

Dekubitusprophylaxe

Was ist praktikabel? Was ist effektiv?

Dekubitusprophylaxe ist ein Kernstück pflegerischer Kompetenz. Dennoch ist nicht jeder entstandene Dekubitus ein Pflegefehler. Vielmehr muss nachgewiesen werden, dass alle Maßnahmen einer wirksamen Dekubitusprophylaxe regelmäßig durchgeführt worden sind.



Können Sie einen Dekubitus wirklich erkennen?

In vielen Einrichtungen wird zur Qualitätsüberprüfung der Dekubitusprophylaxe gemessen, wie häufig Druckgeschwüre aufgetreten sind. Diese sogenannten Prävalenz- oder Inzidenz-Zahlen sind sicherlich zum Nachweis von Verbesserungen der Prophylaxe geeignet. Dennoch stellt sich mancher Praktiker die Frage: Lohnt sich der Aufwand dieser Dokumentation, ändert sich dadurch überhaupt etwas? Wie verlässlich sind die Zahlen, die erhoben werden? Ist das überhaupt ein Dekubitus?

Bis heute besteht nämlich keine einheitlich anerkannte Definition, was ein Dekubitus ist und wie er entsteht. Seit einigen Jahren ist bekannt, dass nicht alles, was als Wunde im Bereich des Gesäßes auftritt, auch tatsächlich ein Dekubitus ist.

In eigenen Erhebungen konnten wir feststellen, dass mehr als zwei Drittel der dokumentierten Dekubitalgeschwüre in Wirklichkeit keine sind: Sehr viel häufiger sind die Wunden im Bereich des Gesäßes „Feuchtigkeitswunden“, die durch anhaltende Feuchtigkeitsbelastung an der Haut durch Urin, Schweiß oder andere Körperflüssigkeiten entstehen können (Abb. 1). Durch die Einwirkung der Feuchtigkeit quillt die Epidermis auf und wird weich. Der zweite Faktor ist Reibung, die durch das Herunterrutschen des Patienten im Bett zu Schädigungen an der Haut führen kann. Man kann die Unterschiede zwischen Dekubitus und Mazeration anhand von drei Kriterien zusammenfassen, die relativ einfach sind:

■ Lokalisation:

Ein Dekubitus entsteht durch Gegendruck, vornehmlich an hervorstehenden Knochenenden. Dies ist am Gesäß freilich nicht das Steißbein, sondern vielmehr das Kreuzbein. Allerdings sind die meisten Dekubitalgeschwüre mit „Dekubitus am Steißbein“ dokumentiert.

Das wiederum deutet darauf hin, dass die Lokalisation ebenfalls sehr häufig falsch bestimmt wird. Mazerationen entstehen vor allem dort, wo sich Feuchtigkeit ansammeln kann: zwischen den Hautfalten. Und dies kommt natürlich vornehmlich am Steißbein vor.

■ Wundumgebung:

Sehr charakteristisch ist die Wundumgebung. Bei einem Dekubitus ist die Wunde scharf abgegrenzt, während bei einer Mazeration die umliegende Haut durch die Feuchtigkeit geschädigt wurde. Das heißt, die Haut sieht gerötet aus und hat weitere kleine Artefakte.

■ Wundgrund:

Die Wunde sieht bei einem Dekubitus schlecht durchblutet aus und kann tief bis auf den Knochen gehen. Eine Mazerationswunde dagegen ist gut

durchblutet und bleibt oberflächlich in der Dermis.

Fingertest zur Differenzierung

Seit dem Erscheinen des ersten Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege hat sich auch in den deutschsprachigen Ländern der Fingertest zur Feststellung und zur Unterscheidung eines Dekubitus Grad 1 bekannt gemacht. Er wird leider viel zu selten durchgeführt. Ist der Fingertest effektiv? Nixon (2007) konnte in einer Studie mit 97 Patienten feststellen, dass die Patienten, bei denen der Fingertest nicht wegdrückbar war, eine 2,4-fach höhere Wahrscheinlichkeit hatten, einen Dekubitus Grad 2, 3 oder 4 zu entwickeln gegenüber den Patienten, bei denen der Fingertest negativ war.

Internet-Übung zur Beurteilung eines Dekubitus

Das Problem des Fehlerkennens eines Dekubitus ist über die Grenzen Deutschlands bekannt. Deshalb bietet die europäische Vereinigung für Dekubitusfragen (www.epuap.org) auf ihren Internetseiten unter dem Begriff „Pressure Ulcer Classification“ eine Übungsmöglichkeit zum Trainieren an: Anhand von Bildern soll der Nutzer beurteilen, ob es sich um einen Dekubitus oder eine Mazeration handelt beziehungsweise welcher Grad vorliegt. Durch Anklicken unter den Bildern kann der Nutzer eine Auswahl treffen.



Abb. 1

Ein typischer, mit feuchten Nekrosen belegter Dekubitus



Die Einrichtung bezeichnete diese Wunde als Dekubitus; es ist aber eindeutig eine Mazeration, die durch Feuchtigkeit und Reibung entstanden ist

Neue Gradeinteilung eines Dekubitus der EPUAP

Abb. 2

Zur Unterscheidung der bisherigen Einteilungen wurde der Begriff „Kategorie“ neu eingeführt, der jedoch nur als Vorschlag dienen soll. Die Anwender können auch den bisherigen Begriff „Grad“ weiter benutzen, wenn dieser bekannter ist.

Kategorie I	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 II	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 III	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 III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen 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 IV	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.

Stadieneinteilung eines Dekubitus nach Seiler

Abb. 3

Dient der Verlaufsbeschreibung einer Wunde und wird zur Gradeinteilung ergänzt.

Stadium A	Keine Nekrosen, Wunde sauber, Granulationsgewebe.
Stadium B	Wunde schmierig belegt, Restnekrosen, keine Infiltration des umgebenden Gewebes.
Stadium C	Wunde wie Stadium B mit Infiltration des umgebenden Gewebes und/oder Allgemeininfektion (Sepsis).

Daraus lässt sich schließen: Wer den Fingertest wirklich regelmäßig einsetzt, kann einen höhergradigen Dekubitus gut vermeiden. Zudem kann auch mit dem Fingertest die oben beschriebene Feuchtigkeitswunde im Anfangsstadium von einem Dekubitus Grad 1 unterschieden werden. Denn die Rötung bedingt durch Feuchtigkeit ist noch wegdrückbar, während der beginnende Dekubitus nicht mehr wegdrückbar ist.

Nutzen Sie die Gradeinteilung richtig

Zur Dokumentation von Wunden werden Klassifizierungen benutzt, die entweder eine Fest-

legung in Graden oder den Verlauf in Stadien beschreiben. Dabei gilt, dass die Gradeinteilung eine Schwere der Erkrankung vorgibt und auch nach Abheilung nicht mehr rückgradiert wird. Ein Dekubitus Grad 3 heilt vollständig ab. Trotzdem bleibt er ein Dekubitus Grad 3, nur mit der Ergänzung „abgeheilt“.

Der Sinn besteht darin, dass bei einem tieferen Dekubitus sich zwar Ersatzgewebe nachbildet und somit den Defekt schließt. Das Ersatzgewebe entspricht jedoch nicht qualitativ dem vorherigen Gewebe und ist somit weniger belastbar. Die Druckelastizität des Narbengewebes beträgt nur 20 Prozent des ur-

sprünglichen Gewebes. Auch fehlen dem Narbengewebe Melaninzellen, die dem Schutz vor UV-Strahlung dienen. Aktuell wurde die Gradeinteilung durch die amerikanischen und europäischen Gruppen für Dekubitusfragen überarbeitet. Abbildung 2 zeigt die aktuelle Fassung.

Eine Stadieneinteilung, die also zurückgestuft wird, existiert für die Beschreibung eines Dekubitus auch: Sie wurde von Seiler entwickelt und dient als Ergänzung der Gradeinteilung. Deshalb arbeitet die Stadieneinteilung nach Seiler mit den Buchstaben A, B und C (Abb. 3).

Bringt standardisierte Risikomessung etwas?

In vielen Einrichtungen wird die Prophylaxe möglichst frühzeitig begonnen, weil man inzwischen Angst vor rechtlichen Auseinandersetzungen hat. Diese enden für die Einrichtung meist teuer. Vanderwee hat in einer Studie mit 1 617 Patienten in Kranken-

häusern zwei Gruppen untersucht: Die eine Gruppe erhielt keine Risikoeinschätzung mittels Risikoskala. Eine druckreduzierende Matratze erhielt sie erst, wenn bereits ein Dekubitus Grad 1 vorhanden war. Bei der Vergleichsgruppe dagegen wurde das Dekubitusrisiko regelmäßig mit der Braden-Skala gemessen. Sie erhielten eine Wechseldruckmatratze, wenn die Summe der Braden-Skala < 17 betrug oder ein Dekubitus Grad 1 vorhanden war.

Zwischen den beiden Gruppen gab es keinen Unterschied bezüglich der aufgetretenen Dekubitalgeschwüre Grad 2 bis 4! In der Gruppe, die aufgrund der Braden-Skala frühzeitig eine Wechseldruckmatratze erhielten, wurden siebenmal häufiger solche Matratzen eingesetzt, was den Einrichtungen viel Geld kostete.

Daraus lässt sich zumindest die regelmäßige, blinde Messung des Risikos kritisch überdenken. Effektiver ist eine gezielte Beobachtung der Patienten, vor allem der Haut.

Umlagern – wie oft?

Da ein Dekubitus immer noch aufgrund langer Druckbelastung entsteht, ist die Zeit immer noch der entscheidende Faktor, nicht die Höhe des Druckes allein. Seit Jahren werden verschiedene Lagerungen und Bewegungen zur Dekubitusprophylaxe – auch erfolgreich – durchgeführt. Eine spezielle „Anti-Dekubitus-Lagerung“ gibt es nicht. Vielmehr kommt es darauf an, dass der Betroffene regelmäßig bewegt wird und somit die Position an einer Stelle nicht zu lange einhält.

Krapfl und Gray haben mehrere vorhandene Studien ausgewertet, um herauszufinden, welche Häufigkeit des Lagerns nun am effektivsten ist. Sie konnten keinen Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens von Dekubitus Grad 2 bis 4 feststellen, ob der Patient zweistündlich oder vierstündlich gelagert wurde, wenn die Patienten auf einer

viskoelastischen Schaumstoffmatratze lagen.

Auch hier gilt der Grundsatz: Individuell vorgehen, die Haut bei jedem Patientenkontakt beobachten, den Fingertest einsetzen. Allein der Einsatz des Fingertestes würde dazu führen, dass die Haut besser beobachtet wird.

Ein besonderes Problem ist jedoch das Sitzen der Patienten. Mobilisieren bedeutet bewegen. Sitzen ist aber keine Bewegung. Im Gegenteil: Der Druck ist im Sitzen bis zu siebenmal höher als im Liegen.

Zusätzlich nehmen bei immobilen Menschen die gefährlichen Scher- und Reibungskräfte zu, was zu tiefen Schädigungen an der Muskulatur führen kann. Deshalb wird in internationalen Leitlinien empfohlen, dass dekubitusgefährdete Patienten nicht länger als zwei Stunden sitzen sollen, anschließend mindestens eine Stunde nicht mehr sitzen.

Hauptpflege ist nicht kausal wirksam

Seit Jahren ist bekannt, dass ein Dekubitus durch langeinwirkenden Druck an einer Körperstelle und entsprechenden Gegendruck durch einen Knochen entstehen kann. Mit hautpflegenden Substanzen kann der Druck oder die Dauer des Druckes nicht beeinflusst werden. Auch die Widerstandsfähigkeit der Haut gegenüber Druck kann nicht merklich gesteigert werden. Hauptpflege ist bei älteren Menschen wichtig, da sie eine trockene, häufig auch fettarme Haut aufweisen. Hierzu sind Lotionen zu verwenden, die dem Hautzustand entsprechen. Aber zur Dekubitusprophylaxe zeigen sie keinen positiven Effekt, da sie an den Faktoren zur Entstehung eines Dekubitus nichts ändern.

Anschrift des Verfassers:

Gerhard Schröder, Geschäftsführer
Akademie für Wundversorgung
– von Experten für Experten –
Gerhard Schröder Kommunikation GmbH
Kuhlor 2, 37170 Uslar-Sohlingen
www.akademie-fuer-wundversorgung.de

Die PFLEGE ABRECHNUNG

Mit Ihren Dienstleistungen helfen und unterstützen Sie pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige in schwierigen Lebenssituationen.

Lassen Sie sich bei der Abrechnung dieser Dienstleistungen von uns unterstützen – um mehr Zeit für das Wesentliche zu gewinnen.

Rufen Sie uns an, wir freuen uns auf Sie:

071 95/9 77 25-21



HonorarAbrechnungsGmbH

Bahnhofstraße 44 · 71409 Schwaikheim
Tel. 071 95/97725-21 · Fax: 071 95/97725-10
Internet: www.honorarabrechnung.com