

Dorthe Dörschug, Bonn

Wundversorgung in der Palliativmedizin

Beispiele zur Ermittlung des Behandlungsansatzes

In der Wundversorgung hat durch die Implementierung der Palliativmedizin ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Die besondere Herausforderung besteht darin, aus der breiten Palette der modernen Wundauflagen-/therapeutika sowie des konservativen Materials zur Wundversorgung eine individuelle Auswahl zu treffen. Dabei richtet sich die Art der Wundbehandlung nach dem Ziel, das der Patient und seine Begleiter formulieren. Im Fokus steht die Lebensqualität des Betroffenen. Das schließt allerdings ein kuratives Ziel – z. B. die Abheilung der Wunde – nicht aus.

Moderne palliative Wundversorgung bedeutet, bei jeder Wunde eines Palliativpatienten zu fragen, ob sie zur Abheilung kommen soll oder ob es ausschließlich um die Linderung der belastenden Symptome geht (Abb. 1, Seite 46).

Ganzheitliches Assessment

Ein ganzheitliches Assessment ist eine Entscheidungshilfe für den Patienten und seine Begleiter, um eine individuelle Behandlungsstrategie der Wundversorgung zu erstellen. Vier Ebenen sind hier genauer zu berücksichtigen:

Physisch: Bei der Anamnese der Wunde werden das Ausmaß und die Ursache der Wunde betrachtet (z. B. Wundlokalisierung, Wundgröße, Wundgrund, Wundexsudat). Ferner wird dokumentiert, welche Wundversorgungsmaterialien mit welchem Erfolg bisher zum Einsatz gekommen sind. Wundheilungsbeeinflussende Faktoren können z. B. Mangelernährung, Immobilität, Prognose, Alter des Patienten oder Alter der Wunde sein.

Psychisch: Die psychischen Auswirkungen der Wunde sind von großer Bedeutung für die Behandlung. So kann der Patient seine Wunde z. B. anders wahrnehmen als seine Begleiter. An dieser Stelle im Assessment steht die Frage im Vordergrund, wie sehr die Wunde den Patienten und seine Angehörigen im täglichen Leben einschränkt, wie belastend sie empfunden wird und



Dorthe Dörschug,
Bonn

welche Umgangsstrategien bisher entwickelt worden sind.

- Sozial:** Hier steht die Frage im Vordergrund, welchen Einfluss die Wunde auf das soziale Leben des Patienten und sein Umfeld hat. Oft sind Patienten einsam geworden und haben sich zurückgezogen, aber auch Familienangehörige sind oft stark belastet; häufig versorgen sie die Wunde. Die Partnerschaft wird zur Pflegschaft. Hier kann es zu einem Rollenkonflikt in der Beziehung kommen.
- Spirituell:** Offensichtliche und belastende Wunden werfen häufig die Sinnfrage und die Frage nach dem „Warum“ auf. Auch hier ist es wesentlich, Einstellung des Patienten zu erfahren und in die Gesamtbewertung einfließen zu lassen [3].

Nach dem Assessment können Probleme und Ressourcen herausgearbeitet werden, nach denen die spätere Behandlung festgelegt wird. Es erfolgt dann die Entscheidung, welche Form der Wundbe-

handlung (primär kurativ oder primär palliativ) gewählt wird.

Beispiel 1:

Herr M., 57 Jahre alt mit einem Bronchialkarzinom, klagt über starke Luftnot. Er kann ausschließlich mit Oberkörperhochlagerung im Bett sitzen. Nach tagelanger unveränderter Liegeposition auf einer normalen Matratze hat sich bei dem Patienten ein Dekubitus im Sakralbereich entwickelt. Anhand des oben aufgeführten Schemas wird die nachfolgend beschriebene Behandlungsentscheidung getroffen.

Im Assessment wird deutlich, dass sich Herr M. in einem schlechten AZ und EZ befindet. Nach einer Behandlung der Dyspnoe ist er wieder in der Lage, sich auf die Seite zu legen. Herr M. ist gut sozial eingebunden, er leidet unter der Vereinsamtheit und hat den Wunsch, dass die Wunde „wieder zugeht“. Er ist auch bereit, daran mitzuarbeiten und das Gesäß zu entlasten, wenn die Luftnot erst einmal gelindert ist. Es ist ihm auch lästig, dass seine Frau den Verband am Gesäß wechseln muss, und einen Pflegedienst möchte er eigentlich noch nicht.

Nach der Analyse der Situation wird deutlich, dass bei Herrn M. trotz der palliativen Krankheitssituation eine kurative Wundbehandlung mit dem Ziel der Wundheilung angestrebt wird.

Der Patient lehnte ein chirurgisches Débridement ab. Als Alternative wurde

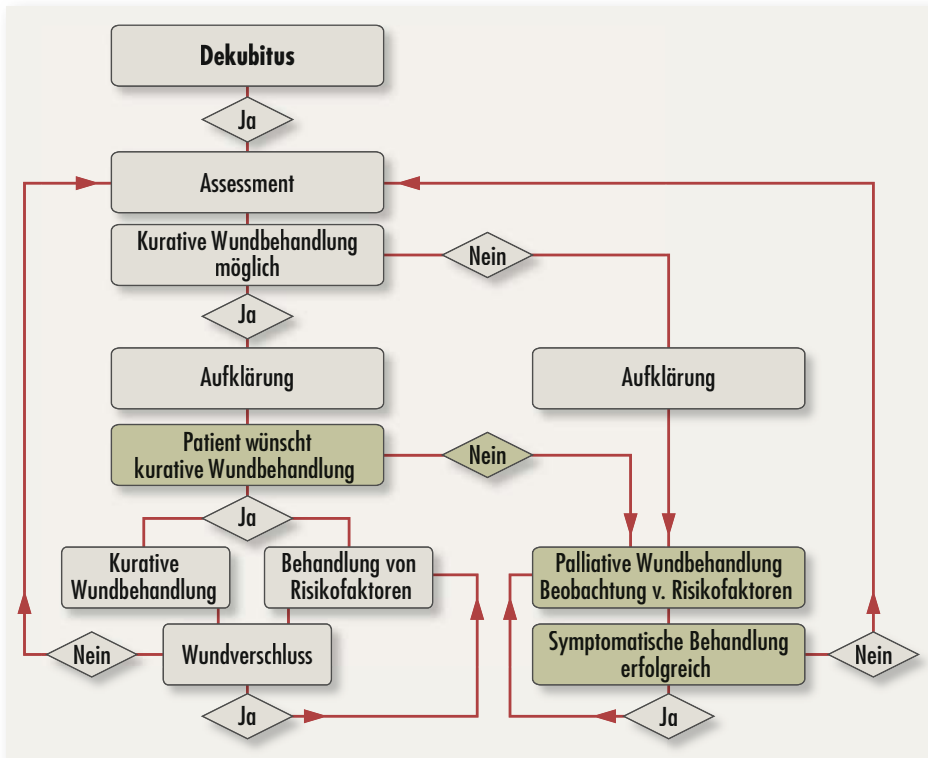


Abb. 1: Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Dekubitus

eine autolytische Wundbehandlung durchgeführt. Begleitend wurde die Medikation so verändert, dass die Dyspnoe abnahm. Eine Antidekubitusmatratze (Würfelsystem) wurde eingesetzt, da er trotz aller Zusagen, die er vorher gemacht hatte, nur ungern die aufrechte Liegeposition verändern wollte. Mit diesem Matratzensystem konnte die betroffene Stelle dauerhaft entlastet werden.

Weitere unterstützende Maßnahmen wie Physiotherapie beeinflussten die Wundheilung positiv. Regelmäßig wurden der Befund und die Lebenssituation analog zum Flussdiagramm in Abb. 1 evaluiert und die Behandlungsstrategie und die begleitenden Maßnahmen angepasst. Nach zwei Monaten war der Dekubitus abgeheilt.

Kurz darauf jedoch verschlechterte sich der Zustand des Patienten rapide und es kam zu einem erneuten Druckulkus. Die Gesamtsituation des Patienten hatte sich inzwischen so verändert, dass das Behandlungsziel nun palliativ war. Es wurden moderne Polyurethanauflagen verwendet, damit das Verbandwechselintervall verlängert werden konnte, doch das Ziel war es nicht mehr, die Wunde

zur Abheilung zu bringen. Der Patient konnte so weitgehend selbstbestimmt leben und war nicht täglich auf Hilfe von außen angewiesen.

Dekubitus in der Terminalphase

Hier bietet das DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) in seinem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ eine Handlungsgrundlage für die Pflegenden. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, „dass es Einschränkungen bei Personengruppen gibt, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der prophylaktischen Maßnahmen spricht (Menschen in der Terminalphase ihres Lebens)“ [1].

Das Flussdiagramm zur Entscheidungsfindung (Abb. 1) kann auch bei Patienten mit einem exulzierendem Tumor angewendet werden. Bei einer Patientin mit einer Exulzeration der linken Mamma wurde nach Ermittlung der Probleme und Ressourcen eine Strahlentherapie durchgeführt. Nach einigen wenigen Anwendungen war zwar eine starke Rötung der Umgebungshaut festzustellen, jedoch kam es mit Unterstützung durch

Kalziumalginat- und Silikonwundauflagen zu einer deutlichen Wundverkleinerung.

Fallbeispiel 2:

Herr K., 45 Jahre alt mit einem CUP-Syndrom (Cancer of Unknown Primary, Krebserkrankung mit unbekanntem Primärtumor), litt unter mehreren Wunden. Der Verband wurde täglich von seiner Ehefrau angelegt.

Assessment

Physisch:

- Hals rechts: leicht fibrinbelegte Bestrahlungswunde, ca. 2 cm im Durchmesser;
- Schulterblatt rechts: ca. 4 cm lange fibrinbelegte Bestrahlungswunde (Abb. 2, Seite 48);
- rechter und linker Thoraxbereich: multiple z. T. seröse, blutige, leicht sezernierende Hautmetastasen (Abb. 3);
- rechte Axilla: 20 x 15 cm exulzierender Tumor mit tiefen Kavitäten, stark riechend und sezernierend, schmerzhafter Verbandwechsel (Abb. 4).

Die bisherige Behandlungsstrategie war nicht zufriedenstellend. Der tägliche bis zu anderthalb Stunden dauernde Verbandwechsel war sehr belastend für den Patienten und seine Ehefrau. Dazu kam, dass der Geruch nicht eingedämmt werden konnte und das Ablösen der Wundaufgabe schmerzhaft für den Patienten war.

Psychisch: Der Patient und die Ehefrau litten unter diesem Zustand. In einem vertraulichem Gespräch deutete Herr K. an, dass es für ihn fast unerträglich sei, dass seine Frau täglich den Verband anlegen muss. „Sie arbeitet lange und muss dann noch jeden Tag anderthalb Stunden den Verband anlegen.“ Bisher hat er für sie gesorgt; nun ist er von ihr abhängig und mutet ihr solch eine Belastung zu. Auch die Ehefrau erwähnte, dass sie an ihre Grenzen komme.

Sozial: Durch seine berufliche Tätigkeit hatte Herr K. immer wieder öffentliche Auftritte. Hier belastete ihn, dass die

Geruchssituation nicht in den Griff zu bekommen war. Für ihn war es sehr wichtig, so lange wie möglich Normalität zu wahren und in seinem Beruf weiter arbeiten zu können, trotz der Erkrankung. Daher standen Geruchsreduzierung und ein sozial akzeptabler Verband für ihn im Vordergrund.

■ **Spirituell:** Herr K. und seine Ehefrau waren sehr gefestigt und so war die spirituelle Ebene zu diesem Zeitpunkt kein Thema. Das Palliativteam gab der Familie während der ganzen Begleitung immer wieder die Möglichkeit, auch hier einen Austausch zu finden. Zum Ende der Begleitung nahm er das Angebot wahr.

Behandlungsziele

■ **Physisch:** Es ergab sich eine Kombination aus kurativem und palliativem Behandlungsansatz. Hier war wichtig, die Erfahrungen, die die Ehefrau mit den Wundaufgaben beim Anlegen des Verbandes gemacht hatte, zu nutzen.

Für jede Wunde wurde ein individuelles Behandlungsziel und -konzept festgelegt:

- rechter Halsbereich: Abheilung der Wunde;
- Schulterblatt rechts: Abheilung der Wunde;
- rechter und linker Thoraxbereich: erst einmal eine kurative Wundbehandlung, Blutstillung beim Ablösen des Verbandes, längeres Verbandwechselintervall;
- rechte Axilla: palliative Wundbehandlung, atraumatischer Verbandwechsel, Geruchsreduktion, schmerzärmer Verbandwechsel.

■ **Psychisch:** Nach dem ersten Gespräch wurde schnell klar, dass es eine Entlastung für beide wäre, wenn das Verbandwechselintervall verlängert würde und nicht ausschließlich die Ehefrau den Verbandwechsel durchführen müsste.

■ **Sozial:** Aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit waren ein kosmetisch akzeptabler Verband und eine Geruchsreduktion ein wichtiges Ziel.

■ **Spirituell:** Hier war es das Ziel, der Familie weiterhin diskret die Möglichkeit zu lassen, sich mit dieser Ebene auseinanderzusetzen.

Bei diesem Beispiel wird deutlich, dass bei einem Patienten mit mehreren Wunden auch mehrere Behandlungsziele möglich sind. Jede Wunde muss einzeln betrachtet und für sie ein Behandlungsziel formuliert und regelmäßig evaluiert werden.

Getroffene Maßnahmen

■ **Physisch:**

- Die Wunden an Hals und Schulterblatt wurden mit einem modernem Wundtherapeutikum (Hydrogel) behandelt, das ein schnelles Ablösen der Fibrinbeläge ermöglichte. Die Wunde wurde mit einer nicht klebenden Hautschutzplatte abgedeckt. Die gereizte Umgebungshaut wurde mit einem dexpanthenolhaltigen Präparat versorgt. Der Verbandwechsel erfolgte alle zwei Tage.
- Die Hautmetastasen im Thoraxbereich wurden zum Teil bestrahlt. Somit war die durch die Hautmetastasen und Bestrah-



Abb. (alle): Dörschug

Abb. 2–6: Wundversorgung im Fallbeispiel 2 (Erklärungen siehe Text)

lung gespannte Haut stark gereizt und gerötet. Die leicht sezernierenden, blutenden Stellen wurden mit Otriven® versorgt (Otrivengetränkte Kompresse 30 Sekunden auf die blutende Stelle aufgelegt; stillt leichte punktuelle Blutungen, die z. B. beim Ablösen des alten Verbandes entstehen können). Nach einer antiseptischen Wundreinigung (Octenidin oder Polyhexanid) wurden die Wunden mit einer wirkstofffreien Silikongaze abgedeckt. Diese Silikongaze konnte mehrere Tage auf der Wunde verbleiben und war schmerzfrei und atraumatisch abzulösen. Octenidingetränkte Kompressen wurden auf die Gaze gelegt und mit Kompressen abgedeckt. Die gereizte Umgebungshaut wurde mit einer dexpanthenolhaltigen Salbe versorgt.

- Die Kavitäten der Exulzeration an der rechten Axilla wurde mit einer Knopfsode antiseptisch (Polyhexanid) gereinigt. Mit Antiseptika getränkte Kompressen wurden auf die Exulzeration gelegt.
- Auf alle Wunden wurden Kompressen und/oder Saugkompressen (zum Aufsaugen von Sekret und als Polsterung) gelegt. Diese wurden mit unterschiedlichem Fixierungspflaster miteinander und auf der Haut des Patienten fixiert. Ein Schlauchverband wurde zu einem Hemd zugeschnitten und fixierte so die Wundauflagen am Körper des Patienten (Abb. 5 und 6).

Psychisch: Der Verbandwechsel wurde nun alle zwei Tage durchgeführt und Herr K. kam ein- bis zweimal die Woche auf die Palliativstation, um dort einen neuen Verband zu erhalten. Diese Verlängerung des Verbandwechselintervalls und die Unterstützung beim Wechsel waren für den Patienten und seine Ehefrau eine große Erleichterung bzw. Entlastung.

Spirituell: Dem Patienten und seiner Frau wurde unaufdringlich das Angebot gemacht, sich mit dieser Ebene auseinanderzusetzen.

Herr K. und seine Ehefrau waren mit diesem Konzept sehr zufrieden. Die Geruchs-

situation hat sich deutlich verbessert. Der Verbandwechsel fand nicht mehr täglich statt und war kosmetisch akzeptabel. Durch die Silikongaze konnte ein atraumatischer schmerzloser Verbandwechsel erfolgen. Die psychische Belastung nahm deutlich ab und im sozialen Umfeld fühlte sich Herr K. wieder sicher und wohl.

Fazit für die Praxis

Wundbehandlung bei Palliativpatienten erfordert Wissen und Fähigkeit der einzelnen Begleiter, um dem Anspruch gerecht zu werden, die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen bzw. möglichst langfristig erhalten zu können.

Das bedeutet, dass alle Behandler gut abgestimmt zusammenarbeiten müssen, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Die Möglichkeiten im eigenen Berufsfeld müssen erkannt werden [2]. So kann z. B. ein Wundtherapeut, der vorrangig chronische Problemwunden behandelt, oft kompetente Beratung zur Anforderung des Wundmaterials geben, damit die Vorteile der modernen Wundauflagen auch in der palliativen Wundversorgung genutzt werden können. Gleichzeitig sollten Wundtherapeuten auch ihre Grenzen kennen und mit Palliativteams zusammenarbeiten, um alternative Konzepte zu diskutieren. Orthopädietechniker, Physiotherapeuten, Apotheker, Ernährungsberater usw. sollten bei Bedarf in die Behandlung und Begleitung involviert werden.

Da sich der Zustand von Palliativpatienten mit Problemwunden schnell verändern kann, sind Flexibilität und oft auch Mut der Begleiter gefordert, um schnell und angemessen reagieren zu können.

Literatur

- 1 DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
- 2 Kern M. Der „offensichtliche“ Ausdruck einer Tumorerkrankung – Palliative Wundbehandlung bei (ex-)ulzerierenden Wunden. Frauenheilkunde up2date 2010; 4: 1–4
- 3 Kern M. Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Bonn: PalliaMed 2006

Dorthe Dörschug
Krankenschwester mit Weiterbildung in
Palliative Care, ICW Wundexperte;
Palliativstation Malteserkrankenhaus
Bonn/Rhein-Sieg
Im Erlengrund 49, 53447 Alfter
E-Mail: dorthedoerschug@email.de