

Dekubitus - ein „leid-volles“ Thema für alle Beteiligten?

Definition, Kriterien, Besonderheiten

Methode: Rundgespräch, Lehrvortrag

Zeit: 45 Minuten

Einleitende Gedanken

Wir haben uns in der Erarbeitung des Themas schwerpunktmäßig auf die Aspekte konzentriert, unter denen eine Dekubitusbehandlung oder -prophylaxe kritisch reflektiert werden sollte.

In aller Regel ist auch im Rahmen der Palliativpflege eine Dekubitusprophylaxe möglich und die Entstehung eines Dekubitalulkus eher selten.

Einleitung

Im Rahmen der Dekubitusprophylaxe und/oder –behandlung im Verlauf eines Krankheitsprozesses kann es zu unterschiedlichen Zielsetzungen und Fragestellungen kommen. Ist in jeder Lebensphase die Entstehung eines Dekubitus durch ausreichende Prophylaxe vermeidbar? Können dabei die Wünsche des Patienten ausreichend berücksichtigt werden? Welche Risiken gibt es? Um diesen Fragestellungen angemessen begegnen und auch den eventuellen Verzicht auf Durchführung prophylaktischer Maßnahmen begründen zu können, ist Fachwissen erforderlich. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel einige wesentliche Aspekte der Dekubitusprophylaxe und -behandlung thematisiert.

Impulse

- Welche Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe /-behandlung kennen Sie?
- Welche Ziele hat die Dekubitusprophylaxe, welche die –behandlung?
- Welche Grenzen der Behandlung können Sie sich vorstellen?

Lernziele

- Die Teilnehmer kennen die Definition von Dekubitus.
- Die Teilnehmer kennen Dekubitusprophylaxen
- Die Teilnehmer kennen die unterschiedlichen Kriterien einer kurativen und palliativen Dekubitusversorgung.

Definition Dekubitus

Ein Dekubitus ist definiert als Schädigung der Haut infolge anhaltender örtlicher Druckeinwirkung. Der Druck komprimiert die blutführenden Kapillaren, so dass das betroffene Hautareal nicht mehr ausreichend durchblutet und mit Sauerstoff versorgt werden kann.

Dekubitus-Stadien nach Seiler

- Grad I Zu beobachten ist eine begrenzte Rötung; ein Hautdefekt ist noch nicht zu erkennen; die Epidermis ist betroffen.
- Grad II Zu beobachten ist eine Blasenbildung; Epidermis und Dermis sind geschädigt; lösen sich diese Schichten von der noch intakten Subkutis, entsteht ein stark nässender, sehr schmerzhafter, infektfälliger Hautdefekt.
- Grad III Zu beobachten ist, dass Epidermis, Dermis und Subkutis beschädigt sind; Muskeln, Sehnen und Bänder können in der Wunde sichtbar sein; die Wunde gilt zumindest als kontaminiert; ein Belag kann die Wunde überziehen.
- Grad IV Zu beobachten ist, dass alle Hautschichten beschädigt sind; die darunter liegende Muskulatur ist entzündlich geschwollen; Bänder, Sehnen, Faszien und/oder Knochen sind betroffen; es können Nekrosen (dunkelblau, schwarz) und Taschen vorhanden sein.
- CAVE Stadium I kann bereits ein Anzeichen für eine tiefer gehende Schädigung bei einem „geschlossenen Dekubitus“ sein.

Dekubitusprophylaxe

Ganz gleich, ob Patienten kurativ oder palliativmedizinisch behandelt werden - die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe unterscheiden sich nicht voneinander. In der letzten Lebensphase eines Patienten sollten jedoch Nutzen und Risiken einer Maßnahme besonders sorgfältig abgewogen werden, damit nur solche Maßnahmen eingeleitet werden, die in der individuellen Situation des Patienten der Erhaltung oder Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität dienen. Die Erhebung von Risiken mithilfe einer entsprechenden Skala (z.B. modifizierte Norton-Skala) zur besseren Erkennung der Dekubitusgefahr ist auch in dieser Phase für die individuelle Betreuung des Patienten und vollständigen Dokumentation unabdingbar. Die entsprechenden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und/oder -therapie sollten in die tägliche Pflege integriert werden und sind bei jeder Veränderung der Lebenssituation neu abzustimmen.

mögliche Dekubitusprophylaxen:

- Mobilisation
- Lagerung (Mikrozirkulation)
- aktivierende Pflege
- Bewegungsübungen
- geistige Anregung
- individuell angepasste Hautpflege
- Reibungs-/Scherkräfte vermeiden
- Ernährung abstimmen
- andauernde Feuchtigkeit auf der Haut vermeiden
- Hygieneregeln beachten (z.B. regelmäßiger Wäschewechsel, Händedesinfektion, Intimpflege etc.)

Wundtherapie

Ist die Grunderkrankung des Patienten nicht mehr kurativ zu behandeln, stellen sich folgende Fragen. In welcher Phase der Erkrankung befindet sich der Patient? Welche Wünsche haben der Patient und die Angehörigen? Welche Probleme beklagt der Patient, welche sind zu erwarten? Sind diese Fragen geklärt, entscheiden die Beteiligten über das Ziel der Wundbehandlung (z.B. Wundheilung oder lediglich Wundabdeckung). Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

Ein Patient hat einen malignen Tumor, der nur noch palliativ behandelt wird. Aufgrund starker Luftnot konnte er längere Zeit ausschließlich aufrecht im Bett sitzen. In dieser Phase hat er einen Dekubitus entwickelt. Nach erfolgreicher Symptombehandlung hat sich der Allgemeinzustand des Patienten deutlich verbessert und es besteht eine Lebenserwartung von Monaten bis Jahren. (Rehabilitationsphase → *Die letzte Lebensphase*) In diesem Fall wird selbstverständlich eine kurative Wundversorgung durchgeführt, obwohl die Grunderkrankung palliativ behandelt wird. Eine kurzfristige Einschränkung der Lebensqualität durch z.B. Debridement, regelmäßige Wundkontrollen, aufwändige Behandlung wird akzeptiert, da der langfristige Nutzen für den Patienten erkennbar ist.

Für einen Patienten mit gleicher Symptomatik, dessen Zustand so reduziert ist, dass nur noch eine geringe Lebenszeit zu erwarten ist, wird man in der Regel eine andere Behandlungsstrategie festlegen. Prophylaxe und Therapie sind meist mit Anstrengungen für den Patienten verbunden. Diese Einschränkung der Lebensqualität durch die Behandlung ist kritisch zu hinterfragen, da es - je nach Stadium der Wunde, Allgemeinzustand und Compliance des Patienten - meist erst nach Wochen oder Monaten zu einem Wundverschluss kommt. Der Nutzen für den Patienten wird dann aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr eintreten. (→ *Die letzte Lebensphase*)

„Do’s“ und „Don’ts“

„**Dekubitus**“ leitet sich vom lateinischen „decumbare“ (darniederliegen) ab und beschreibt daher, um genau zu sein, einen Zustand - und nicht eine Wunde. Die oft gehörte Pluralform „Dekubiti“ zu „Dekubitus“ ist darüber hinaus grammatikalisch nicht richtig. Hier sprechen wir daher von „**Druckgeschwüren**“ oder „**Dekubitalulzera**“.

Zweistündliches Lagern:

Die Empfehlung des zweistündlichen Umlagerns geht auf einen Überlieferungsfehler zurück. Richtig ist: Die Krankenschwester Florence Nightingale hatte während des Krimkriegs (1853 – 1856) Verletzte gepflegt und einem Bericht zufolge zwei Stunden gebraucht, um alle Verletzten im Lazarett einmal zu drehen.

Ein individueller Lagerungsplan muss für jeden Patienten erstellt werden.

Echte und künstliche **Felle**:

Felle bewirken **keine** Druckreduzierung, sie können jedoch die Scherkräfte reduzieren. Fellhaare dürfen nicht verklumpen. Echte Felle lassen sich kaum hygienisch sauber halten, deshalb nicht zu empfehlen. Auf einer Antidekubitusmatratze bzw. –auflage setzen sie die Wirkung der Antidekubitusmatratze bzw. –auflage herab. Der Einsatz von Fellen ist gut zu überlegen.

Ein **Watteverband** an den Fersen reicht nicht aus, um dort die Entstehung von Druckgeschwüren zu vermeiden. Zur Prophylaxe müssen die Fersen frei gelagert werden.

Gummiringe (für den Gesäßbereich) führen zur zirkulären Abbindung und sind nicht zu empfehlen.

Bereits geschädigte Hautbezirke **nicht massieren**. Dort keine durchblutungsfördernden Substanzen aufbringen.

Pflegemittel, die zu Okklusion der Haut führen, sind zu vermeiden, wie z.B. fette Salben und Pasten.

W/O-Präparate sind zu bevorzugen, da sie einen Schutzfilm auf der Haut bilden, ohne dass die körpereigene Feuchtigkeit verloren geht oder die Poren der Haut verschlossen werden.

Zinkpasten sind **nicht** zur Dekubitusprophylaxe geeignet, sie trocknen die Haut aus, verschließen die Poren der Haut. Die Paste bildet eine weißliche Abdeckung auf der Haut, die eine Inspektion dieser erschwert.

Literatur

- Pro Alter; Sonderdruck Mai 2002; „Do`s“ und „Don`ts“ in der Dekubitusprophylaxe Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe
- BIENSTEIN C., SCHRÖDER G., BRAUN M., NEANDER K.-D.: Dekubitus. DBfK Thieme Verlag. Stuttgart 1996
- KERN M.: Palliativpflege -Pflegeleitlinien Lagerung in der letzten Lebensphase. DGP Sektion Pflege. Bonn 10/2004