

# Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe



**TK**  
Die  
Techniker

Die TK-Patientensicherheits-Signale sollen dazu anregen, offen über kritische oder sicherheitsrelevante Ereignisse im Behandlungsverlauf zu sprechen. Sie basieren auf realen anonymisierten Fällen in der TK-Versicherten-Population. Diese Erfahrungen wollen wir mit den Behandlungs-Teams teilen. Ziele sind ein konstruktives Lernen aus kritischen Ereignissen und ein Ausbau einer positiven Sicherheitskultur.

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



**Thema:**

# Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe

**Bedeutung:**

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zum Auftreten von Dekubitus aufgrund fehlender oder mangelnder Dekubitusprophylaxe und -therapie eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Dekubitus, auch bekannt als Druckgeschwüre, stellen in der medizinischen Versorgung eine große Herausforderung dar, besonders bei Patienten mit längeren stationären Aufenthalten und eingeschränkter Mobilität. Bei Dekubitus handelt es sich um kritische und vermeidbare Ereignisse im Rahmen der Patientenversorgung, die zu Beeinträchtigungen, starken Schmerzen, Infektionen und Folgeschäden für Patientinnen und Patienten führen können. Dekubitus wird häufig als Pflege- oder Behandlungsfehler eingestuft.

Zu den besonders gefährdeten Patientengruppen gehören vor allem Säuglinge, Kinder sowie (ältere) Menschen, die bewegungseingeschränkt bis bettlägerig sind. Faktoren, die zu einer eingeschränkten Mobilität führen, stehen meist im direkten Zusammenhang mit der Entstehung von Dekubitus.

**Folgende Körperregionen können typische Prädilektionsstellen für einen Dekubitus sein:**

- › Fersen
- › Steißbein / Kreuzbein / Sitzbein / Gesäß / Analfalte
- › Fußknöchel
- › Ellenbogen
- › Schultergelenk und Schulterblätter
- › Wirbelsäule
- › Beckenkamm, Trochanterregion
- › Hinterkopf
- › Kniegelenk
- › Wadenbein
- › Ohren

Durch eine sorgfältige Kommunikation, Mobilisierung, Lagerungstechniken und kontinuierliche Kontrolle des Hautzustandes von Patienten, vor, während und nach dem stationären Aufenthalt können diese kritischen Ereignisse reduziert werden. Aus diesem Grund erfolgt mit der vorliegenden Information eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik.



## Mögliche Ursachen und Risikofaktoren:

Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Dekubitus können sehr vielfältig und komplex sein. Wir haben die aus unserer Sicht häufigsten Faktoren nachfolgend dargestellt:

Ursachen & Risikofaktoren	Beschreibung
Allgemeiner Gesundheitszustand	Erhöhtes Risiko z.B. durch Demenz, Schwäche, Sedierung u.ä.
Alter und Hautzustand	Ältere Patienten haben oft eine empfindlichere Haut, die anfälliger für Schäden ist. Pergamenthaut bei längerer Cortisontherapie.
Anhaltender Druck	Langfristiger Druck auf Hautbereiche, oft über Knochenvorsprüngen, aber auch am Ohr.
Eingeschränkte Mobilität	Durch eingeschränkte oder fehlende Bewegungsfähigkeit Gefahr längerer Druckbelastung von Hautstellen.
Feuchtigkeit	Hautschäden durch längeren Kontakt mit Feuchtigkeit (Urin, Schweiß).
Inkontinenz	Feuchtigkeit durch Urin oder Stuhl.
Medikamenteneinnahme	Medikamente, die die Hautintegrität oder Blutzirkulation beeinflussen.
Reibung	Hautschäden durch Reibung, z.B. beim Verschieben oder Umlagern des Patienten.
Scherkräfte	Hautverschiebungen gegen Unterlagen, die Haut- und Gewebeschäden verursachen.
Sensibilitätsstörungen	Patienten, die Druck- und Schmerzempfinden verloren haben, z.B. bei Paraplegie.
Unzureichende Ernährung	Mangelernährung (Kachexie) oder Dehydration, die die Hautgesundheit und Heilung beeinträchtigen.
Über- und Untergewicht	Menschen, die stark übergewichtig oder stark untergewichtig sind, haben ebenfalls ein höheres Dekubitus-Risiko.
Vorerkrankungen	Zustände wie Diabetes oder vaskuläre Erkrankungen, die die Hautgesundheit beeinflussen. Bereits bestehende Hautprobleme, die das Dekubitus-Risiko erhöhen.
Zugänge (z.B. Katheter)	Zugänge oder andere medizinische Hilfsmittel/Geräte können an der Haut reiben oder Druck ausüben.

## Mögliche weitere beitragende Faktoren:

Aus unserer Sicht können folgende weitere, meist im Bereich menschlicher Faktoren (Human Factors) verwurzelte Aspekte, zur Entstehung von Dekubitus beitragen:

- › Unzureichende Anamnese
- › Unzureichende Dokumentation & Kommunikation
- › Fehlende Kontrollen
- › Zeitdruck
- › Unklare Zuständigkeiten & Verantwortlichkeiten
- › Fehlendes oder unzureichendes Material für die Lagerung
- › Unklarheiten bei der Umsetzung des Expertenstandards

## Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Pflegeheime, Arztpraxen sowie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen
- › Alle Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Schwerpunkt ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal)

## Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

**Fall 1:** Kunde litt unter zahlreichen Vorerkrankung und kam wegen Artherosklerose der Extremitätenarterien ins KHS. Bei Aufnahme war er noch etwas mobil und seine Haut intakt. Der Zustand verschlechterte sich rasch und auch die Mobilität des Patienten war nicht mehr gegeben. Am 7. Tag im KHS musste ein Bein komplett amputiert werden. An diesem Tag wurde auch erstmals ein schwerer Dekubitus am Gesäß und dem verbliebenen Fuß erkannt. Für beide Stellen wurde Dekubitus Grad 2 festgestellt. Laut Gutachten lassen Bilder aber mindestens Grad 3 erkennen, zumal weder Größe noch Kategorie dokumentiert wurden (korrekte Doku wird im gesamten Verlauf bemängelt und die vorhandene Doku widerspricht teilweise den Bildern). Neben der zuvor fehlerhaft unterlassenen Anpassung der Dekubitusrisikobewertung werden auch Maßnahmen, nach Erkennen der Dekubiti, bemängelt. So wurde der Patient alle 4 Stunden umgelagert - wobei er keine 4 Stunden auf dem Sakraldekubitus hätte liegen dürfen. Aufgrund der Gefäßkrankung schloss sich eine sehr lange Heilungsphase an, die bis heute nicht beendet ist. Mehrere Eingriffe an den Dekubiti wurden nötig.

**Fall 2:** Patient war aufgrund des bereits bestehenden Dekubitus an der rechten Ferse, des veränderten Allgemeinzustandes und die dadurch resultierende eingeschränkte Mobilität, Aktivität wie auch vorliegender Demenz zum Zeitpunkt der Aufnahme Dekubitus gefährdet. Eine individuelle systematische differenzierte pflegerische Risikoeinschätzung wurde nicht erkennbar angewandt, hätte aber bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgen müssen. Gerade in den ersten Tagen des Aufenthaltes lag der Versicherte viel im Bett. Auch hier wurde versäumt eine differenzierte Dekubitusrisikoeinschätzung durchzuführen um die reduzierte Eigenbewegung und damit nötig verbundene Druckentlastung beider Fersen festzustellen. Aus Sicht des Pflegegutachters ist es unverständlich, warum der vorhandene Dekubitus zunächst nicht bemerkt wurde. Auch nachdem ein Dekubitus an der linken Ferse auftrat, wurde das Risiko für weitere Dekubiti nicht beachtet.

**Fall 3:** Das Auftreten eines Fersendekubitus drei Tage nach Unfall bzw. zwei Tage nach Operation, lässt auf eine mangelnde Sorgfalt bei der Lagerung zur Operation oder unmittelbar postoperativ schließen.

## Fortsetzung: Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister

**Fall 4:** Der Patient wurde im Seniorenzentrum zur vollstationären Pflege aufgenommen. Während des Aufenthaltes entwickelten sich mehrere Dekubitusulzerationen (Dekubitus Ferse Kategorie 4 und Dekubitus Kreuzbein Kategorie 4). Es wurde versäumt das Dekubitusrisiko zu überprüfen, eine adäquate und fachgerechte Dekubitusprophylaxe zu planen und durchzuführen sowie eine ausreichende Wunddokumentation vorzunehmen. Es ist gutachterlich nicht nachweisbar, dass eine erfolgreiche Implementation des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Einrichtung erfolgt ist.

**Fall 5:** Ein bestehender Hautdefekt verschlechterte sich während der Versorgung im Pflegeheim von Grad 2 zu Grad 4. Zudem entstand ein weiterer Dekubitus, welcher sich im Verlauf zu einem infizierten Dekubitalgeschwür der Kategorie 4 mit einer Größe von 20 cm x 20 cm entwickeln konnte. Trotz kontinuierlicher Verschlechterung wurden die im Standard Dekubitusprophylaxe vorgesehenen Maßnahmen nicht umgesetzt. Die Versicherte musste zweimal im Rahmen einer stationären Krankenhausversorgung chirurgisch versorgt werden und verstarb schlussendlich an den Folgen einer schweren Sepsis.

## Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

- › Wie erfolgt die Erfassung des Hautzustandes und die Einschätzung des Dekubitus-Risikos bei Aufnahme von Patienten (z.B. anhand der Braden-Skala)?
- › Wie findet die Dekubitus-Prophylaxe in Ihrer Einrichtung statt?
- › Wie oft, wann, wie und durch wen erfolgt die Kontrolle des Hautzustandes bei Risikopatienten? Erfolgt eine tägliche Kontrolle der Haut auf Anzeichen von möglichen Druckschäden?
- › Werden Patienten mit Dekubitus-Risiko regelmäßig umgelagert?
- › Welche druckentlastenden Hilfsmittel werden zur Reduktion des Dekubitus-Risikos in Ihrer Einrichtung eingesetzt (z.B. Einsatz von Spezialmattzen, Kissen)?
- › Wie erfolgen die Hautpflege und Aufrechterhaltung der Hautintegrität durch die Sicherstellung von sauberer, trockener Haut bei Patienten?
- › Wie wird die Bewegung von Patienten gefördert, um lange Immobilität zu vermeiden?
- › Wie werden eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr sichergestellt?
- › Werden Patienten aktiv einbezogen und über das Dekubitus-Risiko sowie präventive Maßnahmen informiert?
- › Ist Dekubitus als Risiko allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt? Wie wird das Personal hinsichtlich dieses Risikos geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie wird sichergestellt, dass das gesamte medizinische Team in die Prävention und Behandlung von Dekubitus einbezogen wird?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Dekubiti? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen abgeleitet?

## Weiterführende Verlinkungen/ Literatur

<https://www.pflege.de/krankheiten/dekubitus/>

[https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe\\_in\\_der\\_Pflege/Dekubitus\\_2Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf)

<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/haut-und-geschlechtskrankheiten/was-ist-ein-dekubitus-2017552>

<https://www.msmanuals.com/de/profi/erkrankungen-der-haut/druckverletzung/druckverletzungen>

<https://www.dekubitus.de/ratgeber/dekubitusstadien>

<https://www.pschyrembel.de/Braden-Skala/K00SJ>

## Bisher erschienene TK-Patientensicherheits-Signale:

- › TK-PSS Nr. 1: Luft statt Kontrastmittel bei der Herzkatheteruntersuchung
- › TK-PSS Nr. 2: Misoprostol und Komplikationen bei Müttern und Kindern
- › TK-PSS Nr. 3: Fremdkörper im Patienten nach operativen Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 4: Verbrennungen von Patienten während Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 5: Nicht rechtzeitiges Erkennen von Sepsis
- › TK-PSS Nr. 6: Überdosierung von Methotrexat
- › TK-PSS Nr. 7: Diagnosestellung bei „Worst-Case-Diagnosen“
- › TK-PSS Nr. 8: Einsetzen nicht geeigneter Intraokularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzureichender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe
- › TK-PSS Nr. 11: Abgerissene Katheder- oder Drainageteile



**Alle TK PSS sind online verfügbar unter:**

<https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498>

## Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) werden vom Beauftragten der TK für Patientensicherheit herausgegeben.

Diese Informationen basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Jedes Jahr bearbeitet die TK tausende dieser Meldungen. Basis der TK-PSS sind also reale Zwischenfälle, Komplikationen oder Patientenschäden, die in Zukunft vermieden werden sollen.

Gemeinsam mit unseren Partnern DGPS und APS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert. Die TK-PSS sind ein Ergebnis dieser Kooperation.

Die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit DGPS gGmbH arbeitet eng mit medizinischem Fachpersonal aus dem

klinischen Risikomanagement zusammen. Die Alltags-Erfahrungen aus der Versorgungspraxis fließen so in die Analysen der Fälle ein. Weitere Infos unter [www.patientensicherheit.de](http://www.patientensicherheit.de)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS e.V. ist die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit. Sie wird in der Kooperation von Philippe Rodenberg vertreten. Weitere Infos unter [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

Mit dieser Information teilen wir unsere Erkenntnisse mit anderen Fachgruppen. Wir wollen dazu beitragen, dass die angesprochenen Inhalte, Probleme und Gefahren geprüft werden um ggf. Maßnahmen/ Empfehlungen abzuleiten, damit die geschilderten Patientenschäden in Zukunft zuverlässig verhindert werden. Auch ein Austausch zu „Best Practice“ ist angestrebt. Das Expertenteam der TK freut sich auf Feedback und Austausch.

Hinweis: Die TK-Patientensicherheits-Signale hießen früher TK-Patientensicherheits-Informationen. Um Verwechslungen mit anderen Aktivitäten zu vermeiden, wurden sie in Signale umbenannt.



## Kontakt für Rückmeldungen:

### TK Beauftragter für Patientensicherheit

Hardy Müller  
Bramfelder Str. 140  
22301 Hamburg  
Tel.: 040 6909 2439  
E-Mail: Hardy.Mueller@tk.de

### Für das Redaktionsteam:

Dr. med. Marcus Rall  
Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit  
gemeinnützige GmbH  
InPASS - Institut für Patientensicherheit  
und Teamtraining GmbH  
August-Bebel-Str. 13  
72762 Reutlingen  
Tel.: 07121 1595800  
E-Mail: marcus.rall@patientensicherheit.de

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



**Bildquellen:**  
Seite 02, Motiv Auge: www.freepik.com @lenbr | Seite 04, Motiv Hände Herz: www.freepik.com