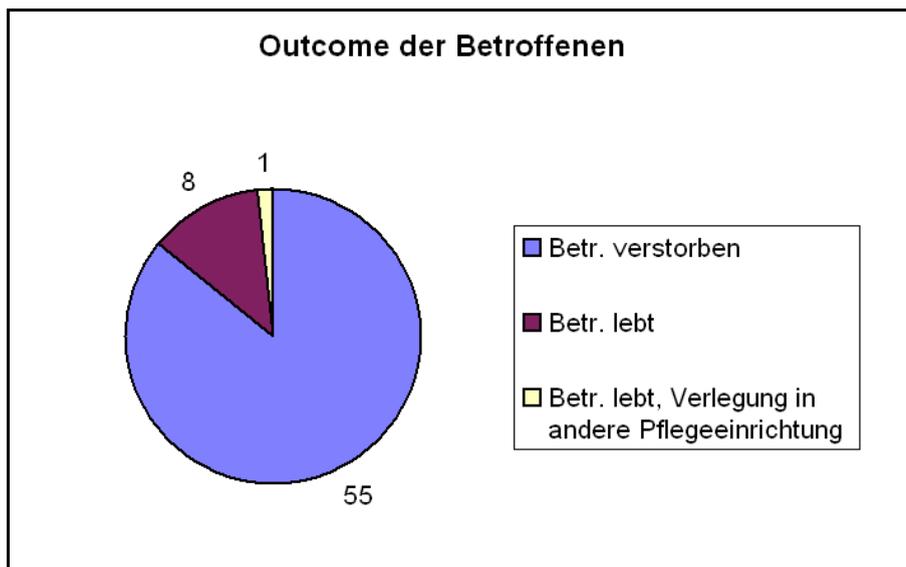
Darstellung 17: Vergleich von Vorerkrankungen und Schweregrad der Dekubitalulzera (mehrere Wundstellen je Geschädigter möglich).

Die nur geringe Ausprägung erst- und zweitgradiger Drucknekrosen dürfte einerseits durch die erschwerte Feststellung bedingt sein (erstgradige Dekubitalulzera zeigen sich äußerlich lediglich durch

eine Rötung), und andererseits damit zusammenhängen, dass die ersten Grade oftmals lediglich ein Durchgangsstadium darstellen, so dass letztlich das höhergradige Geschwür zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung bereits ausgeprägt ist.

g. Outcome der Betroffenen

Mit dem Erhebungsparameters des Outcomes wurde einerseits erfasst, ob der Geschädigte zum Zeitpunkt des Ermittlungsverfahrens bereits verstorben war oder lebte, andererseits ob das Verfahren oder der ihm zugrunde liegende Fehlervorwurf im letzteren Fall einen Einfluss auf die weitere Versorgung des Geschädigten hatten. Rund 86 % der Betroffenen waren zum Zeitpunkt der Ermittlungen bereits verstorben. In den übrigen Fällen lebten die Geschädigten, wobei lediglich in einem Fall festzustellen war, dass durch Einleitung der Ermittlungen den Angehörigen der Pflegebedürftigen bislang unbekannte Fehlervorwürfe bekannt gemacht wurden, woraufhin diese die Pflegebedürftige in ein anderes Heim verlegen ließen.



Darstellung 18: Outcome und Verfahrenseinfluss auf die weitere Versorgung

Die hohe Todesrate ist einerseits mit der Erhebungsmethode bedingt, nach der die Ermittlung der Verfahren anhand der Erfassung im Institut für Rechtsmedizin erfolgte. Der Anlass hierzu bestand in der Durchführung von Leichenschauen oder Obduktionen, so dass regelmäßig der Tod des Betroffenen vor Einleitung des Ermittlungsverfahrens erfolgt war.

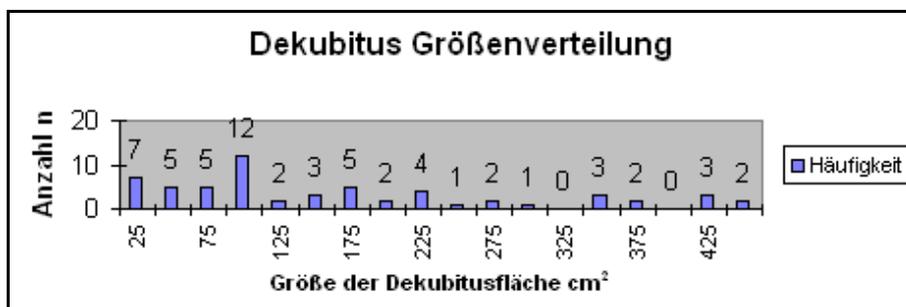
5. *Morphologie des Dekubit*

Ausmaß und Schweregrad der Dekubitalulzera können Rückschlüsse auf den Umfang der Pflegevernachlässigung zulassen. Indirekt können diese objektiven Faktoren auch Anhaltspunkte dafür

geben, ob eine derart gravierende Pflegevernachlässigung vorliegt, dass der Täter vermutlich nicht nur seine Sorgfaltspflichten verletzt, sondern auch den Schadenseintritt gekannt haben und in Kauf genommen haben könnte, so dass es sich hierbei auch um ein Kriterium der Annahme vorsätzlicher Begehungsweise handeln kann. Fläche, Schweregrad und Lokalisation der Drucknekrosen wurden daher erfasst und ausgewertet.

a. Dekubitusgröße

Die Größe der Dekubitalulzera je geschädigter Person variierte zwischen 1 und 624 cm², womit maximal eine mehr als DIN-A4-Format große Fläche betroffen ist. Sofern mehrere Druckstellen festgestellt wurden, erfolgte die Addition der Flächen, um das quantitative Ausmaß des Krankheitsbefalls je Person vergleichen zu können.



Darstellung 19: Größenverteilung der durch alle je Geschädigten vorhandenen Dekubitalulzera betroffenen Flächen.

Knapp die Hälfte der Geschädigten war von Wundstellen bis 100 cm² Ausmaß betroffen, in etwa einem Drittel der Fälle fanden sich Wundflächen von mehr als 200 cm².

b. Stadien der Dekubitalgeschwüre

In 62 Fällen konnten die Stadien der Druckulzera nach SHEA genau bestimmt werden. Die Einstufung erfolgte bei Vorliegen mehrerer Druckstellen unterschiedlicher Stadien dabei anhand der am schwersten ausgeprägten Wundstelle.

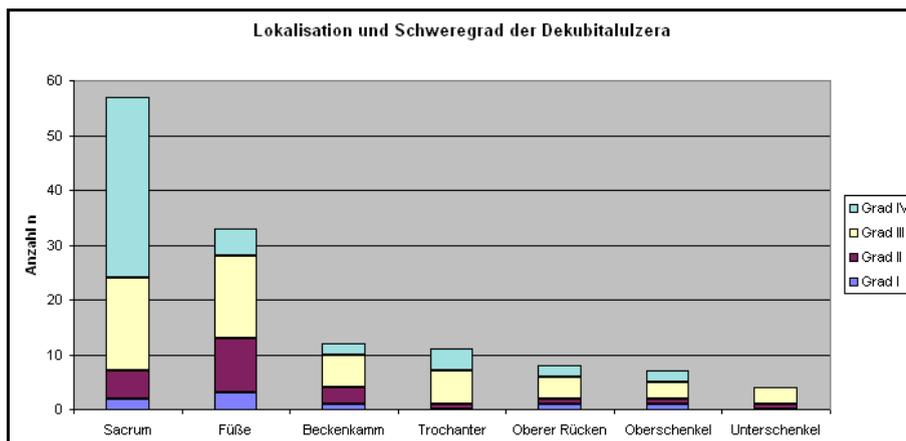
Stadium	I	II	III	IV
Anzahl n	2	5	19	36
Anteil	3 %	8 %	31 %	58 %

Darstellung 20: Stadium des jeweils am schwersten ausgeprägten Dekubitus je Betroffenen, soweit dies bestimmt werden konnte (Einteilung nach SHEA).

Es zeigt sich dabei, dass der überwiegende Anteil Betroffener (89 %) unter hochgradigen⁴⁶⁶ Dekubitalulzera litt und den Ermittlungsverfahren nur im Ausnahmefall der Verdacht der schuldhaften Verursachung eines geringgradigen Druckgeschwürs zugrunde lag.

c. Relation Dekubituslokalisation / Schweregrad

Die Geschädigten wiesen in 92 % der Fälle eine Druckstelle im Sakralbereich auf. In mehr als der Hälfte der Fälle fanden sich zudem Druckstellen im Fußbereich, dort vor allem in der Fersenregion. Im Becken- und Trochanterbereich fanden sich etwa gleich häufig Ulzera (19 bzw. 18%). Im Rücken-, Oberschenkel-, Unterschenkel- und Kniebereich fanden sich mit 13, 11, 5 und 3% nur in vergleichsweise wenigen Fällen Ulzera. Die höhergradigen Geschwüre (Grad III-IV) fanden sich überwiegend im Sakralbereich; hiernach folgen der Fersen- und Trochanterbereich. Die leichter ausgeprägten Grade II und I repräsentieren insgesamt eine geringe Anzahl und sind eher im Bereich der Füße, der Sakralregion und des Beckens zu lokalisieren.



Darstellung 21: Lokalisation und Schweregrad der Dekubitalulzera (Mehrfachnennungen möglich).

Die Verteilung der Druckstellen ist lagebedingt, womit sich die starke Häufung im Bereich der Sakral- und Fersenregion mit der Rückenlagerung der bettlägerigen Geschädigten erklärt. Die Beobachtungen in diesem kleinen Kollektiv entsprechen insbesondere in der Darstellung der Prädilektionsstelle Sakralregion den Feststellungen aus der Studie zur Prävalenz höhergradiger Dekubitalulzera im Hamburger Bereich.⁴⁶⁷

⁴⁶⁶ Hierunter werden Drucknekrosen von Grad III-IV (nach SHEA) verstanden.

⁴⁶⁷ Püschel / Heinemann, Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase, 1998, S. 8.

6. Vorwerfbare Fehler

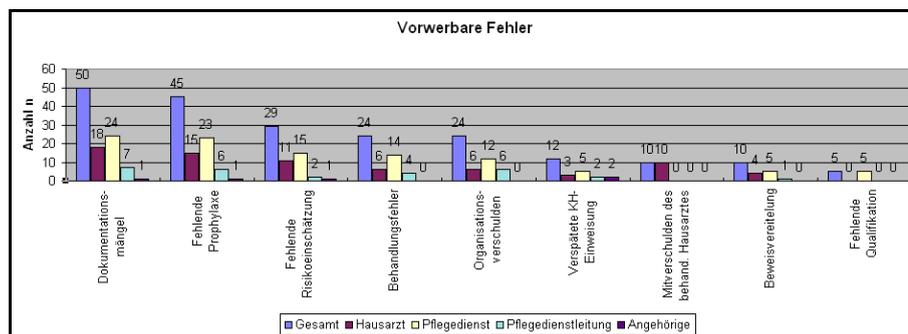
Die Einstufung von Handlungen oder Unterlassung als fehlerhaft erfolgte anhand der Bewertungen der Gutachten der rechtsmedizinischen Institute, soweit medizinische Zusammenhänge zu bewerten waren, und anhand der Bewertungen der Staatsanwaltschaften und ggf. Gerichte, soweit es um die Vornahme juristischer Wertungen ging, wobei sich die Letztgenannten allerdings regelmäßig auf die rechtsmedizinischen Gutachten stützten. Soweit die Fehler einzelnen Beschuldigten oder Professionen zugeordnet werden konnten, erfolgte zudem eine Abstufung nach Profession des Betroffenen.

Hierbei zeigte sich, dass in der Gesamtbetrachtung in rund 78 % der Fälle Dokumentationsmängel in den Kranken- oder Pflegeakten festgestellt wurden. Fehlende Prophylaxemaßnahmen fielen insgesamt bei 70 % der Pflegebedürftigen auf. Bei 45 % der Geschädigten war die erforderliche Risikoeinstufung nicht oder nicht sachgerecht vorgenommen worden. Behandlungs- oder Organisationsfehler fanden sich bei 38 % der Fälle. Annähernd jeder fünfte Geschädigte (19 %), der sich zu Hause oder im Pflegeheim befand, wurde nicht rechtzeitig ins Krankenhaus eingewiesen.

Sofern ein Hausarzt an der Überwachung der pflegerischen Versorgung beteiligt war, war diesem in 16 % der Fälle ein Mitverschulden an der Entstehung oder nicht ausreichenden Behandlung der Druckstellen vorzuhalten.

Ebenfalls bei 16 % der Betroffenen waren Behandlungs- und Pflegeunterlagen nachträglich verändert oder entfernt worden, weshalb Ärzte und Pflegepersonal in gleichen Anteilen der Beweisvereitelung verdächtigt wurden.

In etwa 8 % der ausgewerteten Verfahren war die der pflegerischen Aufgabe nicht angemessene berufliche Qualifikation des Pflegepersonals Gegenstand des Fehlervorwurfs.



Darstellung 22: Vorwerfbare Fehler im Verlauf der Prophylaxe und Therapie, gesamt und aufgeteilt nach Berufsqualifikation (Mehrfachnennungen möglich).

Die Auswertung der Fehlervorwürfe zeigt, dass Dokumentationsmängel in der überwiegenden Zahl der Verfahren ersichtlich waren, was sich im Einzelfall erheblich auf den weiteren Verfahrensablauf

auswirken konnte.⁴⁶⁸ Hierzu trugen Mitarbeiter und Leitungskräfte des Pflegedienstes etwa doppelt so oft bei wie die behandelnden Hausärzte. Der Schwerpunkt der Vorwürfe, soweit er sich auf die rein medizinischen Maßnahmen bezieht, liegt im vorsorgenden Bereich, nämlich der fehlenden Risikoeinschätzung und Prophylaxe. Die dort erfolgten Fehler sind überwiegend den Pflegenden anzulasten, allerdings ist ersichtlich, dass auch die hausärztliche Versorgung der zu Hause oder in Heimen lebenden Pflegebedürftigen vielfach nicht optimal gewesen ist.

7. Verfahrensergebnisse

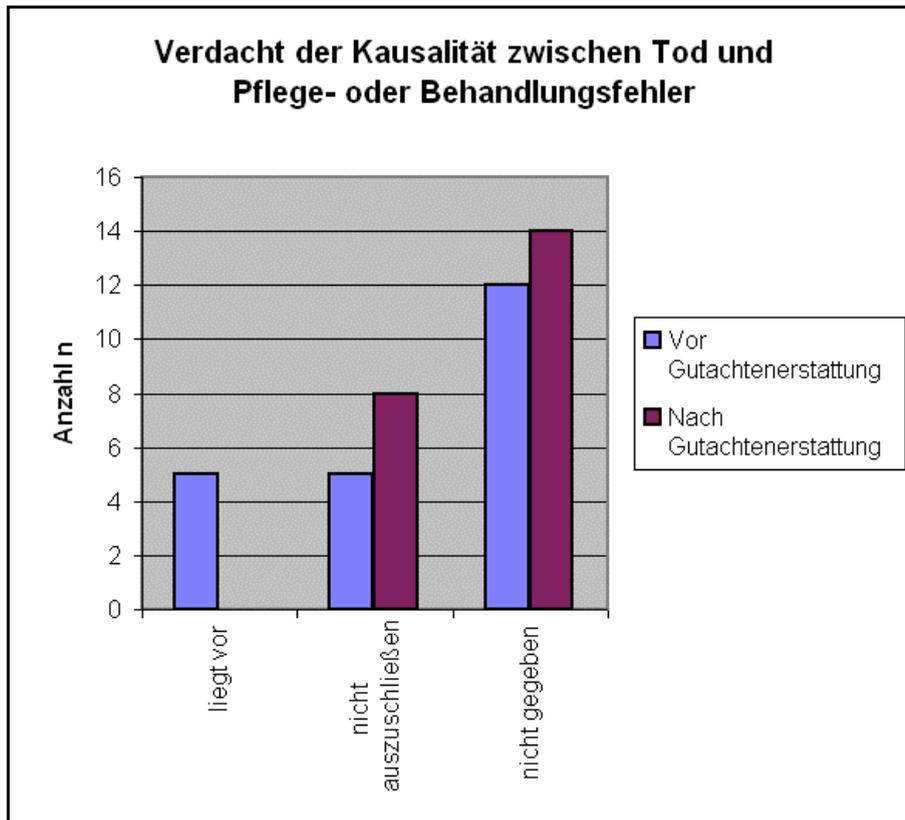
Die weitere Auswertung bezieht sich auf die juristischen Wertungen, die Dauer und den Abschluss des Verfahrens.

a. Verdacht der Kausalität zwischen Pflegefehler und Tod

Es wurden insgesamt 22 Verfahren primär mit dem Verdacht eines Tötungsdelikts (fahrlässige Tötung, Körperverletzung mit Todesfolge) eingeleitet. Aus den Akten ist dabei ersichtlich, dass alsbald nach Verfahrenseinleitung in mehr als der Hälfte der Fälle (n=12) der Dezernent davon ausging, dass ein Zusammenhang zwischen Pflege- oder Behandlungsfehler und Todeseintritt nicht besteht. In fünf Fällen wird dieser zu Ermittlungsbeginn nicht ausgeschlossen und in weiteren fünf Fällen ging der Dezernent von dem Vorliegen eines Kausalzusammenhanges aus.

Nach Einholung des rechtsmedizinischen Gutachtens wurde in keinem Fall von der Ursächlichkeit des Fehlers für den Todeseintritt, bzw. der Nachweisbarkeit dieses Zusammenhangs, ausgegangen. In diesen Verfahren änderte sich die Einschätzung dreimal dahingehend, dass dieser Zusammenhang zwar nicht auszuschließen, aber nicht sicher nachzuweisen ist. In zwei weiteren Fällen ging der Dezernent nach Gutachteneingang davon aus, dass ein Zusammenhang nicht vorlag.

⁴⁶⁸ Vgl. zur Einstellungsbegründung „unzureichende Dokumentation“ unter A.7.d, S. 146.

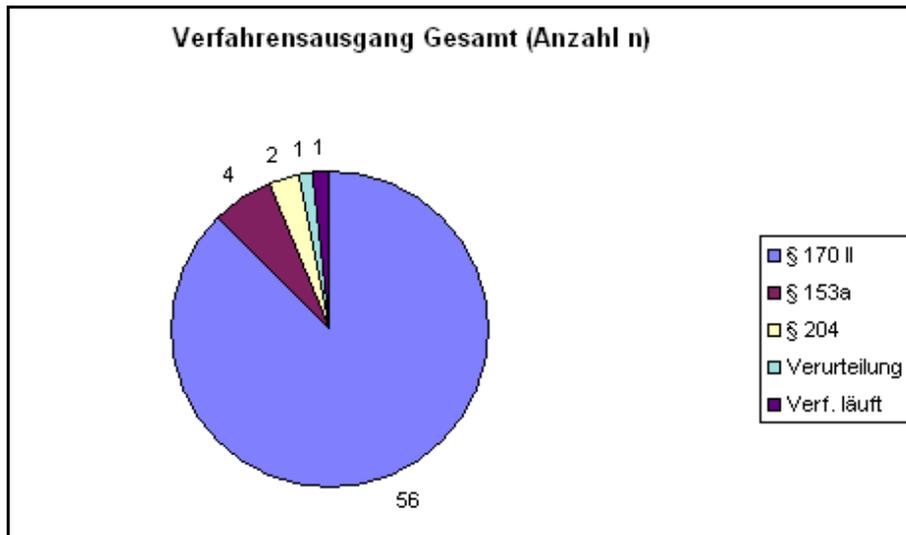


Darstellung 23: Verdacht der Kausalität zwischen Pflege- und Behandlungsfehler in den Ermittlungsverfahren wegen eines Tötungsdelikts.

Letztlich konnte in keinem Verfahren mit dem Verdacht des Vorliegens eines Tötungsdelikts der erforderliche Kausalnachweis zwischen geführt werden. Es zeigt sich allerdings, dass dem Ergebnis des rechtsmedizinischen Gutachtens in diesen Fällen eine verfahrensentscheidende Bedeutung zukam.

b. Verfahrensausgang

In rund 87 % der Verfahren erfolgte die Einstellung mangels hinreichenden Tatverdachts nach § 170 Abs. 2 StPO. In zwei Fällen wurde nach Anklageerhebung seitens des Gerichts die Durchführung der Hauptverhandlung gemäß § 204 StPO abgelehnt. Lediglich bei knapp 8 % der ausgewerteten Akten ist eine Sanktionierung formell oder informell erfolgt. Hierbei handelte es sich in einem Fall um einen Strafbefehl, der nach Einlegung des Einspruchs gerichtlich bestätigt wurde, und in vier Fällen um die Verfahrenseinstellung gemäß § 153a StPO nach Zahlung von Geldauflagen. Ein Verfahren war zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen.



Darstellung 24: Verfahrensausgang.

Hier ist ersichtlich, dass in nur etwa jedem zehnten Fall eine Sanktion oder sanktionsähnliche Maßnahme erfolgte. Die Auswertung der Ursachen hierfür erfolgt im Rahmen der Diskussion.⁴⁶⁹

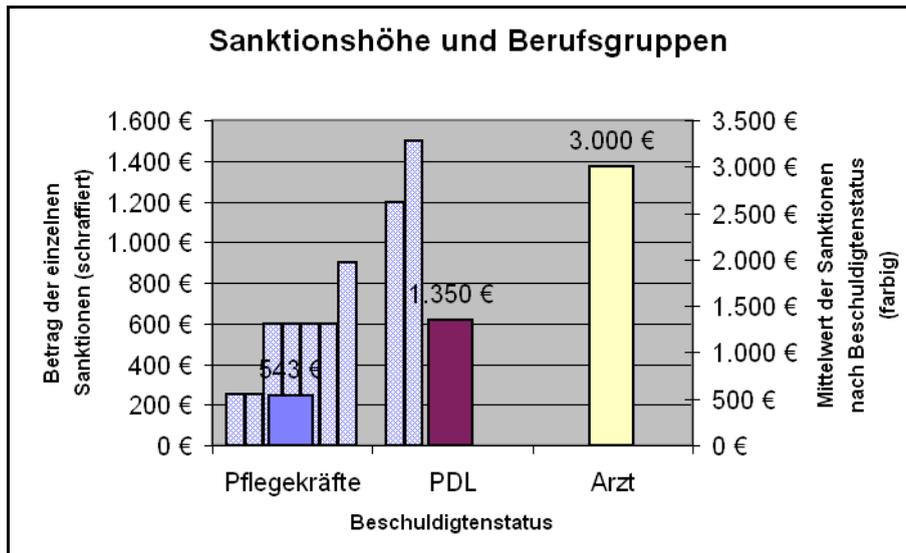
c. Sanktionierung: Übersicht nach Berufsgruppen

Soweit eine Verurteilung oder die Einstellung nach Zahlung einer Geldauflage gemäß §153a StPO erfolgte, wurde anhand der Höhe der zu zahlenden Geldauflage bzw. –strafe verglichen, ob ein Unterschied nach Profession der Beschuldigten festzustellen ist.

In vier Verfahren erfolgte die Einstellung gem. § 153a Abs. 1 StPO nach Zahlung einer Geldauflage, in einem Verfahren wurden Strafbefehle erlassen. Die Höhe der Geldauflagen, die von den Pflegekräften gefordert wurden, bewegte sich zwischen 250,- und 900,- € die mittlere Höhe betrug 543,- € während sich die Geldauflagen bei Pflegedienstleitern zwischen 1.200,- und 1.500,- € bewegten (Mittelwert: 1.350,- €) und in einem weiteren Fall von einem behandelnden Arzt eine Geldauflage in Höhe von 3.000,- € zu zahlen war.

Damit ist die gegen Pflegekräfte festgesetzte Geldauflage bzw. -strafe im Mittel nicht einmal halb so hoch wie die Geldauflage gegen das in der Pflegedienstleitung tätige Personal, und steht im Verhältnis von etwa 1 : 5 zu der Höhe der Geldauflage, die in einem Fall gegen einen Arzt verhängt wurde.

⁴⁶⁹ Vgl. *Sechster Teil: Diskussion, C*, ab S. 167.



Darstellung 25: Sanktionshöhe, Einzel- und Gesamtdarstellung, nach Berufsgruppen.

Auch wenn es sich hierbei um Einzelfälle handelt, die aufgrund der geringen Anzahl nicht statistisch aussagekräftig sind, lässt sich zumindest die Tendenz ablesen, dass die Höhe der Geldauflage bzw. Geldstrafe gemäß § 56 StGB nach dem individuellen Maß der Schuld und den wirtschaftlichen Verhältnissen bestimmt wird,⁴⁷⁰ wobei die je nach Berufsgruppe gesteigerte Verantwortung für das Wohl des Pflegebedürftigen bei der Bemessung der Höhe der Beträge zusätzliche Beachtung gefunden haben dürfte.

d. Einstellung: Begründung

Wie oben gezeigt,⁴⁷¹ erfolgte in 56 Fällen die Einstellung des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft nach § 170 Abs. 2 StPO. Hierbei ließ die in einem Vermerk oder in dem gemäß § 171 StPO an den Anzeigerstatter zu richtenden Bescheid ersichtliche Begründung in 50 Fällen erkennen, dass sich der Staatsanwalt unmittelbar an der Bewertung des rechtsmedizinischen Sachverständigengutachtens, bzw. in einem Fall an einem Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) orientiert hatte.

Da sich die Begründung der Verfahrenseinstellung aber letztlich nach der anhand juristischer Wertungen vorzunehmenden Frage des hinreichenden Tatverdachts einer verfolgbaren Straftat richtet, erfolgten die Einstellungen mit unterschiedlichen rechtlichen Begründungen, wobei mehrere Gründe zugleich die Einstellung des Verfahrens gebieten konnten.

⁴⁷⁰ Vgl. allgemein zur Sanktionsbemessung unter *B.2.e*, S. 76.

⁴⁷¹ Siehe unter *A.7.b*, S. 144.

Hierbei wurde in der Gesamtzahl der benannten Rechtsgründe mit 32 % am häufigsten darauf verwiesen, dass der Kausalitätsnachweis zwischen Tathandlung (Pflegevernachlässigung) und Eintritt des Taterfolges (Körperverletzung bzw. Tod) nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu führen ist.

Mit 29 % folgte an zweiter Stelle die Begründung, dass ein pflichtwidriges Verhalten der Beschuldigten nicht festgestellt wurde oder ihnen nicht nachzuweisen war.

In 22 % der Begründungen war ersichtlich, dass nach der gutachterlichen Bewertung das Auftreten des Dekubitus auch bei sorgfaltsgemäßigem Handeln nicht zu vermeiden gewesen wäre, oder zumindest aufgrund der letztlich nicht mehr vollständig aufklärbaren medizinischen Zusammenhänge nach dem Grundsatz *in dubio pro reo* zu Gunsten der Beschuldigten hiervon ausgegangen werden musste. Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine Unterbrechung des Kausalzusammenhangs.

Etwa 5 % der Einstellungsbegründungen verwiesen darauf, dass die Pflege- und Behandlungsdokumentation derart unzureichend war, dass keine ausreichenden tatsächlichen Grundlagen für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen vorgeworfener Tathandlung und Eintritt des Taterfolges bestanden.

Soweit das Verfahren den Vorwurf der fahrlässigen Tötung betraf und von der Staatsanwaltschaft nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt worden war (n=20), wurde in 15 % der hierzu getätigten Begründungen darauf verwiesen, dass schuldhaftes Verhalten zwar festgestellt wurde oder angenommen werden musste, die Kausalität für den Todeseintritt aber nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachzuweisen war.

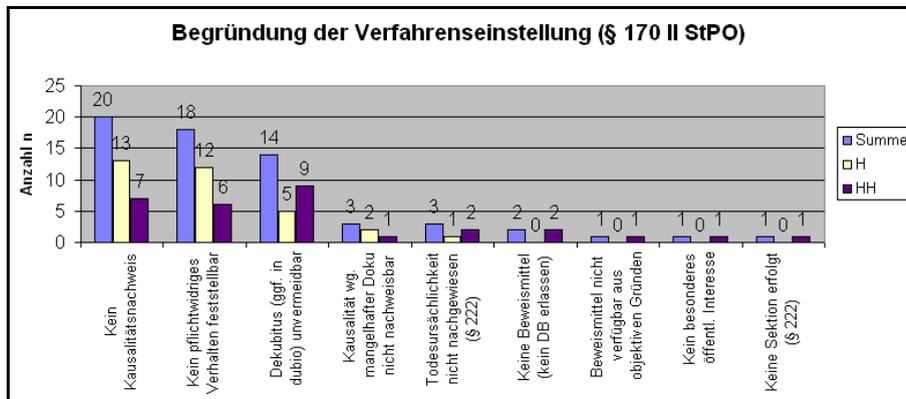
Rund 3 % (n=2) der Verfahren wurden eingestellt, weil die für weitere Ermittlungen notwendigen Beweismittel aufgrund der Ablehnung des Erlasses eines Durchsuchungsbeschlusses durch das Amtsgericht nicht sichergestellt werden konnten.

In einem Fall musste das Verfahren aus objektiven Gründen eingestellt werden, da die weitere Aufklärung durch die Vernehmung der einzigen Zeugin der Tat, die krankheitsbedingt dauerhaft vernehmungsunfähig geworden war, nicht mehr möglich war.

In einem anderen Fall stellte die Staatsanwaltschaft nach 6½ Jahren dauernder Ermittlungszeit das Verfahren ein, das im Verlauf der Ermittlungen von dem vagen Anfangsverdacht der fahrlässigen Tötung auf den Tatverdacht der fahrlässigen Körperverletzung herabgestuft worden war, und begründete dies mit dem aufgrund des langen Zeitablauf mittlerweile nicht mehr vorliegenden besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung.

Schließlich erfolgte die Einstellung eines Verfahrens mit dem Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung, da der zugrunde liegende Tatvorwurf nicht weiter aufgeklärt werden konnte, weil die geschädigte

Person unmittelbar nach ihrem Tod eingäschert worden war. Hier war den Ermittlungsbehörden der Tatvorwurf erst auf eine nach der Beisetzung erfolgte Strafanzeige der Angehörigen hin bekannt worden, so dass keine Möglichkeit der Aufklärung des Sachverhalts durch Obduktion der Leiche mehr bestand.



Darstellung 26: Begründungen in den Fällen der Verfahrenseinstellung gemäß § 170 Abs.2 StPO (Mehrfachnennungen möglich).

Die Beobachtung, dass in 89 % der Verfahrenseinstellungen die Begründung der Staatsanwaltschaft der Bewertung der Fehlerhaftigkeit des Handelns bzw. der Nachweisbarkeit eines Zusammenhangs zwischen fehlerhaften Handeln und Schadenseintritt durch den Sachverständigen entsprach, was zum Teil bis zur exakten Übernahme der Formulierungen ganzer Passagen des Gutachtens reichte, unterstreicht die Bedeutung des Sachverständigen im Strafverfahren mit medizinrechtlichem Hintergrund. Dieser Umstand entspricht der bereits 1973 von *Krauß* für die Praxis des Arztstrafrechts vertretenen Auffassung, dass sich der Sachverständige weitgehend als eine den Tathergang ermittelnde und die Entscheidung vorprogrammierende Institution entwickelt habe,⁴⁷² obgleich die rechtliche Stellung des Sachverständigen von Gesetzes wegen darin bestehen sollte, dem Gericht die Sachkunde zu vermitteln, deren es für die Entscheidung bedarf, so dass sich seine Aufgabe als „Gehilfe des Richters“⁴⁷³ insoweit nicht von der Aufgabe des Zeugen unterscheidet.⁴⁷⁴ Soweit daher gerade bei der Beurteilung von Sachverhalten im naturwissenschaftlichen Bereich Bedenken dahingehend geäußert werden, dass der Jurist den Wertungen des Sachverständigen „ausgeliefert“ sein könnte,⁴⁷⁵ sind derartige Vorbehalte angesichts der überwiegenden Kongruenz zwischen den Inhalten der Gutachten und der staatsanwaltlichen Entscheidung in den untersuchten Verfahren ebenfalls denkbar. Allerdings sollte sich die

⁴⁷² *Krauß*, ZStW 85, 320 ff.

⁴⁷³ BGHSt 3, 27, 38; 7, 238, 239; 8, 113, 118; 9, 292, 293; 11, 211, 213; 13, 1, 4.

⁴⁷⁴ *Fischer*, Vor § 72 Rn. 8.

⁴⁷⁵ *Eisenberg*, § 30 Rn. 50.

Rolle des Sachverständigen auf die Übermittlung von Befundtatsachen beschränken,⁴⁷⁶ die hiernach Richter oder Staatsanwalt ihrer Entscheidung unter selbständiger Beweiswürdigung zugrundelegen. Sofern dieser Grundsatz beachtet wird und im Fall von Zweifeln an den Ausführungen des Sachverständigen oder der Unvollständigkeit des Gutachtens diese ggf. durch Einholung eines weiteren Gutachtens beseitigt werden,⁴⁷⁷ ist diese Abhängigkeit von der Vermittlung der Spezialkenntnisse durch den Sachverständigen vorgegeben und nicht zu beanstanden. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich in keinem der insgesamt 56 gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellten Verfahren, dass die Begründung der Einstellung, so eng sie sich auch vom Wortlaut her an den Ausführungen des Gutachtens orientierte, lediglich die rechtsmedizinische Einschätzung des Sachverständigen wiederholte. Vielmehr waren die juristischen Würdigungen *aufgrund* der Kenntnis des Inhalts des Sachverständigengutachtens vorgenommen worden. So wurde jeweils deutlich, ob der Dezernent die nicht hinreichende Wahrscheinlichkeit des Tatnachweises aus Zweifeln an dem Vorliegen einer strafbaren Handlung, dem Eintritt des Erfolgs oder der Kausalitätsverknüpfung vornahm.

Bei der Betrachtung der Einstellungsgründe fällt auf, dass lediglich in rund 32 % (n=18) der durch die Staatsanwaltschaft eingestellten Verfahren das Vorliegen oder der Nachweis des Fehlverhaltens von Behandelnden und Pflegenden verneint wurde. Soweit die Einstellungsgründe in Zusammenhang mit Problemen des Kausalnachweises zusammengerechnet und um die Zahlen der Mehrfachnennungen bereinigt werden, ergibt sich, dass in rund 54 % (n=30) der eingestellten Verfahren ein erheblicher Behandlungs- oder Pflegefehler zwar festgestellt wurde oder nahe lag, letztlich aber nicht auszuschließen war, dass der festgestellte Erfolg (Körperschaden bzw. Tod) nicht auch aus anderen Gründen eingetreten sein konnte. Damit zeigt sich, dass in mehr als der Hälfte der eingestellten Ermittlungsverfahren ein strafrechtlich relevantes Fehlverhalten in tatsächlicher Hinsicht wahrscheinlich vorgelegen hat. Unter Hinzurechnung der beiden Verfahren, in denen nach Anklageerhebung seitens des Gerichts die Eröffnung des Hauptverfahrens jeweils aus der dortigen Einschätzung abgelehnt wurde, der Kausalitätsnachweis sei nicht zu führen, und unter Einschluss der fünf gemäß § 153a Abs. 1 StPO gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellten Verfahren, in denen jeweils ein Behandlungsfehler mit einem an hinreichende Wahrscheinlichkeit des Tatnachweises entsprechenden Grad an Sicherheit angenommen

⁴⁷⁶ BGHSt 9, 292, 293.

⁴⁷⁷ BGH, NJW 1951, 566; MDR 1961, 583, 584; NJW 1970, 419; 1981, 2578; 1982, 2882.

worden war,⁴⁷⁸ ergibt sich damit Anteil von 66 % aller Verfahren, in denen die Ermittlungen gravierende Pflege- oder Behandlungsfehler ergeben bzw. nahe gelegt haben, aufgrund derer auf das Vorliegen einer Straftat geschlossen werden konnte. Hierin zeigt sich, dass den untersuchten Verfahren auch in objektiver Hinsicht überwiegend Vorwürfe gravierenden Fehlverhaltens zugrunde gelegen haben.

Die Einstellungsbegründungen der Hamburger Staatsanwaltschaft wiesen im Vergleich zu den Verfahren aus dem Bereich Hannover häufiger die Erwägung auf, dass die Verursachung des Dekubitus wahrscheinlich unvermeidbar war, womit auf eine autonome Ursache der Dekubitalschäden verwiesen wird. Die Begründungen der Staatsanwaltschaft Hannover verwiesen dahingehend mehr auf allgemeine Kausalitätsprobleme, womit in diesen Fällen die Möglichkeit einer iatrogenen Schadensverursachung offen gelassen wurde. Eine nachvollziehbare Erklärung für diese unterschiedliche Handhabung ist der Datenmenge nicht zu entnehmen, so dass diese Divergenz nicht notwendig Ausdruck unterschiedlicher Entscheidungsstile der Staatsanwaltschaften sein muss, sondern durchaus durch die Sachverhaltskonstellationen und die Inhalte der Gutachten vorgegeben sein kann.⁴⁷⁹

e. Bewertung der Einstellungsgründe

In den Fällen der staatsanwaltschaftlichen Verfahrenseinstellung nach § 170 Abs. 2 StPO sowie der Ablehnung der Eröffnung des Hauptverfahrens durch das Gericht nach Anklageerhebung gemäß § 204 StPO (n=58) erfolgte eine Auswertung der Entscheidungsgründe dahingehend, ob sie direkt von menschlich beeinflussbarem Verhalten und Entscheidungen getragen waren oder aber die verfahrensbeendende Entscheidung aufgrund äußerer Einflüsse erfolgt war. So war eine Einflussmöglichkeit als nicht gegeben anzusehen, soweit die Einstellung darauf beruhte, dass eine Straftat nach Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht nachgewiesen werden konnte, Beweismittel unerreichbar waren, die Dokumentation zur Beurteilung des Vorwurfs nicht ausreichte oder die weitere Aufklärung aufgrund vor der Verfahrenseinleitung erfolgter Einäscherung der verstorbenen Geschädigten unterblieben war. Hingegen wurde die Möglichkeit der Verfahrensbeteiligten zur Einwirkung auf den Verlauf des Verfahrens angenommen, soweit die andere Bewertung einer Rechtsfrage zur Verfahrensfortsetzung und ggf. zur Erlangung weiterer Beweismittel geführt hätte.

⁴⁷⁸ Vgl. zu den Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer verfolgbaren Tat unter *B.2.e.ii*, S. 78.

⁴⁷⁹ Zum Nachweis unterschiedlicher „Justizkulturen“ vgl. *Langer*, S. 388 ff.

Die Möglichkeit zur Beeinflussung des weiteren Verfahrensgangs wurde in 3 Fällen gesehen, die jeweils in den Zuständigkeitsbereich der Hamburger Ermittlungsbehörden fielen. Hierbei handelte es sich um einen Fall, in dem das Vorliegen des besonderen öffentlichen Interesses nach 6½ Jahre andauernder Verfahrenslänge verneint wurde. Zudem werden hierzu zwei Verfahren gezählt, in denen das Amtsgericht den Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses zur Beschlagnahme der Pflege- und Behandlungsakten ablehnte, da es keine tatsächlichen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Straftat sah; in beiden Fällen konnte im rechtsmedizinischen Gutachten bei der *derzeitigen* Beurteilungsgrundlage, d.h. ohne Auswertung der medizinischen Akten, ein Fehlverhalten der Beschuldigten nicht abschließend bewertet werden. Hierbei handelte es sich zwar um Fälle geringgradiger Dekubitalulzera (Grad II) in einem vergleichbar gering ausgeprägten Stadium (unter 10 cm²). Gemäß § 102 StPO aber reicht das Bestehen zureichender tatsächlicher Anhaltspunkte für eine Straftat zum Erlass des Durchsuchungsbeschlusses aus, sofern diese über vage Anhaltspunkte und bloße Vermutungen hinausreichen⁴⁸⁰ und somit nicht jegliche Anhaltspunkte für die Begehung einer Straftat fehlen.⁴⁸¹ Zudem ist auch bei verhältnismäßig leichten Straftaten eine Durchsuchung durch das Verhältnismäßigkeitserfordernis nicht grundsätzlich ausgeschlossen.⁴⁸² Somit wäre in diesen Fällen nach Ansicht des Verfassers der Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses zu vertreten gewesen, da die Möglichkeit nicht vorn vornherein ausgeschlossen oder abwegig war, dass es sich bei den Drucknekrosen um Schäden handelte, die zumindest durch eine fahrlässig erfolgte Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht hätten entstanden sein können.

Entscheidungen nach §§ 170 II, 204 StPO	Objektive Gründe	Beeinflussbare Rechtswertungen	Anteil beeinflussbarer Rechtswertungen
58	55	3	5 %

Darstellung 27: Anteil beeinflussbarer verfahrensbeendender Entscheidungen.

⁴⁸⁰ BVerfGE 44, 353, 371 f.; 59, 95, 97; NJW 2004, 3171, 3172.

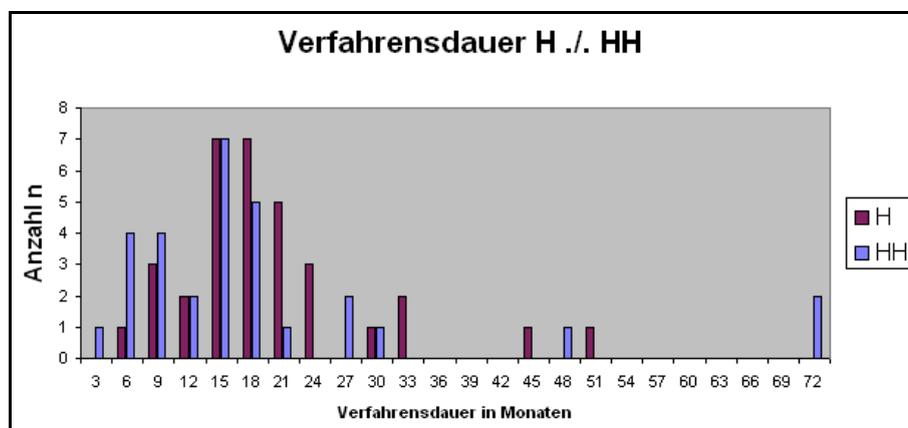
⁴⁸¹ BVerfG, NJW 1997, 2163.

⁴⁸² LR-Schäfer, § 105 Rn. 34.

Unter Berücksichtigung dieser Wertungen ergibt sich, dass in etwa 5% der sanktionslos beendeten Verfahren die Entscheidung über die Durchführung weiterer Ermittlungen dem Ermessensspielraum des Staatsanwalts oder Richters oblag.

8. Verfahrensdauer

Die Auswertung der Verfahrensdauer, d.h. von der Verfahrenseinleitung bis zur staatsanwaltschaftlichen Abschlussverfügung, zeigte eine breite Streuung. Die Zeitspanne von der Einleitung bis zum Abschluss der Ermittlungen reichte von 3 bis 72 Monaten, wobei der rechnerische Mittelwert aller Verfahren bei 18 Monaten und zwei Wochen lag. Hierbei ergaben sich nur geringe Unterschiede zwischen der mittleren Dauer der Hamburger und der Hannoveraner Verfahren (Hamburg: 18,00, Hannover: 18,91).



Darstellung 28: Verfahrensdauer der zum Zeitpunkt der Untersuchung abgeschlossenen Verfahren (n=63), nach Hamburger und Hannoveraner Verfahren.

Die Hälfte der Verfahren dauerte nicht länger als 15 Monate, und lediglich knapp ein Drittel der Verfahren wurde länger als 18 Monate geführt.

B. Zusätzliche Verfahrensinformationen

Den Verfahrensakten waren im Einzelfall auch Informationen zu entnehmen, die zur sachgerechten Aktenführung nicht zwingend Bestandteil der Ermittlungsakten sein mussten, bei deren Vorliegen sich aber wichtige Begleitinformationen gewinnen ließen („weiche Daten“).⁴⁸³

1. Veraltete Behandlungsmethoden

Die Fehlerhaftigkeit der Therapie eines aufgetretenen Dekubitalgeschwürs wurde, wie oben gezeigt,⁴⁸⁴ in 24 Fällen Gegenstand des strafrechtlichen Vorwurfs. Hierbei ergaben die Ausführungen der

⁴⁸³ Zur Erhebungsmethode siehe Seite 119 f.

rechtsmedizinischen Gutachten in 7 Fällen (11 % der Verfahren), dass die Therapie nach veralteten Behandlungsmethoden erfolgt war (z.B. „Eisen und Föhnen“ der Wunde, trockenes oder sogar luftdichtes Wundmilieu). In allen Fällen war die nicht zeitgemäße Therapie in einem Pflegeheim erfolgt, der Vorwurf richtete sich gegen das Pflegepersonal und die behandelnden Hausärzte. Hieraus kann abgeleitet werden, dass im Erhebungszeitraum erheblicher Fortbildungsbedarf bei Teilen des pflegerischen Personals ebenso wie bei einzelnen Hausärzten festzustellen war. Vor diesem Hintergrund erlangt die Notwendigkeit der Entwicklung und Implementierung medizinisch-pflegerischer Mindeststandards und Leitlinien eine besondere Bedeutung.⁴⁸⁵

2. *Besondere Bedeutung der Dokumentation*

Die fachgerechte und sorgfältige Dokumentation stellt nicht nur, wie gezeigt,⁴⁸⁶ eine der aus dem Behandlungs- bzw. Pflegeverhältnis resultierenden Pflichten dar, die im Hinblick auf die erleichterte Durchsetzbarkeit zivilrechtlicher Ansprüche Bedeutung erlangen kann. Auch im Strafverfahren kommt ihr bei dem Vorwurf der schuldhaften Pflegevernachlässigung eine bedeutende Rolle zu, wenngleich die praktischen Auswirkungen im Vergleich zur zivilrechtlichen Situation als gegenläufig zu bezeichnen sind. Wie zuvor aufgezeigt,⁴⁸⁷ fanden sich in 78 % der untersuchten Behandlungs- und Pflegeunterlagen Dokumentationsmängel. Hierbei war in 8 % der Verfahren (n=5) festzustellen, dass diese Mängel (mangels Nachweises eines Pflegeversäumnisses oder der Kausalitätsbeziehung zum Taterfolg) direkt zur Verfahrenseinstellung führten, da eine weitere Aufklärung nicht möglich war und bei dieser Sachlage zumindest nach dem Grundsatz *in dubio pro reo* zu Gunsten der Beschuldigten davon ausgegangen werden musste, dass diese Tatbestandsvoraussetzungen nicht vorlagen.

Dass auch die Beschuldigten die zentrale Rolle der Dokumentation für den Tatnachweis im Strafverfahren erkannt haben, zeigt die Beobachtung, dass in zumindest zwei Fällen (entsprechend 3 % der untersuchten Verfahren) in den Ermittlungsakten ersichtlich wurde, dass gezielt hierauf einzuwirken versucht wurde. So musste in einem Verfahren davon ausgegangen werden, dass der Beschuldigte zwischen dem Betreten des Tatortes durch polizeiliche Ermittlungsbeamte, die einen richterlichen Durchsuchungsbeschluss durchsetzten, und der Beschlagnahme der Akten maßgebliche Seiten entfernt

⁴⁸⁴ Vgl. unter A.6, S. 142.

⁴⁸⁵ Hierzu ausführlich *Sechster Teil: Diskussion*, S. 157 ff.

⁴⁸⁶ Vgl. unter B.3.a.iv.b), S. 94.

⁴⁸⁷ Vgl. Darstellung 22, S. 142.

hatte, wobei die Polizeibeamten offenbar gezielt bis zur Übergabe der Akten hingehalten worden waren. In einem anderen Verfahren äußerten die Gutachter begründete Zweifel an der Echtheit der überraschend sorgfältig geführten Dokumentation. Aufgrund der erheblichen Diskrepanz zwischen der sorgfältig notierten zweistündigen Lageänderung des Pflegebedürftigen und dem gravierenden Ausmaß der Drucknekrosen musste letztlich davon ausgegangen werden, dass die Lagerungspläne vorgefertigt worden waren, tatsächlich die Umlagerung aber nicht regelmäßig erfolgte.

3. *Mitverschulden Dritter*

Die Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe und -pflege werden oftmals durch die krankheits- oder altersbedingt fehlende Mitwirkung des Pflegebedürftigen erschwert, wenn nicht sogar konterkariert. Dieser Umstand ist dem Pflegebedürftigen grundsätzlich nicht zuzurechnen,⁴⁸⁸ sondern es kann in diesen Fällen von professionell Pflegenden besondere Aufmerksamkeit und Anstrengungen erwartet werden, wie etwa durch zusätzliche Überwachung oder ärztliche Veranlassung von Fixierungs- und Sedationsmaßnahmen, wobei aufgrund der damit verbundenen Grundrechtseinschränkung und der möglichen Gefahren hieran in rechtlicher und tatsächlicher Sicht hohe Anforderungen gestellt werden.⁴⁸⁹

Überraschend erbrachte die Untersuchung in zwei Fällen (entsprechend 3 % der Verfahren) aber auch, dass ein Eingreifen Dritter die Bewertung der Strafbarkeit erschweren kann. In beiden Fällen handelte es sich um die Konstellation, dass die Pflegebedürftigen stationär untergebracht waren und des öfteren Besuch von Angehörigen erhielten.⁴⁹⁰ Wie die Ermittlungen ergaben, stellte sich dabei rückwirkend heraus, dass die Angehörigen gelegentlich eigenmächtig die Lagerung der Pflegebedürftigen verändert und damit, ohne selbst das Ausmaß ihres Handelns zu erkennen, das Risiko der Dekubitusentstehung teils erheblich vergrößert hatten. Da das Pflegepersonal hiervon keine Kenntnis hatte, bzw. erst nachträglich Kenntnis erlangte und somit nicht in jedem Fall die ungewollten Lageänderungen vermeiden konnte, flossen diese Umstände in die Bewertung der Gutachter ein, dass die Entstehung der Dekubitalulzera aus Sicht der Beschuldigten nicht zu vermeiden gewesen war.

⁴⁸⁸ Vgl. zum Mitverschulden unter *B.3.a.iii*, S. 90.

⁴⁸⁹ Vgl. zu Todesfällen in Zusammenhang mit Fixationsmaßnahmen und die rechtlichen Anforderungen: *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2003, S. 266 ff.

⁴⁹⁰ Die Unterbringung erfolgte in einem Fall im Pflegeheim, im anderen Fall in einem Krankenhaus.

An diesen Einzelfällen zeigt sich exemplarisch die besondere Bedeutung der Aufklärung und Einbeziehung der zu Pflegenden ebenso wie ihrer Angehörigen für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen.

4. *Weitere Verfahrensauswirkungen und Erkenntnisse*

Die Geltendmachung zivilrechtlicher Ansprüche konnte den Ermittlungsakten lediglich in zwei Fällen (3 % der Verfahrensakten) entnommen werden. Dabei konnte in einem Fall das Ergebnis der zivilrechtlichen Auseinandersetzung nachvollzogen werden, das darin bestand, dass die Anspruchsgegnerin, eine stationäre Pflegeinstitution, sich im Vergleichswege zur Zahlung von 8.000,- DM an die Angehörigen der verstorbenen Geschädigten bereit erklärte. Hierbei handelte es sich um Schmerzensgeld, das die Beeinträchtigungen durch die fahrlässige Entstehung eines etwa 3 cm messenden drittgradigen Druckgeschwürs im Sakralbereich, sowie erstgradiger Druckstellen im Fersenbereich kompensieren sollte, die bis zum Tod der Geschädigten, der nicht mit den Pflegefehlern in Zusammenhang stand, nicht ausgeheilt waren. Nach den Feststellungen der Gutachter lagen Versäumnisse bei Prophylaxe und Dokumentation vor, wenn auch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte, dass die Druckstellen nicht auch bei sorgfältiger Pflege aufgetreten wären. Wenngleich der Anspruch im Wege einer außergerichtlichen Einigung realisiert worden war, verdeutlicht dieser Fall, dass die unterschiedlichen Beweisregeln und Grundsätze von Straf- und Zivilverfahren den Eintritt zivilrechtlicher Haftungsfolgen trotz der Einstellung des Strafverfahrens bedingen können.

In einem weiteren Fall wurde aus Hinweisen der Angehörigen einer verstorbenen Geschädigten bekannt, dass ihre Krankenversicherung mittlerweile einen Vergleich mit der betroffenen Pflegeinstitution abgeschlossen hat, nach dem diese der Versicherung 60 % der Kosten für die dekubitusbedingt notwendige Krankenhausbehandlung in Höhe von rund 20.000,- € erstatten muss.

In einem anderen Fall, der aufgrund des Verdachts strafbarer Pflegevernachlässigungen gegen Mitarbeiter eines Pflegeheimes geführt wurde, denen die Verursachung eines etwa 10 cm² großen viertgradigen sakralen Dekubitus sowie mehrerer geringer ausgeprägter Druckstellen bei einer Hochrisikopatientin vorgeworfen wurde, zeigte sich während der Überprüfung der Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen, dass Anhaltspunkte für einen Betrug bestanden, da offenbar erforderliche Handlungen zwar abgerechnet, tatsächlich jedoch nicht erbracht worden waren. Aus diesem Grunde wurde ein gesondertes Ermittlungsverfahren eingeleitet, um hierbei die Abrechnungspraxis auch

hinsichtlich der Pflege anderer Heimbewohner zu überprüfen.⁴⁹¹ Diese Beobachtung ist, auch wenn sie einen Einzelfall betrifft, insoweit relevant, als sie möglicherweise die Motivation zur Unterlassung gebotener Maßnahmen erklären und damit Ansatzpunkte für Präventionsbemühungen aufzeigen kann. Schließlich zeigte ein Fall, dass mitunter das strafrechtliche Ermittlungsverfahren durch Anzeigerstatter bewusst zur Erreichung anderer Ziele instrumentalisiert werden kann. Hierbei war durch das Personal eines Pflegeheimes wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung einer Heimbewohnerin durch unzureichende Organisations- und Prophylaxemaßnahmen Strafanzeige erstattet und ein Ermittlungsverfahren eingeleitet worden, wobei im Rahmen der Anzeigerstattung auch eine Vielzahl weiterer organisatorischer und pflegerischer Missstände aufgezeigt wurde, die mit der Pflege der betroffenen Heimbewohnerin nicht in direktem Zusammenhang standen. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wurden dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bekannt, der hierauf die Pflegeeinrichtung mehrfach umfangreich begutachtete, wobei schrittweise eine Vielzahl festgestellter Mängel behoben wurde. Da sich der Anfangsverdacht nicht erhärten ließ, wurden die Ermittlungen nach einem Jahr eingestellt. Hierbei spielte die Einschätzung eine Rolle, dass der Zweck des Strafverfahrens, nämlich das Aufzeigen und die Behebung der Missstände im Heim, durch das MDK-Gutachten ohnehin erreicht worden sei. Zwar war die Einstellung des Verfahrens aufgrund des nicht hinreichenden Tatverdachts zu diesem Zeitpunkt zwingend, doch zeigen diese Ausführungen, dass sich der Vertreter der Staatsanwaltschaft der vielschichtigen tatsächlichen Auswirkungen des Ermittlungsverfahrens sowie des präventiven Effekts der anschließenden Überprüfung durch den MDK bewusst war.

⁴⁹¹ Der Ausgang des gesonderten Verfahrens, das zum Zeitpunkt der Auswertung noch andauerte, ist nicht bekannt.

Sechster Teil: Diskussion

Die Aktenauswertung erbrachte eine Vielzahl von Erkenntnissen, die einen Ausschnitt aus der Verfahrenswirklichkeit wiedergeben und damit Ansatzpunkte für die Validation der rechtstheoretischen Überlegungen darstellen. Aufgrund der qualitativen Orientierung der Aktenanalyse und insbesondere auch der Berücksichtigung „weicher Daten“ ergeben sich zugleich Hinweise, die der Bildung weiterführender Thesen dienen können.

A. Darstellung der Verfahrenswirklichkeit nach Aktenlage

Die Aktenauswertung zeigt, dass die Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover in den zwischen 1998 und 2003 wegen des Verdachts der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus geführten Ermittlungs- und Strafverfahren primär, mit lokal unterschiedlicher Gewichtung, zumeist von einem fahrlässigen Körperverletzungs- oder einem fahrlässigen Tötungsdelikt ausgingen. Zugleich gewann aber der Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung im Verlauf der Ermittlungsverfahren eine etwa doppelt so große Bedeutung wie zu Verfahrensbeginn. Da die Beschuldigten zumeist keine Einlassung zum Tatvorwurf abgegeben hatten und in den übrigen Fällen diese zumeist erst kurz vor Abschluss des Verfahrens vorlag, ist die Neubewertung der subjektiven Tatseite in diesen Fällen regelmäßig nicht mit einem denkbaren Schuldeingeständnis zu erklären. Vielmehr waren die Dezernenten regelmäßig darauf angewiesen, mangels anderer Erkenntnisquellen aus den objektiven Tatumständen auf die subjektive Tatseite zu schließen. Aufgrund des vielfach festgestellten erheblichen Ausmaßes der Dekubitalschäden (89 % der Betroffenen wiesen höhergradige Dekubitalulzera auf, die durchschnittliche Größe betroffener Hautflächen betrug rund 9 * 9 cm) kommt damit zur Umstufung des Tatbestandes nur in Betracht, dass die Dezernenten nach – zumeist durch rechtsmedizinische Gutachten vermittelt – genauer Kenntnis von Dauer und Ausmaß der Schäden davon ausgingen, dass vielfach nicht mehr von einem unsorgfältigen „Übersehen“ durch die Beschuldigten ausgegangen werden konnte, sondern eher von einem bewussten „Wegsehen“, womit zumindest eventualvorsätzliches Handeln anzunehmen war.

In der Gesamtbetrachtung fällt auf, dass als Tatorte der vorliegenden Verfahren die stationären Pflegeheime deutlich überrepräsentiert waren, was unter Berücksichtigung der Tatsache um so mehr ins Gewicht fällt, dass der überwiegende Teil an Pflegeleistungen bundesweit durch Familienangehörige oder ambulante Pflegedienste im häuslichen Bereich erfolgt. Die sich zunächst aufdrängende Vermutung der schlechteren Versorgung im Vergleich zu alternativen Pflegemöglichkeiten mag zwar für den Vergleich mit krankenhausinterner Pflege nahe liegen, da ein Krankenhaus regelmäßig über

umfassendere und hochwertigere technische Ausstattung und medizinisch-pflegerisch höher qualifiziertes oder spezialisiertes Personal verfügen dürfte. Zudem werden dem Krankenhaus möglicherweise eine größere Anzahl an Zeiteinheiten zur Erbringung von Pflege- und Behandlungsleistungen zur Verfügung stehen, da auf einer Allgeminestation nicht jeder Patient hohen pflegerischen Aufwand verursacht und die Intensivstation insbesondere aufgrund des gesteigerten Personalschlüssels mehr Pflegeressourcen vorhalten dürfte. Im Vergleich zur professionellen häuslichen Pflege wird aber erkennbar, dass dieser Erklärungsversuch zu kurz greift, da dort aufgrund der durch die Vielzahl und räumliche Entfernung der Pflegebedürftigen bedingten geringeren Anwesenheitsfrequenz des Personals individuelle Pflegemaßnahmen nur in erheblich geringerem Maße möglich sein dürften. Vielmehr ist die Erklärung nahe liegend, dass Pflegeheime zumeist die zentrale Rolle in der langfristigen Versorgung von durch Alter, Krankheit und Multimorbidität erheblich pflegeintensiven Bewohnern übernehmen, die im Bereich der ambulanten Pflege nicht mehr zu gewährleisten wäre. Diese Annahme bestätigte sich in einer retrospektiven Einzelfallanalyse von 140 höhergradigen Dekubituspatienten des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin im Jahr 1998. Dort wurde überdies ersichtlich, dass die hohe Prävalenz von Dekubitalulzera in Pflegeheimen teilweise aus der Tatsache abzuleiten war, dass 23 % der Betroffenen bereits bei der Aufnahme im Pflegeheim einen Dekubitus aufwiesen.⁴⁹² Da in der vorliegenden Untersuchung die Fälle höhergradiger Dekubitalulzera deutlich überwogen, und die Betroffenen größtenteils durch Multimorbidität bedingt als Hochrisikopatienten für die Entstehung eines Dekubitus einzustufen waren, erscheint diese Erklärung übertragbar. Damit hat die institutionsbedingte hohe Dekubitusprävalenz offenbar einen Niederschlag in dem Risiko der Pflegeheime gefunden, zum Ermittlungsort der Strafverfolgungsbehörden zu werden.

Allerdings erklärt sich hierdurch nicht, weshalb zwei Pflegeheime jeweils in zwei Fällen von den Ermittlungen betroffen waren. Zwar ist das Untersuchungskollektiv derart gering, dass keine gesicherten Rückschlüsse auf die generelle Pflegequalität von Hamburger und Hannoveraner Institutionen getroffen werden können, und es konnte auch ein vermutlich bestehendes unterschiedliches Risikoprofil der Bewohner dieser Institutionen nicht überprüft werden. Allerdings zeigten wiederum die deutlichen Unterschiede bei der gutachterlichen Bewertung der jeweiligen Pflegeleistungen und -dokumentation, dass dennoch davon ausgegangen werden sollte, dass es durch multiple institutionsbedingte Faktoren Unterschiede bei der Ergebnisqualität im Sinne von „guter und schlechter Pflege“ geben kann.

⁴⁹² Püschel u.a., Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001, 509, 514.

Die Aktenauswertung zeigte zudem, dass der überwiegende Teil der Strafverfahren als Todesermittlungssachen nach Kenntnis vom Ergebnis der rechtsmedizinischen Leichenschau von Amts wegen eingeleitet wurde. Das größte Entdeckungsrisiko für Verursacher schuldhafter Pflegevernachlässigung besteht damit in den Fällen, bei denen die Betroffenen zwar nicht unbedingt in kausalem Zusammenhang mit einem Pflegefehler, aber zumindest in zeitlicher Nähe hierzu verstarben und somit mögliche Pflegevernachlässigungen im Rahmen der äußeren Leichenschau auffielen. Bei den zu Lebzeiten der Betroffenen eingeleiteten Ermittlungsverfahren verschob sich diese Gewichtung zugunsten der Angehörigen und Betreuer. Weitgehend unabhängig vom Outcome der Betroffenen war daneben seltener zu beobachten, dass bei gravierenden Vernachlässigungen Krankenhäuser, in welche die Pflegebedürftigen eingeliefert worden waren, Anzeigen erstatteten, oder dass empörte Mitarbeiter der Pflegeinstitutionen dies selbst taten. In keinem Fall erfolgte die Anzeigeerstattung durch den Betroffenen selbst, was durch die hohe Letalitätsquote des Untersuchungskollektivs und die zumeist grunderkrankungsbedingte Unfähigkeit zur adäquaten Kommunikation bedingt war.⁴⁹³

Altersverteilung und Vorerkrankungen sowie Risikofaktoren der Pflegebedürftigen entsprachen ebenso wie die durchschnittliche Ausprägung und Lokalisation der Druckstellen den Erwartungen und Erkenntnissen aus repräsentativen Erhebungen.⁴⁹⁴

Bei der Gewichtung der strafrechtlich relevanten Fehlerquellen der Pflege- und Behandlungsvorgänge bestätigte sich zudem die in quantitativ bedeutsameren Untersuchungen gebildete Hypothese, dass der Dekubitus durch Pflegefehler vor allem im Bereich der Prophylaxe entsteht.⁴⁹⁵ Auch die dort getätigte Beobachtung, dass in annähernd 2/3 der Fälle die notwendige Dokumentation derart vernachlässigt wurde, dass sie im Fall einer zivilrechtlichen Auseinandersetzung zu Beweislastverschiebungen hätte führen können,⁴⁹⁶ kann anhand der vorliegend ermittelten Dokumentationsversäumnisse geteilt werden. Insgesamt stehen die Fehlerquellen, die noch vor Eintritt eines Gesundheitsschadens des Pflegebedürftigen liegen (Prophylaxemängel, unzureichende Risikoeinstufung, fehlende Qualifikation, Organisationsverschulden) im Zentrum der Ermittlungen. Dabei ist aber nicht zu übersehen, dass auch nach Auftreten der Drucknekrosen und Erkennen der Situation durch die Pflegenden und Behandelnden

⁴⁹³ Beispielsweise durch Ausfall des Sprachzentrums nach Schlaganfall oder altersbedingte Demenz.

⁴⁹⁴ Vgl. bspw. *Püschel* u.a., *Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau*, 1998.

⁴⁹⁵ *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001, 509, 514.

⁴⁹⁶ a.a.O., S. 515.

vielfach weitere Fehler durch eine inadäquate Behandlung oder verspätete Krankenhauseinweisung getätigt wurden. Selbst nach Abschluss der medizinischen oder pflegerischen Behandlung konnten in wenigen Einzelfällen noch Verdachtsmomente für weitere strafrechtlich relevante Handlungen durch mögliche Beweismittelmanipulationen und Abrechnungsbetrugstaten erkannt werden.

Entsprechend der im Rahmen der rechtlichen Betrachtung getroffenen Einschätzung zeigte die Auswertung der Akten, dass in etwa nur jedem zehnten Fall eine Sanktion oder sanktionsähnliche Maßnahme erfolgte oder seitens der Staatsanwaltschaft durch Anklageerhebung die Sanktionierung beabsichtigt war, obgleich die verhältnismäßig lange Verfahrensdauer von im Mittelwert über 18 Monaten darauf hindeutet, dass regelmäßig allen Ermittlungsansätzen zur Aufklärung der medizinisch-tatsächlich recht anspruchsvollen Sachverhalte nachgegangen worden ist. Erwartungsgemäß zeigte sich des weiteren, dass die hohe Einstellungsquote nur zu rund einem Drittel darauf zurückzuführen war, dass ein vorwerfbares Fehlverhalten der Beschuldigten nicht ersichtlich war; hingegen war in mehr als der Hälfte der Fallkonstellationen ersichtlich, dass erhebliche Pflege- und Behandlungsdefizite vorlagen, jedoch der Kausalitätsnachweis zur Gesundheitsverschlechterung oder dem Tod der Betroffenen nicht mit der erforderlichen Sicherheit geführt werden konnte. Zum Teil war dieses Problem gerade durch die überwiegend unzureichende Dokumentation bedingt, da die Verantwortungsbereiche der Beschuldigten und anderer an der Pflege Beteiligter nicht mehr hinreichend zu differenzieren waren oder sogar nicht nachvollzogen werden konnte, welche Maßnahmen überhaupt erfolgt und welche unterlassen worden waren. Hier wirkten sich die hohen Anforderungen an die Schuldfeststellung im Strafverfahren dahingehend aus, dass aus dem Fehlen entsprechender Aufzeichnungen bei Unaufklärbarkeit des Sachverhalts nach dem Grundsatz *in dubio pro reo* nicht per se auf die Nichtdurchführung der erforderlichen Maßnahme geschlossen werden konnte. Inwieweit vor dem Hintergrund der nur ausnahmsweise erfolgenden Anklage die Bezeichnung der Staatsanwaltschaft als „Quasi-Entkriminalisierungsbehörde“ gerechtfertigt ist,⁴⁹⁷ mag dahinstehen, da die vorliegende Auswertung zeigte, dass in Einzelfällen von der Möglichkeit der Einwirkung auf die Beschuldigten über die informelle Verfahrenserledigung durchaus Gebrauch gemacht wurde und Tendenzen, das Tatunrecht herabzudefinieren, nicht ersichtlich waren.

Bei der genaueren Betrachtung fällt auf, dass vier Verfahren, in denen eine sanktionsähnliche Maßnahme ergriffen wurde, lediglich einem Verfahren mit dem Ergebnis einer tatsächlichen Sanktion gegenüberstehen. Als Erklärungsansatz für die vergleichsweise geringe Quote tatsächlicher Sanktionen in

⁴⁹⁷ So etwa *Orben*, S. 103, unter Verweis auf *Albrecht/Hassemmer/Voß*, S. 9.

Strafverfahren, die Behandlungsfehler betreffen, wird gemeinhin des Öfteren von einem „Ärztebonus“ gesprochen. Abgesehen davon, dass in der vorliegenden Auswertung lediglich eine sanktionierende Folge einen Arzt betraf, und damit die Frage der Übertragbarkeit derartiger Vermutungen auf pflegerisches Personal offen bleibt, wird dieser Ansatz in Literatur und Rechtsprechung nicht ernsthaft vertreten, soweit hiermit die einzelfallunabhängige Durchsetzung einer rigiden Einstellungstendenz gemeint ist. Zudem besteht die Gefahr der Verwechslung von Ursache und Wirkung, da sich das vergleichsweise geringe Sanktionsrisiko in medizinrechtlichen Strafverfahren grundsätzlich, wie auch in den hier untersuchten Fällen, vor allem über die hohen Kausalitätsanforderungen bildet und eine Beeinflussung der Bereitschaft von Staatsanwaltschaften und Gerichten zur informellen Verfahrensbeendigung hierdurch nahe liegt.⁴⁹⁸ Soweit tatsächlich bei berufsbedingten Schäden durch pflegerisches und ärztliches Personal besondere Gründe in Frage kommen, die auch eine Verfahrenseinstellung nahe legen können, benennt die Literatur unter Verweis auf einzelne Entscheidungen zutreffend u.a. die Haftungsträchtigkeit des Berufs, das mögliche Mitverschulden Dritter, die Einmaligkeit des Vorfalls, die psychische Belastung durch das Verfahren, die lange Verfahrensdauer, durch die Ermittlungen erlittene berufliche und finanzielle Nachteile und das zumeist anzunehmende Fehlen von Vorstrafen.⁴⁹⁹ Hinzu kommen dürften Erwägungen der Dezenten und Richter, auf die möglicherweise durch Verteidiger der Beschuldigten besonders eindringlich hingewiesen wurde,⁵⁰⁰ nach denen die Stigmatisierungswirkung des Verfahrens durch eine Einstellung nach Opportunitäts Gesichtspunkten begrenzt werden soll, um insbesondere die Unschuldsvermutung weiter gelten zu lassen und die für den Beschuldigten negative Verwertung von Erkenntnissen des Strafverfahrens in anderen Bereichen, wie etwa dem Disziplinar- oder Arbeitsrecht, zu vermeiden.⁵⁰¹

Soweit demnach Sanktionen oder sanktionsähnliche Maßnahmen (Einstellung nach Zahlung einer Geldauflage gemäß §153a StPO) erfolgten, konnte unter Berücksichtigung der fehlenden Verallge-

⁴⁹⁸ *Orben*, S. 103.

⁴⁹⁹ *Wenzel*, Rn. 622; *Ulsenheimer*, Rn. 509b. Vgl. bspw. die Urteilsbegründung des Landgerichts Augsburg, Urt. v. 16.10.2001, Az. 3 KLS 400 Js 111591/00: „...in Ansehung des straffreien Vorlebens des Angeklagten, der als Arzt schwierige und verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen hat..., ist ... eine Geldstrafe von ... tat- und schuldangemessen“.

⁵⁰⁰ Vgl. hierzu die Anregungen von *Wenzel* für die Verteidigung im medizinstrafrechtlichen Verfahren, Rn. 573 ff.

⁵⁰¹ Zur Unzulässigkeit der Verwertung dieser Informationen in anderen Verfahren: *Dahs*, Rn. 300.

meinerungsfähigkeit aufgrund der geringen Quantität (n=10) zumindest aus der deutlichen Abstufung nach der Höhe des zu zahlenden Betrages in Vergleich mit der Profession und Qualifikation der Beschuldigten ein Anhaltspunkt dafür gefunden werden, dass Staatsanwaltschaft und Gericht bei der Bemessung der Geldstrafe und -auflage jeweils die individuelle Schuld in Form der Schadensausprägung und des Maßes an Verantwortlichkeit für den Pflegebedürftigen sowie die unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnisse der Beschuldigten berücksichtigt haben.

B. Selektionsprozess im Verfahrensgang

Der Weg von der Tatbegehung bis zum Abschluss des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens ist von einem komplexen sozialen Geschehen der Reaktion auf ein Verhalten, das als strafrechtlich relevant angesehen wird, abhängig. Hierzu gehören neben dem Verhalten des Täters und des Opfers das Verhalten anderer Personen sowie die Tätigkeit der zuständigen Behörden strafrechtlicher sozialer Kontrolle. Während des Ablaufs dieses sozialen Reaktionsprozesses wird die Anzahl der zu verfolgenden Fälle und Personen zunehmend kleiner.⁵⁰²

Als erste Stufe in diesem Selektionsprozess stellt sich die Frage, ob strafrechtlich relevantes Verhalten überhaupt wahrnehmbar ist. Für die Fälle der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera haben die obigen medizinischen und medizinrechtlichen Betrachtungen gezeigt, dass der Übergang von *Unglück* zu *Unrecht*, mithin die Abgrenzung der schicksalhaften Entstehung oder Zustandsverschlechterung eines Dekubitus von unzureichender und fehlerhafter Pflege oder Behandlung, gerade bei Pflegebedürftigen mit hohen Risikofaktoren durch Außenstehende kaum noch mit Gewissheit nachvollzogen werden kann. Hält der Pflegende oder Behandelnde seine Maßnahmen selbst für fehlerhaft erfolgt, ist er nicht zur Aufklärung des Betroffenen hierüber verpflichtet.⁵⁰³ Es ist daher anzunehmen, dass eine nicht unerhebliche Anzahl strafrechtlich relevanter Pflegehandlungen, insbesondere im fahrlässigen Bereich, nur durch den Täter selbst zu erkennen ist, sofern dieser sein Handeln selbst überhaupt als strafbar bewertet.⁵⁰⁴

Soweit also der Geschädigte oder Dritte überhaupt Kenntnis von dem Verdacht einer Straftat erlangen können, stellt das Anzeigeverhalten in privater oder amtlicher Eigenschaft die erste nach außen hin

⁵⁰² Eisenberg, § 26 Rn.1.

⁵⁰³ Vgl. Dettmeyer/Madea in Madea/Brinkmann, Kap. 15, S. 1461.

⁵⁰⁴ So i.E. auch Eisenberg, § 26 Rn. 2, der davon ausgeht, dass nur ein Teil aller vermuteten Straftaten überhaupt bekannt werden kann.

sichtbare Reaktionsstufe dar. Die Strafanzeige durch Privatpersonen stellt gewisse Minimalanforderungen an den psychischen und physischen Zustand des Anzeigenden. Wenn diese Anforderungen im Alltag auch unbedeutend erscheinen mögen, darf bei der Betrachtung von Pflegevernachlässigungen nicht aus dem Blickfeld geraten, dass die Betroffenen sich im Regelfall nicht aus freien Stücken in pflegerische Obhut begeben haben, sondern dies zumeist unter dem Eindruck körperlicher und geistiger Erkrankungen und Alterserscheinungen erfolgt ist. So ist der Großteil der in vorliegender Untersuchung betroffenen Menschen zwischen 85 und 90 Jahre alt und multimorbide gewesen, und hat bereits aus diesen Gründen oftmals nur noch kurze Zeit nach Auftreten eines Dekubitalgeschwürs gelebt. In einer Vielzahl von Fällen wären daher die Pflegebedürftigen selbst bereits aus objektiv-somatischen Gründen nicht zur Erstattung einer Strafanzeige fähig gewesen. Diese Beobachtung dürfte aufgrund der Tatsache, dass der Dekubitus in engem Zusammenhang mit Alter, Morbidität und dem nahenden Lebensende steht, auf den größten Teil der Pflegebedürftigen übertragbar sein. In der Praxis nur wenig bedeutsame Ausnahmen sind insoweit denkbar, wie es um Fälle von Vernachlässigung in der Pflege behinderter Menschen geht, die ein erheblich niedrigeres Durchschnittsalter und geringere Morbidität aufweisen, oder Menschen in postoperativer stationärer Krankenhausbehandlung betroffen sind, bei denen diese Parameter ebenfalls erheblich nach unten abweichen. Somit fallen die Geschädigten selbst aufgrund fehlender Kommunikationsmöglichkeiten regelmäßig als erstes Glied in der Kette zwischen Anzeigeerstattung und staatsanwaltschaftlicher Ermittlungstätigkeit aus, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit dadurch Bestätigung fand, dass keiner der 64 ausgewerteten Fälle durch den Geschädigten selbst zur Anzeige gebracht worden war.

Sofern dem Opfer einer Pflegevernachlässigung doch die Erstattung einer Strafanzeige möglich sein sollte, hängt die Ausführung dieses Schrittes von der Anzeigebereitschaft ab. Diese kann einerseits von Überlegungen zum Ausmaß der Schädigung abhängen; so wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass viele Opfer von Straftaten als Grund für eine Nichtanzeige angaben, sie hielten den Schaden für zu gering.⁵⁰⁵ Allerdings ist die Übertragbarkeit auf die Fälle von Pflegevernachlässigungen fraglich, da einerseits vielfach gravierende körperliche Folgen eintreten können, die nicht mehr als geringfügig zu bezeichnen sind, und andererseits die körperliche Unversehrtheit regelmäßig nicht quantitativ bewertet wird und daher ein anderes Anzeigeverhalten als etwa bei Eigentumsdelikten zu beobachten ist.⁵⁰⁶ Allerdings könnte sich senkend auf die Anzeigebereitschaft auswirken, dass ein Großteil der

⁵⁰⁵ Eisenberg, § 26 Rn. 26 f., m.w.N.

⁵⁰⁶ Schwind, § 20 Rn. 9a m.w.N.

Pflegeleistungen bundesweit im häuslichen Bereich durch Angehörige erbracht wird.⁵⁰⁷ Dort auftretende Fälle von Pflegevernachlässigung bringen zumeist die Problematik mit sich, dass zwischen Tätern und Opfern eine nahe Beziehung besteht. Da in Untersuchungen nachgewiesen wurde, dass die Tatbegehung durch Personen des sozialen Nahraums oftmals die Anzeigebereitschaft senkt,⁵⁰⁸ wird in dieser Konstellation nur im Ausnahmefall die Anzeigerstattung durch den Geschädigten selbst zu erwarten sein.

Wie die Untersuchung bei der Betrachtung der Anzeigsteller der Hamburger Verfahren zeigte,⁵⁰⁹ kann aber auch davon ausgegangen werden, dass die Anzeigebereitschaft von Tatzeugen durch äußere Einflüsse wie etwa intensive Medienberichterstattung beeinflusst werden kann.⁵¹⁰

Soweit die Anzeigerstattung von Amts wegen erfolgte, handelte es sich überwiegend um Fälle, bei denen die Pflegevernachlässigungen im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Leichenschau entdeckt wurden, im Übrigen wurde ein geringer Teil der Strafverfahren durch Betreuer der Geschädigten eingeleitet. Unter korrigierender Berücksichtigung des Umstandes, dass als Betreuer zumeist nahe Angehörige eingesetzt waren und sich insoweit eine Vermischung privater Interessen mit den Verpflichtungen der Betreuerstellung bei der Frage nach der Motivation der Anzeigerstattung ergeben konnte, kann dennoch festgehalten werden, dass in etwa 2/3 der Fälle das Strafverfahren durch Feststellungen von Amts wegen eingeleitet worden ist.

Demnach wird deutlich, dass die Funktion des Opfers als „informeller Agent der strafrechtlichen Sozialkontrolle“⁵¹¹ bei der schuldhaften Verursachung eines Dekubitus kaum mehr ins Gewicht fällt. Vielmehr scheint die Erfassung des Strafunrechts durch das System strafrechtlicher sozialer Kontrolle hier in erster Linie durch die Tätigkeit der rechtsmedizinischen Institute bedingt zu sein, und die Rolle von Angehörigen und anderen dem Betroffenen nahe stehenden Personen als soziale Kontrollinstanzen bedeutend geringer auszufallen.

Als weitere Selektionsstufe erlangt nun der Filterungsprozess im Strafverfahren Bedeutung, der sich zunächst aus den unterschiedlichen tatsächlichen Anhaltspunkten für eine Straftat ergibt, aber auch aus

⁵⁰⁷ Vgl. die Ausführungen zur Pflegestatistik *Fünfter Teil: Einzelergebnisse*, A.2, S. 129.

⁵⁰⁸ Beispielsweise *Kiefl/Lamnek*, S. 233.

⁵⁰⁹ Vgl. oben unter *Fünfter Teil: Einzelergebnisse*, A.3.b, S. 132.

⁵¹⁰ Instrukтив hierzu *Schwind*, § 14.

⁵¹¹ So *Kaiser*, § 37 Rn. 10.

der begrenzten Kapazität von Polizei und Justiz.⁵¹² Allerdings erfordert dieser eine zweckmäßige und rational überzeugende Filterung. Zu untersuchen ist daher, in wieweit und aus welchen Gründen eine Selektion innerhalb des Verfahrens erfolgte

Die erste Selektionsmöglichkeit nach Kenntniserlangung von dem zugrunde liegenden Sachverhalt durch das Strafverfolgungsorgan eröffnet sich mit der Frage, hinsichtlich welchen Deliktes ein Anfangsverdacht anzunehmen ist. Bei der schuldhaften Verursachung eines Druckgeschwüres kommen dabei hauptsächlich Delikte gegen die Unversehrtheit des Körpers und gegen das menschliche Leben in Betracht. Problematisch ist allerdings in der Praxis gerade bei den Tötungsdelikten, den Zusammenhang zwischen schädigender Handlung und Todeseintritt nachzuweisen. Aufgrund dieser Schwierigkeiten war anzunehmen, dass sich der Anfangsverdacht der Ermittlungen auf die gegen die körperliche Unversehrtheit gerichteten Delikte konzentrieren würde. Tatsächlich überwogen die Körperverletzungsdelikte in allen Verfahren (n=47) die Annahme eines Tötungsdelikts (n=22) in der Gesamtbetrachtung; die regionale Betrachtung hingegen zeigte, dass die Handhabung der beiden tätigen Staatsanwaltschaften erheblich variierte, so dass in Hamburg etwa 60 % der Verfahren mit dem Anfangsverdacht der fahrlässigen Tötung eingeleitet wurden, während dies in Hannover auf nur rund 10 % zutraf. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Hamburger Verfahren überwiegend durch polizeiliche Ermittlungen eingeleitet worden sind, so dass sich die häufige Annahme eines Tötungsdeliktes im Hamburger Bereich möglicherweise mit der These von *Lohner*⁵¹³ erklären lässt, nach der die Polizei gerade bei den schwereren Delikten „hoch definiert“, um dem Regular der Aussonderung innerhalb der Instanzen des Strafverfolgungssystems zu entsprechen und den nachfolgenden Instanzen die Entscheidung offen zu halten,⁵¹⁴ und diese Definition bei Übernahme des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft beibehalten worden ist. Hierin könnte der Unterschied zu den Hannoveraner Verfahren begründet sein, die durch die überwiegende Einleitung aufgrund der rechtsmedizinischen Erkenntnisse der äußeren Leichenschau vielfach direkt bei der Staatsanwaltschaft begannen.

Eine weitere bedeutsame Selektionsmöglichkeit im Ermittlungsverfahren ergab sich bei der Einstufung als Vorsatz- oder Fahrlässigkeitstat. Die Erwartung, dass die überwiegende Zahl der Ermittlungsverfahren die fahrlässige Tatbegehung zum Gegenstand haben würde, bestätigte sich in der Gesamtschau der Körperverletzungsdelikte im verfolgten Tatbestand (dieser enthielt in 19 Fällen eine vorsätzliche und in

⁵¹² *Kaiser*, § 41 Rn. 14.

⁵¹³ *Lohner*: „Der Tatverdacht im Ermittlungsverfahren“, S. 191.

⁵¹⁴ So auch *Schwind*, § 2 Rn. 8.

37 Fällen eine fahrlässige Begehungsweise). Dies dürfte vor allem auf die oben festgestellten Schwierigkeiten bei der Annahme des Vorsatzes zurückzuführen sein, der regelmäßig in Ermangelung einer entsprechenden Einlassung des Beschuldigten nur mit Indizien wertend erschlossen werden kann.⁵¹⁵ Übertragen auf die schuldhafte Verursachung eines Dekubitus durch Pflegeversäumnisse bedeutet dies, dass bereits der Einleitung geringer oder fehlerhafter Prophylaxe- oder Therapie- maßnahmen eine Indizwirkung dahingehend zukommen kann, dass letztlich die Verursachung eines Pflegeschadens trotz unsorgfältigen Arbeitens durch die Beschuldigten vermieden werden sollte, womit die Annahme eines Körperverletzungs- oder Tötungsvorsatzes nur in solchen Fällen in Betracht kommen dürfte, in denen ersichtlich ist, dass der Eintritt der Körperschäden auf der Hand lag und hingenommen wurde.⁵¹⁶

Allerdings zeigt der regionale Vergleich, dass unabhängig von dieser Annahme offenbar eine unterschiedliche Handhabung bei beiden betrachteten Staatsanwaltschaften besteht, im Hannoveraner Bereich die Tendenz eher zur Annahme einer vorsätzlichen Körperverletzungshandlung ging, während die Hamburger Staatsanwaltschaft dieses Delikt zumeist zur fahrlässigen Körperverletzung herabstufte. Auch wenn sich dieser Unterschied in der Praxis nicht direkt auswirkte, da lediglich in einem Verfahren formale Schuldsprüche erfolgten, und in diesem sich die rechtliche Einschätzung während des Verfahrens nicht geändert hatte, zeigt dieser Umstand, dass dieser Teil des Selektionsprozesses von äußerlich kaum beeinflussbaren Variablen und offenbar auch durch die „lokale Justizkultur“⁵¹⁷ geprägt ist.

Bei der Betrachtung des weiteren Verfahrens fanden sich nur wenige Unterschiede der Handlungsabläufe. Sofern die Pflege- und Krankenakten noch nicht vorlagen, erwirkten die staatsanwaltschaftlichen Dezernenten regelmäßig Durchsuchungsbeschlüsse zur Beschlagnahme. Soweit in zwei Fällen diese nicht erlassen wurden und sich dieser Umstand verfahrensbeendend auswirkte,⁵¹⁸ fand hier eine Rechtswertung durch die Gerichte statt, die zur Verfahrensselektion führte. Da es sich

⁵¹⁵ *Hruschka* geht sogar davon aus, dass der Tatvorsatz nicht bewiesen, sondern lediglich zugerechnet werden kann („dolus ex re“), S. 196, 202.

⁵¹⁶ Eindrucksvoll zeigt *Sessar* die teils minimalen Unterschiede der äußeren Tatumstände bei tödlichen und nicht tödlichen Gewalthandlungen auf, die sich bei Polizei und Staatsanwaltschaft in der Annahme des Tötungsvorsatzes entscheidend auswirkten, S. 199, 203.

⁵¹⁷ Zum Begriff *Kaiser*, § 37 Rn. 8; vgl. *Eisenberg*, § 27 Rn. 94 ff.

⁵¹⁸ Vgl. oben unter *Fünfter Teil: Einzelergebnisse, A.7.e*, S. 150.

hierbei um voneinander unabhängig entscheidende Richter in verschiedenen Verfahren handelte, können Zusammenhänge in diesen Fällen nicht erkannt und Rückschlüsse auf die Kriterien der Verfahrensselektion nicht gezogen werden.

Soweit ein Verfahren sechseinhalb Jahre nach der Tat dadurch beendet wurde, dass der Dezernent der Staatsanwaltschaft das besondere öffentliche Interesse aufgrund des langen Zeitraumes nicht mehr als gegeben ansah, dürfte die Entscheidung bei wahrscheinlich nicht mehr mit der erforderlichen Sicherheit möglichem Tatnachweis einerseits von dem Aspekt der Verfahrensökonomie und des „Erledigungsdrucks“⁵¹⁹ beeinflusst gewesen sein. Andererseits ist eine lange Dauer des Ermittlungsverfahrens als belastendes Moment gerade für Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe nicht zu unterschätzen,⁵²⁰ so dass dieser Umstand im vorliegenden Fall ebenfalls entscheidungserheblich gewesen sein dürfte.

Die Ausselektion eines Großteils der Verfahren im Wege der Einstellung gemäß § 170 Abs. 2 StPO erfolgte jeweils, wie beschrieben,⁵²¹ aufgrund der Feststellungen der rechtsmedizinischen Gutachten nach Feststellung des Fehlens eines vorwerfbaren Verhaltens oder der nicht mit der erforderlichen Gewissheit nachweisbaren Kausalität.

C. Unterschiede zwischen „Sanktionsverfahren“ und „Einstellungsverfahren“

Soweit die Dezenten der Staatsanwaltschaft an dieser Stelle des Verfahrens sich in sieben Fällen zur Wahl einer Sanktionierungsform⁵²² entschieden, und damit von ihrer zentralen Steuerungsfunktion im Ablauf des Strafverfolgungsvorgangs Gebrauch machten, bestand bei der vorliegenden Untersuchung ein besonderes Interesse in der Herausarbeitung der Unterschiede dieser Verfahren zu den sog. „Einstellungsverfahren“⁵²³.

⁵¹⁹ Hierzu instruktiv: *Hergenröder*, S. 149 f.

⁵²⁰ So auch *Ulsenheimer*, MedR 1987, 207, 210.

⁵²¹ Vgl. oben unter *Fünfter Teil: Einzelergebnisse*, A.7.d, S. 146.

⁵²² Gemeint ist mit der nicht rechtstechnischen Bezeichnung als „Sanktionsverfahren“ die Anklageerhebung ebenso wie der Antrag auf Erlass eines Strafbefehls, sowie, aufgrund der sanktionsähnlichen Wirkung, die Einstellung nach Erfüllung einer Geldauflage.

⁵²³ Mit diesem ebenso nicht rechtstechnisch zu verstehenden Begriff sind die Verfahren bezeichnet, die nach § 170 Abs. 2 StPO mangels hinreichenden Tatverdachts nach Abschluss der Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaften eingestellt wurden.

Der Anfangsverdacht der Sanktionsverfahren richtete sich im Hamburger Bereich in zwei Fällen auf eine fahrlässige Körperverletzung und in zwei weiteren Fällen bestand der Verdacht der fahrlässigen Tötung. In Hannover hingegen bestand nur in einem Fall der Anfangsverdacht der fahrlässigen Körperverletzung, während die Dezernenten in zwei Fällen von dem Verdacht einer schweren Körperverletzung (§ 225 StGB) ausgingen. Auch wenn das Zahlenmaterial gering ist, fällt doch bei den Hannoveraner Verfahren auf, dass aufgrund der zu Beginn des Ermittlungsverfahrens vorhandenen Informationen zumindest in zwei Fällen die vorsätzliche Begehungsweise einer Körperverletzung mit gravierenden Folgen für die Geschädigten angenommen worden ist, was auf ein vergleichsweise stark ausgeprägtes Ausmaß der körperlichen Schädigungen schließen lassen kann.

Während im weiteren Verlauf der Ermittlungen aufgrund der Ergebnisse der rechtsmedizinischen Gutachten die beiden Hamburger Verfahren wegen fahrlässiger Tötung auf den Tatverdacht der fahrlässigen Körperverletzung herabgestuft wurden, und damit in vier Verfahren nur noch ein Vorwurf nach § 229 StGB bestand, verblieb es bei den Hannoveraner Verfahren bei der Einschätzung des Tatverdachts im Zeitpunkt der Abschlussentscheidung. Allerdings lag in diesen Verfahren zu diesem Zeitpunkt über die festgestellten erheblichen Pflegeversäumnisse hinaus keine gesicherte Erkenntnis dazu vor, ob der Vorwurf der schweren Körperverletzung den Beschuldigten auch tatsächlich hätte zugerechnet werden können.

Als Tatorte der Sanktionsverfahren wurden in vier Fällen Pflegeheime ermittelt, in zwei Fällen Krankenhäuser und in zwei Fällen die häusliche Umgebung im Rahmen der ambulanten Pflege (Mehrfachnennungen möglich), womit keine auffällige Abweichung zu der Tatortverteilung der übrigen Verfahren zu beobachten ist.

Die Strafverfahren wurden in vier Fällen durch Angehörige und Betreuer und in einem Fall durch einen Pflegedienstmitarbeiter zur Anzeige gebracht. Hinzu kommt, dass in einem weiteren Verfahren die Ermittlungen durch die äußere Leichenschau von Amts wegen eingeleitet worden sind. Im Verhältnis zu den Einstellungsverfahren ergibt sich hier eine deutliche Abweichung zu Gunsten der sozialen Bezugspersonen der Geschädigten.

Die Verteilung der Beschuldigten (4 Ärzte, 6 Pflegekräfte, ein Angehöriger) entspricht den bei den übrigen Verfahren getätigten Beobachtungen.

Die ermittelten Fehlervorwürfe der Sanktionsverfahren betreffen in allen Fällen (n=7) die mangelnde Prophylaxe, sowie in der überwiegenden Anzahl (n=4) mangelnde Qualifikation des Personals, Behandlungsfehler und Dokumentationsmängel. Die Vorwürfe liegen damit überwiegend im vorsorgenden und organisatorisch-dokumentatorischen Bereich.

Die Betroffenen der Sanktionsverfahren sind im Durchschnitt 82 Jahre alt, das Geschlechterverhältnis zeigt mit 5 : 2 altersentsprechend erwartungsgemäß die häufigere Betroffenheit der Frauen. Fünf Betroffene verstarben im Laufe der Pflegemaßnahmen, wobei in keinem Fall ein Zusammenhang mit den Dekubitalgeschwüren durch rechtsmedizinische Gutachten bestätigt worden ist. In zwei Fällen hatte bei Verfahrensabschluss die Wundheilung begonnen oder war bereits erfolgt.

Die individuelle Konstitution der Geschädigten vor Dekubitusentstehung war auffallend gut: So bestand überwiegend (n=5) ein normaler Ernährungszustand, sie waren zwar größtenteils (n=6) bettlägerig, das Dekubitusrisiko bewegte sich allerdings in sechs Fällen lediglich im Bereich mittel bis hoch.

Grad und Ausmaß der Dekubitalulzera sind im Vergleich zu dem Durchschnitt der übrigen Verfahren in dieser Gruppe verhältnismäßig moderat ausgeprägt: Vier Betroffene litten unter Wunden des Grades IV, zwei unter Grad III und einer unter Grad II, was etwa der Verteilung der in allen anderen Verfahren beobachteten Schweregrade entspricht. Die mittlere Größe aller Wundflächen betrug 82 cm² (15 – 122 cm²), womit sie deutlich unter dem Mittelwert der Wundgröße der übrigen Betroffenen (164 cm²) lag.

Die mittlere Dauer der Sanktionsverfahren beträgt 27 Monate und knapp zwei Wochen (Streuung 7 bis 49 Monate) und ist damit erheblich länger als die durchschnittliche Dauer aller Verfahren (18 Monate).

Soweit den Begründungen⁵²⁴ der Sanktionsmaßnahmen zu entnehmen war, weshalb die Sanktionierung in den jeweiligen Verfahren angezeigt erschien, konnten folgende Tatumstände festgestellt werden:

- Fehlender Pflegeplan (Organisationsverschulden), unzureichende Pflege durch Altenpflegerinnen bei festgestellter Vermeidbarkeit der Dekubitalulzera,
- Prophylaxefehler (Risikoeinstufung) durch Pflegedienstleitung und Pfleger eines Krankenhauses,
- Fehler in allen Bereichen durch Pflegedienstmitarbeiter und Leitung (Risikoeinstufung, Prophylaxe, Behandlung, Organisation), sowie mutmaßliche Beweismittelfälschung durch vorgefertigte Lagerungspläne,
- Pflegefehler und mangelhafte Qualifikation des Pflegepersonals, zudem war das betroffene Pflegeheim wiederholt zum Ermittlungsort in Verfahren mit dem Verdacht strafbarer Pflegevernachlässigung geworden und es bestand der Verdacht, dass die nicht erbrachten

⁵²⁴ Hierzu zählen Informationen, die Rückschlüsse auf die Veranlassung des Sachbearbeiters zur Wahl einer Sanktionsart oder sanktionsähnlichen Maßnahme zulassen. Diese fanden sich beispielsweise im konkreten Anklagesatz bzw. im konkreten Tatvorwurf eines Strafbefehls sowie in der Begründung eines Antrages auf Zustimmung zur Einstellung nach § 153a Abs. 1 StPO bei Übersendung der Akte durch die Staatsanwaltschaft an das Gericht.

Pflegeleistungen in betrügerischer Absicht abgerechnet worden waren; die Vorwürfe richteten sich insoweit auch gegen einen Arzt,

- Schwere Dokumentations- und Prophylaxeversäumnisse der Pflegedienstleitung waren klar nachweisbar.

Erkennbar ist dabei, dass sich die Vorwürfe in der Mehrzahl der Fälle (n=5) direkt oder indirekt auch gegen die Pflegedienstleitung oder Organisation der Einrichtung richteten, wobei allerdings nur in zwei Fällen tatsächlich auch über die Zahlung einer Geldauflage nach § 153a StPO eine sanktionsähnliche Maßnahme gegen Mitarbeiter der Pflegedienstleitung erfolgte, denen neun Geldauflagen gegen Pflegepersonal und eine Geldauflage gegen einen Arzt gegenüberstehen.

Allen Verfahren ist allerdings gemein, dass die rechtsmedizinischen Gutachten vergleichsweise deutlich die Begehung mehrerer und gravierender Fehler feststellten und auch die Kausalität der hierauf folgenden Gesundheitsschädigung in diesen Fällen bejahten, womit sie sich von dem überwiegenden Teil der Gutachten der restlichen Verfahren erheblich unterschieden.⁵²⁵

Damit waren den Akten der Sanktionsverfahren keine Anhaltspunkte darauf zu entnehmen, dass etwa das besondere Ausmaß der durch die Pflegevernachlässigung verursachten Schädigungen für die Entscheidung zur Sanktionierung der Beschuldigten ausschlaggebend gewesen sein könnte; die verhältnismäßig moderate Ausprägung der Körperschäden lässt diese Vermutung eher unwahrscheinlich erscheinen. Vielmehr erscheint in erster Linie die Kombination aus gravierenden Fehlervorwürfen in unterschiedlichen Bereichen des Pflege- und Behandlungsprozesses mit der in den rechtsmedizinischen Gutachten festgestellten deutlichen Nachweisbarkeit des Kausalzusammenhangs zur Gesundheitsverschlechterung dazu zu führen, dass die staatsanwaltschaftlichen Dezernenten bei der Abschlussverfügung eine sanktionierende Maßnahme ergreifen. Dass in diesen Fällen die Gutachter der rechtsmedizinischen Institute einen Zusammenhang zwischen den Pflegefehlern und den eingetretenen Gesundheitsschäden als gegeben ansahen, scheint wiederum durch die vergleichsweise gering ausgeprägten Prädispositionsfaktoren der Geschädigten begünstigt worden zu sein. Überdies kann der Umstand, dass die Mehrheit der Sanktionsverfahren durch Strafanzeigen sozialer Bezugspersonen der Betroffenen eingeleitet wurde, die Entscheidung zur Ergreifung einer sanktionierenden Maßnahme aus dem Gesichtspunkt der Wiederherstellung des Rechtsfriedens beeinflusst haben, was allerdings nicht sicher nachzuweisen ist.

⁵²⁵ Vgl. zur Problematik des Kausalitätsnachweises in den vorliegend ausgewerteten Verfahren oben unter *Fünfter Teil: Einzelergebnisse, A.7.d*, S. 146.

D. Rückschluss auf Dunkelfeld

Die vorliegende Auswertung erbrachte Anhaltspunkte zu tatsächlich registrierter Kriminalität oder zu Sachverhalten, in denen der Verdacht einer strafbaren Handlung vorlag. Bei Betrachtung der Kriterien, die diesen Sachverhalten zugrunde lagen und in ein Strafverfahren mündeten, ergeben sich Erkenntnisse, die für Rückschlüsse auf den durch Strafverfolgungsbehörden bislang nicht registrierten oder registrierbaren Teil der Kriminalität (Dunkelfeld⁵²⁶) bedeutsam sein können.

Bereits aus den im Teil *B* ersichtlichen Überlegungen zur oftmals fehlenden Kenntnis der Geschädigten oder Dritter darüber, dass eine strafrechtlich relevante Pflegevernachlässigung erfolgt ist, sowie zur vielfach fehlenden Äußerungs- und Erinnerungsfähigkeit der Geschädigten ergibt sich, dass ein erheblicher Anteil verfolgbarer Straftaten im Bereich der Pflegevernachlässigung erst gar nicht bekannt werden dürfte.

Soweit die Rolle der rechtsmedizinischen Institute bei der Entdeckung von straftatverdächtigen Vernachlässigungszeichen an Pflegebedürftigen im Rahmen der äußeren Leichenschau nun aufgrund des Ausfalls des Geschädigten als Anzeigerstatter in den Vordergrund tritt, kann zwar von einer zunehmenden Aufklärungsrate unter dem Gesichtspunkt ausgegangen werden, dass die zweite Leichenschau (sog. Krematoriumsleichenschau) vor der Feuerbestattung nach § 3 Abs. 2 Ziff. 2 Feuerbestattungsgesetz bzw. den entsprechenden Regelungen in den Bestattungsgesetzen der Bundesländer zwingend vorgeschrieben ist und bei Verdacht eines nicht natürlichen Todes unter Umständen eine Obduktion vorzunehmen ist. Gerade vor dem Hintergrund der (vor allem offenbar aus ökonomischen Aspekten) zunehmenden Anzahl an Feuerbestattungen dürfte damit die Verschiebung weiterer Taten erheblicher Pflegevernachlässigungen aus dem Dunkelfeld in den registrierten Bereich zu erwarten sein, da davon ausgegangen wird, dass die Krematoriumsleichenschau ein effizientes Mittel zur Aufdeckung bislang unentdeckter unnatürlicher Todesursachen und anderer Anhaltspunkte für Straftaten darstellt.⁵²⁷

⁵²⁶ Zur Definition des Dunkelfeldes als Summe jener Delikte, die den Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Justiz) nicht bekannt werden und deshalb in der Strafverfolgungsstatistik nicht erscheinen: *Schwind*, § 2 Rn. 34 ff.

⁵²⁷ *Madea*, S. 143.

Limitierend wirkt sich andererseits der Umstand aus, dass nur etwa 30% der häuslich versorgten Pflegebedürftigen überhaupt im Rahmen der Pflege professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.⁵²⁸ Insoweit dürfte aufgrund der zuvor beschriebenen zumeist fehlenden Bereitschaft, Personen des sozialen Nahraums wegen einer selbst erlittenen Straftat anzuzeigen, ein vergleichsweise hohes Dunkelfeld bestehen. Gerade unter dem Gesichtspunkt, dass häusliche Pflege durch Angehörige teilweise unter dem Druck ökonomischer Gesichtspunkte heraus erfolgt oder aus der Angst, das gewohnte häusliche Umfeld zugunsten der Unterbringung in einem Pflegeheim zu verlassen, dürften Pflegebedürftige vielfach befürchten, mit Erstattung einer Strafanzeige die Möglichkeit der häuslichen Pflege zu verlieren.

Rückschlüsse von der registrierten Kriminalität auf das Dunkelfeld sind grundsätzlich mit Vorbehalten und der Annahme großer Unschärfen zu ziehen, sofern überhaupt zugrunde gelegt werden kann, dass es bei der speziell betrachteten Deliktsgruppe Gesetzesmäßigkeiten zwischen Hell- und Dunkelfeld gibt.⁵²⁹

Die in der vorliegenden Untersuchung ausgewerteten Verfahren lassen bereits ersichtlich aufgrund der geringen Quantität, der starken Regionsbezogenheit und des Umstandes, dass die Verfahren nur über die Tätigkeit des Hamburger rechtsmedizinischen Institutes ermittelt werden konnten, erkennen, dass die Aussagekraft der Verfahren in Bezug auf die gesamte Dimension des Problembereichs Pflegevernachlässigung derart begrenzt ist, dass sich ein über sie gezogener Rückschluss auf das Dunkelfeld nicht annähernd begründen ließe. Als kleiner Ausschnitt des Hellfeldes können die in den vorliegenden Verfahren ausgewerteten Variablen lediglich dazu dienen, aus einzelnen Aspekten der Pflegevernachlässigung auf Probleme im Zusammenhang mit der Beleuchtung des Dunkelfeldes hinzuweisen.

So geben insbesondere die Einzelfälle Anlass zur Besorgnis, in denen die Strafverfahren erst durch Anzeige von Pflegedienstmitarbeitern selbst eingeleitet wurden, da im Umkehrschluss zu befürchten ist, dass diese Fälle bis dahin nicht nach außen hin bekannt geworden sind, was auf eine Fehlerverdeckungsstrategie hinweisen könnte. Deutlich wird dies im Zusammenhang mit dem Verfahren, in dem der Verdacht der gezielten Vorfertigung von Umlagerungsplänen begründet wurde; hier zeigt sich, dass es in einzelnen Fällen in der Hand der Pflegenden selbst liegen kann, ob ein Sachverhalt nach außen hin als *Unglück* oder *Unrecht* erkennbar wird.

Soweit, wie in den überwiegenden Fällen anzunehmen sein wird, keine bewusste Begehung und Verdeckung von Pflegefehlern erfolgt, sondern unsorgfältiges Handeln zur Entstehung strafrechtlich

⁵²⁸ *Klie*, S. 21.

⁵²⁹ *Schwind*, § 2 Rn. 67 ff.

relevanter Pflegeschäden führt, kann gerade die Unsorgfalt der Handelnden dazu führen, dass ein erheblicher Anteil der Straftaten im Bereich des Dunkelfeldes verbleibt, da lückenhafte Dokumentation oftmals die Erfassung und Aufklärung strafrechtlich relevanter Pflegevernachlässigungen unmöglich macht. Bereits die Beobachtung von *Püschel* u.a., dass etwa 2/3 der ausgewerteten Kranken- und Pflegeakten von 140 Verstorbenen mit höhergradigen Dekubitalulzera sich derart lückenhaft darstellte, dass im Streitfall von unzureichender Dokumentation mit der Folge des Eintritts von Beweiserleichterungen auszugehen gewesen wäre,⁵³⁰ zeigt, dass die Möglichkeiten zur Erhellung des Dunkelfeldes solange stark begrenzt sind, wie die Pflegenden selbst unsorgfältig handeln und dokumentieren.

Weitere Anhaltspunkte zum Rückschluss auf das Dunkelfeld lassen sich aus der Tätigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen entnehmen, die im Auftrag der Leistungsträger regelmäßige Überprüfungen und Begutachtungen der Pflegebedürftigen vornehmen. So ergab der zweite Pflegezustandsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) bei einer Überprüfung von rund 30.000 Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege,⁵³¹ dass bei 42,4 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und 35,5 % der Pflegeheimbewohner eine unangemessene Dekubitusprophylaxe mit möglicherweise gesundheitsschädlichen Folgen festzustellen war.⁵³² Eine Datenerhebung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Westfalen-Lippe aus dem Jahr 2003, die 131.081 Pflegebedürftige umfasste, führte zur Registrierung von 5.139 Dekubitusfällen, wobei eine inadäquate Wundversorgung höhergradiger Dekubitalulzera bei rund 77 % der Betroffenen festgestellt wurde.⁵³³ Da die bei diesen Erhebungen festgestellten Defizite in Prophylaxe und Therapie grundsätzlich den Verdacht unsorgfaltsgemäßen Handelns und damit eines strafbaren Verhaltens auslösen, wird ersichtlich, dass die Verfahren der vorliegenden Untersuchung lediglich einen geringfügigen Querschnitt im Vergleich zum Gesamtausmaß der Problematik darstellen dürften.

⁵³⁰ *Püschel* u.a., *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001, 509, 514-515.

⁵³¹ Die Überprüfung umfasste etwa 31 % aller zugelassenen Pflegedienste und rund 41 % aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

⁵³² MDS, *Pflegezustandsbericht* 2007, S. 17 f., 167, 200.

⁵³³ *Reus/Huber/Heine*, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005, 210 ff.

E. Rechtliche, soziale und ökonomische Aspekte der Pflegevernachlässigung

Die Dekubitusprävalenz wird bei der Bewertung von Pflegeinstitutionen und Krankenhäusern oftmals als Indikator für die Pflegequalität herangezogen.^{534, 535} Zugleich bestehen erhebliche Zweifel daran, dass dieses Kriterium alleine unkritisch als „Gütesiegel“ für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal dienen kann. *Püschel et al.*⁵³⁶ weisen in diesem Zusammenhang beispielsweise darauf hin, dass Anhaltspunkte dafür bestehen, dass viele Bewohner bereits mit Dekubitalgeschwüren zur Aufnahme ins Pflegeheim gelangen und die Heime zudem mit besonders oft präfinale Pflegebedürftige versorgen, die aufgrund des bis zum Tod vielfach stetig abnehmenden Gesundheitszustandes überproportional dem Risiko der Dekubitusentstehung ausgesetzt sind, und bei denen vor dem Hintergrund der durch die präfinale Phase eingeschränkten Prophylaxe- und Therapieoptionen eine Verschlechterung oft hingenommen werden muss.

Auch im Bereich der ambulanten Pflege scheint die isolierte Betrachtung der Dekubitusprävalenzen keine solide Basis für die Beurteilung der Pflegequalität zu bieten. Hier ist etwa zu berücksichtigen, dass die Pflegebedürftigen durch die Mitarbeiter nicht lückenlos überwacht werden, sondern sich die Pflegeleistungen zumeist auf einige Stunden am Tage beschränken. In der verbleibenden Zeit besteht im Vergleich zu Krankenhäusern und Pflegeheimen ein erheblich höheres Risiko, dass die Pflegebedürftigen selbst oder ihre Angehörigen Lagerungs- und Behandlungsmaßnahmen verändern oder beseitigen, was etwa durch mangelnde Compliance, Demenzerkrankungen oder schlichtweg durch Unwissenheit bedingt sein kann.

Somit könnte die Dekubitusprävalenz allenfalls unter den kontrollier- und vergleichbaren Bedingungen stationärer Krankenhausaufenthalte zur Bewertung der Prozessqualität herangezogen werden.

Bei dem Versuch, mittels der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung Rückschlüsse auf das tatsächliche Ausmaß von Dekubitusprävalenz und möglicher Pflegevernachlässigung zu ziehen, sind bereits durch die nicht repräsentative Fallzahl zu große Unschärfen zu erwarten. Bei der Betrachtung der Fehlermöglichkeiten ergibt sich ein weiterer Aspekt, der für die Gesamtproblematik von erheblicher

⁵³⁴ *Püschel et al.*, Dekubitus – Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, S. 100 f.

⁵³⁵ So stellt die Dekubitusprophylaxe derzeit den einzigen Indikator zur Bewertung der Pflegequalität im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V bei zugelassenen Krankenhäusern dar. *Strausberg et. al.*, DMW 2005, 2311, 2312 m.w.N.

⁵³⁶ Dekubitus – Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, S. 97 ff.

Bedeutung sein dürfte: Mehr als die Hälfte der vorliegend untersuchten Strafverfahren wurde eingeleitet, nachdem im Rahmen der Leichenschau vor der Kremierung der Verstorbenen höhergradige Dekubitalgeschwüre entdeckt wurden, die eine Pflegevernachlässigung möglich erschienen ließen. Bei der Kremierung (im Rahmen einer regulären Bestattung ebenso wie bei einer anonymen Beisetzung) handelt es sich um die preisgünstigste Bestattungsvariante,⁵³⁷ die überproportional häufig von Angehörigen mittelloser Verstorbener gewählt wird. Aufgrund des somit vermutlich überrepräsentierten niedrigeren sozialen Status der Betroffenen muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass diese zu Lebzeiten aufgrund fehlender Eigenmittel möglicherweise eine optimale Pflege und Behandlung von Dekubitalgeschwüren über die gesetzliche Grundabsicherung hinaus nicht erfahren haben. Der soziale Status dürfte damit zusätzlich eine Einschätzung der realen Pflegequalität von Institutionen und Mitarbeitern erschweren.

Finanzielle Aspekte stehen ohnehin bei der Betrachtung der Dekubitusproblematik an prominenter Stelle. „Zeit ist Geld“, diese prägnante Redewendung verdeutlicht das Problem, das gerade in Pflegeheimen verstärkt offen gelegt wird und sich darauf gründet, dass bei unzureichender Personaldecke die individuell erbrachten Pflegeleistungen geringer und kürzer ausfallen müssen, um eine Versorgung aller Pflegebedürftiger noch gewährleisten zu können. Auswirkungen auf die Dekubitusprävalenz können sich beispielsweise dadurch ergeben, dass Umlagerungsintervalle verlängert und prophylaktische Sichtkontrollen gefährdeter Körperstellen seltener vorgenommen werden. Auch ist denkbar, dass der herkömmliche Verband zur Versorgung einer Dekubituswunde dem etwa viermal teureren feuchten Wundverband vorgezogen wird (obgleich die geringere Verbandwechselfrequenz des feuchten Verbandmittels die Personalkosten derart stark senkt, dass es sich bei diesem in der Gesamtbetrachtung nach einer exemplarischen Berechnung um die tatsächlich günstigere Versorgungsart handelt)⁵³⁸, womit die Abheilung von Dekubitalulzera in vermeidbarer Weise verzögert und erschwert und somit die Frage nach einem Pflegefehler diskutiert werden könnte.

Die prophylaktischen und therapeutischen Optionen sind demnach durch die wirtschaftlichen Ressourcen begrenzt, was bereits in der Formulierung des § 12 Abs. 1 SGB V zum Ausdruck kommt: *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind,*

⁵³⁷ Quelle: Pressemeldung des Bundesverbandes deutscher Bestatter e.V., 29.08.2000, www.bestatter.de.

⁵³⁸ Sellmer, Häusliche Pflege 1997 (5), 16-20.

*können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.*⁵³⁹ Zugleich besteht aber ebenso die Verpflichtung zur humanen Krankenbehandlung aus § 70 SGB V und § 11 Abs. 1 SGB XI, woraus sich ein dauerhaftes Spannungsfeld zwischen dem Machbaren und dem Finanzierbaren ergibt, das sich in der Problematik der Pflegevernachlässigung niederschlagen kann.

Die wirtschaftliche Versorgung chronischer Wunden in der Praxis ist in Deutschland bislang nur wenig erforscht worden.⁵⁴⁰ Dennoch zeigen sich vielfach Anzeichen dafür, dass eine adäquate Prophylaxe und Therapie von Dekubitalulzera in zentraler Weise weniger von der Frage der Ausstattung mit Sachmitteln, als durch die personelle Besetzung der Pflegeeinrichtungen und die Qualifikation ihrer Mitarbeiter bestimmt wird.⁵⁴¹ Vor diesem Hintergrund steht zu erwarten, dass die Prävalenz vermeidbarer Dekubitalulzera und die Anzahl diesbezüglich geführter Ermittlungsverfahren auch zukünftig mit davon abhängen wird, welchen Pflegebedarf sich die Pflegebedürftigen „leisten können“ und wie weit sich die gesetzlichen Pflegeleistungen erstrecken.

⁵³⁹ Eine ähnliche Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung ist in § 29 Abs. 1 SGB XI enthalten.

⁵⁴⁰ MDK 2001, 55.

⁵⁴¹ *Püschel et al.*, Dekubitus – Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, S. 102 f; MDS-Pflegezustandsbericht 2007, 131.

Siebter Teil: Schlussfolgerungen / Ausblick

Die Pflegevernachlässigung in Form der schuldhaften Verursachung von Dekubitalulzera stellt ein vielschichtiges Problem dar: Angefangen bei den Betroffenen und der durch ihre körperlichen Prädispositionsfaktoren, aber auch durch ihre Compliance beeinflussten Anfälligkeit für Drucknekrosen, fortgesetzt durch Ausbildungsstand, Leistungsfähigkeit und Motivation der Pflegenden und Behandelnden, zudem beeinflusst durch die organisatorische, materielle und personelle Ausstattung der Pflege- oder Behandlungseinrichtungen, die wiederum von rechtlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Vorgaben abhängig sind.

Die vorliegend untersuchten Strafverfahren stellen *eine* der möglichen staatlichen Reaktion auf vermutete schwere Missstände im Gesundheitssektor dar. Wie zu erwarten war, ergeben sich durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Disziplinen, nämlich der Medizin und Pflegewissenschaft auf der einen, des strafrechtlichen Sanktionensystems auf der anderen Seite, durchaus Konstellationen, die die Frage aufwerfen, ob es sich vorliegend tatsächlich primär um ein mit den Mitteln des Strafrechts zu behandelndes Problem handelt oder aber das Strafrecht hier funktionsbedingt an seine Grenzen stößt.

Das strafrechtliche Sanktionssystem existiert nicht zum Selbstzweck, sondern kann sich nur im Kontext mit der gesellschaftlichen Ordnungs- und Ausgleichsfunktion legitimieren. Es stellt damit *nur ein* Mittel unter den sozialen Normenkontrollsystemen dar.⁵⁴² Das Strafrecht kommt, etwas plakativ ausgedrückt, erst dann zur Anwendung, wenn bereits „das Kind in den Brunnen gefallen ist“, mithin übt es überwiegend eine *reaktive* Funktion aus. Da nach unserem Normen- und Wertesystem gerade im Bereich der Medizin und Pflege bereits der Verhinderung von vermeidbarem Leid und Schmerzen größte Bedeutung zukommen, stellt sich die Frage, inwieweit die Strafverfahren wegen schuldhafter Pflegevernachlässigung auch *präventive* Wirkung ausüben können. Da es sich bei diesen Taten aus den oben beschriebenen Gründen größtenteils um Fahrlässigkeitstaten von ansonsten regelmäßig unbescholtenen und sozial eingegliederten Personen handelt, und die Verfahren ohnehin zumeist nicht an die Öffentlichkeit gelangen, dürfte der präventive Effekt lediglich schwach ausgeprägt sein und sich eher im Bereich der sekundären Prävention niederschlagen, indem das Verfahren und die ggf. hierin festgesetzten Sanktionen spezialpräventiv auf den Beschuldigten einwirken. Es ist aus diesen Gründen realistischer anzunehmen, dass eine mögliche Schutzwirkung der Verfahren gegenüber anderen Pflegebedürftigen eintritt, die von dem selben Beschuldigten ebenfalls versorgt werden, sofern dieser aus

⁵⁴² *Kaiser* § 34 Rn. 3.

Anlass des Strafverfahrens zukünftig sorgfältiger handelt, als dass die geringe Außenwirkung dieser Verfahren in der Lage wäre, überregional für Aufsehen zu sorgen und den Sorgfaltsgrad einer Vielzahl von Pflegenden positiv zu beeinflussen.

Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass das Problem der Pflegevernachlässigung in strafrechtlicher Sicht überwiegend unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung in Erscheinung tritt. Hierbei handelt es sich um Kriminalität des „unteren bis mittleren Bereichs“. Die Entstehung und Kontrolle von Straftaten stellt einen vielschichtigen Komplex dar, dass es ein universelles System von widerspruchsfreien theoretischen Aussagen hierüber bis heute nicht gibt.⁵⁴³ Lediglich einzelne Aspekte und Ansätze zu kleinen Ausschnitten der Gesamtproblematik konnten bislang mit Theorien und empirischer Forschung untersucht werden. So ist inzwischen anerkannt, dass nicht die angedrohte Schwere oder Härte einer Bestrafung eine präventive Wirkung zeigt: Der geringe Abschreckungseffekt der Straferhöhung tritt lediglich bei einer marginalen Gruppe ein, wobei die Mehrheit hiervon ohnehin aus anderen Erwägungen, etwa der moralischen Einstellung heraus, bereits normkonform handelt. Eine staatliche Reaktion durch die Einführung eines Spezial- oder Qualifikationstatbestandes der „gefährlichen Pflege“ unter Ausweitung der Strafandrohung dürfte daher aus präventiver Sicht vermutlich keine positiven Effekte zeigen. Nahe liegender sind aus Sicht des Verfassers Veränderungen, die zu einem höheren Entdeckungsrisiko führen, da das Entdeckungsrisiko noch am ehesten etwaige Überlegungen des Täters vor der Tatbegehung bestimmt.⁵⁴⁴ So konnte nachgewiesen werden, dass die Begehungswahrscheinlichkeit bei angenommener Strafflosigkeit des Verhaltens erheblich zunimmt.⁵⁴⁵ Zudem scheint die Erwartung informeller Sanktionen, etwa durch Familie, Freundeskreis und Arbeitskollegen, unter Umständen erheblich stärker tatabschreckend zu wirken,⁵⁴⁶ weshalb vermehrt die Einbindung von Angehörigen und Arbeitskollegen in die Pflegeprozesse und die Sensibilisierung für das Gesamtproblem Dekubitus gefördert werden sollte.

Hierbei soll nicht die Kriminalisierung von Fehlverhalten und Stigmatisierung der Pflegenden und Behandelnden erreicht werden. Vielmehr erscheint die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Fehlerhaftigkeit eigenen Handelns im Sinne einer Fehlerkultur und Transparenz notwendig. In diesem Zusammenhang sind die Bemühungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Quali-

⁵⁴³ *Kaiser* § 27 Rn. 5.

⁵⁴⁴ *Kaiser* § 31 Rn. 34 f.

⁵⁴⁵ *Schöch*, S. 276.

⁵⁴⁶ *Albrecht*, S. 162.

tätssteigerung der Pflegeleistungen durch regelmäßige aber auch unangekündigte Überprüfungen ebenso zu begrüßen wie die regelmäßige Veröffentlichung des Pflegezustandsberichts des MDS, die über die öffentliche Diskussion einen erheblichen Beitrag zur Erhöhung des Problembewusstseins und der Einleitung gesellschaftlicher Reaktionen leistet. Sofern Schäden durch fehlerhafte Handlungen oder Unterlassungen gerade noch verhindert werden konnten, stellen die anonymisierten Fehlerberichtssysteme wie CIRS⁵⁴⁷ eine wertvolle Hilfe zur zukünftigen Vermeidung gleicher Fehler dar.

Bemühungen zur Einbindung Angehöriger sind erst in jüngerer Zeit angelaufen und finden sich etwa in Pflegecoaching-Programmen wieder.

Zugleich besteht die Hoffnung, dass die zunehmende Professionalisierung der Pflege- und Behandlungsleistungen, wie etwa durch Entwicklung von Leitlinien, Standards⁵⁴⁸ und Grundsatzstellungen die Anzahl gravierender Dekubitalulzera senken können, die durch unzureichende oder nicht zeitgemäße Pflegehandlungen entstehen.

Da es sich bei der Dekubitusentstehung im Rahmen der Pflegevernachlässigung wie gezeigt um ein multifaktoriell bedingtes Problem handelt, sind zudem Bemühungen zu begrüßen, die darauf abzielen, Vertreter aller beteiligter Disziplinen wie Mitarbeiter von Gesundheitsbehörde, Pflegeinstitutionen, Ärzte, Rechtsmediziner und Juristen zusammenzuführen, wie etwa der „Hamburger Runde Tisch“ bzw. die erst kürzlich gegründete vergleichbare Berliner Institution.⁵⁴⁹

Da Pflegeleistungen professionell Pflegenden zumeist im Rahmen von Arbeitsverhältnissen erbracht werden, steht zu erwarten, dass durch das zunehmende öffentliche Problembewusstsein und sicherlich auch auf Druck der Kostenträger die Arbeitgeber zukünftig die Pflegenden intensiver fortbilden und stärker überwachen. Derartige Tendenzen können etwa in obergerichtlichen Entscheidungen der Arbeitsgerichte gesehen werden, die feststellen, dass Pflege und Dokumentation für die Gesundheit der Bewohner eines Pflegeheims von erheblicher Bedeutung sind und genau eingehalten werden müssen,

⁵⁴⁷ Critical Incident Reporting System, z.B. www.cirsmedical.ch.

⁵⁴⁸ Vgl. den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, www.dnqp.de.

⁵⁴⁹ Der Berliner „Runde Tisch Pflegequalität“ wurde im Juli 2007 durch Sozialsenatorin Dr. Knake-Werner initiiert und soll mehr Transparenz im Pflegewesen erreichen, dies soll auch durch die Offenlegung der im Rahmen der MDK-Prüfungen erkannten vermeidbaren Dekubitusfälle geschehen.

womit die Kündigung von Arbeitnehmern, die Pflegehandlungen nur unzureichend vornehmen oder unsorgfältig dokumentieren, grundsätzlich gerechtfertigt ist.⁵⁵⁰

Die Dokumentation der Pflegeprozesse stellte, wie die vorliegende Untersuchung deutlich zeigte, sozusagen die Achillesferse des Ermittlungsverfahrens dar: Fehler, Ungenauigkeiten und Manipulationen können schnell über die tatsächliche Unaufklärbarkeit und den Grundsatz *in dubio pro reo* zur Verfahrenseinstellung führen – auch wenn sich diese in zivilrechtlicher Sicht unter Umständen exakt gegenläufig auswirken können. Die besten dokumentierenden Beweismittel stellen im Zusammenhang mit Pflegefehlern Fotos dar, da sie den Ist-Zustand wiedergeben und nicht nur behaupten. Diese können im Zeitalter der Digitalfotografie manipulationssicher verschlüsselt und ohne großen Aufwand elektronisch gespeichert werden. Im Zusammenhang mit der Umstellung auf elektronische Patienten- und Pflegeakten ist zu hoffen, dass eine regelmäßige Fotodokumentation des Pflegezustandes und ggf. spezieller Pflegehandlungen verpflichtend eingeführt wird, um die Aufklärung von Fehlervorwürfen zu erleichtern, was sich für die Betroffenen selbstverständlich nicht nur belastend, sondern ebenso entlastend auswirken und damit mehr Rechtssicherheit schaffen kann.

Die Dekubitusproblematik ist, wie eingangs gezeigt, bereits seit der Antike bekannt. Der rasante Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis und der technischen Möglichkeiten wird auch in absehbarer Zeit das Auftreten zwar vermindern, aber nicht verhindern können. Es ist aber zu hoffen, dass – unter anderem auch durch die vorliegende Untersuchung – die zugrunde liegende Problematik besser aufgeklärt, ein Prozess des gesellschaftlichen Umdenkens angestoßen und zumindest die Häufigkeit des Auftretens weiterer Fälle gravierender Pflegevernachlässigung verringert werden kann.

⁵⁵⁰ Vgl. LAG Hamm, Urt. v. 10.05.2007, Az. 15 Sa 1991/96, Quelle: Juris; LAG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.05.2007, NZA-RR 2007, 402-404.

Achter Teil: Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Folgen der schuldhaften Pflegevernachlässigung durch Verursachung von Dekubitalgeschwüren aus rechtlicher und insbesondere kriminologischer Sicht.

Hierzu werden zunächst die zum Verständnis der Dekubitusproblematik notwendigen medizinischen Grundlagen und rechtsmedizinischen Erkenntnisse dargestellt, womit insoweit in vereinfachter Form der Stand der medizinischen Wissenschaft im Jahr 2008 wiedergegeben wird.

Die anschließende juristische Untersuchung zeigt insbesondere aus straf- und zivilrechtlicher Sicht die Folgen der schuldhaften Verursachung eines Dekubitalgeschwürs auf.

In strafrechtlicher Hinsicht wird dabei deutlich, dass aufgrund der Komplexität des menschlichen Organismus medizinisch-pflegerische Fragestellungen nicht immer mit dem für ein Strafverfahren erforderlichen Grad an Gewissheit beantwortet werden können, so dass bereits aus rechtsdogmatischen Gründen zu erwarten ist, dass eine erhebliche Anzahl der Ermittlungsverfahren wegen schuldhafter Verursachung eines Dekubitalgeschwürs an den Erfordernissen der Kausalität und objektiven Zurechnung scheitern werden. Insbesondere der Nachweis eines direkten Kausalzusammenhanges zwischen Dekubitus und Todeseintritt ist somit hochproblematisch. Zugleich zeigt sich, dass selbst bei der Feststellung größerer und höhergradiger Druckstellen die Annahme zumindest eventualvorsätzlichen Handelns aus dem äußeren Tatbild regelmäßig nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Gewissheit abgeleitet werden kann. Daraus ergibt sich, dass der schuldhaft verursachte Dekubitus am wahrscheinlichsten zur Strafverfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung führen kann. Die relativ geringe Strafandrohung lässt bereits aus prozessökonomischen und praktischen Erwägungen erwarten, dass eine Vielzahl dieser Ermittlungsverfahren informell erledigt wird. Diese Einschätzung wird dadurch verstärkt, dass die Auswertung aller größeren juristischen Datenbanken und Entscheidungssammlungen lediglich *eine* veröffentlichte Entscheidung aufweist, in der es – bei außergewöhnlich deutlichem und überschaubarem Sachverhalt – tatsächlich zur Verurteilung eines in der Pflegeleitung tätigen Angeklagten gekommen ist.

Als erheblich wahrscheinlicher zeichnet sich der Eintritt haftungsrechtlicher Folgen ab, wie die Untersuchung der zivilrechtlichen Rechtslage zeigt. Bei der Feststellung erheblicher Versäumnisse in Risikoeinschätzung, Prophylaxe oder Therapie kann es über Annahme eines groben Behandlungsfehlers ebenso wie bei erheblichen Dokumentationsmängeln zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr kommen, womit die Rechtsposition der auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld Klagenden ganz erheblich gestärkt wird. Die Überprüfung der wichtigsten bislang zur Dekubitus-

problematik veröffentlichten Entscheidungen zeigt, dass sich nach den wegweisenden Entscheidungen des Bundesgerichtshofs inzwischen mehrere Obergerichte dieser Fälle angenommen haben und sich somit offenbar auch in juristischer Hinsicht das Bewusstsein um die Vielschichtigkeit dieses Krankheitsbildes entwickelt hat. Mit einer Zunahme der Klagen Betroffener, ihrer Rechtsnachfolger und Krankenversicherungen ist daher zu rechnen.

Die anschließende Auswertung von 64 Akten der Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover aus den Jahren 1998 bis 2003 zeigt, dass der Schwerpunkt der Ermittlungen tatsächlich im Bereich der fahrlässigen Körperverletzung lag, auch wenn die Einstufung des Tatverdachts regionale Unterschiede aufwies. Von den Ermittlungen betroffen waren überwiegend Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, die Verfahren wurden überwiegend als Todesermittlungssache im Rahmen der Krematoriumsleichenschau von Amts wegen eingeleitet. Die im Mittel 82 Jahre alten Betroffenen wiesen zumeist mehrere höhergradige Dekubitalulzera, vor allem im Sakralbereich, auf. Die Fehlerauswertung zeigte eine hohe Quote an Dokumentations- und Prophylaxemängeln, hiernach folgen unzureichende Risikoeinstufung und Behandlung. Der überwiegende Anteil der Verfahren wurde mangels hinreichenden Tatverdachts eingestellt, in lediglich rund 8 % erfolgte eine formelle oder informelle Sanktionierung, die insbesondere nach Berufsgruppenzugehörigkeit der Beschuldigten erkennbar unterschiedlich ausfiel. Auch wenn in mehr als der Hälfte der Verfahren erhebliche Fehler festgestellt wurden, führten letztlich vor allem die im rechtstheoretischen Teil der Arbeit bereits beschriebenen hohen Kausalitätsanforderungen zu der hohen Quote der Verfahrenseinstellungen. Die durchschnittliche Verfahrensdauer der Ermittlungs- und Strafverfahren betrug rund 1,5 Jahre.

Die Auswertung der Verfahren zeigte, dass die vielfach beobachteten erheblichen Dokumentationsmängel oftmals indirekt die Einstellung des Ermittlungsverfahrens bedingten, da sie eine ausreichende Sachverhaltsaufklärung nicht mehr erlaubten – wenn auch sich zugleich ein enormes zivilrechtliches Haftungsrisiko aus beweisrechtlichen Gründen auftrat. Zudem wurde deutlich, dass die Betroffenen selbst aufgrund ihres körperlichen und geistigen Zustandes selbst nicht mehr zur Anzeigeerstattung in der Lage gewesen sein können, womit den Angehörigen und den rechtsmedizinischen Instituten eine überragende Bedeutung bei der Tataufdeckung zukommt. Der weitere Verfahrensverlauf ließ sich die Hypothese zu, dass entscheidend für einen mit Sanktion verbundenen Verfahrensausgang die Kombination aus dem im rechtsmedizinischen Gutachten deutlich festgestellten Kausalzusammenhang zwischen Fehlervorwurf und Gesundheitsverschlechterung des Betroffenen sowie Schwere und Art der Fehlervorwürfe war. Verschiedene Umstände lassen den Rückschluss auf ein ganz erhebliches Dunkelfeld zu, der allerdings mit der vorliegenden Datenmenge nicht gesichert werden konnte.

Letztlich wird im Rahmen dieser Arbeit deutlich, dass die schuldhafte Verursachung eines Dekubitalgeschwürs ein multifaktoriell verursachtes Problem darstellt, dessen Lösung daher ebenfalls nur vielschichtig erfolgen kann. Die Anwendung strafrechtlicher Sanktionen bleibt somit auf herausragende Einzelfälle beschränkt.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Hans-Jörg* Generalprävention
In: Kleines kriminologisches Wörterbuch, S. 157-164.
3. Aufl., Heidelberg 1993
- Arbeitsgemeinschaft
Rechtsanwälte im
Medizinrecht
(Hrsg.)* Medizin und Strafrecht
Berlin u.a. 2000
- Baumhauer, J.* Das Neue Lehrbuch der Krankenpflege
4. Aufl., Stuttgart u.a. 1992
- Bienstein, Christel;
Schröder, Gerhard; Braun,
Michael u.a.* Dekubitus: Herausforderung für Pflegende
Stuttgart u.a. 1997
- Bockelmann, Paul* Strafrecht des Arztes
Stuttgart 1968
- Brammsen, Joerg* Tun oder Unterlassen?
Die Bestimmung der strafrechtlichen Verhaltensformen
In: Goltdammer's Archiv für Strafrecht 2002, S. 193-212.
- Brunner, Lillian Sholtis;
Smith Suddarth, Doris* The Lippincott Manual of Medical-Surgical Nursing
2. Aufl. London 1989
- Bucher, Hubert; Hufnagel,
Gerd* Versorgungssituation von Patienten mit einer Ernährungssonde in
Sachsen-Anhalt
MDS-Wissensdatenbank
Quelle: www.aerzteblatt.de/plus0504
- Buchter, Armin; Heinemann,
Axel; Püschel, Klaus* 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, 185-189
- Dahs, Hans* Handbuch des Strafverteidigers
7. Aufl., Köln 2005
(zit.: *Dahs*)
- ders.* § 153a StPO - ein "Allheilmittel" der Strafrechtspflege
In: NJW 1996, 1192-1193

- Deutsch, Erwin* Medizinrecht
5. Aufl., Berlin u.a. 2003
- Deutsche Gesellschaft für
Physikalische Medizin und
Rehabilitation -
Arbeitsgemeinschaft der
wissenschaftlichen
medizinischen
Fachgesellschaften
(AWMF)* Dekubitus - Therapie und Prophylaxe
AWMF-Leitlinie Nr. 036/005
Erstellungsdatum 01.03.1999, derzeit in Überarbeitung
www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II-na/036-005.htm
- Eichhorn-Sens, Jacqueline
et al.* Prophylaxe und plastisch-chirurgisches Therapiemanagement bei
Dekubitalulzera
In: Journal der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wieder-
herstellungschirurgie e.V., 2002 (26), 52-59.
- Eisenberg, Ulrich* Beweisrecht der StPO - Spezialkommentar
5. Aufl., München 2006
- ders.* Kriminologie
6. Aufl., München 2005
(zit.: Eisenberg)
- Eisenmenger, Wolfgang;
Liebhardt, Erich; Schuck,
Manfred* Medizin und Recht
Festschrift für Wolfgang Spann
Berlin u.a. 1986
- Eser, Albin* Recht und Medizin
Darmstadt 1990
- Fischer, Thomas* Strafgesetzbuch und Nebengesetze
55. Aufl., München 2008
(zit.: Fischer)
- Fleischmann, W.; Russ,
M.K.; Moch, D.* Chirurgische Wundbehandlung
In: Der Chirurg, 1998 (69), 222-232
- Friedrichs, Jürgen* Methoden empirischer Sozialforschung
14. Aufl., Opladen 1990
- Fuchs-Heinritz, Werner* Lexikon zur Soziologie
3. Aufl., Opladen 1994
- Gehrlein, Markus* Leitfaden zur Arzthaftpflicht
München 2000

- Göppinger, Hans; Bock, Michael* Kriminologie
6. Aufl., München 2008
(zit.: Göppinger)
- Götting, Bert* Gesetzliche Strafraumen und Strafzumessungspraxis
Eine empirische Untersuchung anhand der Strafverfolgungsstatistik
für die Jahre 1987 bis 1991
Frankfurt/M. u.a. 1997
- Golembiewski, Sabine;
Röhlig, Hans-Werner;
Assenheimer, Bernd* Verhalten und Maßnahmen sowie zivilrechtliche Verantwortung des
Pflegepersonals bei Dekubiti
In: Krankenpflege-Journal 1995 (33), 68 ff.
- Großkopf, Volker; Klein, Hubert* Krankenpflege und Recht
2. Aufl., Balingen 2002
- Günter, Hans-Helmut* Das besondere öffentliche Interesse im Sinne des § 232 StGB in
Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen „Kunstfehlers“
In: DRiZ 1996, 96-101
- Hacks, Susanne; Ring, Ameli; Böhm, Peter* Schmerzensgeldtabelle
26. Aufl., Bonn 2008
- Härig, Rudolf* Diagnose und Differentialdiagnose in der Chirurgie und benachbarten
Fachgebieten
2. Aufl., Weinheim 1995
- Hassemer, Winfried* Einführung in die Grundlagen des Strafrechts
2. Aufl., München 1990
- Hausch, Axel* Vom therapierenden zum dokumentierenden Arzt:
Über die zunehmende haftungsrechtliche Bedeutung der ärztlichen
Dokumentation
In: VersR 2006, 612-621
- Heintschel-Heinegg, Bernd
v.; Joecks, Wolfgang u.a.* Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, München
Bd. 1, 3: 2003
Bd. 2.1, 2.2: 2005
Bd. 4: 2006
(zit.: MK-Bearbeiter)
- Hergenröder, Carmen Silvia* Das staatsanwaltschaftliche Verfahren: Eine Sekundäranalyse der
Staatsanwaltschafts-Statistik unter besonderer Berücksichtigung
regionaler Unterschiede in der Gesamtstruktur
staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren
Diss. Frankfurt/Main 1986

- Hermann, Dieter* Die Aktenanalyse als kriminologische Forschungsmethode
in: Kriminologische Forschung in den 80er-Jahren, S. 863-877
Projektberichte aus der Bundesrepublik Deutschland
Kaiser, Günther; Kury, Helmut; Albrecht, Hans-Jörg
Freiburg 1988
- Höfert, Ralf* Von Fall zu Fall – Pflege im Recht
Rechtsfragen in der Pflege von A bis Z
Berlin, Heidelberg 2006
- Hofmann-Rösener, Monika* Dekubitus-Prophylaxe im Operationssaal
In: Krankenpflege-Journal 1995 (33), 86 ff.
- Hofmann-Rösener, Monika;
Furth, Peter* Beispiel einer standardisierten Dekubitustherapie (Stadium I-III)
In: Krankenpflege-Journal 1995 (33) S. 81-84
- dies.* Standardisierte Dekubitusprophylaxe auf einer chirurgischen
Intensivstation und differentialtherapeutische Überlegungen zum
Einsatz spezieller Anti-Dekubitusbetten
In: Krankenpflege-Journal 1995 (33) S. 90 ff.
- Hruschka, Joachim* Über Schwierigkeiten mit dem Beweis des Vorsatzes
In: Strafverfahren im Rechtsstaat - Festschrift für Theodor
Kleinknecht zum 75. Geburtstag am 18. August 1985
Gössel, Karl-Heinz; Kauffmann, Hans
München 1985
- Jauernig, Othmar* Bürgerliches Gesetzbuch
12. Aufl., München 2007
- Johannsen, Kurt Herbert
u.a.* Das Bürgerliche Gesetzbuch mit besonderer Berücksichtigung der
Rechtsprechung des Reichsgerichts und des Bundesgerichtshofes:
Kommentar
12. Aufl., Berlin u.a. 2000
(zit.: RGRK-Bearbeiter)
- Kaiser, Günther* Kriminologie
6. Aufl., Heidelberg 2006
(zit.: Kaiser)
- Kammerlander, Gerhard* Lokaltherapeutische Standards für chronische Hautwunden:
Ulcus cruris, Dekubitus.
3. Aufl., Wien 2005

- Kellerhof, Marco; Stappenbeck, Jens* Pflegerische Versorgung: Qualitätsentwicklung und Verbraucherschutz kommen in Hamburg voran
In: NDV 2000, 393 f.
- Kellnhauser, Edith; Juchli, Liliane* Thiemes Pflege
10. Aufl., Stuttgart 2004
- Kiefl, Walter; Lamnek, Siegfried* Soziologie des Opfers: Theorien, Methoden und Empirie der Viktimologie
München 1986
- Kierney Philip C., Engrav Loren H., Isik Frank F., Esselman Peter C.* Results of 268 pressure sores in 158 patients managed jointly by plastic surgery and rehabilitation medicine.
In: Plast Reconstr Surg. 1998, 765-772
- Klie, Thomas* Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen
In: Qualität in der Pflege, S. 19-34
Hrsg.: Gerhard Igl, Doris Schiemann, Bettina Gerste, Joachim Klose
Stuttgart 2002
- Krause, Tom; Anders, Jennifer; Heinemann, Axel* Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung
Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten
Kohlhammer 2004
- Krauß, Detlef* Der psychologische Gehalt subjektiver Elemente im Strafrecht
in: Kriminologie im Strafprozess
Hrsg.: H. Jäger
Frankfurt 1980, S. 110 ff.
- ders.* Richter und Sachverständiger im Strafverfahren
In: ZStW 85 (1973), 320-359
- Kreuzer, Arthur* Ärztliche Hilfeleistungspflicht bei Unglücksfällen im Rahmen des § 330c StGB
Dissertation Hamburg 1965
- Kristel, Karl Heinz* Pflege in Therapie und Praxis
Stuttgart; Jena; New York 1995
- Kühl, Kristian* Strafgesetzbuch mit Erläuterungen
26. Aufl., München 2007
(zit.: Kühl)
- ders.* Das erfolgsqualifizierte Delikt
In: Jura 2002, 810-815, Jura 2003, 19-23

- Kürzinger, Josef* Kriminologie
2. Aufl., Stuttgart 1996
- Langer, Wolfgang* Staatsanwälte und Richter: Justitielles Entscheidungsverhalten
zwischen Sachzwang und lokaler Entscheidungskultur
Dissertation Stuttgart 1994
- Laufs, Adolf* Arztrecht
5. Aufl., München 1993
(zit.: Laufs)
- ders.* Unglück und Unrecht: Ausbau oder Preisgabe des Haftungssystems?
Heidelberg 1994
- Laufs, Adolf; Uhlenbruck, Wilhelm; u.a.* Handbuch des Arztrechts
3. Aufl., München 2002
(zit.: Laufs/Uhlenbruck- *Bearbeiter*)
- Lewicki Linda J., Mion Lorraine C., Secic Michelle u.a.* Sensitivity and Specificity of the Braden Scale in the Cardiac Surgical
Population,
In: Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2000, 36-41
- Lohner, Erwin* Der Tatverdacht im Ermittlungsverfahren: Begriff, rechtliche
Ausgestaltung, praktische Handhabung und Kontrolle am Beispiel
der polizeilichen Verdachtsfeststellung
Dissertation Frankfurt/Main 1994
- Löwe, Ewald; Rosenberg, Werner* Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfahrensgesetz:
Großkommentar
Bd. 3, 25. Aufl., Berlin 2004
(zit.: LR-*Bearbeiter*)
- Lutterbeck, Christian* Der unvermeidbare Dekubitus
In: PKR 2004, 72-74
- Madea, Burkhard* Die ärztliche Leichenschau: Rechtsgrundlagen, praktische
Durchführung, Problemlösung
2. Aufl., Berlin u.a. 2006
- Madea, Burkhard; Brinkmann, Bernd* Handbuch gerichtlicher Medizin 2
Berlin u.a. 2003
- Mallach, Hans Joachim; Schlenker, Gerhard; Weiser, Alfons* Ärztliche Kunstfehler: Eine Falldarstellung aus Praxis und Klinik
sowie ihre rechtliche Wertung
Stuttgart u.a. 1993

- Martin, Rolf; Behler, Ute* Duisburger Modell – Intensivierte Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt
In: Gesundheitswesen 1999, 337-339
- dies.* Wie effektiv ist die externe Qualitätssicherung in den Pflegeheimen durch die medizinisch-hygienische Heimaufsicht des Gesundheitsamtes?
In: Gesundheitswesen 2001, 759-762
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (Hrsg.)* Grundsatzstellungnahme Dekubitus
Projektgruppe 32
Juni 2001
(zit.: MDK 2001)
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.)* Zweiter Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI
Qualität in der ambulanten und stationären Pflege
Köln 2007
(zit.: MDS Pflegezustandsbericht 2007)
- Meyer-Goßner, Lutz* Strafprozessordnung
50. Aufl., München 2007
- Molentkin, Thomas* Arzt und Krankenpflege:
Konfliktfelder und Kompetenzen
In: MedR 1999, 29 ff.
- Moll, Ingrid; Jung, Ernst* Dermatologie
6. Aufl., Stuttgart 2005
- Mühlbauer, Wolfgang* Dekubitalgeschwüre: Pathogenese und Therapie
München u.a. 1989
- Niedner, Roland* Inhibition of wound healing by topical antimicrobial agents
In: Wound healing and skin physiology, S. 435-448
Altmeyer, Peter
Berlin u.a. 1995
- Nitze, Paul* Die Bedeutung der Entsprechensklausel beim Begehen durch
Unterlassen (§ 13 StGB)
Berlin 1989
- Nowak, Silke* Prävention, Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Dekubitus in
Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten
Dissertation Frankfurt/Main 1997

- Orben, Steffen* Rechtliche Verantwortung für Behandlungsfehler
Dissertation Halle (Saale) 2002
- Orlando, Peter L.* Pressure ulcer management in the geriatric patient
In: Ann. Pharmacother. 32 (1998), 1221 – 1227
- Palandt Otto* Bürgerliches Gesetzbuch
67. Aufl., München 2008
(zit.: Palandt-Bearbeiter)
- Parish, Lawrence Charles;*
Witkowski, Joseph A.;
Crissey, John Thorne The Decubitus Ulcer in Clinical Practice, Berlin (u.a.) 1997
(zit.: Parish-Bearbeiter)
- Pelka, Rainer* Zur Kostensituation chronischer Wunden
In: Krankenpflege-Journal 1997 (35) S. 338
- Peters, Thomas A.* Der strafrechtliche Arzthaftungsprozess
Dissertation Sinzheim, 2000
- Pfleiderer, Thomas;*
Schubert, Björn G. Pflegermäangel als Kausalitätsproblem
Rechtspraktische Überlegungen am Beispiel von Dekubitus und
Exsikkose
In: MedR 2005, 591-595
- Phillips, Jenny; Schröder,*
Gerhard Dekubitus und Dekubitusprophylaxe
Bern u.a. 2001
- Pröfener, Franz* Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe
In: NDV 2000, 394 - 396
- Püllen, Rupert* Therapie des Decubitus beim älteren Patienten
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004, 92-99
- ders.* Dekubitalulzera im höheren Lebensalter:
Ausdruck fortgeschrittener funktioneller Defekte
In: Klinikarzt 2007, 143-148

- Püschel, Klaus; Heinemann, Axel et al.* Dekubitus – Risikostellungen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten
Retrospektive Fallstudie in einem Kollektiv von 140 Sterbefällen des
Jahres 1998 mit einem Dekubitus Grad III oder IV zum
Todeszeitpunkt
Hamburg, ohne Jahresangabe
- dies.* Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im
Rahmen der Leichenschau
Jahreserhebung 1998
Hamburg 1999
- dies.* Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemologische,
medizinrechtliche und ethische Aspekte
In: Dt. Med. Wschr. 125 (2000), 45-50
- dies.* High-Grade Dekubitus in the Elderly
A Postmortem Case-Control Study of Risk Factors
In: Forensic Science, Medicine and Pathology 2005, 193-196
- dies.* Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in
der letzten Lebensphase
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001, 509-516
- dies.* Höhergradige Dekubitalulzera bei betagten pflegebedürftigen
Hochrisiko-Personen
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004, 81-85
- dies.* Das Problem Dekubitus – Aus Sicht der Rechtsmedizin
In: Zeitschrift für Rechtsmedizin 2004 (4), 185-186
- dies.* Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in
Pflegeinstitutionen
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003, 266-273
- Püschel, Klaus; Tsokos, Michael* Krematoriums-Leichenschau
Lübeck 2000
- Rabel, Ernst* Die Haftpflicht des Arztes: Ein Gutachten
Leipzig, 1904

- Ratajczak, Thomas* Der Arzt im Strafrecht – die möglichen Straftatbestände
In: Medizin und Strafrecht, S. 5 ff.
Hrsg.: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht
Berlin (u.a.), 2000
- ders.* Nochmals – Ein gefährlicher Beruf – Strafverfahren gegen Ärzte
In: MedR 1988, 80-82
- Reus, Ulrike; Huber, Hermann; Heine, Ulrich* Pflegebegutachtung und Dekubitus
Eine Datenerhebung aus der Pflegebegutachtung des MDK WL
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005, 210-217
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.)* Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Autoren: Leffmann, Carsten; Anders, Jennifer; Heinemann, Axel;
Leutenegger, Maja; Pröfener, Franz
Heft 12 – Dekubitus
Berlin 2002
- Rogall, Klaus* Die Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 StGB)
Aktuelle Probleme und ungelöste Fragen
In: NStZ 1983, 1-9
- Rohr, Hanspeter; Seiler, W.O.* Dekubitus und Dekubitusprophylaxe
CD-ROM der Stiftung Ars Medici
Basel 1995
- Roxin, Claus* Strafrecht: Allgemeiner Teil, Bd. 1, Grundlagen, Aufbau der
Verbrechenslehre
4. Aufl., München 2006
(zit.: Roxin AT)
- Rudolphi, Hans-Joachim; Horn, Eckhard; Samson, Erich u.a.* Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 1: Allgemeiner
Teil, Bd. 2: Besonderer Teil
8. Aufl., Neuwied u.a. 2000
(zit.: SK StGB-Bearbeiter)
- Schäfer, Gerhard* Praxis der Strafzumessung
3. Aufl., München 2001
- Schellhammer, Kurt* Zivilprozess: Gesetz, Praxis, Fälle
12. Aufl., Heidelberg 2007
- Schöch, Heinz* Kriminalprävention durch Generalprävention?
In: Tagungsbericht zum 19. Deutschen Jugendgerichtstag
München 1984, 273-280

- Schönke, Adolf; Schröder, Horst; Cramer, Peter* Strafrechtsgesetzbuch: Kommentar, 27. A. München 2006
(zit.: Schönke/Schröder-Bearbeiter)
- Schreiber, Hans-L.* Strafrecht der Medizin, in: *Roxin, Claus; Widmaier, Günter*, 50 Jahre Bundesgerichtshof, Festgabe aus der Wissenschaft, Strafrecht und Strafprozessrecht, Band 4, München 2000, 503-526
- Schulz, Jörg* Die phasengerechte Wundbehandlung des Dekubitus
Heidenheim 1994
- Schwind, Hans-Dieter* Kriminologie
17 .Aufl. Heidelberg 2007
- Seiler, W.O.; Stähelin, H.B.* Malnutrition verhindert Wundheilung von Dekubitalulzera
In: *Krankenpflege-Journal* 1998 (36), 333-341
- Sellmer, Werner* Wundbehandlung
In: *Pflege aktuell* 52 (1998), 426 – 429
- ders.* Teurer ist billiger. Hydroaktive Wundverbände auf dem wirtschaftlichen Prüfstand.
Häusliche Pflege 1997 (5), 16-20
(Supplement zu Wundprophylaxe und –therapie)
- Sessar, Klaus* Rechtliche und soziale Prozesse einer Definition der Tötungskriminalität
Habilitation Freiburg i.Br. 1981
- Siewert, J. Rüdiger* Chirurgie
8. Aufl., Heidelberg u.a. 2006
- Sonnen, Bernd-Rüdeger* Strafrecht Besonderer Teil
Heidelberg 2005
(zit.: Sonnen BT)
- Souza-Offtermatt, Gerlind; Nolde, Jan* Intensivkurs Chirurgie
München 2004
- Specht-Leible, Norbert; Bender, M.; Oster, P.* Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer Geriatrischen Klinik
In: *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie* 2003, 274-279
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)* Stichproben in der amtlichen Statistik
Stuttgart, 1960

- Steffen, Erich* Arzthaftungsrecht: Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung
10. Aufl., Köln 2006
- Stegers, Christoph M.* Strafanzeige gegen Ärzte – ein anwaltl. Kunstfehler?
In: Medizin und Strafrecht, S. 57 ff.
- Sträßner, Heinz R.* Der Dekubitus im Lichte der jüngeren Rechtsprechung
In: PflR 2007, 461-469, 514-523
- Strausberg, Jürgen; Kröger, K.; Maier, I.; Niebel, W.; Schneider, H.* Häufigkeit des Dekubitus in einem Universitätsklinikum
Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005 (130), 2311-2315
- Ulsenheimer, Klaus* Arztstrafrecht in der Praxis
3. Aufl., Heidelberg 2003
(zit.: Ulsenheimer)
- ders.* Ein gefährlicher Beruf – Strafverfahren gegen Ärzte
In: MedR 1987, 207-216
- Vest, Hans* Vorsatznachweis und materielles Strafrecht
Dissertation Bern u.a. 1986
- Wenzel, Frank* Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht
Köln, 2007
(zit.: Wenzel-Bearbeiter)
- Werner, Günther T.; Eisenmenger, Wolfgang; Gadomski, Michael; Goede, Goetz; Henckel von Donnersmarck, Guido; Schmidt, Andreas* Der Dekubitus
In: Dt. Ärzteblatt 1988 (40), B-2233 ff. = C1878-C1881.
- Wessels, Johannes; Beulke, Werner* Strafrecht Allgemeiner Teil
37. Aufl., Heidelberg 2007
(zit.: Wessels/Beulke)
- Wessels, Johannes; Hettinger, Michael* Strafrecht Besonderer Teil 1
31. Aufl., Heidelberg 2007
(zit.: Wessels/Hettinger)

Im Übrigen wird auf

Kirchner, Hildebert; Butz, Cornelia: Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache,
5. Aufl., Berlin u.a. 2003

und

Duden, Konrad: Die deutsche Rechtschreibung,
24. Aufl., Mannheim u.a. 2007

verwiesen.