

Wenn Druck unter die Haut geht

Dekubitus – Entstehung. Diagnostik. Behandlung.



Inhalt

Dekubitus – Definition & Epidemiologie	2–3
Die Entstehung von Dekubitus	4–7
Dekubituslokalisierung und Prädilektionsstellen	8–9
Dekubitusklassifikationen und -kategorien	10–13
Risikoeinschätzung und Dekubitusprophylaxe	14–15
Dekubitusbehandlung – Druckentlastung. Positionierung.	16–17
Dekubitusbehandlung – Hilfsmittel. Wundversorgung. Dokumentation.	18–21

Dekubitus Herausforderung für Medizin und Pflege.

Der Dekubitus – auch als Decubitus, Dekubitalulcus, Dekubitalulkus oder als Druckgeschwür bezeichnet – gehört zu den gefürchtetsten Komplikationen bei pflegebedürftigen Patienten. Dies gilt sowohl für die stationäre Pflege und Akutpflege im klinischen Bereich als auch für die Langzeitpflege in Heimen oder für die ambulante Pflege im häuslichen Umfeld. Für die Betroffenen gehen Dekubitus mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und Lebensqualität einher.

Eine effektive Prävention sowie eine adäquate Behandlung sind daher in allen Settings des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung.

Schon gewusst?

Der Plural von Dekubitus ist ebenfalls Dekubitus, gesprochen mit einem langem ü am Ende.¹

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind, deren Bedeutung aber noch zu klären ist.“²

Definition Dekubitus in Anlehnung an die internationale Definition der NPUAP, EPUAP und PPPIA (2014)*

Dekubitus verhindern Gesundheitliche Versorgung verbessern.

Epidemiologie

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat im Rahmen des Pflege-Reports 2018 Kennzahlen zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Pflegeheimen berechnet. Ein wesentlicher Befund: Je 100 Heimbewohner treten jährlich im Durchschnitt 8,5 neue Dekubitus-Fälle auf!³ Dabei sind sich die Experten einig, „(...) dass der Entstehung eines Dekubitus durch pflegefachliches Handeln weitestgehend entgegengewirkt werden kann. Dennoch ist zu konstatieren, dass dieses Ziel möglicherweise nicht bei allen Patienten/Bewohnern erreichbar ist.“⁴

Prävalenz in Akut- und Langzeitpflege

Dekubitus sind in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung häufig: Die Prävalenz des Dekubitus wird aktuell in Deutschland in der Akut- und Langzeitpflege mit ca. 2–4 % angegeben.⁵ Aufgrund des zukünftigen demographischen Wandels mit einem steigenden Bevölkerungsanteil an älteren, multimorbiden Menschen muss davon ausgegangen werden, dass in den kommenden Jahren auch die Anzahl der von Dekubitus betroffenen Patienten weiter zunehmen wird.

Prophylaxe im Fokus

Vor dem Hintergrund steigender Dekubitusfallzahlen rückt die Dekubitusprophylaxe immer stärker in den Fokus. Aktuelle Leitlinien und Expertenstandards als wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen für eine patientengerechte Versorgung tragen dieser Entwicklung Rechnung. Der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebene „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung 2017“¹ gilt für Deutschland diesbezüglich auch als sozialrechtlich relevant. Die Implementierung des Standards wird als gemeinsame Aufgabe aller beteiligten Akteure verstanden – von der Betriebsleitung bis zur Pflegefachkraft. Im Vordergrund stehen dabei laut dem aktuellen Standard prophylaktische Maßnahmen, die zu einer Druckentlastung und Druckverteilung sowie der Bewegungsförderung beitragen.



Je 100 Heimbewohner treten jährlich im Durchschnitt 8,5 neue Dekubitus-Fälle auf.³



Die Entstehung von Dekubitus

Ein multifaktorielles Geschehen.

Lange Zeit ging man davon aus, dass es sich bei den Hauptauslösern von Dekubitus um Druck in Kombination mit einer bestimmten zeitlichen Dauer handelt. Heute wird die Entstehung von Dekubitus differenzierter betrachtet und ein komplexes Ursachenmodell zugrunde gelegt, das die Arbeit verschiedener Expertenkommissionen der letzten Jahre widerspiegelt.

Neben Druck und Zeit spielen bei der Entstehung von Dekubitus vor allem Scher- und Zugkräfte eine entscheidende Rolle, aber auch das Mikroklima mit Faktoren wie Temperatur, Schwitzen, Inkontinenz etc. sind zu berücksichtigen. Lediglich der Reibung, im Sinne von oberflächlicher Hautschädigung, wird heute eine untergeordnete Bedeutung beigemessen. Darüber hinaus sind sogenannte individuelle Risikofaktoren wie z. B. Alter, Dehydratation oder Medikamenteneinnahme in den Fokus gerückt.

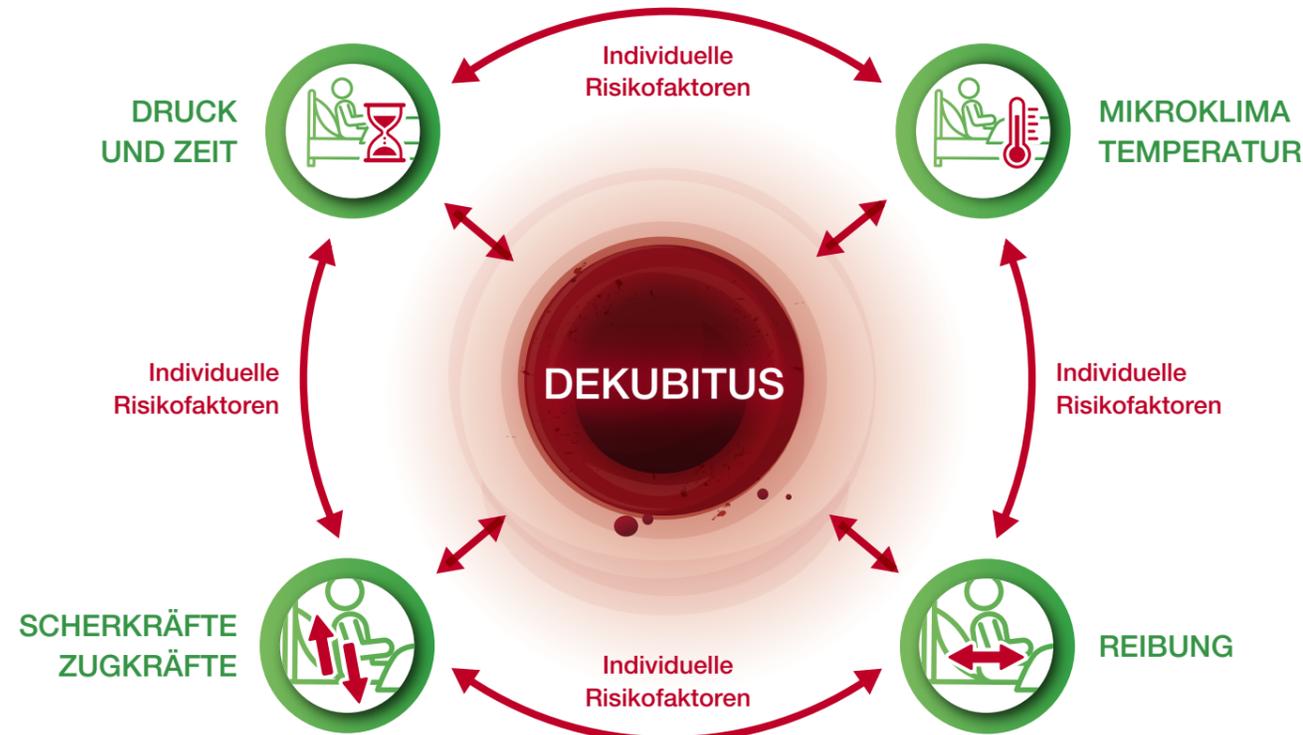
Laut Expertenstandard sind die drei folgenden individuellen Patientenmerkmale die wichtigsten kausalen Faktoren für das Dekubitusrisiko:⁶

1. Beeinträchtigung der Mobilität
2. Störungen der Durchblutung
3. Bereits beeinträchtigter Hautzustand bzw. vorbestehender Dekubitus

Auf Basis der Analyse verschiedener Leitlinien fasst der Expertenstandard die wichtigsten Risikofaktoren für die Dekubitusentstehung wie folgt zusammen:⁷

- schlechter Ernährungszustand
- verminderte Aktivität und Mobilität
- erhöhte Hautfeuchtigkeit
- Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus)
- verminderte sensorische Wahrnehmung
- demographische Variablen wie Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit
- Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Haut
- vorhandener Dekubitus

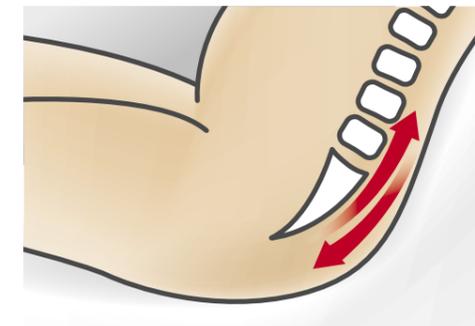
Viele Faktoren. Eine Indikation.



Druck und Zeit

Druck und Zeit – oder genauer Druckstärke und Druckdauer – sind weiterhin wichtige Faktoren für die Pathophysiologie des Dekubitus. Denn erst durch einen gewissen Druck, der über einen bestimmten Zeitraum bei einem dekubitusgefährdeten Patienten besteht, kann eine Schädigung der Haut eintreten. Dies hängt vom Druck ab, der auf die Haut ausgeübt wird, von der individuellen Druckempfindlichkeit, d. h. Gewebetoleranz für Druck und Sauerstoff, sowie von den weiteren patientenbedingten Risikofaktoren. Entsprechend kann gleich hoher Druck über eine gleich lange Zeit bei einem Patienten zum Dekubitus führen, bei einem anderen Patienten dagegen nicht.

- Druck ist eine Kraft, die senkrecht auf eine Fläche einwirkt
- je kleiner die Fläche ist, auf die der Druck ausgeübt wird, desto höher ist der Auflagedruck und umgekehrt
- der Auflagedruck verhält sich direkt proportional zum Körpergewicht, d. h. je größer das Körpergewicht, desto größer der Auflagedruck



Scherkräfte

Die Gefäßversorgung der Haut hat ihren Ursprung im Unterhautfettgewebe. Blutgefäße können in dieser Verschiebeschicht leicht gedehnt, verdreht und verschoben werden. Liegt ein Patient z. B. in halbsitzender Position im Bett, d. h. im geneigten Winkel, gleiten die tieferen Gewebeschichten (hauptsächlich Muskeln) der Schwerkraft folgend nach unten, während die Haut an derselben Stelle verbleibt. Es kommt zur Scherung und Gewebeschädigung!

Abb.: Im Experiment lässt sich eine Verschiebung der Haut um bis zu 2,0 cm nachweisen.

Hautschädigungen durch Druck- und Scherkräfte

Während Druckkräfte senkrecht auf das Gewebe wirken, wirken Scherkräfte parallel zum Gewebe. Bei den senkrecht wirkenden Kräften können durch anhaltenden Druck Blutgefäße komprimiert werden, was zu einer Minderdurchblutung der betroffenen Stellen führen kann.

Dadurch werden die Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff und Nährstoffen sowie die Entsorgung von Kohlendioxid und Stoffwechselprodukten unterbrochen. Hält der komprimierende Druck, verbunden mit Sauerstoffmangel, an, kommt es zur Gewebeschädigung und es entsteht ein Dekubitus. Dabei können zwei Formen von Druck unterschieden werden:⁸

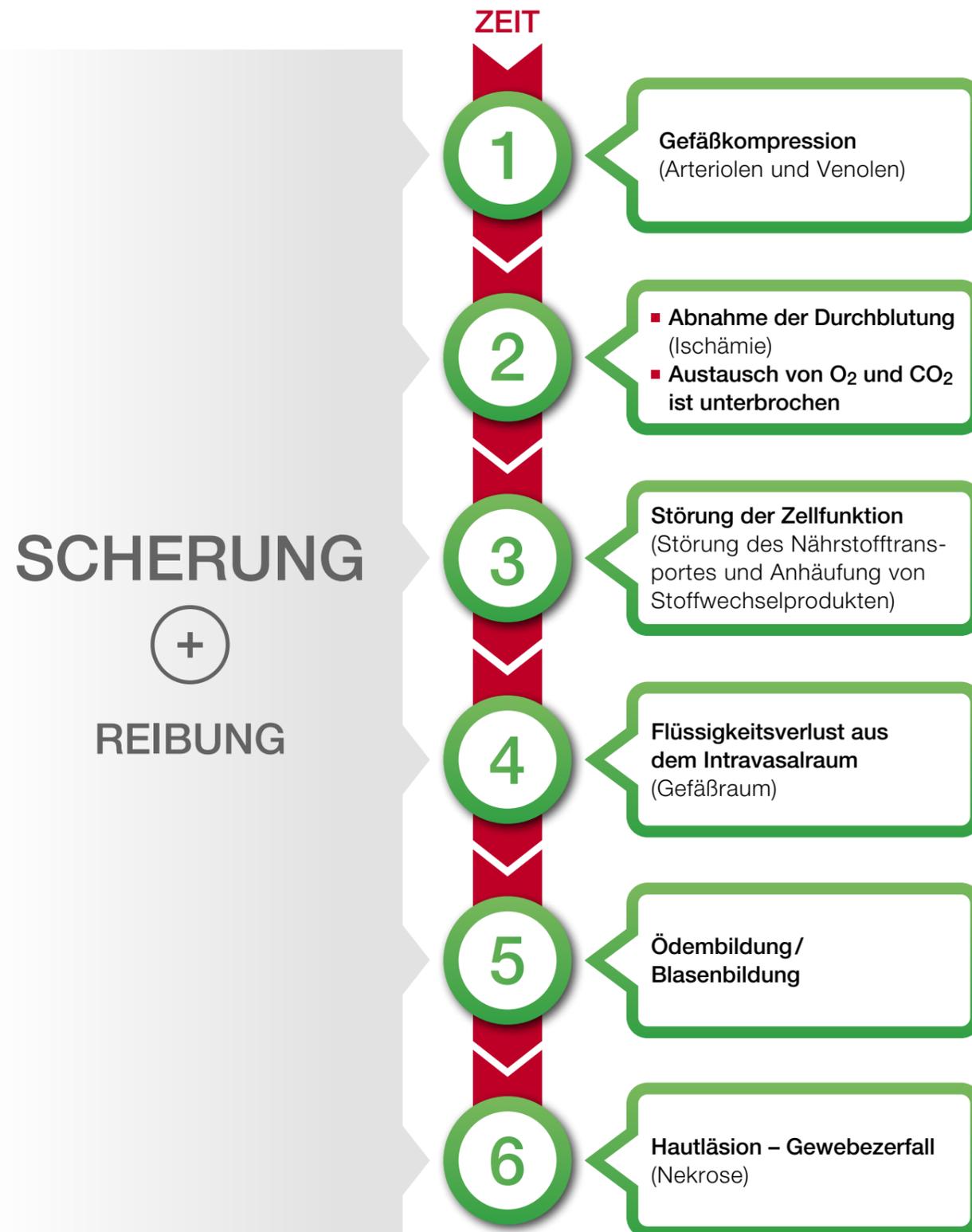
- **von außen**, z. B. durch die Matratze, Falten im Bettlaken, ungepolsterte Lagerungsschienen, Krümel im Bett, Schuhe, aber auch Katheter und Sonden, wenn sie auf die Haut einen Druck ausüben
- **von innen**, z. B. durch Knochen, die ohne Muskel- und Fettpolster direkt unter der Haut liegen

Bei der Einwirkung von Scherkräften führt die Verschiebung zwischen den Gewebeschichten zu einer Dehnung oder dem Zerreißen der Blutgefäße im subkutanen Gewebe. Die Folge: Die Haut wird nicht mehr richtig durchblutet und Zellen können absterben.

Die Entstehung von Dekubitus

Ein multifaktorielles Geschehen.

Anhaltender Druck führt zu:



Die Gewebetoleranz beeinflusst das Dekubitusrisiko zusätzlich zu Dauer und Intensität der Druck- und Scherkräfte.

Dekubitus oder kein Dekubitus. Die Gewebetoleranz entscheidet.

Das Standardlehrbuch „PflegeHeute“ definiert Gewebetoleranz als „Fähigkeit von Haut und Unterhautfettgewebe, Druck ohne schädigende Folgen zu ertragen.“⁹ Entsprechend beschreibt „Gewebetoleranz“ Faktoren, die das individuelle Dekubitusrisiko beeinflussen, ohne direkt in Zusammenhang mit Dauer und Intensität von Druck- und Scherkräften zu stehen.

Gewebetoleranz für Druck:¹⁰

- **Gewebemasse:** Gut ausgebildetes Unterhautfettgewebe und Muskulatur können Druck besser verteilen als dünne Schichten über Knochenvorsprüngen oder „atrophe“ Muskelschichten bei gelähmten Patienten
- im **Alter** nimmt die Fähigkeit zur Druckverteilung ab. Der Grund dafür liegt u. a. in der veränderten Zusammensetzung des Bindegewebes, dem Nachlassen des Muskeltonus sowie der verlangsamten Regeneration der Hautzellen
- **Dehydratation:** Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme vermindert die Elastizität der Haut
- **Glukokortikoidtherapie:** Eine längere Einnahme von Glukokortikoiden behindert die Kollagenbildung und die Regeneration von Kapillargefäßen
- **Eiweiß- und Vitamin-C-Defizit:** Vitamin C spielt eine große Rolle beim Aufbau von Kollagenen; ein Eiweißdefizit verstärkt die Wirkung der Glukokortikoide
- **Stress:** Vermutlich steigt bei gestressten Menschen die Produktion von Kortisol, das wiederum die Kollagenbildung verlangsamt

Gewebetoleranz für Sauerstoff:¹⁰

- **Fieber:** Durch Schwitzen kommt es zur Austrocknung des Körpers und zu einem erhöhten Sauerstoffbedarf des Gewebes
- **Temperatur:** Eine erhöhte Raumtemperatur und zu stark wärmende Kleidung oder Bettwäsche erhöhen den Stoffwechsel und damit den Sauerstoffbedarf des Gewebes
- **Betablocker** reduzieren die Hautdurchblutung um 20–30 %
- **Eiweißmangel** führt zu Ödemen, die wiederum die Sauerstoffversorgung der Haut vermindern
- **Nikotinabusus** begünstigt Arteriosklerose, die mit einem verminderten Blutfluss und einer verminderten Sauerstoffversorgung der Haut einhergeht
- **Krankheiten**, z. B. Lungenerkrankungen, Anämien, Diabetes mellitus, führen u. a. zu einer reduzierten Sauerstoffversorgung und zu Gefäßveränderungen
- **Blutdruck:** Systolische Blutdrücke unter 100 mmHg sowie diastolische Drücke unter 60 mmHg können das Dekubitusrisiko erhöhen

Dekubituslokalisierung und Prädilektionsstellen

Wo Dekubitusgefahr droht.

Von Dekubitus betroffen sind vorwiegend Körperpartien, bei denen hervorstehende Knochen dicht unter der Haut liegen, ohne durch Unterhautfettgewebe oder Muskulatur ausreichend gepolstert zu sein. Eine entscheidende Rolle bei der Dekubitusentstehung spielen hier die konvexen Strukturen dieser Körperstellen.

Bei konvexen Konturen ist die Oberfläche des Knochens kleiner als das dazugehörige Hautareal.



Dabei handelt es sich immer um Körperpartien, an denen das Skelett direkt an die Oberfläche grenzt und die druckverteilende Funktion des Unterhautfettgewebes und der Muskulatur fehlt.

Kachexie und Osteoporose als verstärkende Faktoren

Leidet ein Patient unter Kachexie, d. h. starker Abmagerung, mit Abnahme des subkutanen Gewebes, nimmt die Konvexität seiner Körperkontur zu, wodurch das Dekubitusrisiko steigt.

Ähnliches gilt für Patienten mit Osteoporose, da diese ebenfalls die Entstehung konvexer Körperkonturen begünstigt. Zum Beispiel, wenn im Verlauf der Osteoporose-Erkrankung ein kyphotischer Rundrücken, im Volksmund „Witwenbuckel“ genannt, entsteht. Dabei bilden die hervorragenden Dornfortsätze und der „Rippenbuckel“ konvexe Konturen aus, die besonders dekubitusgefährdet sind.

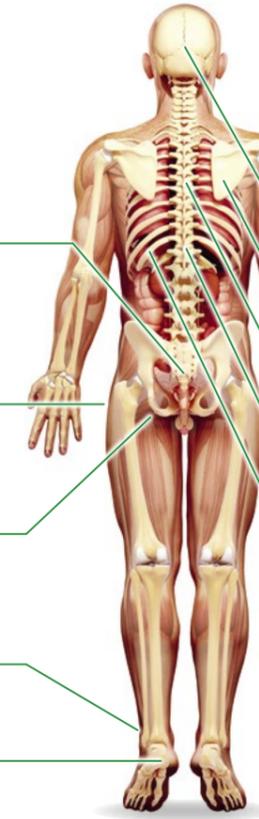
Auf die Lage kommt es an

Welche Körperstellen darüber hinaus jeweils besonders gefährdet sind, hängt auch von der Lage des Patienten ab. „PflegeHeute“ führt je nach Lage folgende Prädilektionsstellen auf:¹¹

- **in Rückenlage:** Kreuz- und Steißbein, Fersen, Schultern, Hinterkopf, Wirbelsäule und Ellenbogen
- **in Seitenlage:** Ohrmuscheln, Trochanter major (großer Rollhügel), Knie, Ellenbogen, Fußknöchel
- **in Bauchlage:** Stirn, Ellenbogen, Beckenknochen, Rippen, Kniescheiben, Zehen
- **im Sitzen:** Fersen, Fußballen, Hinterkopf, Sitzbeinhöcker, Wirbelsäule, hintere Seite des Oberschenkels

Primär betroffene Körperstellen (Prädilektionsstellen)

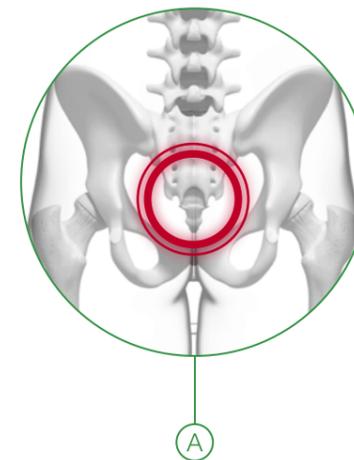
- **Kreuzbein, Steißbein**
(*Os sacrum, Crista sacralis mediana ossis, Os coccygis*)
- **Großer Rollhügel**
(*Trochanter major femoris*)
- **Sitzbeinhöcker**
(*Tuber ossis ischii*)
- **Außen- und Innenknöchel**
(*Malleolus lateralis, Malleolus medialis*)
- **Ferse**
(*Calcaneus*)



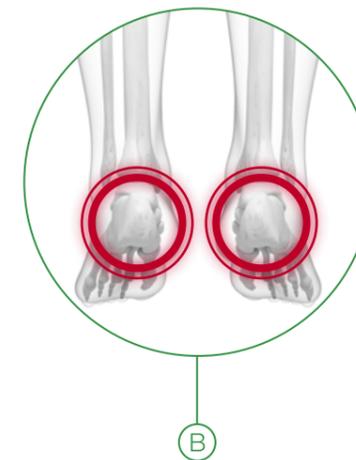
Sekundär betroffene Körperstellen

- **Hinterkopf**
(*Regio occipitalis*)
- **Schulterblätter**
(*Scapulae*)
- **Brustwirbelsäule**
(*Pars thoracica*)
- **Dornfortsätze**
(*Processus spinosi*)
- **Rippen**
(*Costae*)

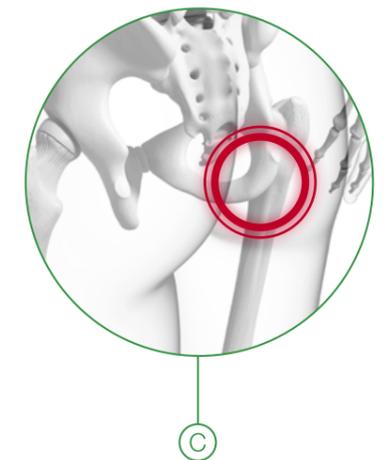
Mehr als die Hälfte aller Dekubitalulcera befinden sich:



in der gewichtsbedingt am stärksten belasteten Kreuzbeinregion



an den Fersen



in der Region um die Sitzbeinhöcker



Kyphotische Rundrücken, z. B. bei Osteoporose, steigern das Dekubitusrisiko.

Dekubitusklassifikationen und -kategorien

Leitlinien und Begriffe.

2019 erschien die dritte Auflage der internationalen Dekubitus-Leitlinie „Prävention und Behandlung von Dekubitus“, die in Zusammenarbeit zwischen den Partnerorganisationen European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) entwickelt wurde.¹² Darüber hinaus schlossen sich 14 Wundorganisationen aus 12 Ländern als assoziierte Organisationen dem Projekt an.

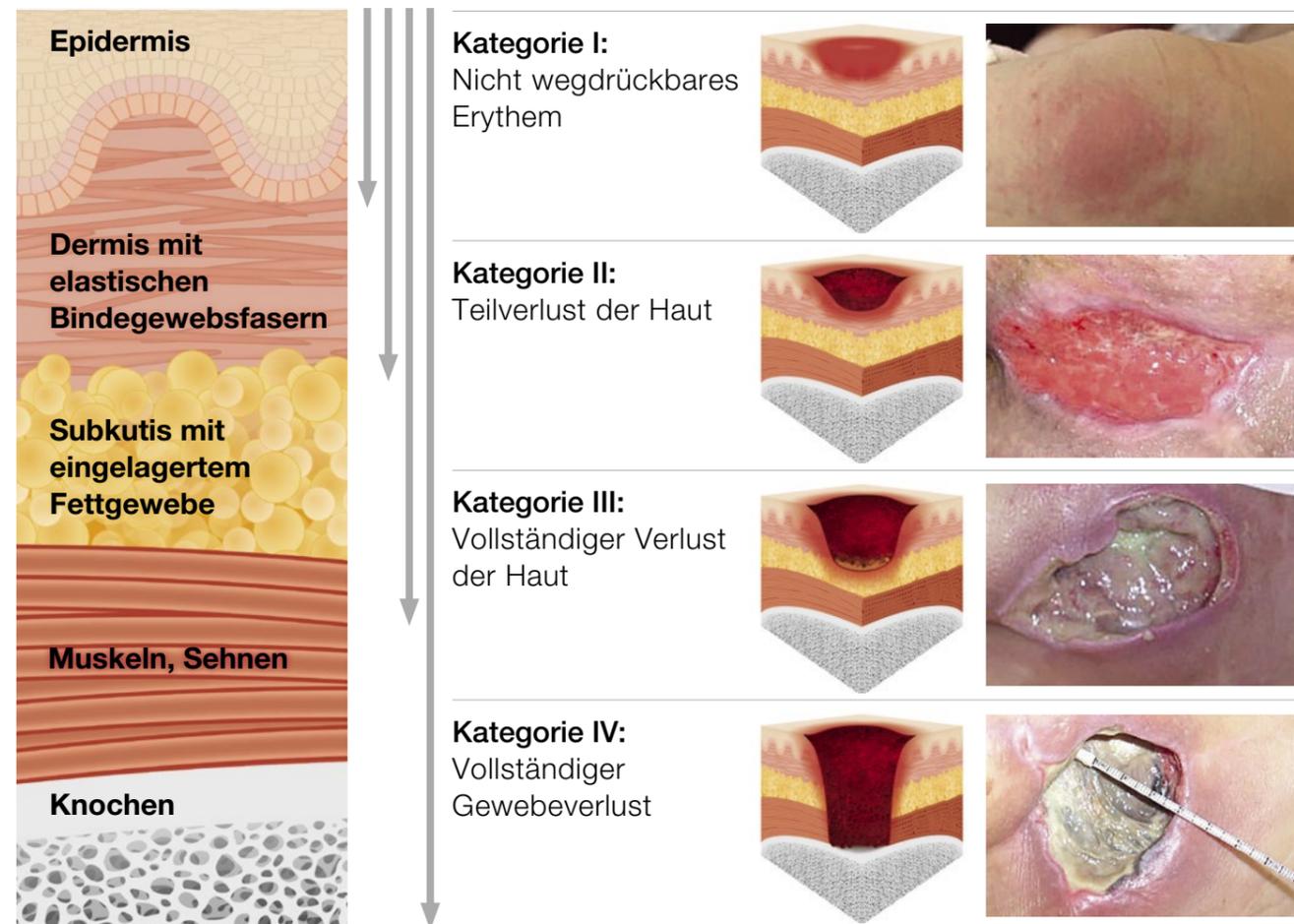
Dekubitus-Klassifikationssysteme laut Leitlinie

Die EPUAP/NPIAP/PPPIA-Leitlinie 2019 empfiehlt Anwenden ein Klassifizierungssystem für Dekubitus zu verwenden, um den Grad der Gewebeschädigung zu dokumentieren.¹³ Der Schweregrad eines Dekubitus richtet sich nach der Ausdehnung in die Tiefe des Gewebes. Es werden üblicherweise vier verschiedene Dekubitusstadien bzw. -kategorien voneinander unterschieden. Die Kurzfassung der Leitlinie nimmt dabei Bezug auf drei gängige internationale Klassifikationssysteme:¹⁴

- INTERNATIONALES KLASSIFIKATIONSSYSTEM FÜR DEKUBITUS VOM NPUAP/EPUAP (2009, 2014)
- WHO ICD-11 (2018)
- NPUAP-KLASSIFIKATIONSSYSTEM (APRIL 2016)

Dekubituskategorien gemäß European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2019).

Kategorien, die in ICD-10 kodiert werden können.



Kategorie, Stadium oder Grad?

Der größte Unterschied der Klassifikationssysteme liegt in der Definition und Begrifflichkeit der Beschreibung des Gewebeverlustes in den jeweiligen Gewebeschichten bei Dekubitus. NPUAP/EPUAP führen in ihrer Leitlinie dafür den Begriff der „Kategorie“ ein, „(...) da die bisher für Dekubitusklassifikationen verwendeten Begriffe ‚Stufen‘ oder ‚Grad‘ bzw. ‚Schweregrad‘ ein Fortschreiten von I zu II, III oder IV unterstellten“¹⁵, was jedoch nicht immer der Fall ist. „Kategorie“ hat als Begriff den Vorteil, dass er keinen Verlauf impliziert und so nicht nahelegt, dass eine Wunde sich von „I nach IV entwickelt“ oder von „IV nach I“ heilt.

Obwohl „Kategorie“ als modernste Bezeichnung gilt, verwendet die WHO weiterhin den Begriff „Grad“ zur Dekubitusklassifikation. Die Klassifikationen nach NPUAP 2016 werden dagegen in „Stadien“ vorgenommen.

ICD-10 versus ICD-11

Die Klassifikation des Dekubitus nach ICD-10-GM entspricht der „amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland“¹⁵ und wird zur Abrechnung genutzt. Die Codierung nach ICD-10 ermöglicht derzeit jedoch noch keine Erfassung der Kategorie „Weitere Schädigungen des Gewebes“ gemäß EPUAP. Mit der Einführung der ICD-11-Klassifikation der WHO wird dies in Zukunft jedoch möglich sein. Die neue Klassifikation soll am 1. Januar 2022 mit einer Übergangszeit von fünf Jahren in Deutschland in Kraft treten.¹⁶

Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden, um Skin Tears (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriationen zu beschreiben.

Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehnen oder Muskeln liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und Ulcera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.

Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z. B. Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.

* Eine livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.

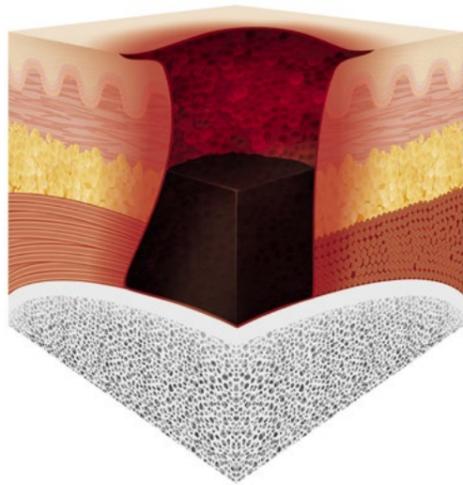
Dekubitusklassifikationen und -kategorien Leitlinien und Begriffe.

Weitere Schädigungen des Gewebes – nicht in ICD-10 kodierbar

Die EPUAP-Leitlinie 2014 zur Dekubitusprävention erweitert die Kategorien um zwei zusätzliche Klassifikationen, die nun auch im aktualisierten Expertenstandard 2017 zu finden sind. Es handelt sich dabei um Dekubitusklassifikationen, die sich auf Gewebeschädigungen beziehen, die durch Druck in der Tiefe entstehen können: zum einen um „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“, zum anderen um die „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt.“¹⁷ Die englische Langfassung der EPUAP-Leitlinie ergänzt darüber hinaus zwei weitere Klassifikationen für die Dekubitusentstehung durch Druck an der Oberfläche.¹⁸

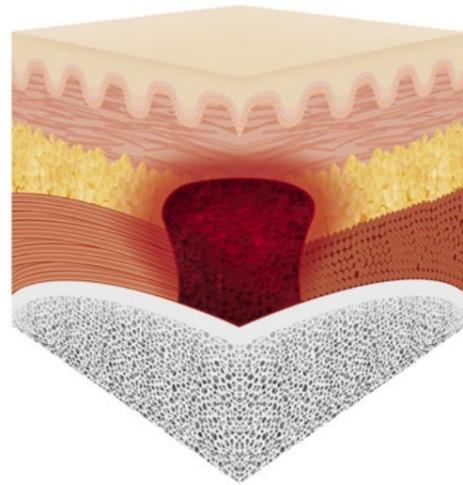
1. Druck in der Tiefe

A. Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt



Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt sind, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.

B. Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt



Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist. Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.

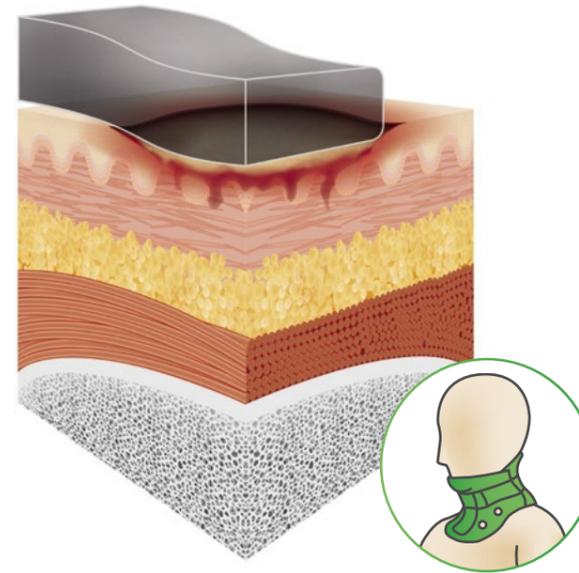


Mithilfe von Klassifizierungssystemen für Dekubitus kann das Pflegepersonal den Grad des Gewebeverlusts besser dokumentieren.

2. Druck an der Oberfläche

(Englische Langfassung des European Pressure Ulcer Advisory Panel 2019 – Übersetzung ICW)¹⁸

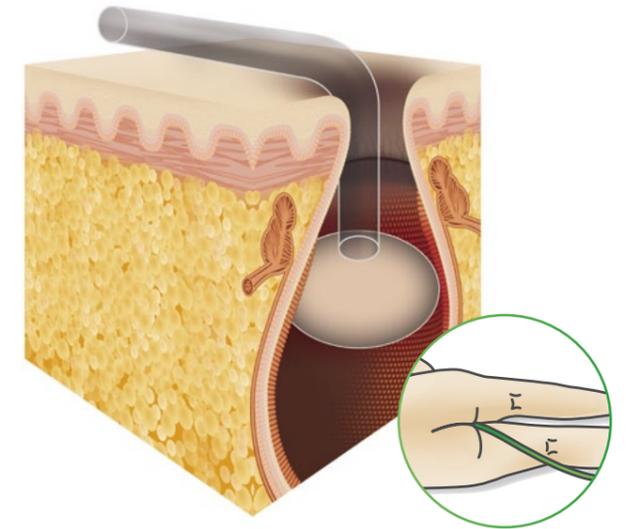
A. Gerätebedingte* Druckverletzungen



Gerätebedingte Druckverletzungen resultieren aus der Nutzung von medizinischen Geräten, Ausrüstungen, Möbeln und Alltagsgegenständen, die Druck auf die Haut ausgeübt haben, entweder als unbeabsichtigte Folge ihres therapeutischen Einsatzes oder versehentlich durch unbeabsichtigten Haut-Geräte-Kontakt. Wenn die Druckverletzung durch ein Gerät entstanden ist, das für diagnostische oder therapeutische Zwecke konstruiert und angewendet wird, spricht man von einer gerätebedingten Druckverletzung. Die resultierende Druckverletzung entspricht im Allgemeinen dem Muster oder der Form des Geräts. Der Begriff „produktbezogen“ beschreibt die Ätiologie der Druckverletzung und nicht die Schwere oder das Ausmaß des Gewebeverlusts. Gerätebedingte Druckverletzungen sollten wie andere Druckverletzungen nach einem anerkannten Klassifikationssystem eingestuft werden.

*Als Synonym für Medizinprodukte.

B. Druckverletzung der Schleimhäute



Druckverletzungen der Schleimhäute entstehen durch Druck auf feuchte Schleimhäute, die die Atemwege, den Magen-Darm-Trakt und den Urogenitaltrakt auskleiden. Druckverletzungen der Schleimhäute werden in erster Linie dadurch verursacht, dass medizinische Geräte (im Allgemeinen Schläuche und Fixiermaterialien) anhaltende Druck- und/oder Scherkräfte auf die Schleimhaut ausüben. In der Schleimhaut des Respirationstrakts (d. h. Lippen, Mund, Nasenwege usw.) werden Druckverletzungen typischerweise durch Beatmungs- oder Ernährungs sonden und/oder deren Fixierungen verursacht. Druckverletzungen des Magen-Darm-Traktes und Druckverletzungen des Urogenitaltraktes (d. h. Penis, Harnleiter usw.) werden in erster Linie durch Ernährungs sonden oder Stomavorrichtungen und Katheter verursacht.

Risikoeinschätzung und Dekubitusprophylaxe

Individuelle Risiken erkennen und vorbeugen.

Der Expertenstandard 2017 sieht in der Prävention von Dekubitus eine Kernaufgabe in der Pflege.¹⁹ Doch damit gezielte Präventionsmaßnahmen getroffen werden können, muss zunächst eine individuelle Risikoeinschätzung erfolgen. Bei der Aufnahme des Patienten ist eine Einschätzung des Dekubitusrisikos durch eine Pflegefachkraft daher verbindlich. Folgeeinschätzungen ergeben sich aus der Stärke des individuellen Risikos bzw. Änderungen von Druck und Mobilität.

Zur Ermittlung des individuellen Dekubitusrisikos dient die klinische Einschätzung durch eine Pflegefachkraft. Durch Beobachtung und Informationssammlung entsteht ein umfassendes Bild zu vorliegenden Risikofaktoren unter Berücksichtigung des gesamten Gesundheitszustands. Entscheidend sind dabei Umstände, welche die Wirkung von Druck und Scherkräften verlängern und/oder erhöhen können, wie Einschränkungen der Mobilität. Kann bei der klinischen Einschätzung das Dekubitusrisiko bei Erstkontakt und Anamnese nicht initial ausgeschlossen werden, erfolgt eine differenzierte Risikoeinschätzung auf Basis einer detaillierten Analyse der individuell bestehenden Risikofaktoren sowie einer Hautinspektion.¹¹

Individuelle Risikofaktoren²⁰

- Einschränkungen der Mobilität und Aktivität (Lähmungen, Sedierung, Depressionen, Schmerzen, Schonhaltungen, Erkrankungen etc.)
- Einschränkungen der Sensibilität und/oder des Bewusstseins (Polyneuropathien, z. B. bei Diabetes mellitus, Lähmungen, Narkosen etc.)
- medizinische Geräte und Applikationen, die sich in unmittelbarem Kontakt zur Haut/Schleimhaut befinden (Katheter, Kanülen, Sonden, Verbände, Antithrombosestrümpfe, körpernahe Fixierungen etc.)
- bestehender oder abgeheilter Dekubitus
- Untergewicht
- Alter

Risikoskalen zur Dekubituseinschätzung

Zur Einschätzung eines Dekubitusrisikos stehen verschiedene Skalen zur Verfügung. Am bekanntesten sind die modifizierte Norton- und die modifizierte Braden-Skala. Doch bereits der überarbeitete "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2010"

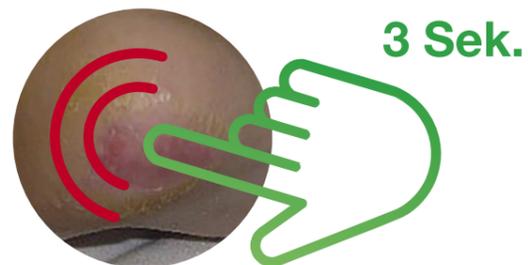
gibt keine generelle Empfehlung mehr zum Einsatz von Risikoskalen, da ihr klinischer Nutzen in der Praxis nicht belegt werden konnte. Allerdings wird eingeräumt, dass Skalen für noch weniger erfahrene Pflegefachkräfte eine Sensibilisierung für die Risiken darstellen können.²¹

Hautinspektion zur Risikoeinschätzung

Bei der Hautinspektion sollten insbesondere die Prädispositionsstellen für Dekubitus wie konvexe Strukturen über knöchernen Vorsprüngen im Fokus stehen. Befinden sich an diesen oder anderen Stellen Rötungen, muss mittels des sogenannten Fingertests festgestellt werden, ob eine vorübergehende oder eine persistierende Rötung besteht, bei der es sich bereits um einen Dekubitus handelt.

Der Fingertest:

Mit dem Fingertest lässt sich die dauerhafte Rötung von der vorübergehenden unterscheiden.



- drücken Sie 3 Sekunden lang mit der Fingerkuppe in die Mitte der Rötung
- bleibt die Haut nach dem Loslassen gerötet und wird **nicht** weiß, dann liegt ein Dekubitus Kategorie I vor
- im Vergleich zu angrenzenden Hautarealen kann die gerötete Haut dann auch schmerzhaft, wärmer oder kälter, fest oder weich sein

Die klinische Hautinspektion als Teil der Risikoeinschätzung ist unerlässlich und trägt maßgeblich zur Bestimmung von weiteren Maßnahmen bei, z. B. müssen beim Auftreten eines Dekubitus der Kategorie 1 unverzüglich druckentlastende und druckverteilende Maßnahmen erfolgen, um dem Risiko eines Dekubitus höherer Kategorie entgegenzuwirken.



„Dekubitus gehen für die Betroffenen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und der Lebensqualität einher, weshalb ihrer Entstehung entschieden vorgebeugt werden muss.“

Präambel zum „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, 2. Aktualisierung 2017

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Seit der Erstveröffentlichung im Jahre 2000 sowie den Aktualisierungen 2010 und 2017 stellt der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, herausgegeben vom DNQP, die Handlungsrichtlinie für Pflegende im Gesundheitswesen dar, um Dekubitus vorzubeugen. Gemäß Sozialgesetzbuch XI (SGB XI § 113 a) und PflWG (Pflege-Weiterbildungsgesetz) sind die Expertenstandards seit Juli 2008 als rechtsverbindlich anzusehen. Sie werden nach der allgemeinen Rechtsprechung als vorweggenommene Sachverständigenurteile verstanden. Entsprechend sind sie für die an der medizinisch-therapeutischen Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte bindend, sofern eine Einwilligung des Patienten in die Dekubitusprophylaxe vorliegt.

Im Hinblick auf eine leitliniengerechte Prophylaxe stehen Interventionen im Vordergrund, die zu einer Druckentlastung und Druckverteilung beitragen. Wie in der Vorgängerversion wird der Bewegungsförderung auch in dem aktualisierten Expertenstandard ein zentraler Stellenwert beigemessen.

Definition Dekubitusprophylaxe:¹¹

Maßnahmen, um einem Dekubitus vorzubeugen. Druckentlastung und -verteilung gefährdeter Körperstellen haben dabei oberste Priorität.

Dekubitusprophylaxe versus Dekubitusbehandlung

Die Dekubitusprophylaxe ist von der Dekubitusbehandlung zu unterscheiden, die unter einem absoluten Arztvorbehalt steht. Im Sinne der „vorbeugenden

Gefahrenabwehr“ gemäß §§ 276, 278 BGB plant und führt die Pflegefachkraft eigenverantwortlich, ohne ärztliche Anordnung, die Dekubitusprophylaxe durch. Mit dem Auftreten eines Dekubitus und dem Beginn der Dekubitusbehandlung wird die arbeitsteilige Behandlungspflege zwischen Pflegefachkraft und Arzt ausgelöst. Dabei liegt die Anordnung der Wundbehandlung in der Verantwortung des Arztes. Die Durchführung delegiert dieser meist an Pflegende, die in der modernen Wundbehandlung geschult sind.

Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe

Im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe stehen die Druckentlastung gefährdeter Körperstellen sowie die Druckverteilung. Die Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen wird individuell zu bestimmenden Abständen gemäß den in der Risikoeinschätzung festgelegten Intervallen durch eine sorgfältige Hautbeobachtung überprüft.

Maßnahmen zur Druckentlastung und -verteilung im Überblick:²²

- Förderung der Eigenbewegung des Patienten
- Positionierungen und Positionswechsel
- Vollständige Entlastung stark gefährdeter Körperstellen („Freilage“)
- Vermeidung bzw. Reduktion der therapiebedingten Einwirkung von Druck- und Scherkräften

Damit ein Dekubitus erfolgreich verhindert werden kann, muss die Kontinuität der Maßnahmen genauso gewährleistet sein wie die Mitwirkung von Patienten und Angehörigen durch geeignete Schulungsmaßnahmen.

Dekubitusbehandlung

Druckentlastung. Positionierung.

Die Gesamtbehandlung des Dekubitus umfasst neben der ausführlichen Wundanamnese inklusive -klassifikation die lokale Behandlung mit Maßnahmen zur Wundreinigung und -versorgung sowie die Kausaltherapie, u. a. mit Maßnahmen zur vollständigen Druckentlastung, Ernährung und Schmerztherapie.

Maßnahmen zur Druckentlastung und -verteilung

Druckentlastung und Druckverteilung haben sowohl bei der Dekubitusprophylaxe als auch bei der Dekubitusbehandlung oberste Priorität. Insbesondere bei einem bestehenden Dekubitus ist die konsequente vollständige Druckentlastung durch regelmäßige Positionswechsel und entsprechende Hilfsmittel der entscheidende Faktor. Denn ein Dekubitus kann nur heilen, wenn er keinem Druck ausgesetzt ist. Die Druckentlastung ist die Voraussetzung für die Wiederherstellung der Durchblutung und Sauerstoffversorgung des geschädigten Hautareals, d. h., sie ist grundlegend für den Wundheilungsprozess.

Auf die Lage kommt es an

Die Wichtigkeit der Positionsänderungen bei der Dekubitusbehandlung und der Dekubitusprophylaxe findet sich u. a. auch in den konkreten Handlungsanweisungen der aktuellen Kurzfassung der EPUAP-Leitlinie 2019 wieder: Bei allen Personen mit vorhandenem Dekubitus oder einem Dekubitusrisiko sollten Positionsänderungen nach einem individuellen Zeitplan durchgeführt werden, sofern diese nicht kontraindiziert sind.²³ Empfohlen wird i. d. R., mit einem 2-stündigen Intervall zu beginnen und dies je nach Wirkung zu verkürzen oder zu verlängern.²²

› Unabhängig von den Positionierungsintervallen gilt für alle Positionierungen:

- so viel Körperoberfläche wie möglich aufliegen lassen, da zunehmende Auflagefläche den Druck reduziert
- so wenig Lagerungshilfsmittel wie möglich – so viele wie nötig verwenden!
- Druck erzeugt Gegendruck, deshalb keine harten Lagerungsmittel und keine harten Gegenstände verwenden
- je weicher die Lagerungsfläche (Matratze, Kissen), desto schlechter die Körperwahrnehmung
- Hilfsmittel (Antidekubitusmatratze etc.) ersetzen die regelmäßige Umlagerung des Patienten nicht
- Lagerungsmittel wirken nur, wenn sich wenig Material zwischen Matratze und Patient befindet
- Rückenlage oder Lagerung im Langsitz vermeiden bzw. nur zu therapeutischen Zwecken kurzzeitig einsetzen



Druckentlastung des Sakralbereichs – die 30°-Schräglage

Die am häufigsten in der Praxis angewandte Positionunterstützung ist die 30°-Schräglagerung. Sie bewirkt die Druckentlastung des Sakralbereichs!

Indikation:

- Druckentlastung des Kreuzbeinbereichs (Sakralregion)
- Druckentlastung des großen Rollhügels (*Trochanter major femoris*)
- Druckentlastung des Schulterblattes
- Druckentlastung des Ellenbogens

› Wichtig bei der Durchführung:

- Kontrolle der Körperachsen, d. h., Schultergürtel und Becken müssen parallel liegen
- Hüfte nicht stärker drehen als die Schulter
- ggf. Fersen frei lagern
- ein Bettseitenschutz kann das Sicherheitsgefühl des Patienten fördern (im Einvernehmen mit dem Patienten)
- das Kopfende muss nicht flach gestellt sein (vorteilhaft für Patienten mit Atemnot)
- wird der Winkel von 30° zu stark überschritten und der Patient um 45° bis 60° gedreht, hat dies oft zur Folge, dass sich der Patient schon nach kurzer Zeit wieder auf den Rücken dreht



Druckentlastung des Sakral-, Rücken- und Fersenbereichs – die 135°-Lagerung

Die 135°-Lagerung entspricht der physiologischen „Ruhe-lage“, die der Schlafposition vieler Menschen ähnelt. Sie bietet sich zur Entlastung und Entspannung an und ist die optimale Lagerung bei bereits bestehendem Dekubitus.

Indikation:

- vollständige Druckentlastung des Kreuzbeinbereichs (Sakralregion)
- vollständige Druckentlastung der Wirbelsäule mit ihren Dornfortsätzen
- vollständige Druckentlastung der Fersen

› Wichtig bei der Durchführung:

- die Lagerung ist korrekt, wenn der untenliegenden großen Rollhügel (*Trochanter major femoris*) des Patienten ohne Druckbelastung ist
- Kontrolle der Haut der Beckenkämme, der Knie- und Ellenbogengelenke durchführen
- geeignete Lagerung für Wundversorgung und Verbandwechsel im Bereich der Sakralregion
- geeignete Lagerung für Wundinspektion und Positionierung von Wundtherapeutika

› **Achtung:** Menschen mit Herzbeschwerden und/oder Atemnot tolerieren aufgrund des Drucks auf den Brustkorb diese Lagerung i. d. R. nicht. Desorientierte und ängstliche Patienten tolerieren diese Lagerung selten. Immobile Patienten empfinden häufiger Angst zu „versinken“.



Vollständige Druckentlastung der Ferse – die Fersenfreilagerung

„Die Fersen sollen komplett frei gelagert (entlastet) werden, so dass das Gewicht des Beines über die Wade verteilt wird, ohne den gesamten Druck auf die Achillessehne zu legen. Das Knie soll leicht angewinkelt sein.“*

› Wichtig bei der Durchführung:

- das Knie darf dabei nicht freischwebend gelagert werden
- das obere Sprunggelenk muss auf einem genügend großen Polster liegen
- eine Überdehnung des Knies kann zu Schmerzen und zu einer Obstruktion (Verengung) der Kniekehlenvene (*Vena poplitea*) führen, was eine tiefe Venenthrombose begünstigen kann

› **Achtung:** Bei der Fersenfreilagerung ist darauf zu achten, dass eine verstärkte Druck- oder Scherkraftwirkung an anderer Stelle, z. B. Waden und Sakralregion, durch breite Auflagen vermieden wird!

*National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel.

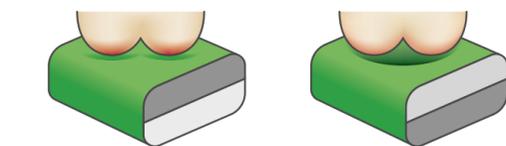
Dekubitusbehandlung

Hilfsmittel. Wundversorgung. Dokumentation.

Zur Dekubitusprophylaxe und -therapie können Hilfsmittel zur Unterstützung der Wechsellagerung zum Einsatz kommen. Ihre Auswahl muss für jeden Patienten individuell erfolgen und richtet sich u. a. nach den Prioritäten der Pflege- und Therapieziele, dem Eigenbewegungsstatus und Gewicht des Patienten sowie den gefährdeten bzw. betroffenen Körperstellen.

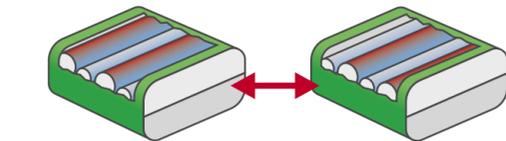
Hilfsmittel zur Druckentlastung und -verteilung

Hilfsmittel wie Wechsellagerungsmatratzen, spezielle Auflagesysteme, Schaumstoffunterlagen, Weichlagerungsmatratzen, konfektionierte Lagerungskissen und Spezialbetten sorgen durch die größere Auflagefläche für eine bessere Druckverteilung. Sie werden eingesetzt, wenn die Druckentlastung durch Bewegungsförderung und Positionswechsel nicht ausreicht.



Harte Matratze
Druck wirkt punktuell

Weiche Matratze
Druck wird verteilt



Wechsellagerungssystem
Wechselnde Be- und Entlastung

Der aktualisierte Expertenstandard 2017 gibt diesbezüglich folgende Empfehlungen ab:²⁴

- Weichlagerungssysteme sollten Standardmatratzen vorgezogen werden
- Wechsellagerungssysteme können als Alternative zu Weichlagerungssystemen herangezogen werden, wenn eine häufigere Wechsellagerung aufgrund des gesundheitlichen Zustands des Patienten nicht möglich ist
- Patienten mit Querschnittslähmung sollten zu jeder Zeit eine druckentlastende Sitzunterlage erhalten

➤ **Achtung:** Für Patienten, die noch über eigene Bewegungsressourcen verfügen und bei denen die Förderung der Eigenbewegung Vorrang hat, sind Weich- und Superweichpositionierungen nicht geeignet. Denn diese können zu Bewegungseinschränkungen führen und die Spontanbewegungen des Patienten hemmen.²²

⚠ Nicht geeignete Hilfsmittel zur Druckentlastung

- ⊗ Felle (Schafsfell oder Kunstfell)
- ⊗ Fellschuhe
- ⊗ Watteverbände
- ⊗ Wasserkissen
- ⊗ Schaumstoffringe, Sitzringe
- ⊗ im Gesäßbereich ausgeschnittene Schaumstoffmatratzen
- ⊗ Luft- oder wassergefüllte Lagerungsringe

Präventive Hautpflege und Hautschutz

Die NPUAP/EPUAP/PPPIA-Leitlinie (2019) empfiehlt, die Haut des Pflegebedürftigen sauber und angemessen feucht zu halten sowie nach jeder Inkontinenzepisode zu reinigen. Von der Verwendung von alkalischen Seifen und Hautreinigungsmitteln ist dabei abzusehen. Darüber hinaus wird empfohlen, die Haut mit einem Hautschutzprodukt und Inkontinenzprodukten mit hoher Saugfähigkeit vor übermäßiger Feuchtigkeit zu schützen. Auch Silikonschaumstoffverbände können zum Schutz der Haut bei Personen mit Dekubitusrisiko empfohlen werden.

⚠ Achtung: Pflegerituale, die mehr schaden als nutzen²⁵

- ⊗ Salben und Cremes, die die Hautporen verschließen und die Hautatmung behindern, z. B. Vaseline, Zinkpaste, Melkfett
- ⊗ Eisen und Föhnen erhöht die Infektionsgefahr, weil mit dem Föhn Keime auf die Haut geblasen werden. Außerdem drohen Kälteschäden bzw. Verbrennungen.
- ⊗ Franzbranntwein verwenden: Er verbessert nicht die Durchblutung der Haut. Vielmehr entfettet der Alkohol die Haut und macht sie weniger widerstandsfähig gegen Druck.
- ⊗ ätherische Öle (z. B. Fichtennadelöl) sowie hyperämiesierende Hautpflegemittel und Massagen können die Durchblutung der Haut nicht nachhaltig steigern
- ⊗ prophylaktische Verwendung von Desinfektionsmitteln: Durch Hautdesinfektionsmittel und Antiseptika wird die natürliche Hautflora zusammen mit den pathogenen Keimen zerstört
- ⊗ nicht atmungsaktive Gummi- und Plastikunterlagen im Bett und Materialien zur Inkontinenzversorgung hindern die Haut daran, den optimalen Feuchtigkeitsgehalt selbst zu bestimmen

Wundversorgung bei Dekubitus

Die Versorgung eines Dekubitus entspricht den Prinzipien der modernen Wundversorgung und richtet sich u. a. nach Wundstadium, Wundtiefe und Exsudationsgrad. Die EPUAP-Leitlinie 2019 fasst die zu berücksichtigenden Kriterien zur Wahl des geeigneten Wundverbands wie folgt zusammen:²⁶

- Durchmesser, Form und Tiefe des Dekubitus
- Beurteilung der Keimbelastung
- Fähigkeit, das Wundbett feucht zu halten
- Art und Menge des Wundexsudats
- Zustand des Gewebes im Wundbett
- Zustand der Haut in der Umgebung der Wunde
- Vorhandensein von Tunneln und Wundhöhlen
- Schmerz

Wenn es durch den klinischen Zustand angezeigt ist, empfiehlt die Leitlinie (EPUAP 2019):²⁷

- Hydrokolloid-Verbände für nicht infizierte Dekubitus der Kategorie II
- Hydrogel-Verbände für nicht infizierte Dekubitus der Kategorie II
- Hydrogel-Verbände für nicht infizierte Dekubitus der Kategorie III und IV bei minimalem Exsudat
- Polymerverbände für nicht infizierte Dekubitus der Kategorie II
- Calcium-Alginat-Verbände für Dekubitus der Kategorie III und IV bei mäßigem Exsudat
- Schaumstoffverbände und Hydropolymere bei Dekubitus der Kategorie II und höher mit mäßigem/ starkem Exsudat

- superabsorbierende Wundverbände für stark exsudierende Dekubitus
- feuchte Mullverbände, wenn moderne Wundverbände nicht in Frage kommen

Infektion und Biofilme

Verzögerte Wundheilung, (lokale) Überwärmung und erhöhte Exsudatmenge, nekrotisches Gewebe, starke Schmerzen und übler Geruch können u. a. Anzeichen dafür sein, dass eine infizierte Dekubituswunde vorliegt. Der Erregernachweis und die Berücksichtigung eines bestehenden Biofilms sind dann notwendig. In Verbindung mit einem regelmäßigen Debridement wird hier die Verwendung von topischen Antiseptika sowie systemischen Antibiotika zur Behandlung empfohlen.²⁸

Bei nicht heilenden Dekubitus kann gemäß EPUAP-Leitlinie 2019 der Einsatz von biologischen Verbänden und Wundaufgaben in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus können zur Förderung der Heilung moderne Therapien wie Anwendung von Wachstumsfaktoren oder biophysikalischen Wirkstoffen zum Einsatz kommen. Unter bestimmten Umständen, wie Verdacht auf Sepsis, kann es zudem erforderlich sein, bei nicht heilenden Dekubitus eine chirurgische Intervention zu prüfen.

➤ **Achtung:** Insbesondere bei bewusstseins eingeschränkten Patienten sollte im Rahmen der Wundversorgung auf nonverbale Schmerzsignale geachtet und der Einsatz von Schmerzmitteln geprüft werden.



Zusammenfassung der druckumverteilenden Prinzipien



➤ Weiterführende Informationen zu Wundversorgung und geeigneten Wundaufgaben finden Sie in unserer Wundversorgungs Broschüre.

Download-Bereich für unsere Informationsmaterialien



„Die Bilddokumentation verstößt nicht – entgegen einer weit verbreiteten Meinung – gegen das Recht des Patienten am eigenen Bild.“



Dokumentation mit System

Die ärztliche und pflegerische Dokumentationsverantwortung bzw. -pflicht bei Dekubitus dient in erster Linie der Überwachung und Beurteilung des Heilungsprozesses. Dafür ist eine genaue Beobachtung und schriftliche Dokumentation der Wunde notwendig. Das Dokumentieren der Beobachtungen sowie der Wirkung der ursachenbezogenen und pflegerischen Maßnahmen sollte dabei vollständig und zeitnah erfolgen.

Wundbezogene Kriterien, die im Dokumentationssystem erfasst werden:²⁵

- visuelle und verbale Erfassung der Körperstelle, an der sich der Dekubitus befindet
- Schweregrad (Kategorie) des Dekubitus mit Angabe der verwendeten Klassifikation
- Zahl der Rezidive und rezidivfreie Zeit
- Zeitraum vom Auftreten des Dekubitus bis zur aktuellen Einschätzung
- Durchmesser und Größe des Dekubitus sowie Bestimmung der Tiefe
- Beurteilung des Wundgrundes mit Gewebearten, die die Wunde dominieren
- Wundränder und Wundumgebung
- Exsudat, Transsudat
- Wundgeruch und Entzündungszeichen

Die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation kann als Indiz dafür gewertet werden, dass das Risiko eines Dekubitus nicht erkannt wurde bzw. keine prophylaktischen Maßnahmen ergriffen wurden.

Gut zu wissen:

„Die Bilddokumentation verstößt nicht – entgegen einer weit verbreiteten Meinung – gegen das Recht des Patienten am eigenen Bild.“

Das OLG Köln sagt hierzu (2001), dass unter Dokumentation nicht nur Wortdokumentation verstanden wird. „Im Gegenteil, mit der Bilddokumentation werden die berechtigten Interessen des Patienten, des Trägers, der Pflegefachkraft bzw. des Arztes gewahrt und fixiert.“

Fotodokumentation

Ergänzend zur schriftlichen Dokumentation gilt die Fotodokumentation als anerkannter Nachweis im Zuge der Erstbefundung bei der Aufnahme des Patienten sowie als entscheidender Nachweis für die Durchführung oder Nichtdurchführung einer ärztlichen oder pflegerischen Maßnahme in der Dekubitusbehandlung.

› Tipps für die Fotodokumentation:²⁹

- bei der Aufnahme eines Patienten mit bereits bestehendem Dekubitus sollte die Wunde mit einem danebenliegenden Maßband fotografiert werden – die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt
- zur besseren Vergleichbarkeit sollten die Fotos immer aus der gleichen Perspektive aufgenommen werden, auch die Position des Patienten sollte dabei immer die gleiche sein
- großflächige und zirkuläre Wunden können nicht adäquat mit einem einzelnen Foto erfasst werden

Referenzen:

- 1) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:11.
 - 2) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Deutsche Übersetzung unter http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf. Aufgerufen am 10.12.2020.
 - 3) Wissenschaftliches Institut der AOK. Pflege-Report 2018: Zu viele Antipsychotika-Verschreibungen, Dekubitus-Fälle und Krankenhauseinweisungen in deutschen Pflegeheimen. https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2018/index_20548.html. Aufgerufen am 10.12.2020.
 - 4) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:12.
 - 5) Kottner J, Kröger K, Gerber V, Schröder G, Dissemmond J. Dekubitus erkennen und richtig klassifizieren: ein Positionspapier. Der Hautarzt. 2018; 69:839-847. doi: 10.1007/s00105-018-4230-6.
 - 6) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:20.
 - 7) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:63.
 - 8) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:124.
 - 9) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:125.
 - 10) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:125f.
 - 11) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:126.
 - 12) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
 - 13) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:27.
 - 14) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:39ff.
 - 15) European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Deutsche Übersetzung.
 - 16) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Wann kommt die ICD-11? <https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/>. Aufgerufen am 21.01.2021.
 - 17) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:53.
 - 18) Initiative Chronische Wunden. Poster: Dekubitus-Klassifikation nach EPUAP 2019 (Deutsche Kurzfassung des European Pressure Ulcer Advisory Panel). Initiative Chronische Wunden; 2019.
 - 19) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:16.
 - 20) Schröder G., Kottner J. Hrsg., Dekubitus und Dekubitusprophylaxe, 2012:92. <https://www.dekubitus.de/ratgeber/prophylaxe/risikoeinschaetzung>. Aufgerufen am 21.01.2021.
 - 21) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2010.
 - 22) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:127.
 - 23) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:21.
 - 24) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Ed. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP; 2017:80.
 - 25) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:127ff.
 - 26) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:32.
 - 27) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:33.
 - 28) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019:29.
 - 29) Nicole Menche, Ed. PflegeHeute, 7. Auflage. Urban & Fischer; 2019:130.
-