

Oft ein komplexes Problem: Diabetischer Fuß, offenes Bein, Dekubitalgeschwür

Chronische Wunden sind in der hausärztlichen Versorgung eine Herausforderung: Zu den „großen Drei“ gehören der diabetische Fuß, das offene Bein und Dekubitalulcera. Das wurde auf der Fortbildungsveranstaltung „Herausforderung chronische Wunde“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) im März in Düsseldorf deutlich.

von **Dagmar M. David** und **Martina Levartz**

Kernproblem bei der Entstehung von Ulcera an den Füßen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus ist die Polyneuropathie (PNP). „Das Überlastungssymptom des Menschen ohne Neuropathie ist der Schmerz, das Überlastungssymptom des Menschen mit Neuropathie ist das Ulcus“, sagte Dr. Gerald Engels, leitender Arzt für Wundchirurgie am St. Vinzenz-Hospital in Köln bei der Fortbildungsveranstaltung „Herausforderung chronische Wunde“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN). Denn Patienten, die keinen Schmerz empfinden, merken nicht, dass jeder Schritt zu einem Trauma an Fuß oder Bein führt. Die Ulcera bei Diabetikern mit PNP entstehen immer an ganz bestimmten Prädilektionsstellen. Studien haben gezeigt, dass diabetische Ulcera im Durchschnitt 190 Tage zum Abheilen benötigen.

Zentral ist die Druckentlastung

Dabei sollte bei der Überlegung zu den Therapieoptionen berücksichtigt werden, dass Menschen mit PNP die verordneten Spezialschuhe nicht immer tragen sowie grundsätzlich nicht durchgängig entlasten (können), da sie den effektiven Druck nicht spüren. Da therapeutisch an der Polyneuropathie nur wenig gemacht werden kann, sollte sich das Augenmerk auf die zweite Komponente für die Entstehung der Wunden richten – die Druckbelastung.

So können tiefstehende Metatarsalköpfchen durch eine Osteotomie angehoben, verkürzte Zehenbeugesehnen – die Läsionen durch Plantarisierung der Zehenkuppen hervorrufen – durchtrennt werden. Hier lohnt sich ein Kontakt zu einem regionalen „Wundnetzwerk“ mit Spezialsprechstunde. Insgesamt stellt die Versorgung des diabetischen Fußes nach den Worten von Engels eine „Herausforderung an die Organisation einer multiprofessionellen, intersektoralen, vernetzten und zeitgerechten Versorgung“ dar.

Dekubitalulcera sind nicht immer vermeidbar, aber immer behandelbar, betonte Martin Motzkus, Pflegetherapeut am Evangelischen Krankenhaus in Mülheim. Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und meist auch des darunter liegenden Gewebes. Die Stadien eines Dekubitus werden in vier Grade eingeteilt, von Rötung (Grad I) bis hin zur Beteiligung aller Gewebsschichten, der darunterliegenden Muskeln und sogar der Knochen (Grad IV). Die Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus werden unterteilt in extrinsische und intrinsische (personenbedingte) Faktoren, wie zum Beispiel die Konstitution des Patienten.

Bei den extrinsischen Faktoren sind Druck und Zeit gemeinsam die Hauptursachen für die Dekubitusentstehung und -ausprägung. Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (Stand 2010) definiert, dass nicht nur die Dauer der Druckeinwirkung entscheidend ist, sondern besonders die Höhe des Drucks – hohe, kurzfristige Druckeinwirkungen schädigen sogar mehr als langdauernder, geringer Druck. Aber auch Scher- oder Reibkräfte, wie sie beim Hochziehen beziehungsweise Herunterrutschen im Bett vorkommen, und Feuchtigkeit, die die Schutzfunktion der Haut durch Mazeration zerstört, begünstigen die Entstehung von Dekubitalulcera. Dabei zeigen neuere Erkenntnisse, dass bei Ulcera der Stufe 3 und 4 der Primärschaden zuerst in tieferen Hautschichten gesetzt wird und sich zum Teil erst nach Tagen und Wochen in die oberen Schichten fortsetzt und dann sichtbar wird. Doch welche Pathomecha-

nismen auch zu Grunde liegen, es ist nicht vorhersehbar wie sich eine Rötung der Haut oder auch kleinere Hautdefekte entwickeln. Jede geschädigte Hautstelle bedarf der sorgfältigen Wahrnehmung und Überwachung, zu empfehlen ist daher die Beurteilung jeder Wunde nach dem „URGE“-Prinzip.

Wundbeurteilung „URGE“

- Beurteilung von:
- Wund-Umgebung
 - Wund-Rand
 - Wund-Grund
 - Wund-Exsudat

Dekubitalulcera haben meist etwas mit Bettlägerigkeit zu tun und werden daher mit Altenheimen und anderen stationären Einrichtungen in Verbindung gebracht. In diesen beschäftigen sich in der Regel Pflegekräfte mit dem Wundmanagement. Die Therapie eines Dekubitus ist Teamarbeit, trotzdem sind immer Ärztinnen und Ärzte verantwortlich, Dekubitalulcera zu vermeiden, zu diagnostizieren und die Versorgung festzulegen.

Obwohl alle Hautläsionen behandelt werden (müssen), kann es für die ICD-Klassifizierung oder auch die Meldung

Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautveränderungen

- Für einen Dekubitus sprechen:
- eine lokal begrenzte Hautschädigung an einer Prädilektionsstelle (Knochenvorsprung)
 - der Wundgrund ist schlecht durchblutet
 - die Umgebung ist nicht betroffen

- Gegen einen Dekubitus sprechen:
- die Wunde ist nicht an einer Prädilektionsstelle lokalisiert
 - es liegt Feuchtigkeit/eine Hautmazeration vor oder hat wahrscheinlich vorgelegen
 - die Wunde ist oberflächlich und die Wundränder ausgefranst

Quelle: Vortrag Martin Motzkus, IQN-Fortbildung „Herausforderung chronische Wunde“ am 11. März 2015 in Düsseldorf

von Fällen in der externen Qualitätssicherung von Bedeutung sein, einen Dekubitus als solchen zu erkennen und zu verschlüsseln (ICD-10-Codes: L89, ff.).

Das offene Bein richtig versorgen

Professor Dr. Knut Kröger, Direktor der Klinik für Gefäßmedizin des Helios-Klinikums Krefeld, empfiehlt seinen ärztlichen Kollegen, sich mit fünf bis sieben Wundauflagen vertraut zu machen, die jeweils für bestimmte Wundsituationen geeignet und wirtschaftlich zu verordnen sind. Denn Ärztinnen und Ärzte verantworten die gesamte Wundversorgung und legen fest, welche Auflagen wie lange zum Einsatz kommen und in welchen Abständen Kontrollen erforderlich sind. Voraussetzung dafür ist die richtige Diagnose. Auf welche Zeichen man achten muss, führte Kröger mit einem bunten Strauß an Bildern anschaulich vor Augen.

Steht eine venöse Problematik im Vordergrund, so ist eine geeignete Kompression erforderlich, und das sowohl mit Blick auf die Materialien als auch auf deren Anwendung: Ein Bein richtig zu wickeln, damit eine gleichmäßige Kompression entsteht, will gelernt sein. Dass die gleichmäßige Kompression erfolgreich ist, belegte Kröger mit einer Veröffentlichung aus dem *British Medical Journal* (doi: 10.1136/bmj39216.542442.BE). Darin wurde gezeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit venösen ulcera cruris die alleinige Kompressionstherapie vergleichbare Erfolge zeigt wie eine Kombination aus Kompression und chirurgischer Therapie.

Ist die Entstauungsphase abgeschlossen, kann man von Kompressionsverbänden auch auf Verbandstrümpfe wechseln, die wesentlich einfacher in der Handhabung sind und die jeweiligen Wundverbände fixieren. Dabei muss immer wieder aktuell entschieden werden, welche Erfordernisse die jeweilige Wunde mit sich bringt und die Behandlung individuell angepasst werden.

Zu feuchte Wunde:

„Ein Zuviel an Flüssigkeit weicht das Gewebe auf und ertränkt die Zellen“, sagte Kröger. Wenn Exsudat aufgenommen werden muss, sollten Auflagen aus Hydrofaser verwendet werden, die mit Saugkompressen abgedeckt werden, damit die abtransportierte Feuchtigkeit von der Wunde abgehalten wird. Die

Entwicklung der Wunde sollte täglich beobachtet werden.

Zu trockene Wunde:

Ein Zuwenig an Flüssigkeit lässt die Zellen vertrocknen. Ist eine Wunde eher trocken und weist Fibrinbeläge auf, sollten diese Beläge gelöst und die Wunde angefeuchtet werden. Hierzu eignet sich ein Hydrogel, Folie und ein Schaumverband. Die Wundentwicklung sollte alle ein bis zwei Tage in Augenschein genommen werden.

Infizierte Wunde:

Bei dem Verdacht, dass eine Keimbeseidlung das vordergründige Problem ist, sollten Silberpräparate in Erwägung gezogen werden. Bei Wunden, die zwar Exsudat produzieren, aber nicht austrocknen sollen, könnten Alginate mit Silber und Saugkompressen zum Einsatz kommen, wobei Wundkontrollen alle zwei Tage empfehlenswert sind.

Saubere Wunde:

Bei „sauberen“ Wunden, also Wunden ohne große Entzündungszeichen, die relativ gut durchblutet sind, reicht ein Hydrokolloid mit Schaumverband, der alle vier bis fünf Tage kontrolliert wird.

Ende festlegen:

Zur Behandlung gehört auch die Festlegung, wann eine spezielle Wundbehandlung nicht mehr erforderlich ist und gegebenenfalls nur noch ein Pflaster benötigt wird.

Das offene Bein

- Wunden brauchen Zeit und
1. die richtige Diagnose
 2. eine geeignete Kompression
 3. die richtige Wundauflage
 4. einen Kümmerer

Quelle: Vortrag Professor Dr. Knut Kröger, IQN-Fortbildung „Herausforderung chronische Wunde“ am 11. März 2015 in Düsseldorf

Diabetes: Verbandstoffe und Podologie

Cristina Deibert und Dr. Holger Neye von der Pharmakotherapieberatung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein standen Rede und Antwort zu den Formalien der Verordnung. Dabei diskutierten die Teilnehmer nicht nur über die kleinste mögliche Packungsgröße, sondern auch über Preise sowie das Problem,

dass nur wenige Verbandsmaterialien als Sprechstundenbedarf rezeptiert werden können. Da bei der Verordnung von Verbandmaterial zur Wundversorgung immer wieder Probleme auftauchen, hat die KV Nordrhein das Informationsblatt „Behandlung chronischer Wunden“ in der Serie „VerordnungsInfo Nordrhein“ aufgelegt: www.kvno.de/downloads/newsletter/vin/VIN_04_2013_2.pdf.

Die Verordnung von podologischen Leistungen ist nur bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom bei vorliegender Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekte (Wagner Stadium 0) zulässig. Podologen dürfen also eventuell vorliegende Ulcera nicht behandeln, sondern nur Hornhautabtragungen, Nagelbearbeitung und podologische Komplexbehandlungen durchführen beziehungsweise das Schuhwerk kontrollieren und Patienten unterweisen.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass Ärzte, die viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden behandeln und entsprechend häufig Verbandsmaterial verwenden, diesen Umstand immer wieder als Praxisbesonderheit begründen müssen. Damit dies leichter gelingt, sollte so dokumentiert werden, dass mit der Praxissoftware gezielt darauf zugegriffen werden kann.

Beispiele von ICD-10-Codes bei der Verordnung podologischer Maßnahmen:

- E 10.74: Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- E 11.74: Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- E 12.74: Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- E 13.74: Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- E 14.74: Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

Quelle: Vortrag Cristina Deibert und Dr. Holger Neye, IQN-Fortbildung „Herausforderung chronische Wunde“ am 11. März 2015 in Düsseldorf

Dr. med. Dagmar M. David, MPH, ist Referentin im Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), **Dr. med. Martina Levartz**, MPH, ist Geschäftsführerin des Instituts.