

Bedeutung der Positionierung in der Wund- und Hautbehandlung nach NPUAP/EPUAP

C. Stork

... „Lagerung ist nicht alles, aber ohne Lagerung ist alles nichts“ ...

| Einleitung

Die Pflege und Versorgung von Dekubitus gefährdeten oder betroffenen Patienten stellt an die Pflegefachkräfte hohe Anforderungen. Sobald ein Mensch nicht in der Lage ist seine Körperposition selbständig zu ändern, erhöht sich das Dekubitusrisiko potentiell.

Als Grundregel für jede Position gilt: lang andauernde Immobilisation und punktuelle Druckeinwirkung auf das Hautgewebe und insbesondere auf Knochenvorsprünge sind zu vermeiden. Bei allen Personen mit Dekubitusrisiko oder einem Dekubitus sollten individuelle Positionsänderungen durchgeführt werden (s. Abb. 1), es sei denn, dies ist kontraindiziert (z. B. nach Operationen).

In den Aktualisierungen der Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, Pflege von chronischen Wunden, sowie der Internationalen Leitlinie der NPUAP/EPUAP zur Prävention und Behandlung von Dekubitus wird auf diese Thematik sehr viel ausführlicher eingegangen als in den Versionen davor. Da das Risiko für Druckgeschwüre gerade bei Patienten mit chronischen Wunden sehr hoch ist, stellt sich die Frage, wie diese unerwünschten Folgen vermieden werden können. Eine effektive Prophylaxe schließt ein durchdachtes Positionierungskonzept bei der „Lagerung“ der Patienten unbedingt mit ein. In der professionellen Pflege ist der Begriff „Lagerung“ veraltet. Aktuelle Literaturquellen verwenden daher den Begriff **Positionsveränderung** oder **Positionsunterstützung**, im Folgenden PUV genannt.

Definiert wird die PUV wie folgt: Die zielgerichtete Positionierung eines Pflegebedürftigen in einer möglichst physiologischen bestimmten Körperhaltung durch gezielte Unterstützung einzelner Körperabschnitte in bestimmten Positionen über kürzere (Minuten) bis längere (Stunden) Zeiträume. Einzubeziehen sind dabei die Förderung der Mobilität, bzw. die Analyse inwieweit der Betroffene eigenständig Positionsveränderungen vornehmen kann, die zu einer adäquaten Druckentlastung führen.

Für die systematische Umsetzung verwenden die Einrichtungen in der Regel Bewegungspläne. Doch die Praxis steht oft vor der Frage „welche Möglichkeiten gibt es zur Freilagerung von Körperabschnitten bzw. wie wird eine Druckverteilung gefährdeter Körperstellen erreicht?“ Einrichtungintern sind daher abgestimmte Konzepte zu der praktischen Umsetzung verbindlich fest zu legen.

Über die Autorin

Claudia Stork, Jahrgang 1966, arbeitet seit 2006 freiberuflich als Dozentin, Autorin und Fachexpertin im Bereich Kinästhetik, Bewegungen auf Therapiesystemen, Wund- und Dekubitusmanagement, Adipositas und Hilfsmittelversorgung. 20 Jahre prägte Sie als Leitung der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung und Qualitätsmanagementbeauftragten die Qualitätssicherung mit den Schwerpunkten Dokumentation im Dekubitus-Schmerz- und Wundmanagement in einer Klinik der Maximalversorgung.



| Bewegungs- und Positionierungsanforderungen

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos basiert auf vielen Faktoren. Die Erhebung des Mobilitätsgrades ist dabei ein zentraler Baustein. Bewertet wird die Fähigkeit zur Aktivität und Mobilität. Bei der Aktivität wird das Ausmaß, in dem sich der Betroffene von einem Ort zum anderen bewegen kann beurteilt.

- Unterstützungsbedarf von Gehhilfsmitteln oder dem Bedarf an personeller Unterstützung beim Gehen
- Unterstützungsbedarf beim Transfer, z. B. vom Bett in den Stuhl
- Unterstützungsbedarf im Rollstuhl oder anderen Hilfsmitteln bei der Fortbewegung im Raum

Die Mobilität beurteilt die Fähigkeit, inwieweit der Betroffene selbständig eine wirksame Positionsveränderung durchführen kann:



Abbildung 1
Schmerzarmer Positionswechsel.

- Einbeziehen des Allgemeinzustands und der Prognose
- Personeller Unterstützungsbedarf bei den Lagewechseln im Bett
- Kaum oder keine Kontrolle über die Körperposition im Sitzen oder Liegen
- Unfähigkeit selbständig kleine Positionsveränderungen (Mikrobewegungen) im Liegen oder Sitzen vorzunehmen
- Länger dauernde Operationen und daraus resultierende Lagerungsvorgaben (Ruhigstellung)

Neben der Festlegung der Positionierungsstrategie erfolgt die Bewertung der Möglichkeiten zur Auswahl Druckverteilender oder Druckentlastender Hilfsmittel (Matratze/Auflagesystem/Positionierungshilfen, z. B. Abb. 2, 3). Umgebungsfaktoren beeinflussen dabei die Aktivität und deren Ausgestaltung.

Wir analysieren daher fördernde oder behindernde Rahmenbedingungen für Bewegung, damit eine Aktivität sicher und möglichst einfach wird. Gleichzeitig sollen die Fähigkeiten der hilfsbedürftigen Person individuell unterstützt werden.

Eine reguläre Positionsänderung ist bei einigen Personen aufgrund ihres medizinischen Zustandes unmöglich und eine alternative Präventionsstrategie, wie zum Beispiel das zur Verfügung stellen einer besonders hochwertigen Matratze oder Bettes müssen in den Einrichtungen verfügbar sein.

| Aspekte einer guten Positionsunterstützung

1. Erstellung eines individuellen Bewegungsplans unter Berücksichtigung der Patientenorientierung

- Schlaf- und Liegegewohnheiten
- der Gewebetoleranz
- des Ausmaßes an Aktivität und Mobilität
- des allgemeinen medizinischen Zustands
- der allgemeinen Behandlungsziele
- des Hautzustandes und
- des Wohlbefindens des Betroffenen

2. Förderung der Selbständigkeit

- Beweglichkeit erhalten und fördern
- Patienten nicht durch zu viel Lagerungsmaterial (Kissen) in seinen Bewegungsfähigkeiten einschränken
- Positionierung auch in der Aktivierungsphase berücksichtigen



Abbildung 2
Varianten der Fersenfreilagerung.

3. Vergrößerung der Auflagefläche

- Positionen und Hilfsmittel die eine Vergrößerung der Auflagefläche und gleichzeitig eine effektive Freilagerung (s. Abb. 2) der gefährdeten Dispositionsstellen gewährleisten einsetzen
- Bei der Auswahl einer bestimmten Position für die Person ist die Bewertung wichtig, ob der Druck tatsächlich vermindert oder neu verteilt wird
- Druckverteilende und -entlastende Matratzensysteme sind abhängig von dem Risiko und dem individuellen Unterstützungsbedarf einzusetzen

4. Vermeidung von Reibe- und Scherkräften

- Haut- und Gewebeschonung werden durch Positionen und Hilfsmittel erreicht, die verstärkte Druck- oder Scherkräfteinwirkung an anderer Stelle vermeiden
- Das Ziehen über eine Unterlage ist zu unterlassen, vielmehr sind geeignete Hilfsmittel zu verwenden, die ein Anheben des Patienten beim horizontalen Positionswechsel ermöglichen (Tragetuch)

5. Körperorientierung erfahren

- Fähigkeit sich am eigenen Körper zu orientieren gewährleisten/fördern
- Gefahr bei der Weichlagerung: Verlust der Körperwahrnehmung
- Veränderung des Körperschemas

6. Körperschema erhalten

- Neuropsychologische Korrelation der Wahrnehmung vom realen Körper mit der Vorstellung vom eigenen Körper bleibt im Einklang

7. Evaluation

- Regelmäßige Bewertung des Hautzustands und das allgemeine Wohlbefinden
- Wirksamkeit der Maßnahmen mittels Hautbeobachtung und Fingertest prüfen und zeitnah, eindeutig und präzise dokumentieren

8. Anpassen des Bewegungsplans

- Treten Veränderungen beim Hautzustand auf, muss geprüft werden ob und wie die eingesetzten Hilfsmittel angepasst und die Positionswechsel erhöht werden können



Abbildung 3
Verbandwechsel mit Funktionskeil.

| Grundsätze der Positionsänderungen

Positionsänderungen sind so durchzuführen, dass Druck vermindert oder neu verteilt wird. Ein nicht wegdrückbares Erythem auf Knochenvorsprüngen ist ein Hinweis auf die frühen Anzeichen eines Dekubitus. Eine Freilagerung des Areals ist erforderlich, da der Druck und/oder die Scherkräfte die Blutzufuhr zur Haut blockieren und zu einem schwereren Dekubitus führen kann.

Positionsunterstützung im Bett:

Zu verwenden ist die 30–40° Seitenlagerung (s. Abb. 4, abwechselnd rechte Seite, Rücken, linke Seite) oder die Bauchlage, wenn der Betroffene dies toleriert und der medizinische Zustand es erlaubt. Angehörige und Betroffene sind anzuleiten selbst umzulagern, sofern keine Kontraindikation vorliegt. Kontraindiziert sind gemäß Expertenstandard Körperhaltungen, die den Druck verstärken könnten, wie zum Beispiel die 90°-Seitenlage oder die halb liegende Position.

Die Neigung des Kopfteils des Bettes ist bei einer bettlägerigen Person auf 30° zu beschränken. Ausgenommen ist dies bei der Nahrungszufuhr oder Ausscheidung. Hier lässt sich eine krumme Haltung, die Druck oder Scherkräfte auf das Sacrum und das Steißbein ausüben mittels kleiner Unterstützung (z.B. gerolltes Handtuch) im Bereich des linken und rechten Schulterblattes vermeiden.

Positionsunterstützung im Sitzen berücksichtigt:

- Stabile Sitzposition zur Unterstützung von Aktivitäten
- Leichte Neigung der Sitzfläche nach vorne zur Entlastung des Gesäßes
- Anpassen der Armlehne und geeignete Unterstützung der Füße mittels Fußstütze oder Fußschemel, um eine physiologische Position einzunehmen, die Mikrobewegungen fördert und den Druck verteilt. Bei verkürzten Kniesehnen sind erhöhende Beinstützen zu unterlassen
- Bei immobilen Personen ist die Sitzdauer zu beschränken und das Gesäß auf Druckstellen engmaschig zu kontrollieren
- Immobile und gelähmte Betroffene sind mit einem druckverteilendem Sitzkissen zu versorgen (Abb. 5)



Abbildung 4
30–40 Grad Seitenlagerung.

| Festlegung der primären Zielsetzung

Nicht immer steht die Dekubitusprophylaxe an erster Stelle. Vielmehr befindet sich die Pflegefachkraft im Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichsten Anforderungen und muß entscheiden, welche Form der Positionierung erforderlich ist, um das primär festgelegte Ziel zu erreichen.

Schmerzlinderung:

- Art des Schmerzes/Ursache
- Ruhe/Belastungsschmerz
- Schmerzintensität
- Schmerzdauer

Wundbehandlung:

In der Wundbehandlung gelten folgende Grundsätze:

- Keine punktuellen Drücke auf das Wundgebiet
- Freilagerung vor Weichlagerung

Druck verringert die Durchblutung zum verletztem Gewebe. Der Druck verhält sich dabei umgekehrt proportional zur Fläche, d.h. auf eine kleine Fläche wirkt bei gleichem Krafteinsatz ein höherer Druck ein als auf eine größere Fläche. Andauernder Druck verzögert die Heilung und kann eine zusätzliche Verschlechterung verursachen. Moderne Positionierungshilfen verwenden viskoelastischen Schaumstoff, der sich der Körperform anpasst und so zu einer Vergrößerung der Auflagefläche und eine effektive Druckverteilung im Wundgebiet führt. Die gleichmäßige Verteilung des Auflagedrucks entlastet den Körper in jeder Position ideal und es kommt zur Verbesserung des Schmerzempfindens.

Atemtherapeutische Positionsunterstützung:

Die Erhöhung des Kopfteils des Bettes kann medizinisch notwendig sein, um die Atmung zu erleichtern und/oder eine Aspiration und eine beatmungsassoziierte Pneumonie zu verhindern. Die Oberkörperhochlagerung führt zur Abnahme des intrathorakalen Blutvolumens. Es kommt zum verminderten Rückfluss venösen Blutes aus den unteren Extremitäten und den Bauchorganen über die Vena cava inferior. Zusätzlich kommt es zu einer



Abbildung 5
Einen physiologische Positionierung des Stumpfes verhindert Ödembildung.

Verschiebung des Zwerchfells nach unten, der Druck der Abdominalorgane nimmt ab und die Ventilation der Lunge wird verbessert.

Vorbeugen:

- Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe
- Aspirationsprophylaxe
- VATI-Positionen
- die Drehdehnlage, Halbmondlage, Kutschersitz
- Zur Sekretlockerung Mobilisation der Drainage, (z.B. Quincke-Hängelage)
- Bauchlage

Bei Personen, die in die Bauchlage gebracht werden, besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Dekubitus im Gesicht, Brustbein, Becken, Knie und am Fußrücken.

Ergebnisse

Anforderungen an Hilfsmittel von heute:

- ✓ benutzerfreundlich, geräuscharm, gute Kombinationseigenschaften, einfach zu handhaben
- ✓ hautfreundlich, druckentlastend, bequem
- ✓ Feuchtigkeit ableiten und Luftzirkulation gewährleisten, Atmungsaktiver Bezug
- ✓ hygienische Anforderungen – desinfizierbar
- ✓ Wirtschaftlichkeit, günstige Anschaffungspreise
- ✓ Lange Lebensdauer, einfache Entsorgung

| Schlussfolgerung

Menschen bei alltäglichen Aktivitäten wie Essen, Aufstehen oder Waschen so zu unterstützen, dass sie ihre Bewegungsmöglichkeiten so weit wie möglich ausschöpfen und ihre Bewegungskompetenz erhalten und erweitern können, ist das Ziel Pflegenden. Durch diese Unterstützung können pflegebedürftige Menschen mehr Eigenaktivität entfalten und bleiben länger mobil.

Seit Veröffentlichung des Entwurfs des Expertenstandards „Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege“ [2] ist der Einsatz und die Umsetzung der Bewegungskonzepte wieder mehr in das Bewusstsein der Pflegenden gerückt. Die Mobilisierung und Bewegungsförderung und Positionierung von Pflegebedürftigen ist elementar. Sie bildet zum einen die Basis aller prophylaktischen Maßnahmen wie Dekubitus, Pneumonie und Thrombose.

Noch immer werden Hilfsmittel eingesetzt, die nach neuestem wissenschaftlichen Stand weder eine Wunde aktiv unterstützen noch zur Vermeidung von Dekubitalulzera geeignet sind. Ihre Kontraindikationen sind wissenschaftlich belegt und finden sich sowohl im Expertenstandard chronische Wunden als auch in dem zur Dekubitusprophylaxe. Dazu gehören Lagerungsringe, Felle, Watteverbände, Wassermatratzen, Wasserhandschuhe, Hydrokolloidpflaster, synthetische Schaffelle.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung muss in der Dekubitusprophylaxe und Behandlung von Wunden mit Belastungen für das Gesundheitssystem in Milliardenhöhe gerechnet werden. Die Hälfte dieser Kosten könnte durch standardisierte Prophylaxe und optimierte Therapien eingespart werden. Vorausgesetzt, die Mitarbeiter sind proaktiv in die Umsetzung eingebunden:

- Das Angebot an Hilfsmitteln muss bekannt sein
- Zum Einsatz und Wirkweise der Hilfsmittel muss fachliches Know-how bestehen
- Auswahl geeigneter Hilfsmittel und Matratzen erfolgt durch Fachpersonal
- Regelmäßige Schulungen von Bewegungskonzepten
- Rückenschonendes Bewegen von Patienten durch Kinästhetik, Bobath, etc..

Leitlinien zur Positionierung helfen, eine strukturierte und professionelle Prophylaxe zu betreiben und Kosten nachhaltig zu reduzieren.

| Interessenkonflikt

Claudia Stork ist als externe Beraterin bei der Firma Wulff Med Tec GmbH für die konzeptionelle Entwicklung und Schulung viskoelastischer Positionierungshilfen verantwortlich.

| Quellen und weiterführende Literatur

1. ASMUSSEN M: Praxishandbuch Kinaesthetics. 1.Auflage. Urban & Fischer Verlag München 2006.
2. DAMMSHÄUSER B: Pflegewissen Mobilisation. 1. Auflage. Urban & Fischer Verlag München 2014.
3. DNQP – DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück, Osnabrück 2010.
4. DNQP – DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: Konsultationsfassung Zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe In Der Pflege. 2. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück, Osnabrück 2017.
5. DNQP – DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: Expertenstandard Pflege Von Menschen Mit Chronischen Wunden. 1. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück, Osnabrück 2015.
6. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE: Prävention Und Behandlung Von Dekubitus: Kurzfassung Der Leitlinie. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
7. SCHRÖDER G, KOTTNER J (HRSG.): Dekubitus Und Dekubitusprophylaxe. Verlag Hans Huber, Bern 2012.

CLAUDIA STORK

SCHILLERSTR. 21, 67256 WEISENHEIM AM SAND

E-MAIL: QM-CSTORK@T-ONLINE.DE.

IMPRIMATUR

Hiermit erkläre ich die anliegenden Druckfahnen, nach Ausführung der angegebenen Korrekturen, für druckreif. Mit der Veröffentlichung geht das Copyright auf den mhp-Verlag über. Das schließt auch die Nutzung der druckfreien pdf-Dateien im Online-Bereich der Zeitschrift „Wundmanagement“ ein

Ort, Datum

Unterschrift

mhp-verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46, D-65205 Wiesbaden
Tel.: ++49 (0)611 50593-35, Fax.: -79
E-Mail: wm@mhp-verlag.de