

FALLBEISPIEL

Eine gewichtsreduzierende Therapie, die an der Wirklichkeit vorbeigeht

Manfred Winkler

Einleitung

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, hier besonders Menschen mit einer ausgeprägten Adipositas, ist in der Wundversorgung eine große Herausforderung. Die Zusammenarbeit der in die Versorgung involvierten Berufsgruppen ist von großer Bedeutung für die Erhaltung und oder Verbesserung der Lebensqualität unserer betroffenen Patienten. In der nachfolgend beschriebenen Fallvorstellung wird die dringliche Notwendigkeit dieser Zusammenarbeit ersichtlich.

Fallbeispiel

Anamnese

Die Patientin ist 58 Jahre alt, verwitwet seit 2011 und hat einen erwachsenen Sohn. Sie lebt allein auf ihrem abseits gelegenen Hof in Nordfriesland. Der Sohn wohnt mit seiner Familie in der Nachbarschaft. Bis zum Tod ihres Ehemannes pendelte das Gewicht zwischen 120 und 140 kg. Nach dem Tod des Ehemannes ist es zu einer deutlichen Gewichtszunahme bis 172 kg gekommen. Verschiedene Diäten, ohne professionelle Unterstützung, führten nicht zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion. Das Laufen wurde für die Patientin aufgrund des extremen Umfangs der Oberschenkel immer beschwerlicher.

Indikation zur Behandlung des Lipödems

Im Juni 2017 wurde bei der Patientin deshalb in einer Klinik ambulant, 200 km vom Wohnort entfernt, eine Liposuktion (Fettabsaugung) an beiden Oberschenkeln durchgeführt. Eine gleichzeitige Therapie zur Gewichtsreduktion bei der extremen Adipositas war damit allerdings nicht verbunden.

Nach Angabe der Patientin wurden nach der Operation die verbundenen Beine mit Müllsäcken verpackt. Nach der 200 km langen Taxifahrt im Sitzen war bei der Ankunft zu Hause reichlich Wundflüssigkeit in die Müllbeutel ge-

flossen. Anhand der Angaben der Patientin muss davon ausgegangen werden, dass bei der Patientin keine adäquate Kompression und keine adäquate Wundversorgung durchgeführt wurde. Die häusliche Versorgung wurde von den Angehörigen und Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes sichergestellt.

Zwei Monate später, Ende August 2017, wurde eine Klinikeinweisung notwendig mit der Diagnose „großes infiziertes Hämatoserom (*Staphylococcus aureus*) rechter Oberschenkel“. Das Hämatom wurde operativ ausgeräumt; der großflächige Hautdefekt wurde anfangs mit einer Unterdrucktherapie versorgt und zum Ende des 14-tägigen Krankenhausaufenthalts mit einer sekundären Naht verschlossen. Nach Entlassung aus der Klinik Fortführung der häuslichen Versorgung wieder mit Hilfe der Angehörigen und einem Pflegedienst.

5 Monate später, November 2017, erneuter Klinikaufenthalt mit der Einweisungsdiagnose „großer Abszess rechter Oberschenkel“. Therapeutisch wurden eine gezielte Antibiotikatherapie nach Wundabstrich und eine großflächige Wundtoilette durchgeführt. Die Wundversorgung wurde in der Klinik und nach Entlassung 2 × täglich wie folgt durchgeführt: Wundreinigung mit Polihexanid, Tamponade mit Polihexanid getränkten Kompressen, Wundabdeckung mit Saugkompressen, die mit Fixierpflaster fixiert wurden. In der Klinik wurde keine Kompressionsbehandlung durchgeführt. In der Überleitung wurde auch keine Kompressionsbehandlung empfohlen. Die Versorgung wurde wieder durch die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes sichergestellt.

Wundmanagement bei postoperativen Wundheilungsstörungen adipöser Patienten

Der Hausarzt war mit der Versorgung seiner Patientin und der Empfehlung der Versorgung durch die entlassende

Klinik unzufrieden. Aus diesen Grund hat er einen Pflegerischen Fachexperten für Menschen mit chronischen Wunden, mit Zustimmung der Patientin, beauftragt, die Versorgungssituation zu beurteilen und einen Versorgungsvorschlag zu unterbreiten.

Der Erstkontakt des Pflegerischen Fachexperten bei der Patientin erfolgte eine Woche nach der Entlassung aus der Klinik, also fast 6 Monate nach der Liposuktion.

Die Patientin hatte zu dieser Zeit ein Gewicht von 159 kg bei 168 cm Körperlänge (BMI 56). Es wurde mit Hilfe des Wound-QoL-Bogen die aktuelle Lebensqualität abgefragt. Das zentrale Ergebnis war, dass die Wundexsudation für die Patientin „ziemlich störend“ war und sie viele Ängste hatte.

Ihre Angaben zu den Schmerzen waren sehr indifferent: Maximaler Wundschmerz VAS 5, durchschnittlicher Wundschmerz VAS 4, Dauerschmerz VAS 3, Bewegungsschmerz VAS 2. Die Qualität der Schmerzen wurde zudem einschließend, blitzartig und mit der Stärke VAS 8 angegeben. Weiter wurden brennende Schmerzen VAS 5 benannt. Die Patientin gab an, dass sie mit diesen Schmerzen leben kann.

An der Innenseite des Oberschenkels gab es eine harte Schwellung. Kompressionsverbände oder Kompressionsstrümpfe hat die Patientin zu dieser Zeit nicht getragen.

Die Wundversorgung wurde wie folgt geändert:

- Nass-Trockenphase über 10 min (Polihexanid 0,04% Einwirkzeit 10–20 min*)
- Wundfüllung mit Silbervalginat
- Wundabdeckung mit Superabsorber. Die Fixierung erfolgte mit einer transparenten Folie.

Die Patientin hätte über den Verband ihre angemessenen Oberschenkel-Kompressionsstrümpfe tragen können.

*siehe auch Protz K. „Wundspülung, Antiseptik, duschen und Co.“, Pflegelexikon Tab. 1 WUNDmanagement 05/2012, 220–223.

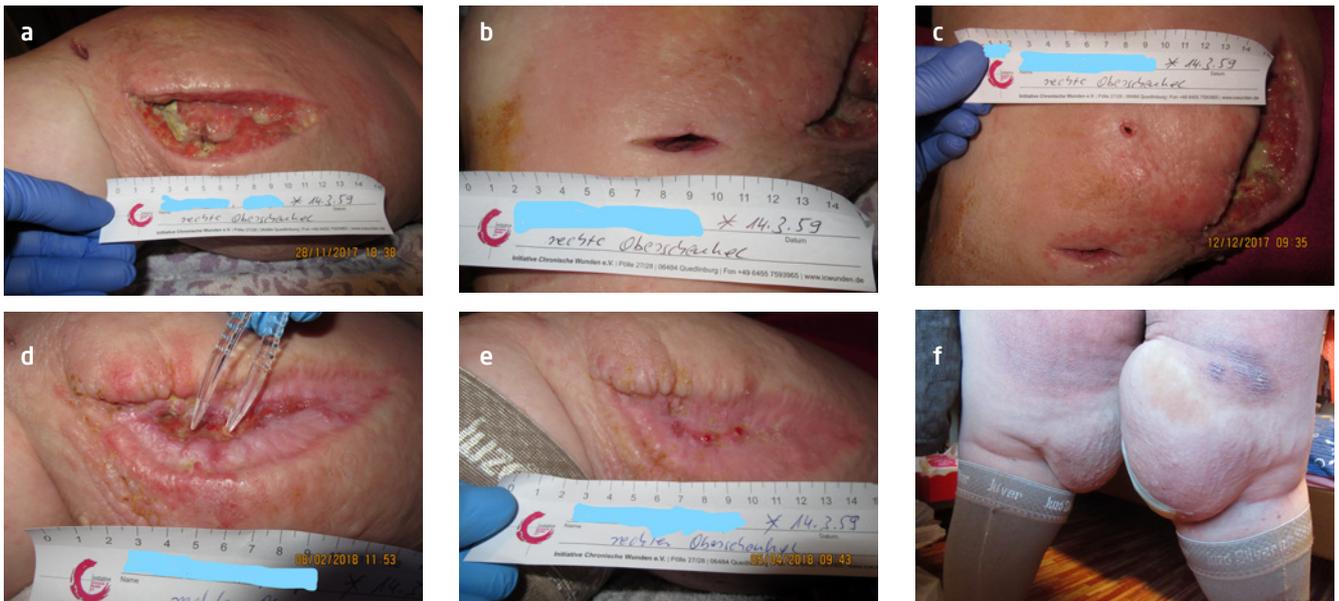


Abbildung 1 a und b: Beginn der Behandlung durch den Pflegerischen Fachexperten, c und d: Manuell entfernbare Biofilm, e und f: Abschluss der Behandlung.

Trotz Erläuterung der Notwendigkeit wurde dies von der Patientin abgelehnt.

Der Verbandwechsel konnte durch die Umstellung der Wundversorgung auf 2 × pro Woche reduziert werden. Die störende Exsudation war nach der Umstellung für die Patientin kein Problem mehr.

Der Pflegerische Fachexperte stand im Hintergrund den Mitarbeitern des Pflegedienstes, dem Hausarzt, der Patientin und deren Angehörigen jederzeit zur Verfügung. Alle zwei Wochen wurde eine Pflegevisite durchgeführt.

Innerhalb der ersten zwei Wochen zeigte sich trotz der fehlenden Kompression unter den beschriebenen Maßnahmen eine deutliche Befundverbesserung (Abb. 1 a, b). Die Lebensqualität der Patientin hatte sich deutlich verbessert. Die Patientin berichtete, dass die Schmerzen weniger wurden, aber dass die Verbandwechsel für sie sehr schmerzhaft waren. Die Schmerztherapie wurde durch den Hausarzt der Situation angepasst, so dass die Schmerzen beim Verbandwechsel auch reduziert werden konnten.

Die Wundversorgung wurde nach Vorgabe des pflegerischen Fachexperten von den Pflegefachkräften des Pflegedienstes durchgeführt. Die Wundfläche wurde weiter kleiner, wobei sich über lange Zeit immer wieder ein schleimiger Biofilm bildete (Abb. 1 c, d). Dieser konnte mit einer Pinzette entfernt werden. Als Ursache hierfür wird die mangelnde Zeit angenommen, die den

Pflegefachkräften zur Verfügung stand, um eine adäquate Wundreinigung durchzuführen. Begründet wird dies sehr häufig mit der schlechten Vergütung der Verbandwechsel durch Kostenträger.

Im Laufe des Februar 2018 wurde die Wundversorgung aufgrund des positiven Heilungsverlaufs umgestellt. Auf die Anwendung von einem Silberalginat zur Wundfüllung wurde verzichtet. Die Wundfüllung wurde jetzt mit einer Hydrofaser durchgeführt und die Wundabdeckung erfolgte weiterhin mit einem Superabsorber. Dadurch konnten die Verbandwechselintervalle von 2–3 mal wöchentlich beibehalten werden.

Anhand der erneuten Erhebung der Lebensqualität mit den QoL-Bogen konnte nachvollzogen werden, wie deutlich sich die Lebensqualität verbessert hatte. Die Wundversorgung war für die Patientin keine wesentliche Belastung mehr.

Die letzte Visitation erfolgte Anfang April 2018. Es waren noch minimale Restdefekte vorhanden (Abb. 1 d, e). Es wurde verabredet, dass die Patientin sich bei Bedarf telefonisch meldet, wenn weitere Hilfe benötigt wird. Ein Rückruf ihrerseits ist nicht erfolgt. Der Patientin war durch den Pflegerischen Fachexperten empfohlen worden, sich aufgrund der wieder voluminösen Umfänge der Oberschenkel in einer Fachklinik für Lip-Lymphödem vorzustellen. Die Patientin wollte sich selber um einen Therapieplatz bemühen.

Fazit

Die Versorgung chronischer Wunden stellt insbesondere bei adipösen Patienten eine besondere Herausforderung dar. Bei ihnen können operative Eingriffe über Monate gravierende Folgen haben. Über die Notwendigkeit solcher Eingriffe muss im Vorfeld besonders gründlich nachgedacht und aufgeklärt werden, zumal die Liposuktion keine Maßnahme für eine gewichtsreduzierende Therapie darstellt. Die Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt muss sorgfältig geplant und die daran Beteiligten rechtzeitig auf den aktuellen Wissensstand gebracht werden. Es ist immer einzukalkulieren, dass Patienten die ihnen gegebenen Empfehlungen nicht oder nur zum Teil beherzigen. Im geschilderten Fall konnte durch die Hinzuziehung des Pflegerischen Fachexperten für Menschen mit chronischen Wunden, in Absprache mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten, die Versorgung so verändert werden, dass die Lebensqualität trotz der eingeschränkten Adhärenz der Patientin signifikant verbessert wurde. Der Hausarzt hatte einen Partner an der Seite, der darauf geachtet hat, dass die Versorgung sein Budget nicht unangemessen belastet. Es war eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung, gemäß der Vorgaben des SGB V gewährleistet.

Manfred Winkler

Pflegetherapiestützpunkt Leck
Peter-Ox-Straße 7, 25941 Leck
E-Mail: m.winkler@orgamed-dortmund.de