



Bewegung spielt eine entscheidende Rolle, um einen Dekubitus zu vermeiden. Bewegungsförderung ist dabei keine Technik, sondern eher eine Einstellung der Pflegenden.



Foto: iStockphoto

Neuer Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

Bewegungsförderung bleibt das zentrale Element

Inzwischen ist der neue Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege schon einige Monate verabschiedet, und die ersten Erfahrungen in der Umsetzung des Standards sind gesammelt. Welche Veränderungen bringt der neue Standard für die Praxis? Und wie sollte das Pflegemanagement mit dem neuen Standard umgehen? Der Dekubitusexperte Gerhard Schröder beschreibt verständlich und praktisch die wichtigsten Neuerungen.

Gründe für einen neuen Standard

Der erste Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe wurde bereits im Mai 2000 in Osnabrück als erster Expertenstandard in Deutschland vorgestellt. Danach wurden sechs weitere Standards durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt und verabschiedet, fast im jährlichen Rhythmus. Auch wenn die Aussagen des ersten Standards zur Dekubitusprophylaxe wenig detailliert waren und von den Einrichtungen mit Leben gefüllt werden mussten, hat der Standard in der pflegerischen Praxis viel bewirkt.

Alle fünf Jahre sollen die Expertenstandards aktualisiert werden – so das Ziel des DNQP. Tatsächlich wurde der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe im Jahre 2004 aktualisiert, allerdings nur durch eine Aktualisierung der Literaturanalyse und ohne Veränderungen der Standardaussagen. Eine erste Überarbeitung war also fällig, und so begann eine Arbeits-

gruppe im Jahr 2009 die Standardaussagen anhand der aktuellen Studien, internationalen Leitlinien und Literatur zu überarbeiten.

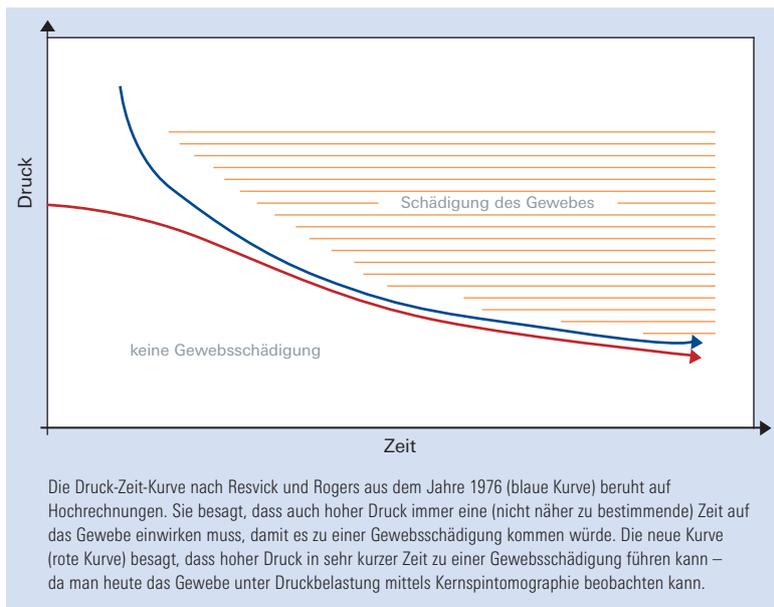
Die Leitung der Arbeitsgruppe übernahm Professor Theo Dassen vom Institut für Pflegewissenschaft der Charité in Berlin. Tatsächlich gibt es wissenschaftliche Ergebnisse, die zu einer Veränderung der bisherigen Standardaussagen führen und somit auch zu einer veränderten Pflegepraxis. Leider steht nun alles Neue nicht im Standardheft drin, denn die Veröffentlichung des DNQP ist kein Lehrbuch. Da diese Studien jedoch zum Verständnis und auch für die praktische Pflege wichtig sind, werden einige nachfolgend dargestellt.

Studien zur Pathophysiologie verändern die Welt

Tatsächlich hat sich die Pathophysiologie zur Entstehung eines Dekubitus verändert – sogar gravierend, sodass das Bisherige nicht mehr gültig ist. Bisher hat man angenommen, dass die Zeit

der entscheidende Auslöser eines Druckgeschwürs ist – also die Dauer der Druckeinwirkung. Ebenfalls wurde verbreitet, dass Blutgefäße zusammengedrückt werden und das Gewebe kein Blut mehr bekommt und in Folge abstirbt. Auch wurden die Faktoren „Scherkräfte“ mit Herunterrutschen im Bett erklärt und die Reibung als Ursache eines Dekubitus gesehen.

Neuere Studien haben erstmalig die physikalische Wirkung von Druck in einem lebenden Gewebe zeigen können – dank Kernspintomographie. Daher weiß man, dass nicht die Dauer der entscheidende Auslöser ist, sondern die Höhe des Druckes zumindest gleichberechtigt ist. Es kommt wohl zuerst zu einer Deformierung der Zellen, wobei das tiefe Muskelgewebe empfindlicher auf den Druck reagiert als Fettgewebe oder gar die oberflächliche Haut. Das heißt, hoher Druck für kurze Zeit schädigt das Gewebe mehr als langeinwirkender niedriger Druck. Denn das Muskelgewebe kann verhältnismäßig gut niedrigen Druck für kurze Zeit tolerieren. Das hat erhebliche Auswirkungen für die Praxis: Die Bedeutung an druckverteilenden Systemen – auch Antidekubitusmatratzen genannt – nimmt dadurch im Rahmen der Dekubitusprophylaxe erheblich zu. Ein neueres Review von Krapfl und Grey (2008) zeigte, dass es bei Patienten, die zweistündlich auf einer Normalmatratze gelagert wurden, nicht weniger Druckwunden gab, als wenn die Patienten nur alle vier Stunden auf einer viskoelastischen Schaumstoffmatratze gelagert werden. Wesentlich größer wird durch die neuen Studiener-



Eine neue pathophysiologische Erkenntnis: Hoher Druck für kurze Zeit schädigt das Gewebe mehr als langeinwirkender niedriger Druck

gebnisse das Problem Sitzen. Zukünftig sollte kein dekubitusgefährdeter Patient längere Zeit in einem Stuhl ohne druckverteilendes Sitzkissen zubringen und die Dauer des Sitzens muss zeitlich begrenzt sein. Aktuell wird auch angenommen, dass ein Dekubitus in weniger als 30 Minuten entstehen kann – was wiederum die Zeitdauer des Sitzens in „lange“ und „nicht-lange“ anders darstellt.

Risikoeinschätzung anders

Bereits im ersten Expertenstandard ist ausgeführt, dass das Dekubitusrisiko am besten durch eine erfahrene Pflegefachkraft festgestellt und eine systematische Risikoeinschätzung durch eine Skala unterstützt werden kann. In der Praxis wurden jedoch fast ausnahmslos alle Patienten – egal ob eine Gefährdung besteht oder nicht – mittels einer Skala „gemessen“. Nicht selten wurden die Skalen durch dieses Vorgehen letztlich bei den gefährdeten Menschen nicht mehr

korrekt angewendet – „mal eben schnell die Kreuze machen!“.
Schlimmer ist es jedoch, wenn man sich pflegerisch auf die Bewertung mittels Skala verlässt. Denn heute ist bekannt: Eine Risikoskala ist nicht zuverlässig und vollständig alle bekannten 100 Risikofaktoren ab. Die Risikoeinschätzung soll gemäß dem neuen Standard durch die Pflegefachkraft mittels klinischer Risikoeinschätzung und Hautinspektion vorgenommen werden. Die Haut muss nun also immer inspiziert werden, sofern ein Risiko vorliegt. Natürlich sagt der neue Standard nicht aus, dass man die Skala nicht mehr benutzen darf, man darf sich aber nicht allein auf die Skala verlassen. Das heißt, es sollten vor allem auch andere Risikofaktoren für einen Dekubitus erfasst und dokumentiert sein.

Der neue Standard empfiehlt ein Vorgehen in zwei Schritten:

1. Schritt: Bei allen Patienten wird initial zu Beginn der Pflege

ein Dekubitusrisiko ausgeschlossen, indem die drei wesentlichen Ursachen eines Dekubitus beobachtet werden. Liegt kein momentanes Risiko vor, wird die Einschätzung aber weiterhin laufend durchgeführt. Die drei wesentlichen Ursachen des Dekubitus sind:

■ **Aktivität:** Unter Aktivität versteht man die Fähigkeit, ob ein Mensch sich von einem Ort zum anderen bewegen kann, zum Beispiel vom Bett in den Stuhl.

■ **Mobilität:** Mobilität ist die Fähigkeit, an einem Ort seinen Körper zu bewegen beziehungsweise seine Körperposition zu wechseln, zum Beispiel im Bett umdrehen.

■ **Externe Risikofaktoren,** die druckauslösend sein können, wie Sonden, Katheter, Schienen oder Verbände.

2. Schritt: Kann das Risiko nicht ausgeschlossen werden, so muss eine genauere klinische Einschätzung und eine Hautinspektion der gefährdeten Stellen vorgenommen werden.

Bewegungsförderung und das Problem Sitzen

Wie schon im ersten Expertenstandard bleibt die Bewegungsförderung das Kernelement der Dekubitusprävention. Dabei ist Bewegungsförderung keine Technik, sondern eher eine Einstellung der Pflegenden und vor allem der Einrichtung. Die beiden zu klärenden Fragen dabei sind:

■ Was fördert die Bewegung?

■ Was hemmt die Bewegung?

Bewegungsfördernd wirken schmerzreduzierende Maßnahmen ebenso wie die Schaffung eines Umfeldes und entsprechende Hilfsmittel. Um sich bewegen zu können, benötigt man Muskelkraft, die älteren Menschen häufig fehlt.

Ist es sinnvoll, die älteren Menschen aus dem Bett herauszuholen und für viele Stunden in einen Stuhl zu setzen? Nein, dies muss kritisch bewertet werden, denn viele Menschen empfinden das Sitzen nicht als angenehm. Denn zum einen sind die zur

Verfügung stehenden Stühle, zum Beispiel Toilettenstühle und dergleichen, für längeres Sitzen ungeeignet. Zum anderen empfanden viele Betroffene das Sitzen als „Absitzen“ und das in den Stuhl bringen als „Gezerre“. Es führt nach Zegelin (2005) nicht selten dazu, dass sich die Betroffenen still verhalten, weil sie den überlasteten Pflegekräften nicht noch mehr Arbeit machen wollen. Kritisch muss auch bewertet werden, dass bei vielen älteren Menschen das Sitzen die letzten Kräfte verzerrt und ein „sich-selber-Bewegen“ damit immer unmöglicher gemacht wird.

Das heißt natürlich nicht, dass man dekubitusgefährdete Menschen nicht mehr in einen Stuhl setzen soll. Aber es sollte zeitlich befristet sein und in das Gesamtkonzept „Bewegungsförderung“ passen. Mangels Evidenz empfehlen internationale Leitlinien, das Sitzen maximal zwei Stunden durchzuführen und dann mindestens eine Stunde zu entlasten.

Lagern – gibt es das noch?

Wenn der Betroffene sich selber nicht ausreichend bewegen kann, müssen die Ursachen des Bewegungsmangels beseitigt werden. Autobiographisch sollte ein bewegungsförderndes Umfeld geschaffen werden. Doch wenn all diese Bemühungen nicht ausreichen, muss der Betroffene passiv durch die Pflegenden bewegt und die druckbelasteten Regionen dauerhaft entlastet werden, zum Beispiel das Kreuzbein.

Dieses Vorgehen wurde bislang Lagern genannt, welches sehr an „Ablagern“ erinnert. Lagern von Betroffenen wird eher als Positionieren bezeichnet und sollte mit bewegungsfördernden Konzepten gestaltet werden. Dies sind zum Beispiel Kinästhetik, Bobath, Vojta oder Feldenkrais. Wissenschaftlich kann man kein Konzept als „Bestes“ belegen. Wichtiger ist, dass Pflegenden Möglichkeiten bekommen, ein solches Konzept konsequent anzuwenden. Erlernen kann man diese

Konzepte nur in praktischen Übungen mit Betroffenen.

Dekubitus richtig erkennen

Studien zeigen, dass Wunden im Gesäßbereich selten Druckgeschwüre sind. Zwei Drittel der festgestellten „Dekubitalulcera“ sind in Wirklichkeit Mazerationen, also feuchtigkeitsbedingte oberflächliche Wunden. Diese haben mit einem Druckgeschwür nichts gemeinsam, sie haben andere Ursachen. Woran kann man eine Mazeration von einem Dekubitus unterscheiden?

■ **Lokalisation:** Ein Dekubitus tritt an prominenten Knochenstellen auf, eine Mazeration ist

meist flächig verteilt und gehäuft an Hautfalten, zum Beispiel am Steißbein. Leider wird in Deutschland meistens „Steißbein“ für die Dekubitusstelle geschrieben statt Kreuzbein (Os sacrum).

■ **Wundumgebung:** Bei einer Mazeration ist die Wundumgebung aufgrund der dauerhaften Einwirkung von Feuchtigkeit weiß aufgequollen, bei einem Dekubitus ist die Wunde scharf abgegrenzt.

■ **Wundgrund:** Die Wunde sieht bei einem Dekubitus schlecht durchblutet aus, hat häufiger trockene oder feuchte Nekrosen. Dagegen ist eine Mazeration oberflächlich und gut durchblutet.

Die neue Dekubitus-Klassifizierung der EPUAP/NPUAP, die nun international eingeführt wurde

Abb. 1

Kategorie/Stufe/Grad I: Nicht wegdrückbare Rötung

Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.

Kategorie/Stufe/Grad II: Teilverlust der Haut

Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden, um Blasen, Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.

*Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.

Kategorie/Stufe/Grad III: Verlust der Haut

Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das (Gehörknöchelchen) Sprunggelenk haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.

Kategorie/Stufe/Grad IV: vollständiger Haut oder Gewebeverlust

Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

EPUAP = European Pressure Ulcer Advisory Panel; NPUAP = National Pressure Ulcer Advisory Panel

Anmerkung: Im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ist ein Übersetzungsfehler abgedruckt. In der Kategorie 3 steht „Gehörknöchelchen“ statt „Sprunggelenk“ – im original Malleolus.

Neuere Dekubitusklassifikationen

Die Begriffe Stadium und Grad werden in der Praxis häufig als synonym angesehen. So schreiben einige Kollegen „Dekubitus Grad 3“, andere dagegen „Dekubitus Stadium 3“. Die beiden Begriffe besagen jedoch unterschiedliches: Stadien beschreiben einen Verlauf, zum Beispiel Fieberstadien, es geht mal hoch und dann wieder runter. Dagegen sind Grade keine Verläufe, sondern die Angabe eines Schweregrades, der sich nicht verändert. Beim Dekubitus Grad 3 wird dieser Grad also auch nach Abheilung nicht rückgradiert, weil nämlich das Gewebe nach Abheilung nur mit narbigem Bindegewebe als Ersatzgewebe aufgefüllt wird. Das Narbengewebe ist aber minderwertig, vor allem gegenüber Druckeinwirkung. Deshalb muss auch nach Abheilung des Dekubitus diese Stelle absolut vom Druck befreit werden.

Um das bisher bei uns übliche „Rückgradieren“ nicht falsch weiter zu benutzen, wird vorgeschlagen, anstelle des falsch benutzten Begriffes „Grad“ den neutralen Begriff „Kategorie“ oder „Stufe“ zu benutzen (Abb. 1). Die bisherige Erfahrung zeigt, dass die Benutzung dieses neuen Begriffes besser klärt, wie das System richtig verwendet werden muss.

Doch Vorsicht: Sowohl die Einteilung des Dekubitus in den Krankenhäusern nach dem ICD-10 (2011) Diagnoseschema als auch die Dokumentation in der ambulanten Pflege (nach SGB V, Behandlungspflege) benutzen die Dekubitusgrade „falsch“, indem bei Heilung zurückgradiert wird. Bislang gibt es hier keine Anpassung an diese nun internationale Norm, dass nicht zurückgradiert wird.

Antidekubitusmatratzen und -kissen sind evident wirksam

Da nach den aktuellen Ergebnissen die Druckverteilung durch spezifische Matratzensysteme

zur Dekubitusprophylaxe evident wirksam ist, muss man über den Einsatz solcher Systeme anders nachdenken. Das heißt nicht, dass jeder Betroffene sofort eine druckverteilende Matratze bekommen soll, es muss aber Pflegenden deutlich sein, dass der Druck auch bei kurzfristiger Einwirkung Schädigungen im Gewebe auslösen kann.

So sollte zukünftig nicht nur an Bettmatratzen gedacht werden, sondern vor allem auch an Sitzkissen, die bislang eher selten vorhanden sind.

Allerdings kann aufgrund der Studienlage auch der neue Standard nicht klären, welche Hilfsmittel wirklich effektiv sind. Das „beste“ Hilfsmittel wird es aber auch in Zukunft nicht geben können, denn nach wie vor sind klinische Parameter zur Entscheidungsfindung wichtig und können nur individuell für den Patienten ausgewählt werden

Hautpflege und Ernährung wurden gestrichen

Schon im ersten Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe ist betont worden, dass es keine evidenten Ergebnisse zur Hautpflege und Ernährung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe gibt. Dennoch hatte die damalige Expertengruppe beide unterstützenden Maßnahmen im Standard gelassen, weil es praktisch wichtig erschien. Im neuen Standard sind die „weiteren geeigneten Interventionen“, zu denen Hautpflege und Ernährung zählen, gestrichen worden. Denn wenn sich ein Nachweis zur Wirkung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe nicht darstellen lässt, gehören diese „Maßnahmen“ auch nicht in den Standard.

Um Missverständnissen vorzubeugen muss man jedoch zwei Dinge klarstellen:

1. Eine Mangelernährung und auch eine vorgeschädigte Haut sind nach wie vor Risikofaktoren eines Dekubitus. Menschen, die mangelernährt sind oder eine Hautschädigung haben, erleiden schneller einen Dekubitus. Aber Mangelernährung oder Hautschäden sind

keine Ursache eines Dekubitus. Nicht jeder mangelernährte Mensch erleidet einen Dekubitus.

2. Dennoch sind Maßnahmen zur Hautpflege oder eine unterstützende Ernährung wichtig, sofern Probleme in diesen Bereichen bestehen.

Überprüfung der Maßnahmen

Nach wie vor ist das wesentliche Ziel der Dekubitusprophylaxe, einen Dekubitus zu verhindern. Dass dies nicht immer gelingt, betont auch der neue Standard. Deutlicher wird allerdings jetzt im neuen Standard gefordert, dass die Hautbeobachtung eine wichtige Maßnahme zur Überprüfung der Wirksamkeit ist. Sie sollte deshalb routinemäßig in die Praxis eingeführt und ebenso dokumentiert werden.

Bestehende Formulare auf Sinnhaftigkeit prüfen

Immer wieder wird in der Praxis die Frage gestellt, ob man nun für den neuen Standard auch neue Formulare benötigt. Dies muss sicherlich jede Einrichtung intern klären. Vor allem ist abzuklären, ob die bisher bei allen Patienten/Bewohnern benutzte Risikoskala in dieser Weise Sinn macht. Ob die Skalen wie Braden abgeschafft werden, sollte sorgfältig geklärt sein, denn es muss nach wie vor nachvollziehbar dokumentiert sein, ob ein Dekubitusrisiko besteht und was die Ursachen des Risikos sind.

Anschrift des Verfassers:

Gerhard Schröder
Leiter der Akademie für Wundversorgung
Dransfelder Straße 22, 37079 Göttingen
E-Mail: g.schroeder
@akademie-fuer-wundversorgung.de
www.akademie-fuer-wundversorgung.de

Tipp:

Der vollständige Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege kann zu einem Preis von 15 Euro bestellt werden beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hochschule Osnabrück, Postfach 1940 49009 Osnabrück
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: <http://www.dnqp.de>

**DEN KLINIKALLTAG MEISTERN –
MIT PRAXISWISSEN VON DEN PROFIS.
DAS WEITERBILDUNGSFORUM 2011**

SURGICAL WORKPLACES



Mehr wissen – erfolgreicher arbeiten: Die Fortschritte in der Medizintechnik erhöhen die Anforderungen an die Arbeit im OP. Bei der Bedienung der Hightech-Ausstattung und der Durchführung von Lagerungen wird ein hohes Maß an Erfahrung und Wissen erwartet. MAQUET unterstützt Sie dabei. Das Weiterbildungsforum „Kompetenz im OP“ bietet Vorträge und Workshops der Firmen MAQUET, ERBE und PHILIPS, an vier Orten in Deutschland. Weitere Informationen erhalten Sie unter der E-Mail-Adresse n.gross@maquet.de.

18.10.2011
Meducation, Mülheim/Ruhr

08.11.2011
HTW Berlin

10.11.2011
Hangar No. 5, Hannover

29.11.2011
Mercedes Benz Arena,
Businesscenter, Stuttgart

MAQUET Vertrieb und Service
Deutschland GmbH
Kehler Straße 31
76437 Rastatt, Germany
Phone: +49 (0) 1803 212133
Fax: +49 (0) 1803 212177
info.vertrieb@maquet.de
www.maquet.com