

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 11/2014

Kasuistik

Nach unklarer Verletzungsursache wurde die Patientin ab dem 12. Juni wegen einer kleinen Wunde an der vorderen Innenseite des Unterschenkels bei der Hausärztin behandelt. Die Behandlung erfolgte mit verschiedenen Wundauflagen, unter denen es nicht zu Heilungsfortschritten kam. Nach dreiwöchiger konservativer Behandlung überwies die Hausärztin die Patientin an die Chirurgen zur Weiterbehandlung, die am 9. Juli mit der Feststellung einer 50 Cent großen Wunde begannen. In der Folge wurde wöchentlich, teilweise durch Ausschabung des Wundgrundes, behandelt. Die Behandlung erfolgte wie bei einem Ulcus cruris anfangs in kürzeren, danach aber bis einschließlich 8. September in wöchentlichen Abständen, bei denen jeweils Nekrosenabtragungen und Verbandswechsel dokumentiert wurden. Nach dem 8. September begab sich die Patientin wieder in die Behandlung ihrer Hausärztin, welche sie am 21. September in einer Abteilung für Plastische Chirurgie eines Klinikums vorstellte. Eine Fotodokumentation vom 15. September zeigt eine zwei mal zwei Zentimeter große runde Wunde, welche in der Folge nach Nekrosenabtragung mit Spalthaut gedeckt wurde. Auch nach dieser Maßnahme kam es nicht zum Abheilen der Wunde beziehungsweise Einheilen der Spalthaut - erst eine Wundreinigung mit Vakuumtherapie und nachfolgender Hauttransplantation führte zur Heilung.

Die Patientin beanstandet die Behandlung der Chirurgen zwischen dem 9. Juli und dem 8. September. Während dieser Zeit sei die Wunde deutlich größer und tiefer geworden. Hätte man die später durchgeführte chirurgische Therapie früher eingeleitet, wäre die schmerzhaft und aufwendige Behandlung deutlich verkürzt worden.

Die Chirurgen führen aus, dass die Wunde regelmäßig von einer Assistenzärztin behandelt wurde, aber auch den Chirurgen demonstriert worden sei. Man habe jeweils die Wunde gereinigt und mit Prontosan verbunden. Im weiteren Verlauf hätte sich eine deutliche Besserung der Wundverhältnisse und zu keinem Zeitpunkt eine Entzündung mit lokalen Entzündungszeichen gezeigt. Während des Behandlungszeitraumes sei zu keinem Zeitpunkt eine chirurgische

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Intervention erforderlich gewesen.

Gutachten

Nach Feststellung des Gutachters sei nach konservativer Vorbehandlung und Befundverschlechterung bei der Hausärztin die Wunde in der Chirurgischen Praxis über den gesamten Zeitraum mit Débridement und Prontosanverbänden behandelt worden. Die Dokumentation der Behandlung sei spärlich und beschreibe den Wundzustand jeweils nicht. Fotodokumentationen seien nicht vorgenommen worden. Nach Beschreibung der Patientin habe sich die Wunde von 50-Cent-Größe auf ein im Durchmesser vier Zentimeter messendes, tiefes Loch vergrößert. Bei dieser Lokalisation der Wunde sei eine fehlende Granulationsbildung vorprogrammiert. Während des sehr langen Behandlungsverlaufs ohne sichtbare Verkleinerung der Wunde und Verbesserung des Wundgrundes, wurden während der Behandlung offensichtlich keine anderen Verfahren wie Vakuumverbände oder operative Behandlung in Erwägung gezogen. Die vorliegende Fotodokumentation durch die Hausärztin vom 15. September, kurz nach Abschluss der Behandlung bei den Chirurgen, zeige keine Verkleinerung der Wunde, sondern eine periphere infektiöse Wundrandinfiltration mit nekrotischem Wundgrund. Die Wundgröße sei hier zwei mal zwei Zentimeter. Unter Zugrundelegung der Literaturangaben und Leitlinien zur Lokalthherapie chronischer Wunden seien die entsprechenden Kriterien der Behandlung in der Anfangszeit eingehalten worden. Bei fehlendem Fortschritt der Ausheilung sei es versäumt worden, andere Behandlungsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen. Zu bemängeln sei auch der fehlende Infektionsschutz durch Antibiotika bei gegebener systemischer Therapie mit Cortison. Eine Labordiagnostik zur Beurteilung der Infektionsparameter sei nicht durchgeführt worden. Zusammenfassend sei die Behandlung der Wunde durch die Chirurgen nicht sach- und fachgerecht durchgeführt worden. Bei richtigem ärztlichem Handeln wäre nur der stationäre Aufenthalt zur Spalthauttransplantation eingetreten. Allein fehlerbedingt sei der lange Behandlungszeitraum ohne Heilerfolg vom 9. Juli bis zum 8. September mit erheblicher Beeinträchtigung des Alltagslebens und zusätzlichen Schmerzen bei der Débridementtherapie durch die Chirurgen zu erkennen.

Die Chirurgen führen zum Gutachten aus, dass die Problematik der Behandlung einer Wunde in dieser Lokalisation bekannt sei. Deshalb komme es immer zu sehr protrahierten Verläufen, wobei es nicht zwingend erforderlich sei, hier von vornherein operativ vorzugehen. Der Patientin sei der langsame Heilungsfortschritt mehrfach erläutert worden. Die von der Patientin angegebene Wundgröße von vier mal vier Zentimetern entspreche nicht der Realität. Antibiotikaphylaxe

sei als vorbeugende Maßnahme nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes kontraindiziert.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Patientin stellte sich am 12. Juni bei ihrer Hausärztin mit einem kleinen, nicht heilenden Hautdefekt am Schienbein vor und wurde dort während drei Wochen konservativ mit Mitteln der modernen Wundpflege behandelt. Da unter dieser Behandlung kein Fortschritt der Wundheilung festgestellt werden konnte, war es sach- und fachgerecht, die Patientin in chirurgische Weiterbehandlung zu überweisen. Vom 9. Juli bis zum 8. September - also über acht Wochen - erfolgte dann die Behandlung in der Praxis der Chirurgen, die als Modifikation des Behandlungsregimes primär und danach in wöchentlichen Abständen abgestorbenes Gewebe im Bereich der Wunde entfernten und Verbandswechsel durchführten. Nach erfolgloser rein konservativer Vorbehandlung durch die Hausärztin über drei Wochen war dieser Versuch einer modifizierten Behandlung jetzt mit aggressiverem Vorgehen durch Nekrosenabtragung gerechtfertigt und durchaus im Sinne der Behandlungsempfehlung zur Therapie chronischer Wunden geeignet, eine Wundreinigung und damit sekundäre Granulation herbeizuführen. Dass durch die Abtragung von Gewebe am Wundgrund und -rand zur Reinigung der Wunde vorübergehend eine Vergrößerung der Wunde eintreten konnte, ist als verfahrenstypisch zu bewerten und entspricht nicht einem fehlerhaften Vorgehen bei der Behandlung.

Es handelte sich bei der Wunde an der Schienbeinvorderfläche nicht um einen Ulcus cruris, sondern um eine Verletzungsfolge bei problematischer Lokalisation.

Die Schlichtungsstelle kam im vorliegenden Fall - trotz Anwendung eines geeigneten chirurgischen Verfahrens im Sinne des Débridements - zu der Feststellung, dass nach vierwöchiger Behandlung ohne Heilungsfortschritt ein Verfahrenswechsel hin zu plastisch-chirurgischen Maßnahmen erforderlich gewesen wäre und die Fortführung gleichartiger Behandlungsmaßnahmen über weitere vier Wochen, insbesondere unter der fortlaufenden Cortisonmedikation, keinen Heilungserfolg mehr erwarten ließ. Nach den vorliegenden, wenn auch spärlichen, Befunddokumentationen ist im vorliegenden Fall eine Fortführung der débridierenden Behandlung nach dem 9. August nicht zu rechtfertigen und damit als behandlungsfehlerhaft einzuschätzen.

Bei korrektem Vorgehen wäre nach dem 9. August eine plastisch-chirurgische Sanierung der Wunde mit Spalthauttransplantation eingeleitet worden. Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu einem

um vier Wochen verlängerten Behandlungsverlauf mit entsprechenden Beschwerden und Einschränkungen im täglichen Leben gekommen.

Fazit

Leitlinien- beziehungsweise behandlungsempfehlungsgerechtes Vorgehen ersetzen nicht die Überprüfung der Diagnose im relevanten Einzelfall!