

# Ärztliche Fehler bei der Dekubitusprophylaxe

Zu lange Lagerungsintervalle, mangelnde Befundkontrollen und fehlende Risikoeinschätzung wurden in Begutachtungsverfahren der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein in den Jahren 2004 bis 2007 häufig bemängelt.

von **Beate Weber und Hans-Joachim Castrup**

Gemessen an der berichteten Dekubitusprävalenz in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von bis zu 40 Prozent werden Vorwürfe zur Dekubitusprophylaxe im Bereich der Gutachterkommission Nordrhein nur sehr selten vorgebracht. In den Jahren 2004 bis 2007 hat sich gegenüber dem Zeitraum 2000 bis 2003 der Anteil der hierzu abgeschlossenen Verfahren jedoch von 0,5 Prozent auf 1,2 Prozent mehr als verdoppelt (siehe Tabelle unten). Erfreulicherweise ging in den letzten 4 Jahren die sogenannte Behandlungsfehlerquote von 44 auf 27 Prozent zurück. Häufige Fehler sind fehlende Einschätzung des Patienten, zu lange Lagerungsintervalle und mangelnde Befundkontrollen.

Die Entstehung eines Dekubitus kann nicht in jedem Fall vermieden werden. Die Prophylaxe gehört zum Pflegestandard und ist dokumentationspflichtig. Die Unterlassung der Dokumentation kann zur Beweislastumkehr im Hinblick auf den Schaden führen. Dem Arzt obliegt es, durch Anordnung und Kontrolle das individuelle Gefährdungsrisiko zu ermitteln und die erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen und zu kontrollieren.

## Dekubitusgefährdung

Als besonders dekubitusgefährdet gelten Patienten mit Querschnittlähmung oder dauernder Analgesie via Periduralkatheter, kontinuierlicher Analgosedierung und Kontraindikation zur Umlagerung. Ein Diabetes mellitus begünstigt durch Polyneuropathie, Mikro- und Makrozirkulationsstörung und reduzierte Immunabwehr die Entwicklung

von Dekubitalgeschwürden. Skalen zur Einschätzung einer Dekubitusgefährdung helfen, das Risiko zu erkennen und zeitgerecht die erforderliche Prophylaxe einzuleiten. Allerdings entbinden diese zumeist vom Pflegepersonal geführten Skalen den Arzt nicht davon, den gefährdeten Patienten selbst in Augenschein zu nehmen.

Einfache Prophylaxemaßnahmen bestehen in der Vermeidung einer umschriebenen Druckbelastung über einen längeren Zeitraum, der frühzeitigen Mobilisation, sorgfältigen Hautpflege der Prädelektionsstellen und Verhindern von Feuchtigkeit an der Haut und von Reibung und Scherkräften. Ist eine Mobilisation nicht möglich, muss eine regelmäßige Umlagerung durchgeführt werden, und zwar nach Plan alle 2 Stunden. Ist dies nicht durchführbar, so sind gegebenenfalls Antidekubitusmattressen zu verwenden. Werden Lagerungshilfen aufgrund von Schmerzen oder mangelnder Compliance nicht toleriert, so ist nach individuellen Lösungen zu suchen.

## Dekubitusbehandlung

Es kann außerordentlich schwierig und langwierig sein, ein Dekubitalgeschwür durch lokale Maßnahmen zur Abheilung zu bringen. Führen konservative Maßnahmen nicht zum Erfolg, sollte beizeiten ein Chirurg konsiliarisch zugezogen werden. In einem Stufenkonzept sollte frühzeitig auch die Frage einer Defektdeckung mit einem Plastischen Chirurgen besprochen werden.

## Festgestellte Behandlungsfehler

Im aktuellen Auswertungszeitraum waren in 94 Prozent Krankenhausärzte von

einem Begutachtungsantrag betroffen, in erster Linie Allgemeinchirurgen (29 Prozent), gefolgt von Internisten (23 Prozent), Orthopäden (15 Prozent), Unfallchirurgen (8 Prozent) und Geriatern (8 Prozent). Behandlungsfehler wurden letztlich bei je 4 Allgemeinchirurgen, Internisten und Orthopäden sowie bei einem Unfallchirurgen, einem Geriater, einem Neurologen, einem Radiologen, einem Urologen und einem Allgemeinmediziner festgestellt.

## Unzureichende Prophylaxe

Fehlendes Einschätzen der Risikofaktoren

Bei einem herzkranken, dementen, bettlägerigen und inkontinenten 79-jährigen Patienten mit subkapitaler Oberarmfraktur war die unterlassene Abschätzung des Dekubitusrisikos zu beanstanden: Eine Norton-Skala lag zwar der Krankenakte bei, war aber nicht ausgefüllt. Weiterhin wurden Prophylaxemaßnahmen trotz hohen Risikos unterlassen. Der Pflegebericht weist lediglich am 3. Tag eine Übungsbehandlung des verletzten Armes auf. Für den 3. und 4. Tag wurde vermerkt, dass die Mobilisation erschwert sei. Am 5. Tag wurde eine Druckschädigung mit Blasenbildung am Gesäß bemerkt, ohne dass nunmehr eine suffiziente Behandlung erfolgte. Erst ab dem Folgetag erfolgte eine Versorgung mit Comfeel®-Platten. Verspätet wurden Lagerungsmaßnahmen auf einer Wechseldruckmattressen ab dem 8. Tag bis zur Entlassung am 16. Tag durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt lag ein Dekubitus Grad II bis III vor.

Prophylaxe trotz Risikofaktoren versäumt

Bei einer erheblich untergewichtigen 53-jährigen Patientin (BMI 17,7) mit einer Paraparese der Beine bei seit Jahren bestehender Multipler Sklerose, die aufgrund einer petrochantären Oberschenkelfraktur rechts aufgenommen worden war, wurde am 6. Tag ein Dekubitus II. Grades an der rechten Ferse festgestellt. Aus der

Tabelle: Vorwürfe zur Dekubitusprophylaxe in den Begutachtungsverfahren

Zeitraum	Verfahren insgesamt			mit Dekubitusvorwurf			
	n	Fehler bejaht	Behandlungsfehler-Quote	n	% von n	Fehler bejaht	Behandlungsfehler-Quote
2004 – 2007	5.466	1.808	33,1%	66	1,2	18	27,3%
2000 – 2003	4.466	1.590	35,6%	23	0,5	10	43,5%
1996 – 1999	4.705	1.659	35,3%	21	0,5	7	33,3%

Tatsache, dass bis zum 6. Tag in der Akte keinerlei Vermerke zur Dekubitusprophylaxe vorhanden waren, war zu folgern, dass diese auch nicht stattgefunden hat.

Prophylaxe nur teilweise durchgeführt

Bei einem hochgradig dekubitusgefährdeten, 87-jährigen, multimorbiden, insulinpflichtigen und überwiegend bettlägerigen Patienten mit schwerer akuter Bronchitis entwickelten sich 4 Dekubitalulzera III. – IV. Grades im Sakral- und Fersenbereich. Die Pflegedokumentation wies eine Dekubitusprophylaxe bis zum 8. Tag mit Umlagern tagsüber und Eincremen der Prädilektionsstellen aus. Laut Pflegebericht wurden an diesem Tag dem betreuenden Arzt eine Dekubitusrötung und eine kleine offene Stelle gezeigt und vermerkt, dass keine ärztliche Anordnung getroffen wurde. Am 10. Tag kam eine Antidekubitusmatratze zum Einsatz, am 11. Tag wurde ein Chirurg konsiliarisch hinzugezogen, der eine Fortsetzung der Lokalthherapie empfahl. Bei Entlassung am 12. Tag erfolgte – ohne Befundbeschreibung – die Empfehlung an den Hausarzt von „Hydrocoll®/Sorbalgon® am Gesäß“. Der Hausarzt wies den Patienten 4 Tage später zur chirurgischen Wundbehandlung ein.

Folgende Sorgfaltsmängel waren festzustellen: keine Einschätzung des Dekubitusrisikos, fehlender Lagerungsplan mit Angabe der Frequenz des Umlagerns sowie der angewandten Lagerungsform, ferner versäumte nächtliche Umlagerung, verspäteter Einsatz der Antidekubitusmatratze und Unterlassen ärztlicher Anordnungen zur Behandlung des eingetretenen Dekubitus.

Dekubitusentstehung mangels Kontrolle verkannt

Bei einem Patienten wurde am Ende einer Knieendoprothesenwechseloperation trotz bekannter arterieller Durchblutungsstörungen und eines nach Hauttransplantation abgeheilten chronischen Ulkus im Bereich der Achillessehne nach einer Kriegsverletzung ein Verband angelegt, der am 3. Tag erstmalig gewechselt wurde. Zu diesem Zeitpunkt lagen ein Dekubitus II. bis III. Grades von 4 cm Durchmesser an der Ferse und eine bläuliche Verfärbung der transplantierten Hautstelle vor. Zu beanstanden war, dass ärztliche Anordnungen für eine absolut druckfreie Lagerung und eine Terminierung der 1. Verbandskontrolle nicht getroffen worden waren.

### Fehlbehandlung

Patientenführung

Verdreifacht sich innerhalb von 3 Monaten ein Dekubitalulkus unter regelmäßiger ambulanter Behandlung mit ES-Kompressen®, Fixomull® und Fuzidine-Gaze® sowie zeitweiser Verschreibung eines Antibiotikums und erlangt der Arzt Kenntnis davon, dass die Patientin infolge Uneinsichtigkeit die Wunde selbst mittels Küchenrollenpapier und Drogerieartikeln behandelt, so ist ihm vorzuwerfen, professionelle Hilfe mit regelmäßigen Verbandswechseln nicht veranlasst und die Anwendung von adäquaten Wundverbänden unterlassen zu haben. Nach Arztwechsel war nach 5 Monaten eine Abheilung erreicht.

Schmerzbehandlung

In diesem Fall lehnte die teilmobilisierte multimorbide Patientin nach einer Intensivtherapie bei schwerer Lungenentzündung vor allem wegen Schmerzen Lagerungshilfen und pflegerische Maßnahmen zum Teil ab. Aber auch wenn dies so in den Unterlagen dokumentiert wurde, war davon auszugehen, dass die Dekubitusprophylaxe nicht mit der erforderlichen Intensität durchgesetzt und bei den Umlagerungsmaßnahmen eingetretene Schmerzzustände nicht ausreichend bekämpft wurden. Sonst hätte wohl der erste eine Woche nach Verlegung von der Intensivstation aufgetretene sakrale Dekubitus nicht nach 11 Tagen ein Stadium IV erreichen können.

Keine Überprüfung der Maßnahmen

Aufgrund einer über etwa 4 Tage unbemerkt gebliebenen Fehlfunktion der Antidekubitusmatratze verschlechterte sich der trotz im Übrigen sachgerechter Prophylaxe bei einer mäßig kooperierenden 72-jährigen mit hohem Dekubitusrisiko aufgetretene Dekubitus II. Grades im Kreuzdammbereich rapide. Nach Austausch der Lagerungshilfe konnte schnell eine deutliche Rückbildungstendenz erreicht werden.

Unzureichende Entlassungsuntersuchung

28 Stunden nach der Entlassung eines Patienten mit sehr hohem Dekubitusrisiko wurde vom ambulanten Pflegedienst ein Dekubitus II. Grades festgestellt, aus dem sich in den nächsten 48 Stunden ein operationspflichtiger drittgradiger Dekubitus entwickelte. Dieser schnelle Zeitablauf spricht für einen Sorgfaltsmangel des Krankenhauses, auch wenn laut Entlassungsbericht der

Patient angeblich frei von Hautläsionen entlassen worden war. Diese Auffassung wird dadurch gestützt, dass im Krankenblatt die Lagerungsnotwendigkeit vermerkt ist, eine Dokumentation der Maßnahmen und ein Lagerungsplan aber fehlen. Deshalb war davon auszugehen, dass die Prophylaxe nicht erfolgte und der Entlassungsbefund nicht den Gegebenheiten entsprach.

### Haftung

Die Verantwortung dafür, dass der Patient im Rahmen der Behandlung keinen Dekubitus entwickelt, liegt primär beim Arzt, auch wenn das Pflegepersonal für die Umsetzung der Maßnahmen zeichnet. Wird eine Dekubitusprophylaxe trotz erkennbar hohen Risikos unterlassen, so haftet der Arzt für die eingetretenen Folgen. Bei den in den letzten 4 Jahren festgestellten 18 Behandlungsfehlern traten 10-mal zweitgradige, 5-mal drittgradige und 4-mal viertgradige Dekubitalgeschwüre mit teilweise langen Heilungsverläufen auf. Insgesamt war bei 4 Patienten eine Hauttransplantation durchgeführt worden. In einem Verfahren wurde eine Haftung auch für den Tod des Patienten bestätigt. Der Patient war an den Folgen eines septischen Multiorganversagens auf dem Boden eines ausgedehnten sakralen Dekubitalulkus mit fistelnder Abszedierung bis zum Hüftgelenk verstorben. Aufgrund der Behandlungsunterlagen des betreuenden Hausarztes konnte die zum Tode führende Zustandsverschlechterung eindeutig auf den Dekubitus zurückgeführt werden.

### Fazit

Auch wenn nicht jeder Dekubitus zu verhindern ist, müssen im Patienteninteresse alle dazu gegebenen Möglichkeiten genutzt werden. Der Arzt muss umgehend über eine Befundverschlechterung informiert werden, damit er die erforderlichen Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet anordnen kann. Dies setzt eine gute Kooperation zwischen Arzt und Pflege voraus.

**Dr. med. Beate Weber**, Geschäftsstelle Gutachterkommission;  
**Professor Dr. med. Hans-Joachim Castrup**, Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, fr. Chefarzt der Chirurgischen Klinik, Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf, Krankenhaus Benrath

**Fortbildungsveranstaltung „Dekubitus – Prophylaxe und Problematik in der Behandlung“**  
siehe Seite 2