

„Gemeinsam mehr Druck machen – aber dies an der richtigen Stelle!“

Gerhard Schröder

Mehr als 30 Jahre arbeite ich am Thema Dekubitus. Und es wird nicht langweilig, denn es gibt genügend Gründe, am Thema auch in Zukunft dran zu bleiben: Das wenig vorhandene Wissen ist immer noch nicht in der Praxis solide angekommen und wird auch noch nicht konsequent umgesetzt. So sind vielen Wundprofis zwar die Namen der Wundauflagen zur lokalen Wundbehandlung sehr gut bekannt, jedoch nicht die Namen der gegen Dekubitus wirksamen Matratzen.

Wie viele Patienten sind betroffen?

Wie auch bei anderen Krankheiten, so sind die tatsächlichen Zahlen des Auftretens von Dekubitus nicht bekannt. In Krankenhäusern rechnet man mit ca. 10 Prozent aller Patienten, in Pflegeheimen bis zu 30 Prozent [1]. Problematisch wird es schon bei der Bestimmung der genauen Zahlen: Zählt man Dekubitus Kategorie 1 mit oder rechnet man erst ab „offenen Wunden“, also Kategorie 2?

Deutschlandweit gehen wir derzeit von rund 400.000 Patienten pro Jahr aus [2]. Da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Dekubitus mit steigendem Alter zunimmt und in Zukunft immer mehr ältere Menschen mit längerer Immobilität zu befürchten sind, müssen wir in einigen Jahren höhere Zahlen von Dekubitus erwarten.

Druck von allen Seiten?

Doch Druck kommt auch von einer anderen Seite: Erfolgreiche Dekubitusprophyla-

xe hängt vor allem von qualifizierten und ausreichend vorhandenen Pflegekräften ab! Denn wer soll den Betroffenen bewegen, Positionieren oder Anti-Dekubitusmatratzen einsetzen, wenn es Pflegekräfte nicht tun können? Doch die Realität macht Angst: In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern rückläufig. In den Pflegeheimen besteht nach wie vor das Problem, geeignetes und motiviertes Personal zu finden. In der ambulanten Pflege werden die Maßnahmen der Dekubitusprävention nicht vergütet. All diese Vorstellungen bringen uns dazu, die vorhandene Situation nicht einfach hinzunehmen, sondern sich aktiv für eine bessere Versorgung der Betroffenen nachhaltig einzusetzen: Wir müssen mehr Druck machen, um die politischen Vorgaben endlich zu beeinflussen und zu verbessern!

Leiden der Patienten

Doch was sagen die nüchternen Zahlen über das Schicksal der einzelnen Patienten aus? Rook [3] konnte in einer Erhebung feststellen, dass mehr als die Hälfte der behandelten Patienten mit Dekubitus zeitweise starke bis stärkste Schmerzen empfindet. „Es war, als ob mir jemand einen

„Es war, als ob mir jemand einen brennenden Lötkolben da hinten reindrückt...“

Ein Patient

brennenden Lötkolben da hinten reindrückt“, beschrieb ein Patient sein Empfinden des Dekubitus.

Die Lokalisationen der Druckgeschwüre sind vor allem am Kreuzbein (also in Nähe des Anus) und an den Fersen. Bei den Ulzera am Gesäß sind wegen der Fäkalkeime sowie schlechter Befestigung der Wundauflagen mit Wundinfektionen zu rechnen [4].

Nach einer älteren englischen Studie von Michoky & Lamy 1976 [5] sterben bis zu 1/3 der Patienten mit Dekubitus an den Folgen einer Sepsis, ausgelöst durch die Wunde.

Psychisch bedeutet eine tiefe, bis auf den Knochen reichende Wunde, schmerzhaft und nicht selten mit starkem Geruch ein „Verfaulen am lebendigen Leib“. Die wegen der Wunde erfolgten zusätzlichen Maßnahmen werden als eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes wahrgenommen wie Wechseldruckmatratzen.



Dekubitalulzera Kategorie IV am Os Sacrum und Os coccyx. Links im Bild mit lokaler Infektion, Nekrosen und Belägen bei schlechtem AZ.

Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe
Akademie für Wundversorgung, Göttingen
Dransfelder Straße 22
37079 Göttingen
E-Mail:
info@akademie-fuer-wundversorgung.de

S. Kruschwitz

Pathophysiologie: Neue Erkenntnisse bringen neue Empfehlungen

Schon immer ist klar, dass ein Dekubitus in der Epidermis nicht entstehen kann. Denn die Epidermis hat keine eigene Durchblutung. Deshalb ist es auch nicht sinnvoll, hautpflegerische Maßnahmen als Dekubitusprophylaxe einzustufen. Vor einigen Jahren ist wissenschaftlich aber auch belegt worden, dass ein Dekubitus vor allem in den tiefen Schichten des Gewebes entsteht und dass nicht nur die Ischämie als Ursache in Frage kommt, sondern vor allem auch hoher Druck [6]. Hoher Druck entsteht, wenn die aufliegende Körperfläche kleiner wird, etwa beim Sitzen anstelle des Liegens. Deshalb sieht man das Sitzen als ein größeres Problem an – nicht als eine Lösung. Vor allem ist darauf zu achten, dass unter „Mobilisation“ eben nicht das lange Sitzen gemeint sein kann.

Zum anderen sollten alle dekubitusgefährdeten Patienten, die herausgesetzt werden, ein spezielles druckverteilendes Sitzkissen bekommen, welches ihrem Körpergewicht entspricht.

Wer ist gefährdet?

Die Auswertung mehrerer Studien zeigte, dass vor allem einige klinische Risikofaktoren zur Entstehung des Dekubitus führen können: Immobilität, vorgeschädigte Haut (etwa Feuchtigkeitsschäden der Haut) und Durchblutungsstörungen [7, 8]. Außer

Immobilität sind jedoch die entscheidenden Faktoren nicht in der Braden-Skala enthalten, so dass die alleinige Verwendung solcher Skalen wenig Sinn macht.

Was gibt es Neues?

Derzeit werden neuere Hilfsmittel und Betten entwickelt, die beispielsweise den Druck der liegenden Person ermitteln und intelligent arbeiten. Das heißt, wenn der Druck an einer Körperstelle zu lange anhält, wird von der Matratze automatisch und gezielt diese Stelle vom Druck entlastet. Dazu wird aus dem luftgefüllten Kissen die Luft abgelassen [9].

Neue Textilien sollen Dekubitus vermeiden helfen.

In anderen Studien untersucht man den Zusammenhang zwischen Bettwäsche, Patientenkleidung und dem Auftreten von Dekubitus. Neue Textilien sollen Dekubitus vermeiden helfen.

Die EPUAP hat die Leitlinien zur Prävention und Therapie von Dekubitus überarbeitet und nennt neben den wissenschaftlichen Evidenzen auch Expertenempfehlungen. Eine sinnvoll und für die Praxis hilfreiche Vorgehensweise [7]

Es gibt genügend Gründe, sich auch in diesem Jahr dem Themenkomplex des Dekubitus zu nähern – es bleibt spannend!

Literatur

1. LAHMANN, DASSEN, KOTTNER: Die Häufigkeit von Dekubitus in deutschen Krankenhäusern, In: Das Gesundheitswesen, Thieme Verlag 2012; Stuttgart.
2. ROBERT KOCH INSTITUT/STATISTISCHES BUNDESAMT (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12/2005: Dekubitus. Selbstverlag; Berlin.
3. ROOK JL: Schmerztherapie in der Wundbehandlung. In: Hartmann Wundforum 1997;2, S. 8–13.
4. SCHRÖDER G, KOTTNER J: Dekubitus. Verlag Hans Huber 2012 Bern.
5. MICHOCKI L: The care of decubitus ulcers pressure sores. In: Journal Amer. Geriatric Soc. May 1976, 24(5): 217–224.
6. WOUNDS INTERNATIONAL: Internationale Übersicht: Dekubitusprophylaxe. Druck, Scherkräfte, Reibung und Mikroklima im Kontext. Ein Konsensdokument. Wounds International 2010, London.
7. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (NPUAP; EPUAP; PPIA): Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler Hrsg.) Cambridge Media 2014; Perth Australia.
8. COLEMAN S, NELSON E A, KEEN J, WILSON L, MCGINNIS E, DEALEY C, STUBBS N, MUIR D, FARRIN A, DOWDING D, SCHOLS J M, CUDDIGAN J, BERLOWITZ D, JUDE E, VOWDEN P, BADER D L, GEFEN A, OOMENS C W, SCHOONHOVEN L, NIXON J. (2014): (2014): Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. J Adv. Nurs 2014 (70)10:2339–52.
9. FRAUNHOFER INSTITUT: Online https://www.iis.fraunhofer.de/de/pr/2016/20161109_BMT_Dekubitus.html (Zugriff 20.4.2017).