

Behandlungsstandard: Dekubitus

WZ-BS-004 V06
Dekubitus

gültig bis: 10.03.2023



Seite 1 von 5

Ziele

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
- Druckverteilung und -entlastung
- Vermeiden von Komplikationen
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Definition / Ursache

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.“ (Definition lt. NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014)
Durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck- und Scherkräften entstehen eine Minderversorgung des Gewebes (Hypoxie) mit nachfolgendem Zelluntergang oder eine direkte Zellwandschädigung und eine damit einhergehende Schädigung der Haut sowie der darunter liegenden Gewebsstrukturen. Diese Schädigung entsteht vor allem über Knochenvorsprüngen. Es handelt sich um eine Sekundärerkrankung, die in Folge von Immobilität und/oder Sensibilitätsstörung bei gleichzeitig vorliegenden prädisponierenden Faktoren entsteht, siehe Checkliste (CL 004) „Dekubitus“. Da die Epidermis keine Blutgefäße und Nerven besitzt, kann sie starkem Druck verhältnismäßig lange standhalten, bevor sie Schaden nimmt. Druckbedingte Schädigungen entstehen daher zuerst in den tieferen Schichten wie Muskulatur oder Fettgewebe und werden erst später als „Spitze des Eisbergs“ an der Oberfläche sichtbar.

Diagnostik

(siehe Checkliste (CL 004) „Dekubitus“)

- Anamnese/Fremdanamnese
- Differenzierte Risikoeinschätzung (basiert auf der Risikobewertung, einen Dekubitus zu entwickeln):
 - **Mobilität:** die Fähigkeit sich bewusst zu bewegen bzw. eine Lageveränderung selbstständig vorzunehmen; Mobilitätseinschränkungen äußern sich beispielsweise aufgrund von Beeinträchtigungen im Liegen oder Sitzen selbstständig Positionsveränderungen durchführen oder sich von einem Ort, z. B. Bett, zum anderen Ort, z. B. Flur, bewegen zu können.
 - **Externe Risikofaktoren:** fassen alle extrinsischen (z. B. nasale Sonden, endotracheale Tuben, schlechtsitzende Schienen oder Verbände, Alltagsgegenstände, auf denen der Betroffene sitzt/liegt) und iatrogenen Einflüsse zusammen, die Druck und/oder Scherkräfte ausüben können.
 - **Einschätzung des Hautzustands:** Fingertest, Beobachtung (z. B. Farbe, Risse, Schädigungen), Abtasten (weicher, härter, Ödeme, Hauttemperatur, Schmerzen)
 - **Inspektion** (Knochenvorsprünge, z. B. Kreuzbein, Ferse, Hinterhaupt); **CAVE!** ein Dekubitus entsteht nicht am Steißbein!

Zudem sind klinische Faktoren zu beachten, z. B. Demenz, Depression, Durchblutungsstörungen (arteriell), Schmerzen, Diabetes mellitus (Neuropathie)

Ergebnis: Wo besteht Dekubitusgefahr, z. B. Fersen bei Neuropathie oder pAVK; Wann ist Dekubitusgefahr am größten, z. B. nachts

- **CAVE!** Klare Abgrenzung zu Feuchtigkeitsläsionen/Inkontinenz assoziierte Dermatitis, siehe Behandlungsstandard (BS 012) „Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)“
- Technische Untersuchung: Sensibilitätsausfälle

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 11.03.2021	Datum: 11.03.2021	Datum: 11.03.2021

- Ggf. Abstrich/Probeexcision (PE), ggf. Blutanalyse zum Ausschluss einer systemischen Infektion, ggf. Histologie von Knochen (Osteomyelitis)
- Ggf. apparative Diagnostik, z. B. Nativbild-Röntgen der betroffenen Körperregion zum Ausschluss von Osteolysen
- Ggf. Fisteldarstellung

Therapie

Druckverteilung und -entlastung

- Durch Bewegungsförderung und Lagewechsel bzw. Positionswechsel in individuell angepassten Zeitintervallen, ggf. unterstützt durch geeignete druckverteilende Hilfsmittel, wie Kissen, Spezialmatratzen (Weichlagerungssysteme, Wechseldruck-, Mikrostimulationssysteme, viskoelastischer Schaumstoff); entsprechend dem Körpergewicht und den Pflegezielen

CAVE! Sitzen ist keine Mobilisierung! Der Druck ist im Sitzen erheblich höher als im Liegen und führt zu massiven Scherkräften im Kreuzbeinbereich.

Débridement

- Mechanische oder bei Bedarf chirurgische Reinigung; ggf. in Narkose für suffiziente Blutstillung und kompromisslose Nekrosenabtragung, ggf. Abtragung der Knochenvorsprünge (siehe Verfahrensstandard (VS 018) „Standardvorgehensweisen zur Wundreinigung“)

Konservative Wundbehandlung

mit dem Ziel einer sauberen granulierenden Wunde

- Ggf. lokale Unterdrucktherapie
- Individuell phasen- und stadiengerecht angepasste Wundversorgung
- Bei Bedarf Hautschutz und -pflege
- Kontinenzunterstützende Maßnahmen, z. B. Analtampons, Fäkalkollektoren, Urinalkondome

Optimierung des Allgemeinzustandes (AZ)

- Eliminierung der Risiken, z. B. Cardio-pulmonale Beeinträchtigung, Immunsuppression durch Infektsituation, Ernährungszustand optimieren (ggf. Substitution von z. B. Eiweiß, Eisen), Hämoglobinoptimierung, Blutzucker einstellen

Chirurgie

- Individualisiert – angepasst an die Bedürfnisse des Patienten (z. B. fasziokutane Perforatorlappenplastiken, myokutane Lappenplastiken)
- Postoperative Entlastung durch Umpositionieren und Vermeidung von Scherkräften!

Unterstützende und begleitende Maßnahmen

- Medikamentenanalyse: Welche Medikamente oder Kombinationen hemmen die Bewegung? Welche können sie ggf. fördern?
- Vermeiden weiterer Komplikationen
- Bei Bedarf angepasste Schmerztherapie
- Schutz anderer Körperregionen
- Angepasste Inkontinenzversorgung/Hautpflege und -schutzmaßnahmen
- Individuelle Bewegungsförderung, so weit möglich
- Individuell angepasste Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr
- Therapie von Begleit-/Grunderkrankungen
- Minimierung und/oder Ausschalten zusätzlicher Risikofaktoren, vergleiche Checkliste (CL 004) „Dekubitus“
- Weitergabe des Verständnisses für die Pathophysiologie und die Ursachen gefährdeter Patientengruppen

Hinweise

Klassifikation nach der deutschen Kurzfassung des 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.

Zusätzlich sind 2019 durch den NPIAP zwei ergänzende Klassifikationen hinzugekommen.

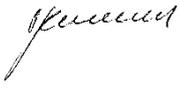
Anmerkung: das NPUAP hat sich 2019 in NPIAP – National Pressure Injury Alliance umbenannt. In Deutschland ist für Leistungen, die in den Bereich des SGB V fallen, z. B. Versorgungen in der Klinik, derzeit die ICD-10 Codierung ausschlaggebend. Daher wurden deren Definitionen analog zur EPUAP/NPUAP/PPPIA Klassifikation (2014) aufgeführt (siehe Information (IN 008) „Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen“).

Kategorie/Stadium	Ausprägung nach EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014)	Ausprägung nach ICD-10-GM 2016
I, Nicht wegdrückbares Erythem	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).	Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
II, Teilverlust der Haut	Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulkus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulkus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden, um Skin Tears (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoration zu beschreiben. <i>* Eine livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.</i>	Dekubitus [Druckgeschwür] mit: <ul style="list-style-type: none"> • Abschürfung • Blase • Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis • Hautverlust ohne nähere Angabe
III, Vollständiger Verlust der Haut	Vollständiger Hautverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeerlustes 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 Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, und Ulzera 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.	Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann

IV, Vollständiger Gewebeverlust	<p>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 Ohr, das Hinterhaupt und der Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, und diese Ulzera können oberflächlich sein. Ulzera 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.</p>	<p>Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)</p>
Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt	<p>Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulkus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.</p> <p>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.</p>	<p>kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden</p>
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	<p>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.</p>	<p>kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden</p>
Ergänzende Kategorien NPIAP, 2019 Ulzera durch Druck an der Oberfläche (*Anmerkung: Persönliche Übersetzung Wundzentrum Hamburg e. V.)		
Gerätebedingte Druckulzera	<ul style="list-style-type: none"> • resultieren aus der Verwendung von medizinischen Geräten für diagnostische oder therapeutische Zwecke, Hilfsmitteln, Alltagsgegenständen, Möbeln: z. B. nasale Sonden, Sauerstoffbrillen • die daraus resultierende Verletzung entspricht meist der Form des Geräts oder Gegenstands • die Verletzung wird wie gewohnt klassifiziert 	<p>kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden</p>

Druckverletzung der Schleimhautmembran	<ul style="list-style-type: none"> • z. B. im Mund (lockeres Gebiss, Prothesen), vaginal (transurethraler Blasenverweilkatheter) • ist in der Schleimhaut lokalisiert • werden durch medizinische Gegenstände ausgelöst • aufgrund der Anatomie des Gewebes können diese Druckulzera nicht klassifiziert werden 	kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden
---	---	---

Hinweise/Literatur
<p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hrsg. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung, Osnabrück</p> <p>DRG-System, Fallgruppe 89: ICD-10-GM 2016</p> <p>European Ulcer Advisory 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.</p> <p>National Pressure Injury Alliance (NPIAP): www.npiap.com</p>

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung	
11.03.2021	11.03.2021	11.03.2021		
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL	Ärztliche Leitung