

# "Dekubitusprophylaxe beginnt vor der OP!"

Sabine Rüdibusch Lehrkraft für Pflege Kinaesthetics Trainerin Stufe 2  
Pflegerische Leitung der Weiterbildungsstätte für Intensiv- und Anästhesiepflege am  
Plus- Hospital Georgstr. 12  
26121 Oldenburg

Nach vorsichtigen Schätzungen entwickeln in der Bundesrepublik Deutschland jährlich mehr als 400.000 Personen einen behandlungspflichtigen Dekubitus. Die unzureichende Datenlage lässt Berechnungen der dem Gesundheitssystem durch Dekubitus entstehenden Kosten kaum zu. Dekubitus geht- wenn überhaupt- in der Regel nur als untergeordneter Nebenfund in medizinisch- pflegerische Aufzeichnungen und gesundheitsökonomische Statistiken ein ( GBE 2003 ).

Differenziertere Angaben wurden und werden in Hamburg im Rahmen des Projektes „Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe„ der EQS (Externe Qualitätssicherung ) der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft erhoben. Hier finden sich in der stationären Versorgung in Hamburgs Akutkrankenhäusern zwischen 4,1 und 5,7 % der Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme. Die Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum ) von Dekubitalucera während des stationären Aufenthaltes liegt durchschnittlich bei 1,3 % (GBE 2003 ).

Das Risiko, einen Dekubitus während des stationären Aufenthaltes zu entwickeln, umfasst besonders intensiv auch die perioperative Phase. Die Frage, ob ein Dekubitus bereits im Operationssaal entstehen kann, muss eindeutig mit „JA„ beantwortet werden. Versluisen hatte eine 66 %-ige , Inzidenz von Dekubitalucera bei älteren Patienten . mit Oberschenkelfrakturen festgestellt. Die Druckbelastung an Ferse und Os sacrum über zwei Stunden führte teilweise zur Nekrosenentstehung bei anästhesierten und immobilen Patienten: Dabei wurden 32% der Ulcera zwischen dem OP- Tag und dem 3. Postoperativen Tag festgestellt, welches einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Operation und Dekubitusentwicklung darstellen kann ( vgl. Neander 1997 ).

Für die Evaluation kommt der Dokumentation in der perioperativen Phase ein großer Stellenwert zu: Die Inspektion des Hautzustandes bei der Einschleusung, die Operationsposition, die verwendeten druckreduzierenden Hilfsmittel und deren Positionierung sowie der Hautzustand bei der Ausschleusung des Patienten müssen, optimalerweise auf einem vorgefertigten Pflegebogen explizit dokumentiert werden. Bei der Verwendung von Positionsstandards muss lediglich die Abweichung von diesen dokumentiert und begründet werden.

Trotzdem gestaltet sich die Diagnosestellung der Dekubitusgenese im Operationssaal aus folgendem Grund als problematisch: Der von Shea als geschlossener Dekubitus beschrieben, meint, dass OP- bedingte Ulcera im Muskelgewebe über prominenten Knochen entstehen und somit primär an der Haut unsichtbar sind ( vgl. Neander 1997 ). Diese Druckgeschwüre, welche in der Tiefe entstehen und erst nach Tagen sichtbar werden, zeigen sich als blauschwarze Verfärbungen unter der intakten Haut. Ursache sind besonders Scherkräfte und Gewebsverschiebungen, welche vierfach so dekubitogen sind wie der senkrechte Druck.

Zu den originären Risikofaktoren des Aufenthaltes im OP wie elektrische, chemische, thermale, mechanische und operationsbedingte Ursachen müssen persönliche Faktoren des Patienten (z.B. Alter, Ernährungszustand, Vorerkrankungen ), anästhesiebedingte Faktoren ( Regionalanästhesie, Relaxierung ) sowie operationsbedingte Faktoren in die Risikoeinschätzung einbezogen werden (vgl. Kaufmann 2001).

Abschließend werden konkrete Operationspositionen und druckreduzierende Hilfsmittel beleuchtet. Es läßt sich feststellen, dass diese mit den operativen Anforderungen abgeglichen und auf Stabilität, Temperatur, Effizienz und Hygiene überprüft werden müssen (vgl. Neander 1997).

Eine angemessene Qualität der Dekubitusprophylaxe im OP erfordert die Kommunikation, Vernetzung und Dokumentation zwischen allen Bereichen, d.h. Anästhesie- und Operationsabteilung sowie den Normalstationen.

#### Literatur:

GBE ( Gesundheitsberichterstattung des Bundes ): Dekubitus Heft 12,

Berlin: RobertKoch- Institut ( Hrsg. ) 2003

Kaufmann, P.: Prozessstandards zur Dekubitusprophylaxe im OP 1. Teil.

Die Schwester / Der Pfleger 40, Heft 6 ( 2001 )

Neander, K.- D.: Risikofaktor Operationstisch: Dekubitus vorprogrammiert.

Die Schwester / Der Pfleger 36, Heft 1 ( 1997 )