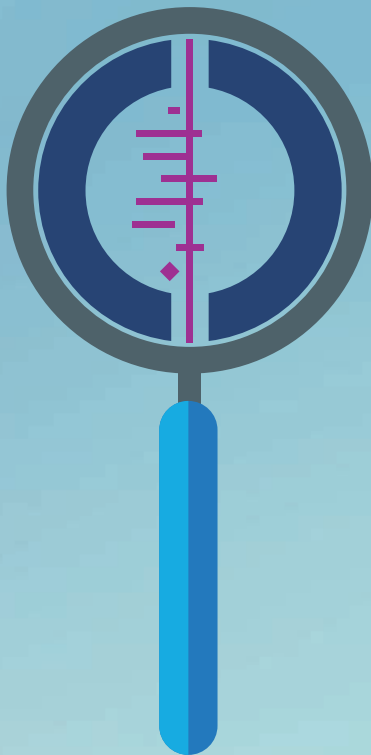


# Kann Umlagern einem Dekubitus vorbeugen?

**Cochrane Review** Dieser Review untersucht, ob die Umlagerung von immobilien Patienten eine geeignete Maßnahme ist, um der Entstehung von Druckgeschwüren vorzubeugen.



**D**ruckgeschwüre, auch Dekubitalgeschwüre, Wundliegen oder jeweils -ulcera genannt, sind offene Stellen auf der Haut und entstehen durch Druck auf die Haut oder durch Reibung. Sie treten meist bei bettlägerigen Patienten dort auf, wo die Knochen hervortreten, wie zum Beispiel den Hüften, Fersen und Ellbogen. Ein Druckgeschwür ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, in Folge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

Druckgeschwüre treten am häufigsten bei älteren Menschen auf, oder denjenigen, die entweder im Bett oder beim Sitzen nicht mehr beweglich sind. Umlagerung, das heißt Drehen, ist eine Strategie, die gemeinsam mit anderen präventiven Strategien angewandt wird, um den Druck zu erleichtern und so der Entstehung von Druckgeschwüren vorzubeugen. Umlagerung beinhaltet die Drehung einer Person in eine andere Position, um Druck von einem bestimmten Teil des Körpers zu vermindern oder zu verteilen.

Wir identifizierten drei Studien mit insgesamt 502 Teilnehmern. Es gibt nur wenig Evidenz und von geringer Qualität, welche die Umlagerung als Maßnahme zur Vorbeugung von Druckgeschwüren unterstützt. Wir wissen noch immer nicht, ob bestimmte Positionen oder Häufigkeiten der Umlagerung die Entwicklung von Druckgeschwüren vermindern. Keine der Studien berichtete über die Auswirkung der Umlagerung auf Schmerzen oder Lebensqualität der Patienten.

Mehr Forschung ist nötig, um die Auswirkungen der Umlagerung auf die Entwicklung von Druckgeschwüren zu messen und um die besten Umlagerungsstrategien bezüglich der Häufigkeit und der Wahl der Position zu finden. Es ist wichtig zu betonen, dass die fehlende Evidenz für die Wirksamkeit der Umlagerung oder für die beste Behandlungsstrategie nicht heißt, dass Umlagerung nicht wirksam ist.

Quelle: Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014, (4): CD009958

Übersetzung: I. Töws

## Kommentar: Gute Dekubitusprävention ohne gute Beweise?

Pflegerisch unterstützte regelmäßige Positionswechsel gelten gemeinhin als ein Kernelement der Dekubitusprävention. Die zugrundeliegenden theoretischen Annahmen sind plausibel: Zum einen bewirken Positionswechsel, dass besonders stark gefährdete Körperstellen von jedweder Druckeinwirkung entlastet werden, zum anderen können insbesondere unterstützte Transfers aus einer liegenden in eine sitzende Position die Bewegung der Betroffenen fördern und somit langfristig zu einer Reduktion des individuellen Dekubitusrisikos führen.

Diesen überzeugenden theoretischen Grundlagen stehen bisher allerdings keine gleichermaßen klaren Beweise aus der klinischen Pflegeforschung gegenüber, wie das Cochrane Review von Gillespie et al. (2014) demonstriert. In diese Übersichtsarbeit wurden drei randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen. Die Studien stammen aus Belgien, Großbritannien und Irland und wurden entweder mit älteren Krankenhauspatienten (Innere Medizin, Geriatrie) oder Pflegeheimbewohnern durchgeführt.

In zwei Studien wurde ein regelmäßiger Wechsel zwischen 30°-Seiten- und Rückenlage (Wechsel alle zwei bis drei Stunden, nachts teilweise alle drei Stunden) mit dem regelmäßigen Wechsel zwischen 90°-Seiten- und Rückenlage (zwei- bis dreistündliche Wechsel, in einer Studie nachts nur alle sechs Stunden) verglichen. In der Metaanalyse, also der statistischen Zusammenfassung der Ergebnisse beider Studien, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Positionierungsstrategien hinsichtlich der Inzidenz Dekubituskategorie  $\geq 1$ .

Tendenziell ist allerdings eine etwas geringere Inzidenz bei der Positionierungsstrategie mit der 30°-Seitenlage zu erkennen, was jedoch hauptsächlich auf die Ergebnisse einer der beiden Studien zurückgeht. Die Ergebnisse beider Studien sind sehr unterschiedlich.

In der dritten Studie lag der Fokus auf verschiedenen Positionierungsintervallen: Die Studie umfasste zwei Vergleiche: (a) Positionswechsel alle zwei versus drei Stunden bei Verwendung einer Standardmatratze sowie (b) Positionswechsel alle vier versus sechs Stunden, jeweils kombiniert mit einer viskoelastischen Schaumstoffmatratze. Alle vier Positionierungsstrategien beinhalteten regelmäßige Wechsel zwischen der Rücken- und der 30°-Seitenlage. Es wurden die Effekte auf die Dekubitusinzidenz Kategorie  $\geq 1$  und Kategorie  $\geq 2$  untersucht.

Der erste Vergleich zeigte für keine der beiden Zielgrößen einen Effekt auf die Dekubitusinzidenz. Das heißt, der Anteil der Pflegeheimbewohner, die einen Dekubitus entwickelten, unterschied sich nicht zwischen den beiden Wechselintervallen bei Verwendung einer Standardmatratze. Die Ergebnisse des zweiten Vergleichs variieren je nach Zielgröße: keine Gruppenunterschiede in der Dekubitusinzidenz Kategorie  $\geq 1$ , jedoch eine geringere Dekubitusinzidenz Kategorie  $\geq 2$  bei vierstündigen im Vergleich zu sechsstündigen Intervallen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeichnen somit ein heterogenes, schwer zu interpretierendes Bild. Die Schwierigkeit der Interpretation wird noch dadurch erhöht, dass die Anzahl der Studien klein ist und die wenigen vorhandenen Studien wiederum ebenfalls relativ klein und zudem nicht frei von schweren Verzerrungsrisiken sind. Das heißt, die vorliegenden Ergebnisse stellen keine ausreichende Grundlage dar, um die Gültigkeit der theoretisch angenommenen positiven Effekte regelmäßiger Positionswechsel zu bestätigen oder zu widerlegen.

In Abwesenheit aussagekräftiger Forschung lassen nationale und internationale Handlungsempfehlungen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2017, National Pressure Ulcer Advisory Panel et al. 2017) derzeit breite Entscheidungsspielräume für die Wahl einer Positionierungsstrategie: Die bevorzugten Körperpositionen sowie die Frequenz und Technik der Positionswechsel sollten patientenindividuell so ausgewählt werden, dass sie besonders gefährdete Körperareale regelmäßig entlasten, den Präferenzen der Betroffenen entsprechen, von diesen akzeptiert werden und keine zusätzlichen Risiken verursachen. Vermieden werden sollte eine erhöhte Druckeinwirkung auf Körperareale, die bereits eine Haut- oder Gewebeschädigung aufweisen.

Vorliegende evidenzbasierte Handlungsempfehlungen definieren folglich vor allem, welche Positionierungsstrategien *nicht* infrage kommen und welche Kriterien bei Entscheidungen über Positionswechsel berücksichtigt werden sollten. Sie unterstreichen damit die zentrale Stellung einer regelmäßigen und validen pflegerischen Diagnostik von Dekubitusrisiko, entstehendem Dekubitus und Lebensqualität für eine angemessene Entscheidungsfindung.

Obwohl patientenindividuelle Entscheidungen im Einklang stehen mit der Idee einer personenzentrierten Versorgung, erhöhen unspezifische Hand-

lungsempfehlungen das Risiko, dass es in der Praxis zu einer vermehrten Über- oder Unterversorgung mit Präventionsmaßnahmen kommt. Epidemiologische Daten bestätigen dies (Bredesen et al. 2015).

Für die Zukunft sind daher unbedingt mehr und aussagekräftige Studien zum Nutzen und zum Schadensrisiko verschiedener Positionierungsstrategien zur Dekubitusprävention erforderlich. Diese Studien sollten aktuelle Empfehlungen zu individuell adaptierten Positionswechseln berücksichtigen. Darüber hinaus sollten sie neben den Effekten auf die Dekubitusinzidenz auch Auswirkungen auf subjektiv wichtige Parameter wie Schmerzen, Schlafqualität oder Wiedererlangung von Mobilität und Alltagsfähigkeiten evaluieren und aussagekräftige Analysen von Kosten-Nutzen-Verhältnissen beinhalten. Erste entsprechende Ergebnisse sind in näherer Zukunft zu erwarten (De Meyer et al. 2017).

Bredesen IM, Bjørø K, Gunningberg L, Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2015, 52, 149–156

De Meyer D, Van Damme N, Van den Bussche K, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. PROTECT – trial: a multicentre prospective pragmatic RCT and health economic analysis of the effect of tailored repositioning to prevent pressure ulcers – study protocol. *J Adv Nurs* 2017, 73, 495–503

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2017“. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2017  
Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, (4): CD009958  
National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Perth, Australia, Cambridge Media, 2014

Sie finden diesen Review auch online unter <http://onlinelibrary.wiley.com>. Geben Sie unter Suche einfach die DOI ein: 10.1002/14651858.CD009958.pub2



**Prof. Dr. Katrin Balzer** hat die Juniorprofessur Evidenzbasierte Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck inne.  
Mail: [katrin.balzer@uksh.de](mailto:katrin.balzer@uksh.de)

Kennen Sie schon unser neues Portal?

[www.angehörige-pflegen.de](http://www.angehörige-pflegen.de)



Hilfestellungen, Tipps und Erfahrungen von Betroffenen