

Decubitus – gibt es Neues seit Florence Nightingale?

Wenn Florence Nightingale, Tochter aus wohlhabendem Haus und Begründerin einer der ersten Krankenpflege-Schulen der Geschichte in London, in den Jahren 1854 bis 1856 im Krim-Krieg ihre nächtliche Runden durch das ihr unterstellte Lazarett machte und dabei alle bewusstlosen oder bewegungsunfähigen Patienten neu lagerte und bettete, brauchte sie dafür etwa zwei Stunden. Ganz allein diese logistischen Gegebenheiten ließen sie das zweistündliche Umlagern zum Schutz vor Wundliegen zur Regel erheben – mir ist keine einzige wissenschaftliche Untersuchung bekannt, die diesen Standard der Florence Nightingale jemals überprüft hätte. Aber noch immer lernt jede Pflegefachperson das zweistündige Umlagern als sichere Decubitus-Prophylaxe.

Ein Decubitus ist ein Störfall

Ein Decubitus ist in jedem Fall eine Komplikation. Ein Störfall im gewohnten Ablauf medizinischer Versorgung. Dies mag der Grund sein, weshalb ihm im Bewusstsein von medizinischen Fachleuten, im Medizinstudium oder im Alltag der Pflegepersonen in Klinik und Heim noch immer eine äußerst marginale Bedeutung zukommt – ganz anders ist aber die medizinische Realität! Decubitus komplizieren und verlängern Spitalaufenthalte für die PatientInnen, binden Personal und teure Hilfsmittel, lassen DRG-Pauschalen unrentabel werden, schaden dem Ruf der Pflegeeinrichtung (Qualitätsmessung, Benchmarking) und haben zuletzt auch juristische Konsequenzen im Haftrecht. Gut zu sehen in Deutschland: nachdem das oberste Gericht in Karlsruhe vor Jahrzehnten den (während des Spitalaufenthaltes

entstandenen) Decubitus prinzipiell als Pflegefehler definiert hat, ist in vielen Statistiken die Prävalenz von Decubitus auf wundersame Weise eingebrochen ...

Gründe für Decubitus sind zahlreich, ihre Entstehung oft multifaktoriell. Anhaltender Druck über knöchernen Vorsprüngen wie Ferse, Sacrum oder Trochanter im bewegungslosen Liegen, über dem Coccyx (Steißbein) in halbsitzender Position (stark gehäuft als „Kollateralschaden“ z. B. bei der Atemtherapie bettlägeriger Intensiv-Patienten) oder über dem Sitzbein von Rollstuhlfahrern mit neurologischen Krankheiten (MS, Querschnittlähmung, amyotrophe Lateralsklerose ALS) sind die klassischen Mechanismen. Aber auch Scherkräfte, Reibung, feuchtes Mikroklima (v. a. bei Urininkontinenz, aber auch bei Fieber) leisten ihren Beitrag, und stets gilt: wer sich ungenügend bewegt, hat ein hohes Decubitus-Risiko. Sogenannte intrinsische Risiken sind alle internistischen Erkrankungen vorwiegend der geriatrischen Population, seien es Fieber, Malnutrition oder Anämie, Übergewicht, Diabetes, cardiale oder vaskuläre Begleiterkrankungen, Niereninsuffizienz mit renalen Ödemen, neurologische oder demenzielle Krankheiten. In einer immer älteren und zunehmend polymorbiden Population in Spitälern und Heimen wird der Decubitus – logischerweise – zur eigentlichen Volkskrankheit.

Decubitus

– „Unfall“ oder chronische Krankheit?

Wichtig scheint mir, die Genese des Decubitus differenziert zu betrachten. Ein Decubitus bei alten und oft polymorbiden Menschen mit reduzierter Mobilität und kognitiven Defiziten entspricht einer Art „Unfall“-Ereignis, wenn auch im Gegensatz zur klassischen Unfalldefinition nicht „plötzlich“ eingetreten. So ein einmaliges



Der Autor dieses Artikels, PD Dr. med. Roland de Roche aus Basel.

Schadenereignis wiederholt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht. Entsprechend sind Maßnahmen zur Abheilung, die ein minderwertiges Narbengewebe hinterlassen (NPWT, Spalthauttransplantat, Sekundärheilung), andererseits aufwändige Eingriffe umgehen, der Lebenssituation dieser Betroffenen meist korrekt angepasst.

Im Kontrast dazu steht der Decubitus bei neurologisch Erkrankten oder Querschnittgelähmten. Sensorische und motorische Ausfälle führen zu einer chronischen Gefährdung für Decubitus, die sich häufig wiederholen. Ein Rollstuhlfahrer wird durchschnittlich jedes 3. Jahr wegen eines Decubitus spitalbedürftig; ein Querschnittgelähmter im AHV-Alter sogar 1,2 mal im Jahr! Diese ausgeprägte Rezidiv-Tendenz zwingt zu einer sorgfältigen Planung der operativen Versorgung mit sog. Lappenplastiken, die (vor allem über den Sitzbeinen) gut belastbare Gewebe rekonstruieren und zudem garantieren, dass diese Gewebever-schiebungen im Falle eines Rezidivs wiederholt werden können. Diese chirurgisch-taktisch komplexe Planung und chirurgische Versorgung muss bei neurologisch Handicapier-ten prinzipiell im hochspezialisierten interprofessionellen Team eines Paraplegikerzentrums erfolgen. Im Krankengut des REHAB Basel waren inner-

halb eines Jahrzehnts 78 % der operationspflichtigen Decubitus bereits früher an gleicher Lokalisation mit einer Lappenplastik versorgt worden!

Pflege zwischen Nightingales Regel und modernen Technologien

An der letzten publizierten Prävalenzerhebung der Decubitus (2013) haben sich 187 Spitalstandorte in der Schweiz beteiligt, entsprechend 81,3 % der Akutspitäler. Allerdings gaben nur 73,8 % der PatientInnen ihr (mündliches) Einverständnis zur Prävalenzerhebung (im Gegensatz etwa zu den Niederlanden mit 94 %). Eine Analyse der Merkmale der Nicht-Teilnehmer ergab, dass es sich hier gehäuft um (ältere) Hochrisiko-PatientInnen handelte. Die tiefe Prävalenz für Decubitus von 4,6 % (internationaler Vergleich 5,0 bis 11,6 %) dürfte also teilweise dieser günstigen Selektion des Kollektivs geschuldet sein. Exakt die Hälfte der erfassten, während des Klinik-Aufenthaltes entstandenen Decubitus waren Grad I nach Seiler – also bei korrekter Entlastung rasch und vollständig reversibel –, ein Drittel dermal (Grad II) und etwa jeder 6. tief (Grad III oder IV).

Einer von 20 Patienten erleidet also während einer Hospitalisation im Akutspital, bei optimaler medizinischer Betreuung, einen Decubitus! Diese Zahl muss aufrütteln. Wie steht es wohl um entsprechende Zahlen in den Pflegeeinrichtungen mit einem wesentlich niedrigeren Personalschlüssel? Wie kann unter dem Spardruck vor allem in den Heimen, wo nachts oftmals die BewohnerInnen ganzer Stockwerke von einer einzigen Hilfspflegekraft betreut werden müssen, die Decubitus-Prophylaxe noch den Prinzipien Nightingales entsprechen?

Stets wenn Pflegepersonal kostbar und (zu) teuer wird, sucht sich die Medizin Hilfe bei der Technik. Es wurden druckent-

lastende Matratzen entwickelt zwischen Gel- oder Latexauflagen, kontinuierlich von Seite zu Seite umlagernden Betten (Turnsoft-Prinzip), einer Vielzahl verschiedener Luftkissen-Betten bis zum extrem teuren und wartungsintensiven „Sandbett“ (aufgewirbelter Sand aus Mikro-Glasfaserkugeln) und dem derzeit perfekten Entlastungssystem Dolphin®, das die Immersion des Körpers in eine Flüssigkeit simuliert und mit über 100 Messungen pro Sekunde automatisch an die Bewegungen adaptiert. Alle diese Systeme der Druckentlastung (bereits qualitativ gute Schaumaufgaben) haben zwar den Nachweis einer prophylaktischen Wirksamkeit erbracht. Auf den Verlauf eines einmal vorhandenen Decubitus allerdings scheinen sie keinen Einfluss zu haben. Zudem gibt es Beobachtungen, dass sich das Pflegepersonal auf eine höhere technische Sicherheit der Entlastungsmaßnahmen so sehr verlässt, dass Hautkontrollen und Umlagerungsmanöver weniger konsequent durchgeführt werden, mit der logischen Folge steigender Decubitus-Inzidenz ...

Der Gewebeschaden beim Decubitus entsteht als Funktion von Auflagedruck und Zeit. Neben entlastenden Systemen ist also auch die Überwachung der Motilität ein wichtiger prophylaktischer Ansatz: wie lange verharrt ein Schlafender bewegungslos in einer Position? Gesunde Schlafende lagern sich viermal stündlich, im Alter abnehmend häufig, aber mindestens einmal in zwei Stunden relevant um. Dies schützt Gesunde zuverlässig vor Decubitus. Anders beim kranken Geriatrie-Patienten. Die Kraft für relevante Positionsveränderung fehlt, im schlechtesten Fall ist er unruhig mit vielen kleinen irrelevanten Bewegungen im Bett, quälend für ihn und das Pflegepersonal, erhält dann gutmeinend ein

Schlafmedikament. In der Folge sinken die Eigenbewegungen für viele Stunden auf null, der Decubitus kommt im Schlaf. Hier setzt der Einsatz des Mobility Monitor® an: ein Messgerät unter der Matratze registriert die nächtlichen Bewegungen und alarmiert, wenn sich der Schlafende innert zwei Stunden nie gedreht hat. Nur diese Patienten müssen nachts gelagert werden; wer sich selber relevant umlagert, muss andererseits nicht aus dem Schlaf geweckt werden und nimmt damit auch den Pflegenden Arbeit ab. Das Monitorsystem wird zur Zeit in etwa 120 Institutionen in der Schweiz, davon ca. 100 in der Langzeitpflege, eingesetzt.

„Take home messages“

- Decubitus sind (oft vermeidbare) Komplikationen
- Ihre Entstehung ist multifaktoriell, primär abhängig von Auflagedruck und mobiler Liegezeit
- Prophylaktisch wirken nachweislich konsequente Weichteilbeobachtung und regelmäßiges Umlagern durch die Pflege
- Bei der Entstehung ist umgehende Entlastung die wichtigste therapeutische Handlung
- Decubitus bei Lähmungskrankheiten können nur im spezialisierten Zentrum fachgerecht betreut werden

Literatur

1. R. DE ROCHE (HRSG.): Störfall Decubitus. Handbuch zur gesundheitsökonomischen Bedeutung, Prävention, konservativen und chirurgischen Therapie. Verlag REHAB Basel 2012. Bezug: rehab@rehab.ch

PD Dr. med. Roland de Roche,
Leitender Arzt.

Fachbereich Plastische Chirurgie
REHAB Basel, Klinik für
Neurorehabilitation und
Paraplegiologie

WundD·A·CH Kongress 2017

St. Gallen, Schweiz
28. - 30. September 2017

www.wunddach-kongress-2017.org

WundD·A·CH

Zentrum Kinderhaut – eine neue Form der interprofessionellen Zusammenarbeit am Universitätskinderspital Zürich

Pädiatrische Patienten umfassen eine breite und heterogene Altersspanne vom Neugeborenen (inkl. Frühgeborenen) bis hin zum adoleszenten Jugendlichen im Alter von 16–18 Jahren. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Kinder in den meisten Fällen primär heilende Wunden aufweisen. Aufgrund des Wachstums des Kindes und der sich physiologisch verändernden Hautstruktur, insbesondere im Säuglings- und Jugendalter, muss die Wundversorgung und -behandlung immer entsprechend dem Alter, der Haut und den Gegebenheiten der betroffenen Körperstellen angepasst werden. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindesalter, müssen entsprechende Interventionen zur Wundversorgung eine weitere Traumatisierung der Haut verhindert werden. Wundaufgaben werden in der Regel von den Herstellern nicht bei Kindern und schon gar nicht in unterschiedlichen Altersgruppen getestet und Erfahrungen aus der Wundbehandlung bei erwachsenen Patienten werden oft unreflektiert auf Kinder übertragen. Kinder sind auch hinsichtlich der Wundheilung keine kleinen Erwachsenen und bedürfen einer auf die Bedürfnisse der pädiatrischen Patienten ausgerichteten qualifizierten Wundversorgung. Es zeigt sich, dass pädiatrische Patienten mit chronischen Krankheiten oder im Zusammenhang mit intensiven und lebenserhaltenden Behandlungen zu Wundheilungsstörungen oder chronischen Wundheilungen neigen. Diese erschwerten Wundheilungen bedürfen der Kompetenz eines multidisziplinären auf pädiatrische Wundbehandlungen spezialisierten



Die Autoren dieses Artikels: V.l.: Frau PD Dr. med. Lisa Weibel, Herr PD Dr. med. Clemens Schiestl und Frau Dr. Anna-Barbara Schlüer, alle aus Zürich.

Teams. Kindliche Hauterkrankungen und -verletzungen spielen sowohl in der Grundversorgung, in der dermatologischen Praxis als auch im pädiatrischen Klinikalltag eine wichtige Rolle. Das Spektrum der Krankheitsbilder ist dabei riesig und die korrekte Interpretation erfordert viel Erfahrung.

Am Kinderspital Zürich haben die Abteilungen Dermatologie, plastisch-rekonstruktive Chirurgie und brandverletzte Kinder und die Abteilung der Wund- und Hautpflegeberatung in enger Zusammenarbeit ein Versorgungsnetz auch für komplex erkrankte Patienten aufgebaut. Das neue Zentrum Kinderhaut umfasst nun diese drei Bereiche und bietet damit eine umfassende und interprofessionelle Versorgung für Kinder mit Hautdefekten, Hauterkrankungen oder Malformationen auf höchstem Niveau an. Das Zentrum wird gemeinsam von den drei Vertretern der Fachbereiche geleitet, dies sind namentlich PD. Dr. med. Lisa Weibel als Leiterin der Dermatologie, PD. Dr. med. Clemens Schiestl als Leiter des Zentrums für brandverletzte Kinder, plastische und rekonstruktive Chirurgie und von und Dr. Anna-Barbara Schlüer als Leiterin der Haut- und Wundberatung.

Anlässlich eines Symposiums am 2. Dezember 2016 unter dem Titel ‚Rund um die

Kinderhaut‘ in Zürich stellten die einzelnen Vertreter und Vertreterinnen der Fachbereiche das Spektrum und die Vielseitigkeit der Angebote des Zentrums dar. Das wissenschaftliche Programm illustrierte einerseits die Herausforderungen der universitären Versorgung schwer hautkranker Kinder und ihrer Familien. Andererseits wurde anhand zahlreicher Praxis-relevanter Inputreferate zu Themen wie infantile Hämangiome, Erstversorgung bei Verbrennungen, Hautpflege und topische Therapie bei Säuglingen/Kindern, Umgang mit kongenitalen Nävi, Knoten und Knötchen oder Lasertherapie bei Kindern das ganze Spektrum für die rund 240 Teilnehmenden hautnah präsentiert.

**Dr. Anna-Barbara Schlüer, PhD, ScN, RN, Vorstand SAFW, Leitende Ärztin, Haut- und Wundberatung
Universitäts-Kinderspital Zürich**

**PD Dr. med. Lisa Weibel
Leitende Ärztin Dermatologie
Universitäts-Kinderspital Zürich**

**PD Dr. med. Clemens Schiestl
Leitender Arzt Zentrum für
brandverletzte Kinder, Plastische und
Rekonstruktive Chirurgie
Universitäts-Kinderspital Zürich**

12^e Congrès SAFW-Romande: “L’Ulcère et sa face cachée”

Donnerstag, 18. Mai 2017
«Théâtre de Beausobre», Avenue de Vertou 2, 1110 Morges (VD)
Weitere Informationen finden Sie unter www.safw-romande.ch



Programm

07h45 - 08h45	Accueil et remise des documents
08h45 - 09h00	Bienvenue et introduction – Présidente et Vice-présidents. Dr Maria Iakova, Médecin Associé, CRR SUVACare (Vs), Dr Hubert Vuagnat, Médecin Chef du Centre Plaies et Cicatrisation, HUG (Ge) & Mme Lucie Charbonneau, Infirmière Spécialiste Clinique, CHUV (Vd)
09h00 - 09h40	« Mais qu'est-ce que cette lésion au siège? » Mme Lucie Charbonneau, Infirmière Spécialiste Clinique, CHUV (Vd)
09h40 - 10h20	Ulcère veineux et la contention – quoi de neuf ? Dre Maria Iakova, Médecin Associé, CRR SUVACare (Vs), Mme Claudia Lessert, Physiothérapeute avec expertise, Service d'Angiologie, CHUV (Vd)
10h20 - 10h50	Pause, visite des stands
10h50 - 11h30	Ulcère artériel – démarche diagnostique, traitements curatifs et apports palliatifs Dr Hubert Vuagnat, Médecin Chef du Centre Plaies et Cicatrisation, HUG (Ge), Mme Lucia Blal-Baumgartner, Infirmière spécialisée, Direction des Soins, HUG (Ge)
11h30 - 12h10	Neuromodulation et artériopathie Me Anne Smit, Infirmière antalgie et hypnopraticienne, Service Antalgie, EHC Morges (Vd)
12h10 - 13h30	Repas, visite des stands
13h30 - 14h10	Vous avez dit ‘Angiodermite nécrosante’ ?... Dr Michèle Depairon, Médecin Adjoint, Service d'Angiologie, CHUV (Vd)
14h10 - 14h50	« Qu'est-ce qui se cache derrière cet ulcère? » Diagnostics méconnus Dr Patrick Perrier, Dermatologue, Ceddec, Centre médical d'Epalinges (Vd)
14h50 - 15h20	Pause, visite des stands
15h20 - 16h00	Caisson hyperbare – prise en charge des ulcères de la théorie à la pratique Dr Rodrigue Pignel, Médecin Adjoint Responsable, M Denis Favre, Infirmier spécialisé, Programme de Médecine Hyperbare, HUG (Ge)
16h00 - 16h40	Ulcère au retour de voyage, un challenge ? Dr Caroline Lang, Service de Dermatologie, HUG (Ge)
16h40 - 17h00	Conclusion