

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Inhaltsverzeichnis

- I. Autorenregister**
- II. Stichwortregister**
- III. Rubriken**
- IV. Namenregister**

88. Jahrgang

II (1991)

Hefte 27 — 51/52

Ausgabe C

seite eins

BAT-Ost:
Verbesserung mit Schattenseiten 1849

Gesetzgebung:
Alles in den Mixer 1849

AKTUELLE POLITIK

Krankenhäuser unter Druck 1859
Zweistellige Pflegesatz- und Budget-
abschlüsse für 1992 prognostiziert
Dr. rer. pol. Harald Clade

Nachrichten

Aus Bund und Ländern: Fallpauschalen: Jetzt vier Modell-Kliniken – Neue Geriatriische Abteilung eröffnet – Ärztinnenbund für Einführung von RU 486 – Ausgewählte Indikatoren der stationären Behandlung – Ehren-Titel „Medizinalrat“ – Das Interesse am Medizinstudium nimmt wieder zu – Gruppentherapeuten fordern Psychotherapiegesetz – Eröffnung eines Sozialpädiatrischen Zentrums – Gesetzliche Krankenversicherung: Krankenstand – Ausland: EG: Medikamente für Albanien im Wert von drei Millionen DM – 170 000 Kinder im Irak sterben noch 1992 an Kriegsfolgen 1861

KBV-Aktion „Check ab 35“

Schwarzbrot und Pellkartoffeln 1863
Förderung der Lebensqualität
Gisela Klinkhammer

Zum Titelbild: Das Ernährungsverhalten stand im Vordergrund der Großveranstaltung in der Dortmunder Westfalenhalle am 11. September, mit der die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Aktion „Check ab 35“ eröffnete. – Foto: Dirk Hoppe, Fotoagentur Netzhaut, Bochum.

THEMEN DER ZEIT

Ernährungsmedizin

Eine Analyse der
„Nationalen Verzehrsstudie“ 1864
Priv.-Doz. Dr. Dr. Günter Ollenschläger

Ernährungsmedizin

Herausforderung und Chance 1868
Prof. Dr. med. Peter Schauder

INHALT

40

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgeber:
Bundesärztekammer und
Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Redaktion: Herbert-Lewin-Straße 5,
5000 Köln 41 (Lindenthal) · Telefon 0221-40040

Prävention: Mehr Freude am Leben



Ohne erhobenen Zeigefinger werben die Broschüren (hier eines der Motive) der KBV-Aktion „Check ab 35“ für eine Stärkung des Präventionsgedankens. **Seite 1863**

Fernsehkritik 1869

Arzneikosten-Entwicklung:
Bloße Quartalsvergleiche
führen in die Irre 1870

Voreilige Kritik an den
Kassenärzten geht an den
wirklichen Ursachen vorbei

Kerstin Kamke, PhD
Dr. med. Klaus-Dieter Kossow
Dr. med. Lothar Krimmel

Tagungsbericht

Versorgungsforschung:
Wandel in den neuen Ländern
analysiert 1872

Sabine Dauth

DIE ÜBERSICHT

Blutentnahme und Probentransport
Wichtige präanalytische
Teilschritte zum Laborbefund 1873
Prof. Dr. med. Lothar Thomas

ZUR FORTBILDUNG

Der Dekubitus
Ursachen, Therapie, Prophylaxe
– forensische Aspekte 1878

Dr. med. habil. Günther T. Werner
Prof. Dr. med. Wolfgang Eisenmenger
Dr. med. Michael Gadowski
Dr. med. Goetz Goede
Dr. med. Guido Henckel von Donnersmarck
Dr. med. Andreas Schmidt

Kurzbericht

Früherkennung von Darmkrebs 1882
Dr. med. Reinhard Gnauck

Kongreßbericht

„Kunst und Psychoanalyse“ 1885
Dipl.-Psych. Reinhold Hocke

Für Sie referiert

Obstipationsbehandlung
alter Menschen 1887

Epidemiologie von *H. pylori*
bei asymptomatischen Personen 1889

Diskussion

Die Bedeutung der Arteria mammaria
interna als Bypassgefäß 1888

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Lüdinghausen
Dr. med. Alexander Wahba,
PD Dr. med. Joachim Dörrler
Schlußwort: Prof. Dr. med. Wolfgang Bircks

MEDICA 91 plus BIOTEC Düsseldorf Medizinischer Technologietransfer

In zunehmendem Maße werden neue, wichtige Erkenntnisse aus allen medizinischen Bereichen gewonnen, Technologien weiterentwickelt und verbessert. Die **wichtigste Fachmesse** dafür ist die **MEDICA plus BIOTEC in Düsseldorf** vom 20. bis 23. November 1991, weil sie das ganze Spektrum abdeckt. Über 1.250 Aussteller aus 30 Ländern präsentieren auf über **47.000 qm Ausstellungsfläche folgende Angebotsschwerpunkte:**

Medizintechnik, Elektromedizin, Labortechnik, Bio- und Gentechnologie, konventionelle und biotechnische Pharmazeutik, medizinische Bedarfsartikel, Praxis- und Organisationshilfen, computergestützte Diagnostik und Informationsverarbeitung. Die Angebotsvielfalt wird ergänzt durch das Business Center – wichtig insbesondere für den Fachhandel, Aussteller-Seminare, den Ärzte-Club, die Medienstraße und den praxisorientierten wissenschaftlichen Kongreß.

NEU: Parallel dazu MEDICAL DESIGN & MANUFACTURING EUROPE – Fachmesse und Kongreß für medizintechnische Zulieferprodukte.

Holen Sie sich Ihren Wissensvorsprung. Fordern Sie jetzt weitere Informationen ab:

Fortsetzung von Seite C-1851

BEKANNTMACHUNGEN

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die KBV informiert: Hinweise zur Handhabung der neuen PTV-Formulare PTV 2b, PT 3, PT 3 (K) und VT 3 – Änderung der Psychotherapie-Richtlinien **1890**

Bundesärztekammer

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft/Durchsicht des Ärztemutsterbestandes **1890**

Personalia **1891**

LESERDIENST

Wirtschaft

Vor- und Nachteile von Leasing in der Praxis – Börsebius: Heiße Kiste/Boss-Aktie im Zwielficht **1893**

Buchbesprechungen **1895**

Post scriptum

Fröhliches Krankenhaus **1896**

VORNE IM HEFT

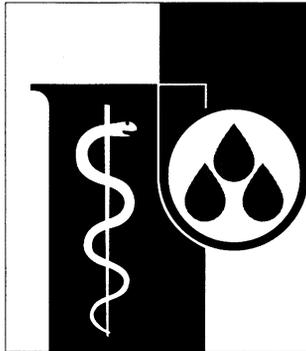
Leserbriefe

Ignoranz: Haftungsfrage klären – Erhöhung der Verkehrssicherheit – Berufsmusiker: Bioprothetischer Klappenersatz – Berufswelt: Kritik ohne Konsequenz – Lourdes: Weitere Auskünfte – Werbung: Keine Geschmacklosigkeit – Forschungspolitik: Staatliche Forschungspolitik überfordert – Lebensinteresse: Falscher Titel – Rechtsanspruch: Fakten vernachlässigt – Auseinandersetzung erforderlich **1854**

Kongreß aktuell

Zum Ärztekongreß nach Wien: 45. Österreichischer Ärztekongreß – Van-Swieten-Tagung vom 24. bis 26. Oktober **1858**

MEDICA[®] 91 PLUS BIOTEC



23. Internationale Fachmesse und Kongreß
23rd International Trade Fair and Congress
Diagnostica
Therapeutica
Technica
Informatica
Biotechnica
Juristica

DÜSSELDORF 20.-23.11.91

Ich bin an der MEDICA 91 plus BIOTEC interessiert:

- Fachmesse Kongreß (nur deutsch) Ärzte-Club
 Business Center Medienstraße Aussteller-Seminare

Ich bin an der MEDICAL DESIGN & MANUFACTURING EUROPE interessiert:

- als Aussteller als Besucher am Kongreß

Name, Vorname _____

Firma _____

Straße _____

PLZ, Ort, Land _____

Düsseldorfer Messegesellschaft mbH – NOWEA – MEDICA 91 plus BIOTEC
Postfach 32 02 03 · D-4000 Düsseldorf 30

Messe Düsseldorf
Basis for Business

Der Dekubitus

Ursachen, Therapie und Prophylaxe – forensische Aspekte

Günther T. Werner, Wolfgang Eisenmenger,
Michael Gadomski, Goetz Goede,
Guido Henckel von Donnersmarck und Andreas Schmidt

Trotz des Fortschrittes von Medizin und Technik wird der Dekubitus in Klinik und Praxis noch häufig beobachtet (*Abbildung 1*). Da immer mehr schwerkranke und schwerverletzte Patienten überleben und zunehmend ältere Menschen klinisch behandelt werden müssen, ist nicht mit einer Abnahme der Druckgeschwüre zu rechnen. Publikationen aus England, Dänemark, Kanada, Schweden, Südafrika und den USA berichten über Dekubitalulzera bei ein bis elf Prozent aller Patienten, die hospitalisiert werden mußten (1, 2, 3, 7, 18, 24).

Am Kantonsspital Basel fanden sich unter 2794 chirurgischen Patienten beim Klinikeintritt 21 (0,8 Prozent) Dekubitalulzera; während des Klinikaufenthaltes entstanden 73 (2,6 Prozent). Im Krankengut der geriatrischen Abteilung betrug die Frequenz des Dekubitus im Jahre 1977 15,5 Prozent. Im Lauf der Jahre danach ließ sich diese Zahl auf 1,9 Prozent verringern (17). Während statistische Angaben spärlich sind, lassen sich die Therapiekosten genauer beziffern. Zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1989 wurden im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen 77 Patienten mit Dekubitalulzera der Stadien III und IV zur Behandlung eingewiesen. Die Kosten für Pflege, Operationen, Ausgaben für Hilfsmittel und Spezialbetten etc. betrugen annähernd zwei Millionen DM, also etwa 26 000 DM pro Fall. Ähnliche Zahlen werden in der Literatur mitgeteilt (2, 12).

Ein Dekubitus ist die Folge einer ischämischen Nekrose aufgrund einer Druckbelastung. Es werden überwiegend Patienten mit schweren Grundkrankheiten und ältere Menschen davon betroffen. Die finanzielle Belastung für das Gesundheitswesen durch den Dekubitus erreicht eine enorme Höhe. Grundlage jeder Therapie und Prophylaxe ist es, die betroffenen und gefährdeten Stellen vom Druck zu entlasten. Verschiedene Hilfsmittel und Spezialbetten sind unterstützende Maßnahmen; sie ersetzen die optimale pflegerische und ärztliche Betreuung keineswegs. Dekubitalulzera der Stadien III und IV müssen chirurgisch behandelt werden. Zwei Grundsatzurteile des Bundesgerichtshofes zeigen, daß auch der Dekubitus als iatrogen Schaden rechtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Entstehung eines Dekubitus

Der Dekubitus ist eine ischämische Nekrose der Haut und/oder der darunterliegenden Gewebe infolge einer Druckbelastung. Neben dem Druck auf die Haut mit nachfolgender Störung der Mikrozirkulation sind die Reibung sowie die Feuchtigkeit entscheidende ursächliche Faktoren. Der Kapillardruck in der Haut liegt zwischen 20 bis 40 mmHg. Vorübergehend vermag die menschliche

Haut außerordentliche Druckbelastungen zu ertragen. Der gesunde Mensch wechselt im Sitzen wie beim Liegen und auch während des Schlafes ständig seine Position und entlastet damit die verschiedenen Hautpartien. Damit läßt der Druck sofort nach, und es erfolgt eine massive, reaktive Hyperämie. Je immobilere ein Patient ist, desto länger und anhaltender wird die Haut an gleicher Stelle belastet. In Rückenlage ist dies die Haut über dem Os sacrum, dem Hinterhaupt, den Schulterblättern, den Dornfortsätzen der Brustwirbelsäule, den Trochanteren sowie den Fersen, ferner den Ellenbogen, Knöcheln und dem Fibulaköpfchen. Zusätzlich zum Druck schädigt die Reibung die Haut. Schwerkraft wirken auch auf die darunterliegenden Gewebe ein, und es droht eine Ischämie der Arteriolen. Eine hohe Feuchtigkeit macht die Haut für mechanische Schädigungen anfälliger; die Reibungskräfte werden durch die Feuchtigkeit verstärkt (8, 9).

Weitere begünstigende Faktoren für einen Dekubitus sind vorbestehende Durchblutungsstörungen, Sensibilitätsstörungen, besonders im Gefolge von Querschnittsläsionen

Abteilung Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation (Chefarzt: Dr. med. Michael Gadomski),
Abteilung für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie (Chefarzt: Prof. Dr. med. W. Mühlbauer),
Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen;

Institut für Rechtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Eisenmenger),
Ludwig-Maximilians-Universität München

und anderen neurologischen Erkrankungen, eine schwere Grundkrankheit mit Eiweißmangel, Anämie, Exsikkose und insbesondere die Kachexie (vergleiche *Abbildung 3*). Ein magerer Patient ist eher dekubitusgefährdet als ein Patient mit viel Unterhautfettgewebe und Muskulatur (15).

Das klinische Bild läßt beim Dekubitus mehrere Stadien unterscheiden. Stadium I bezeichnet eine umschriebene Hautrötung, die sich nicht mehr wegdrücken läßt. Die Haut ist äußerlich noch intakt. Vom

Abbildung 1: 40-jähriger Paraplegiker mit multiplem Dekubitus des Stadiums III

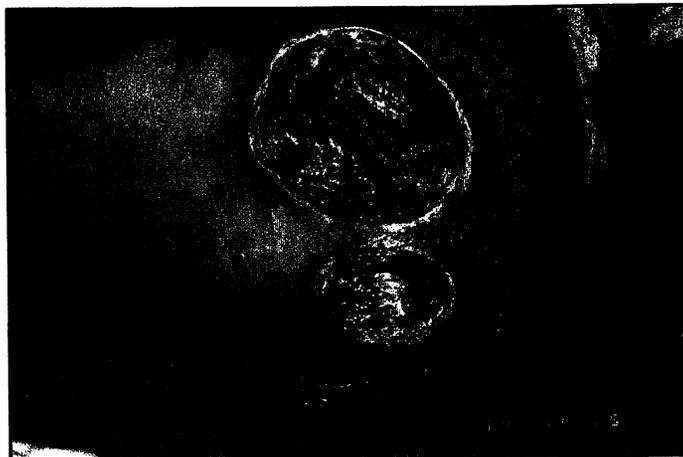


Abbildung 2: In drei Operationen wurden alle Druckgeschwüre saniert. Zweimal wurde der Defekt durch muskulokutane lokale Lappen gedeckt, einmal durch einen fasciokutanen Verschiebeschwenklappen

Stadium II spricht man, wenn es zum Hautdefekt gekommen ist und das Subkutangewebe frei liegt. Stadium III weist auf einen bis auf das Periost reichenden Defekt hin; Cutis, Subkutangewebe, Sehnen, Muskeln und Bänder sind angegriffen. Vom Stadium IV spricht man, wenn auch der Knochen von dem ulzerierenden Prozeß betroffen ist. Es droht eine chronische Osteomyelitis; ohne chirurgisches Eingreifen heilt dieser Prozeß nicht mehr ab (28). Im Stadium III und IV drohen septische Komplikationen.

Therapie des Dekubitus

Grundlage jeder Dekubitusbehandlung ist es, die betroffenen und gefährdeten Stellen vom Druck zu entlasten. Dadurch werden die komprimierten Arteriolen und Kapillaren wieder eröffnet. Perkutane Sauerstoffmessungen zeigen, daß die Durchblutung sofort wieder ansteigt (24). Häufiges Umlagern der Patienten,

mindestens alle zwei bis drei Stunden, ist unumgänglich. Beim Dekubitus im Sakralbereich ist eine Schräglage von 30° links beziehungsweise rechts optimal. Es ist davon abzuraten, einen Patienten ganz auf die Seite zu lagern. Hier entsteht ein vermehrter Druck auf die Trochanteren, die nur wenig durch Unterhautfettgewebe geschützt sind, der Patient wird erneut gefährdet (26). Gelähmte Rollstuhlfahrer müssen sich mit den Händen alle 10 bis 20 Minuten kurz hochstützen, um das Gesäß zu entlasten.

Eine optimale hygienische Versorgung und Hautpflege sind ebenso selbstverständlich wie eine Korrektur von Anämien, Eiweißverlusten oder Flüssigkeitsmangel. Nekrosen müssen exzidiert werden; eitrig und fibrinöse Beläge lassen sich mit proteolytischen Enzymen (zum Beispiel Varidase®, Iruxol®) beseitigen. Diese Behandlung muß mit desinfizierenden Maßnahmen kombiniert werden, zum Beispiel Povidon-Jod (Bettaisodona®). Wunddesinfizientien

stellen keine sterilen Verhältnisse her. Sie können jedoch die bakterielle Wundbesiedlung niederhalten. Desinfizientien dürfen nur begrenzte Zeit verwendet werden, da sie ihrerseits die Wundheilung beeinträchtigen können.

Die Lokalthherapie kann durch Kohlensäurebäder, eine alteingeführte, bewährte Maßnahme der Physikalischen Therapie, unterstützt werden. Sie fördern die Wundheilung, verbessern die Hautdurchblutung und damit die Heilungstendenz von Ulzera (11, 30). Nach Entfernen der Nekrosen werden zur Lokalbehandlung zahlreiche gleichwertige Substanzen empfohlen. Grundsätzlich soll das Ulkus vor mechanischer Schädigung und Verunreinigung bewahrt werden. Die Wundoberfläche darf nicht austrocknen, Luft mußzutreten können (26). Zum Abdecken der Wunde eignen sich Salbenkompressen, zum Beispiel Branolind® oder Substanzen, die ein Hydrokolloid enthalten (Tegasorb®, 31).

Plastisch-chirurgische Therapie

Der Dekubitus im Stadium III und IV muß plastisch-chirurgisch behandelt werden. Da die Grunderkrankung häufig nicht oder nur schlecht zu behandeln ist, müssen die prophylaktischen und konservativen Maßnahmen immer in das Therapiekonzept eingebaut werden. Präoperativ muß das Dekubitalgeschwür sauber und keimarm sein, um das Risiko septischer Komplikationen zu verringern (4, 22). ▷

Die Operation des Dekubitalgeschwürs bedeutet eine vollständige, radikale Exzision, notfalls eine Knochenresektion sowie die Defektdeckung mit gut durchblutetem, gesundem Gewebe durch entsprechende Lappenplastiken (19–21, 23). Wir bevorzugen die operativ etwas aufwendigen muskulokutanen Lappen, weil sie besser durchblutet sind, den Defekt gut auffüllen und den lokalen Infekt eher sanieren können. Weitere Vorteile sind eine optimale Weichteilauflagerung und eine größere Belastbarkeit für Druck. Dadurch wird am ehesten ein Rezidiv verhindert (19, 20) (Abbildung 2).

Die optimale Behandlung der Dekubitalgeschwüre ist nur möglich, wenn alle plastisch-chirurgischen

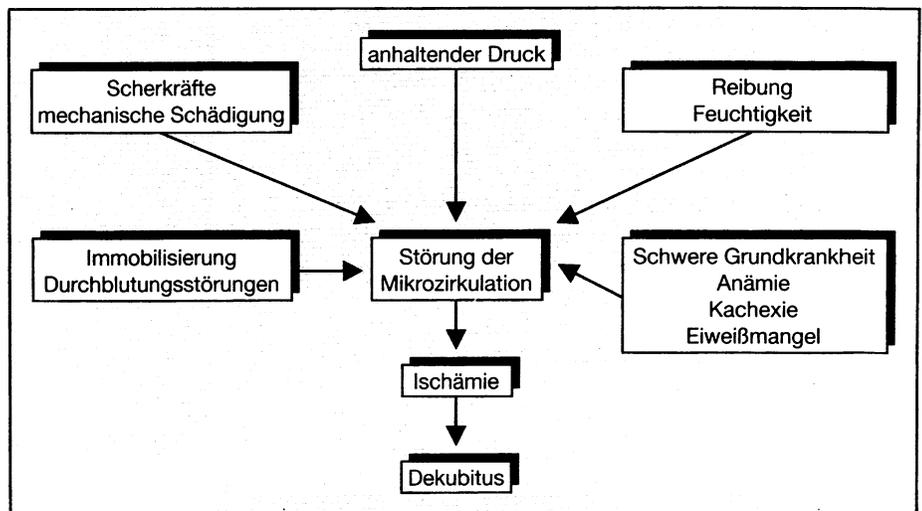
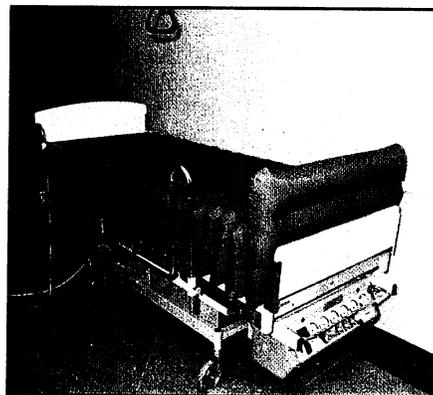
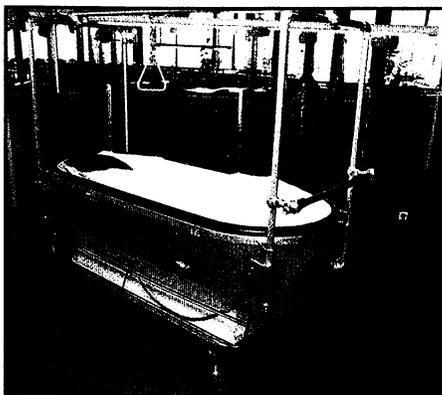


Abbildung 3: Entscheidender Faktor, der zum Dekubitus führt, ist ein anhaltender Druck auf die Haut mit nachfolgender Ischämie. Begünstigend kommen hinzu die Reibung, die Feuchtigkeit sowie Scherkräfte (modifiziert nach 29)



Abbildungen 4 a) (links) und b) (rechts): In bestimmten Fällen sind Spezialbetten nützlich. Links das Mikrogaskugelbett-Clinitron®, rechts das Luftkissenbett Mediscus; sie ersetzen nicht andere prophylaktische und therapeutische Maßnahmen gegen den Dekubitus

Techniken des Hautweichteileratzes beherrscht werden. Leider besteht in der Bundesrepublik Deutschland immer noch ein relativer Mangel an plastisch-chirurgischen Abteilungen.

Prophylaxe des Dekubitus

Es gehört zu den Grundvoraussetzungen einer guten Pflege, gefährdete Patienten zu erkennen und regelmäßig zu überwachen. Eine intensive Hautpflege ist unerlässlich; eine optimale Lagerung, regelmäßiges Drehen und Wenden des Patienten entlasten gefährdete Bereiche. Hilfsmittel können diese Maßnahmen unterstützen: zum Beispiel ein Schaffell oder Fersenkappen, Schaumstoffmatratzen oder -lagen.

In den Schaumstoff lassen sich Aussparungen für Hautbezirke, die entlastet werden müssen, schneiden.

Zur Langzeitprophylaxe gefährdeter Patienten bewähren sich Quadermatratzen und superweiche Schaumstoffmatratzen. Gelkissen erzeugen infolge ihrer physikalischen Eigenschaften ein künstliches „Fettpolster“ für den Patienten. Können immobile Patienten nicht umgelagert werden, zum Beispiel bei maschineller Beatmung, wird das Gelkissen in eine Vertiefung einer Schaumstoffmatratze eingelegt und entlastet druckgefährdete Stellen. Die Qualität der auf dem Markt befindlichen Kissen ist jedoch unterschiedlich: Experimentell erwies sich Latex-Schaumstoff als optimal (9). Eine Kontrolle gefährdeter Hautstellen muß der Arzt auch selbst vornehmen

und darf das nicht nur an das Pflegepersonal delegieren. Überhaupt stellen Therapie und Prophylaxe des Dekubitus ein Musterbeispiel für die Notwendigkeit einer engen, vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege dar.

Bei bestimmten Krankheitsbildern empfehlen sich Spezialbetten; das Stryker-Bett („Sandwich-Bett“) ist aus der Behandlung frisch Querschnitt-Gelähmter nicht mehr wegzudenken. Andere Spezialbetten sind das Mikrogaskugel-Bett (zum Beispiel Clinitron®) oder das Luftkissenbett. Beim Clinitron-Bett liegt der Patient in einer Wanne, die mit Mikrogaskugeln gefüllt und mit einem Spezialtuch abgedeckt ist. Die Gaskügelchen haben die Größe wie feiner Sand. Ein Motor mit einem Gebläse hält diesen „Sand“ in Bewegung, so daß der Patient gleichsam schwebt. Das Clinitron-Bett bewährt sich zum Beispiel nach plastisch-chirurgischer Deckung eines Dekubitus.

Auch Luftkissenbetten (Mediscus, KCI-Medical) gewährleisten eine optimale Druckentlastung. Die genannten Spezialbetten machen eine sorgfältige ärztliche und pflegerische Betreuung, das Umlagern des Patienten, die Allgemeinbehandlung und die Mobilisierung keineswegs überflüssig (13). Zu beachten ist, daß eine längerdauernde Lagerung im Luftkissenbett für Patienten mit neurologischen Störungen nachteilig sein kann: Durch die „Schwereelosig-

keit“ fehlen die sensorischen Informationen aus der Peripherie. Das kann eine erneute Mobilisierung erschweren.

Forensische Aspekte

Nicht nur die medizinischen, finanziellen und ethisch-menschlichen Gesichtspunkte zwingen zur Auseinandersetzung mit dem Dekubitus. Komplikationen im Rahmen ärztlicher Maßnahmen werden von Patienten oder Angehörigen immer häufiger den Gerichten zur juristischen Würdigung vorgelegt. In den letzten Jahren zeigte sich, daß auch der Dekubitus als iatrogenen Schaden rechtliche Folgen nach sich ziehen kann. Der 6. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes beschäftigte sich 1986 und 1987 in zwei Entscheidungen (VI ZR 215/84; VI ZR 174/86) mit dem Dekubitus. Wesentlicher Inhalt dieser Urteile war, daß bei Risiko-Patienten wie Querschnitt- oder Halbseiten-Gelähmten prophylaktische Maßnahmen unbedingt erforderlich sind. Von Beginn der Behandlung an muß in den Krankenblättern dokumentiert sein, ob es sich um einen Risiko-Patienten handelt, welche pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden müssen und daß diese ärztlich kontrolliert worden sind (5).

Offenbar im Gefolge dieser Urteile mußten in den letzten Jahren Patienten obduziert werden, bei denen der Dekubitus Gegenstand der Begutachtung war. Es ist zu erwarten, daß dies in Zukunft häufiger eintreten wird (6). Die Forderung ist gerechtfertigt, Risiko-Patienten zu ermitteln, diese Tatsache zu dokumentieren und den Behandlungsverlauf festzuhalten. Besonders gefährdet sind Patienten mit Lähmungen, insbesondere wenn die Sensibilität beeinträchtigt ist, solche mit Bewußtseinsstörungen, mit Kachexie und Schock, mit arteriellen Durchblutungsstörungen, Anämie, Exsikkose sowie nach großen chirurgischen Eingriffen.

Es ist jedoch medizinisch bedenklich, daß der Bundesgerichtshof im ersten Urteil 1986 – unter Berufung auf zwei medizinische Gutach-

ter – die *Form* der Dekubitusprophylaxe festgelegt hat. In seinem 2. Urteil 1987 rügte er die ärztlichen Gutachter, weil sie sich nicht an diesem Schema orientiert hätten. Es werden hier genannt: „Zweimaliges tägliches Waschen und Einreiben mit Franzbranntwein, Auftragen eines Salbenfett-Sprays auf die gefährdeten Partien, Anlegen eines Dauerkatheters, Unterlegen von Schaumgummiringen und -kissen zur Entlastung der besonders gefährdeten Stellen, eine regelmäßige gründliche Körperpflege und eine zeitweise Lagerung auf Wasserkissen und ferner, falls eine spezielle Dekubitusmatratze nicht zur Verfügung steht, regelmäßige mehrmals tägliche stundenweise Druckentlastung durch wechselnde Seitenlagerung des Patienten und Austrocknung der gefährdeten Gebiete.“

Die Aufzählung und die Gewichtung der einzelnen Maßnahmen entsprechen zumindest heute nicht dem Stand des Wissens. Es ist bedenklich, wenn von seiten des BGH, auch wenn er ärztlich beraten war, Maßnahmen festgeschrieben werden, die teilweise als obsolet bezeichnet werden müssen. An erster Stelle einer Prophylaxe des Dekubitus muß immer die Druckentlastung gefährdeter Stellen stehen. Diese kann durch Hilfsmittel unterstützt, aber niemals ersetzt werden. Das Wasserkissen hat nicht die Wirkung, die ihm früher zugeschrieben wurde. Im Wasser findet ein vollkommener Druckausgleich statt; es ist nicht möglich, durch Gewichtsverlagerung die Haut zu entlasten. Wo die Haut Kontakt mit dem Wasserkissen hat, wird sie überall gleich starkem Druck ausgesetzt (10). Außerdem werden Wasserkissen meist zu wenig gefüllt, so daß gefährdete Stellen direkt auf der Unterlage aufliegen.

Aus dermatologischer Sicht ist das Einreiben mit Franzbranntwein nicht sinnvoll, da es die Haut entfettet. Ein Dauerkatheter als Routinemaßnahme ist bedenklich; die ohnehin schwerkranken Patienten werden dadurch einer weiteren Infektionsgefährdung ausgesetzt. Besteht eine Inkontinenz, ziehen die meisten Kliniken heute die suprapubische Harnableitung oder ein Kondom-

Urinal vor. Ferner kann das Problem Dekubitus nicht durch eine „spezielle Dekubitusmatratze“ aus der Welt geschafft werden. Spezialmatratzen ersetzen nicht die optimale pflegerische Betreuung und die ärztliche Überwachung.

Bei dem allseits vorherrschenden Mangel an Pflegepersonal, der in der Zukunft eher zunehmen wird, werden sich bei manchen Risiko-Patienten die vorgeschriebenen Maßnahmen so nicht durchführen lassen. Es ist zu befürchten, daß Krankenhaus-träger Risiko-Patienten zurückweisen werden, sofern es sich nicht um akute Notfälle handelt und die Krankenhausgesetze der Länder die Aufnahme nicht zwingend verlangen.



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über die Verfasser.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. habil. Günther T. Werner
Leitender Oberarzt, Abteilung für
Physikalische Medizin und
Medizinische Rehabilitation
Städtisches Krankenhaus
Bogenhausen
Engschalkinger Straße 77
W-8000 München 81-Bogenhausen