

						Pflegestandards zur Dekubitusbehandlung A-E Literaturhinweise
Definition Dekubitus	Ein Druckgeschwür (lat. Dekubitus, genannt auch Dekubitalulcus, Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandenen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Wundliegen)	Ein Druckgeschwür, auch Dekubitus genannt ist eine mit dem bloßen Auge erkennbare Veränderung der Haut und oft der darunter liegende Gewebeschichten, die durch anhaltende, äußere Druckeinwirkung entsteht. (n. Robert-Koch-Institut, 2002)	(Druckgeschwür) Eine durch länger anhaltenden Druck entstandenen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Die Entstehung eines Dekubitus ist in den meisten Fällen durch pflegerische Maßnahmen zu vermeiden (Dekubitusprophylaxe)		Ein Dekubitus (lat. Druckgeschwür, genannt, auch Dekubitalulcus, Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandenen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. (DNQP, 2002)	Der Begriff „Dekubitus“ wird vom lateinischen Wort „decumbere“ "sich niederlegen“ abgeleitet und meint im pflegerisch-medizinischen Sinn „das Sichdurchliegen des Kranken bei mangelhafter Gewebsernährung“. Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstanden Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes (Druckgeschwür). Die deutsche Sprache kennt folgende Synonyme für den Begriff Dekubitus: - Druckbrand, Druckgeschwür; - Wundliegegeschwür, Durchliegegeschwür, - Sichwundliegen, Sichdurchliegen.
Ursachen	Druck mal Zeit	Zeit und Druck lösen pathophysiologische Prozesse aus	Druck, Zeit und Gewebetoleranz + verschiedene Faktoren Gewebetoleranz (Definition und Faktoren, die die		Druck, Scherkräfte (IGAP 2004)	Durch lokale Minderdurchblutung und den dadurch bedingten Zelltod. Verursacht wird die Ischämie immer durch Druckeinwirkung.

			Fähigkeit des Gewebes, Druck zu verteilen, beeinflussen)			Druck Zeit Disposition
Gefährdete Körperstellen	in sitzender und liegender Position an prinzipiell jeder Körperstelle. Besonders gefährdet sind Körperstellen, bei denen direkt unter dünnem Unterhautfettgewebe konvexe Knochenvorsprünge liegen.	Bevorzugte Stellen in Rückenlage, Seitenlage, im Sitzen	in Rückenlage, in Seitenlage, in Sitzposition (Stuhl, Bett), in Bauchlage		Kennzeichen: Grundsätzlich können überall am Körper Druckstellen (...) entstehen (incl. Abb.) Fingertest (n. Schröder 2004) Drücken sie mit der Fingerkuppe in die Mitte der Rötung. Bleibt die Haut (wo der Finger auflag) gerötet und wird nicht weiß, liegt eine Dekubitus 1. Grades vor.	Gefährdete Körperstellen in Rückenlage in halbsitzender Position in 90°-Lagerung in Bauchlage
Gradeinteilung	Auf dem Erhebungsbogen (Audit) (DNQP 2004, S. 94) Stadieneinteilung: Grad 1: Bleibende Rötung der Haut. Klinische Anzeichen können Wärme, Ödeme oder Verhärtung der Hautbezirke sein. Grad 2: Teilbeschädigung der Epidermis bis hin zur Dermis. Der Druckschaden ist oberflächlich und	Dekubitus 1. Grades: Persistierende Hautrötung bei intakter Haut. Mit den Fingerkuppen lässt sich die dauerhafte Rötung von der vorübergehenden unterscheiden, deshalb wird diese Stadium auch „nicht wegdrückbare Hautrötung“ genannt. Dekubitus 2. Grades.	Hinweis: Die Schweregrade eines Dekubitus wurden dem Abschnitt „Behandlung eines Dekubitus und pflegerische Maßnahmen“ (nach Schulung von Patienten und Angehörigen) Vierstufige Klassifikation nach J. D. Shea Grad I: Scharf be-		Stadieneinteilung des Dekubitus: Stadium 1. Kennzeichen ist eine deutliche, anhaltende Hautrötung bei intakter Haut. Die Hautrötung lässt sich auch durch den Fingertest nicht „wegdrücken“. Durch diesen lässt sich der Dekubitus 1. Grades von einer vorübergehenden Rötung unterscheiden.	Erkennen eines Dekubitus - Beobachtung der Haut; - Hautrötung (bestehend und anhaltende) „fordert die Konsequenz der absoluten Druckentlastung“. Stadien: Die Beurteilung eines Dekubitus erfolgt nach dem Ausmaß des Gewebedefektes 1. Grad: Persistierende umschriebene Hautrötung

	<p>sieht aus wie eine Hautabschürfung, Blase oder ein flaches Geschwür.</p> <p>Grad 3: Beschädigung aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunter liegenden Faszie reichen kann.</p> <p>Grad 4: Beschädigung aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenkkapsel, Muskel)</p> <p>Shea, J.D.: Pressure sores. Classification and Management, in: Clinical Orthopaedics and Related Research, 1975 und AHCPR: Treatment of Pressure Ulcer, Clinical Practice Guideline, 1994.</p>	<p>Hautverletzung bis ins Korium, oberflächliches Druckgeschwür, evtl. mit Blasenbildung.</p> <p>Dekubitus 3. Grades. Verlust aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes bis auf die darunter liegende Faszie.</p> <p>Dekubitus 4. Grades. Verlust aller Hautschichten, Gewebnekrosen (blauschwarz, trocken oder nässend) bis in tiefste Schichten, Schädigung von Muskeln, Knochen, Sehnen oder Gelenkkapseln. (incl. Bilder)</p>	<p>grenzte Rötung ohne Hautläsion, die nach Druckentlastung nicht verschwindet.</p> <p>Grad II: Oberflächenschädigung der Haut in Form einer geschlossenen oder bereits geöffneten Blase, die sich leicht infizieren kann.</p> <p>Grad III: Schädigung aller Gewebeschichten. Bänder, Sehnen und auch die Knochenhaut (Periost) sind sichtbar.</p> <p>Grad IV: Schädigung der Haut und der Knochen, die mit einer Osteomyelitis (Knochenmarksentzündung) einhergehen kann.</p>		<p>Stadium 2. Kennzeichen ist ein oberflächiger Hautdefekt evtl. mit Blasenbildung. Platzt eine solche Blase auf, bildet sich eine schmerzhafte und infektfähige Hautläsion.</p> <p>Stadium 3. Kennzeichen sind ein Defekt aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes. Geschwürbildung durch die Abstoßung des abgestorbenen Gewebes, blutig dunkelblau verfärbtes Hautareal.</p> <p>Stadium 4. Kennzeichen sind ein Defekt aller Hautschichten, bis auf die Knochen reichende, infizierte und entzündete Wunde, blauschwarze trockenen oder nässende Schädigung, evtl. Mitbeteiligung von Muskeln, Sehnen, Knochen und/oder Gelenken.</p>	<p>(Fingertest); Hautdefekt nicht sichtbar, Ödembildung</p> <p>2. Grad: Läsion der Haut bis in die Lederhaut. Es liegt ein oberflächlicher Dekubitus vor. Es entsteht eine Blase. Löst sich die Oberhaut ab, so entsteht ein stark nässender, schmerzhafter infektfähiger Hautdefekt.</p> <p>3. Grad: Defekt aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes bis auf die darunter liegende Faszie. (...“die Eiweiße zerfallen hier in eine käseartige Masse“...)</p> <p>4. Grad: Örtlicher Gewebestod (Nekrose). Alle Hautschichten sind zerstört, zunehmend geht Gewebe unter, es bilden sich Gewebnekrosen. Es liegen Schäden an Muskeln, Knochen, Sehnen oder Gelenkkapseln vor. (dunkelblauschwarz verfärbt; trocken oder Wundsekret absondern, Eiweißverlust, Taschenbildung, Schädigung des Knochen, starke Schmer-</p>
--	---	--	--	--	--	--

						zen und Entzündungszeichen, bakterielle Allgemeininfektion (Sepsis)
Risikofaktoren	<p>Einschätzungskompetenz durch die Pflegefachkraft</p> <ul style="list-style-type: none"> - klinische Beurteilung => gezielte Beobachtung durch die Pflegefachkraft unmittelbar bei der Aufnahme (Assessment) - standardisierte Beurteilungsverfahren mit dem Instrument der Dekubitusskalen (diese muss so gewählt werden, das diese in der entsprechenden Zielgruppe getestet wurde und zur systematischen Risikoeinschätzung von Nutzen ist (Screening); 	<p>Gesundheitsbericht zum Dekubitus (Robert-Koch-Institut, 2002)</p> <p>Dekubitugene Risikofaktoren</p> <p>Instrumente zur Risikoeinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Braden (4 Stufen) - Übung zur Anwendung - Abbildung der Skala 	<p>Einschätzung des Dekubitusrisikos durch Pflegefachkraft (n. Expertenstandard)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skalen als hilfreiches Instrument für spezielle Risikogruppen („nicht blind darauf verlassen“) - Braden-Skala (ohne Gefährdungsstufen) - Nortonskala (original) 	<p>Tips</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege muss auf wissenschaftlicher Forschung gründen nicht auf Tradition; <p>Liste der Risikofaktoren als wichtiges Hilfsmittel (erweiterte Nortonskala) und andere Risikolisten (Tauglichkeit muss wissenschaftlich überprüft sein)</p> <p>Abb. Norton-Skala ohne Konsequenz für die Anwendung</p> <p>Hinweis zur Wahrnehmung des Pat. durch die Pflegekraft;</p>	<p>Risikofaktoren</p> <p>Assessmentinstrumente (Einschätzungsinstrumente) (n. DNQP 2002 zur systematischen Einschätzung zu empfehlen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skalen (Braden-Skala, Norton-Skala, Waterlow-Skala) Reihenfolge nach der häufigsten Testung - Abb. Braden-Skala mit 4 Stufen zur Einschätzung 	<p>Risikofaktoren und Disposition</p> <p>Risikoeinschätzung (bez. der Skalen Hinweis auf DNQP 2002); Braden-Skala mit 4 Stufen (incl. Abb.)</p> <p>Einschätzung ohne Verweis auf Pflegefachkraft; Hinweis zum Vorgehen (modifiziert)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungseinschr. und Immobilität - Sensibilitätsstörungen - Reduzierter Allgemeinzustand - Störungen des Bewusstseins; - Herz-Kreislauf- und Bluterkrankungen - Stoffwechselkrankheiten - höheres Lebensalter - Veränderungen der Haut
Pflegemaßnahmen	siehe Kriterienebenen 1-7	<ul style="list-style-type: none"> - Lagerung und Ziele der Lagerung - Förderung der Selbständigkeit - Reduzierung es Drucks; 	<p>Definition Dekubitusprophylaxe => Druckentlastung und Druckreduzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsförderung 	<p>Fallstrick - Rituale Gummiring, Salben, Verbandmittel, Eisen und Fönen</p> <p>Erfahrungswissen vs. wissenschaftli-</p>	<p>Bewegungsplan (Hinweis auf F. Nightingale bez. 2 Stunden-Lagerung) incl. ganzseitige Abbildung und Anweisung</p>	<p>Einleitung: Information, Beratung und Anleitung des Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Bewegungsplan</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Korrekte Bewegung in der Hüfte; <p>Lagerungsarten</p> <p>Bewegungsplan (Bsp.)</p> <p>Mikrolagerungen</p> <p>Lagerungshilfsmittel (incl. Wasserkissen, Wassermatratzen oder Wasserbetten)</p> <p>Gezielte Ernährung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lagewechsel - Lagerungshilfsmittel <p>Möglichkeiten sind aufgezählt z.B. Bewegungsplan, Mikrolagerung</p> <p>Hautpflege und Ernährung</p> <p>Vorsicht Pflegerituale</p> <p>Hautbeobachtung Erklärung des Fingertests;</p> <p>Hinweis auf Schmerzreaktion des Patienten</p> <p>Kontinuität der Maßnahmen (therapeutisches Team u. abteilungsübergreifend)</p> <p>Schulung von Patient und Angehörigen</p>	<p>che Erkenntnisse Professionalität?</p> <p>Aufhebung der Druck und Scherkräfte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisierung, - Umlagerung oder - Verwendung eines Antidekubitussystems; (Matrazensysteme, Fluidisationsbett, Low-air-loss-Bett, Wassermatratzen, Schaumstoffmatratzen, Gelmatratzen, (mit Tips) - Entlastung (mit Tips) und Abb. richtige und falsche Haltungen - Hautpflege (mit Tips z.B. hohes Fieber, Inkontinenz); - Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines guten Ernährungszustandes; - Hinweis auf psychosoziale Probleme - „Der 	<p>Pflegeziele n. Ergebniskriterien (DNQP 2002)</p> <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Druckentlastung und Druckreduzierung (wissenschaftlich nachgewiesen); - Förderung der Eigenbewegung; - Druckentlastung im Liegen; - Druckentlastung im Sitzen; - Ergänzende Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe - Ernährung; - Rituale; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation • Lagerungen (incl. Mikrolagerungen „mit kleinen Kissen die im stündlichen Wechsels mal unter die linke Gesäßhälfte, die linke Schulter“...) • korrekte Hüftbeugung • Weichlagerung • Superweichlagerung <p>Lagerungshilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien <p>Beschreibung der Hilfsmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federkissen - Spezielle Lagerungskissen - Schaumstoff - Schaumstoffmatratzen - spezielle Matratzen und Betten - Wechseldruckmatratzen - Wassermatratzen - Gelkissen - Felle <p>Nicht geeignete Hilfsmittel</p> <p>Weitere Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hautpflege
--	--	--	---	---	--	---

				Patient ist mehr als eine Dekubituswunde“		<ul style="list-style-type: none"> - Angemessenen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr - Reduzieren weiterer Risikofaktoren
Hinweis auf Expertenstandard		fehlen	Anfangs nach der Definition: Hinweis auf den Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	lag noch nicht vor	<p>...“ist für Pflegende ein Instrument, um verbindliche und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte (evidenzbasierte) Maßnahmen und Interventionen anzuwenden und einzusetzen“.</p> <p>Er weist der Druckreduzierung, der Bewegungsförderung und der Kontinuität der prophylaktischen Maßnahmen eine herausragenden Bedeutung zu.</p> <p>Abb. Präambel;</p> <p>Abb. Expertenstandard, Standardausgabe und Kriterien-ebenen</p>	im Literaturhinweis
Sonstiges			Die Dekubitusbehandlung (Wundversorgung) schließt das Kapitel Dekubitusprophylaxe ab.	Das Kapitel ist als Wissensgrundlage zusammenhängend geschrieben.		