

Prophylaxe & Therapie des Dekubitus – Umlagerung / Weichlagerung / Wechseldruck

Autor

DGKP Gerhard Kammerlander, Zertifizierter Wundmanager nach §64 GuKG, Geschäftsführung der Kammerlander Consulting Schweiz – des WFI – Wundmanagement Schweiz sowie des Wund Kompetenz Zentrums in Schönering bei Linz – A, Präsident der ARGE der zertifizierten Wundmanager-/innen nach §64 GuKG

Eine **große Anzahl von Weichlagerungs - und Wechseldruckhilfsmitteln** befinden sich heute auf dem Markt (mehr als 500 bekannte Artikel).

Grundsätzlich ist zu sagen, daß diese **Materialien die Weich- und Umlagerung zwar unterstützen**, damit den notwendigen Aufwand vermindern, aber keinesfalls **die Beobachtung und das individuelle Lagern** ersetzen.

Gerade wenn die **Lagerung über Wochen - Monate oder gar Jahre** zu gewährleisten ist, bleibt der **Umgang mit dem betroffenen Menschen sehr wichtig**. Deshalb ist, wann immer möglich, eine **Umlagerung auch aus psychologischen Gründen** immens wichtig, damit der Mensch einen anderen „**Blickwinkel**“ erhält und seine **mittelbare Umgebung** besser wahrnehmen kann.

Durch den Kontakt beim Drehen, Waschen und Bewegen wird auch menschliche Nähe vermittelt (**basale Stimulation**). Durch Bewegung (**Kinetik**) werden körpereigene Ressourcen unterstützt und die Chancen der bestmöglichen Erhaltung von Körperfunktionen erhöht.

Die **Kinästhetik** hilft dabei den Pflegenden, mit einigen Tricks den Patienten schonend und ohne übermäßige Kraftanstrengung zu bewegen.

Materialqualität und Weichlagerung

Es kursieren immer wieder die Begriffe Weichlagerung und Superweichlagerung. Die Begriffe sind nicht ganz klar getrennt. **Seiler** definiert z.B. Superweichlagerungsmatratzen mit einer **Eindruckshärte** von **20 kPa**. Dabei soll eine Reduktion des **Dekubitusrisikos um bis zu 80%** erzielt werden (Seiler).

In der Praxis wird in aller Regel der Begriff „superweich“ interpretiert unter der Maßgabe, überhaupt nicht mehr umlagern zu müssen. Nach der Definition von Seiler bleibt dies aber weiterhin nötig. Mitunter ist diese Umlagerung jedoch aufgrund des Erkrankungsbildes (z.B. instabile Wirbelsäulenverletzung, Polytraumen) nicht durchführbar.

In den folgenden Abschnitten wird bewußt unterteilt:

- **Weichlagerung = plus Umlagern**
- **Superweichlagerung = Umlagern nicht zwingend vorgeschrieben** (Mikrogaskugelbett alias Sandbett, Low - flow / -airloss Bettensysteme,...).

Zum Zweck der Lagerung zu Dekubitusprophylaxe bzw. -therapie kennen wir z.B.:

- **Luftsysteme** (Low flow air system / Low airloss system)
- **Gelkissen** (speziell für den Sitzbereich)
- **kinetische Therapieeinheiten** (speziell bei ARDS, Intensivbereich)
- **Mikroglaskugelsysteme** (Intensivbereich für Verbrennungen,...)
- **Schaumstoffe** (Corpoform, Tempur,...)
- **Schaumstoffe mit Fluid** (RIK,...)
- **Trockenpolymere** (speziell für den Sitzbereich)
- **Wassermatratzen** (alte Systeme – nicht mehr aktuell)
- **Wechseldrucksysteme** (Luftsysteme)
- **Weich- und Umlagerung** (kombinierte Systeme -> als Matratzen oder Bettensysteme)
- **Weichlagerung und kinetische Therapie** (kombinierte Systeme)
- ...

Die Weichlagerungsmittel sind per se „nur“ Hilfsmittel. Richtig eingesetzt, vermögen sie, Druckgeschwüre zu verhindern oder bereits entstandene wieder abheilen zu lassen. Wichtig ist dabei zu beachten, daß bei der Arbeit **ohne Weichlagerungsmatratzen** die **Umlagerungsintervalle viel häufiger** sind als mit Weichlagerungsmatratzen. Gute Matratzen bieten dabei **Auflagedruckwerte um 25mmHg oder tiefer**.

Wir finden heute genügend Anbieter auf dem Markt, welche, je nach Bedarf, solche Weichlagerungshilfsmittel anbieten (ARDO, Favocare, HNE, KCI,OBA, Sunmed, Tempur,...).

Die **Umlagerungsintervalle auf einer Normalmatratze (30°)** sollen etwa **2 – 4-stündlich** erfolgen (**Prophylaxe** ohne Dekubituszeichen).

Sie **müssen 1 - 2-stündlich** vorgenommen werden, wenn bereits **Dekubituszeichen sichtbar** sind. Dabei darf **niemals auf die Dekubitusstelle** gelagert werden.

Mit **Weichlagerungssystemen** kann das **Umlagerungsintervall** um etwa die **doppelte Zeitspanne** verlängert werden (je nach Wertigkeit und Technik des Systems).

Auch bei **sitzender Lagerung** sollen natürlich **Weichlagerungshilfsmittel** angewandt werden.

Felle sind dabei **keine Weichlagerungsmittel**. Sie bieten allenfalls **Weichheit, Wärme und Scheuerschutz bzw. Schlagschutz** (z.B. Fellstiefel, Fersenschoner,...).

Deshalb **sollten sie beim Einsatz von Weichlagerungssystemen (Weichlagerungsmatratzen etc.) nicht zusätzlich ins Bett** eingelegt werden.

Beim Dekubitus kommen nunmehr (sobald eine Wunde entstanden ist) auch die lokaltherapeutischen Maßnahmen zum Tragen.

Selbstverständlich soll auch in diesen Fällen mit anerkannten und bewährten, standardisierten Methoden vorgegangen werden. Strategisches Wundmanagement ist dabei gefordert (Wundheilung - K.M. Sedlarik - Gustav Fischer Verlag - 1993; Lokaltherapeutische Standards für Hautwunden - G. Kammerlander - Springer Verlag Wien - Dezember 1997).

Dekubitus und OP

Ca. **30% der Dekubitusfälle in chirurgischen Kliniken ereignen sich im Zusammenhang mit dem Aufenthalt des Patienten im OP** (Daten der PRINZ – Studie von 2001 aus Österreich bestätigen dies).

Speziell im OP-Bereich muß also die **Forderung nach OP-Tischauflagen** zur Druckentlastung deshalb intensiv gestellt werden.

Dekubitus und Kosten

Kostenberechnungen in Deutschland und Holland ergaben, daß eine frühzeitig eingeleitete

- **Dekubitusprophylaxe ca. 75 – 225 EURO (150- 450 DM) /Patient und Monat** kostet, hingegen eine
- **Therapiemaßnahme bei entstandenem Dekubitus ca. 750 – 2250 EURO (1500 - 4500 DM) /Patient und Monat** kostet.

Maklebust und Jo Ann aus Nordamerika berechneten 1987 bereits **Therapiekosten pro Dekubitus zwischen ca. 5500 EURO und 45000 EURO (5000 Dollar und 40.000 Dollar)** pro Patient und Behandlungszeitraum.

Seiler stellte auf seiner Dekubitus-CD (Ullstein und Mosby, Dekubitus, ISBN – 3-86126-807-8) von 1995 eine Beispielrechnung eines Grad IV-Dekubitus (nach Seiler) vor, wobei in einem Behandlungszeitraum von 10 Monaten von der Entstehung bis zur chirurgischen Sanierung unter Einrechnung prae-und postoperativer Zusatzkosten **Gesamtkosten in Höhe von ca. 42300 EURO (26.158 SFR)** entstehen.

Melcher et.al. dokumentierten bereits **1988**, daß die **mittlere Hospitalisationsdauer des Dekubituspatienten 46 Tage** beträgt, wobei Behandlungskosten **zwischen ca. 3900 EURO und 96000 EURO (3.400 Dollar und 86.000 Dollar)** entstehen.

Allman et.al. errechneten schon **1987** Dekubitusbehandlungskosten von schweren Dekubiti von mindestens **ca. 34000 EURO (30.000 Dollar)** pro Patient.

In den **USA** werden pro Jahr ca. **17.000 Prozesse** wegen Dekubitus geführt mit Kosten von **ca. 4,15 Millionen EURO (4 Millionen Dollar)**. Dies berichten Moss, Robert J. and La Puma und John in „The Ethics of Pressure Score Prevention and Treatment in the elderly; Journal of the American Geriatric Society, Vol. 39, Sep. 1991, pp. 906-908.

Die durchschnittlichen Operationskosten zusammen mit den notwendigen Hospitalisationstagen errechneten Vigil, Hefel von der Univ. Klinik in Innsbruck **mit 13148,66 EURO (180.929,51 ÖS)**.

Dies alles soll aufzeigen, daß die Prevention des Dekubitus unter allen Umständen oberste Priorität hat, um einerseits eine prinzipiellvermeidbare Schädigung des Patienten zu vermeiden, zum anderen um die horrenden Behandlungskosten zu dämpfen. Nicht zu vergessen, daß auch die Qualität einer medizinischen Institution unter anderem auch mit der Dekubitusanzahl von Patienten mitgemessen wird.

Im OP- Bereich (überall, wo länger als ca. 1h pro Eingriff operiert wird) eignen sich **besonders gut Trockenpolymerauflagen**, da diese **gut auf dem OP-Tisch aufliegen** (verrutschen nicht) und aus hygienischen Gründen gut **naß desinfizierbar** sind.

Möglichkeiten von zeitgemäßen Weichlagerungsartikeln auf **Trockenpolymerbasis** sind zum Beispiel **Oasis** von **Laborex**, **Reston** von **3M** und ganz neu eine **Kombination von Schaumstoff und Fluidkissen – RIK** von **KCI-Mediscus**.