



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH
(KRANKEN - UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN)

Dekubitus

Definition, Stadien, Graduierung und rechtliche Aspekte

*Wirken, Handeln, Begegnen,
von Mensch zu Mensch, gemeinsam in christlicher Gesinnung.*



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH
(KRANKEN - UND PFLEGE-EINRICHTUNGEN)

Was ist ein Dekubitus und wie entsteht er ?

Dekubitus-Definition

lat.: decumbere = sich niederlegen

Druckgeschwür oder Wundliegegeschwür

Folge einer Ischämie der Haut sowie des darunter liegenden Gewebes infolge anhaltender Druckbelastung auf eine definierte Körperfläche:

Druck x Zeit
Fläche

Druck □ *Ischämie* □ *Azidose* □ *Ödem* □ *Blase* □ *Nekrose*

Dekubitus – Häufigkeit und volkswirtschaftliche Bedeutung

Häufigkeit: 14-20 % in allg. Krankenhäusern
30 % in Alten- und Pflegeheimen

Kosten: bis 50.000 € pro Fall
1,0 – 1,5 Mio. € pro Jahr in Deutschland

Folgen: längerer Krankenhausaufenthalt
Schmerzen
Geruchsbelästigung
Depressionen, sozialer Rückzug
“verfaule am eigenen Leib”
Abhängigkeit von Pflegepersonen

Dekubitus – Erkrankungen mit Gefährdungspotenzial

- *Alter mit Multimorbidität*
- *Exsikkose*
- *Mangelernährung, Kachexie*
- *Inkontinenz*
- *Diabetes*
- *pAVK*
- *Sedierung, Narkose*
- *Fieber, Sepsis*
- *neurologische Krankheiten mit Lähmungen*
- *trockene, dünne Haut*
- *Sensibilitätsstörungen*
- *Adipositas*

Dekubitus – Prädilektionsstellen

Generell: Körperstellen mit Knochenvorsprüngen oder geringe Abpolsterung durch Muskel- oder Fettgewebe, an denen zusätzlich Reibung und Scherkräfte wirken

- *Steissbein*
 - *Trochanter major*
 - *Fersen*
 - *malleolus lateralis*
 - *aber auch: Hinterkopf, Ohrmuschel, Schulterblätter*
- Abhängig von der Lokalisation daher auch die Lagerung !*

Dekubitus – Gradeinteilung

Dekubitus: Gradeinteilung nach NPUAP (1989)

Grad 1	Rötung (nicht wegdrückbar)
Grad 2	Läsion (Verletzung) der Haut
Grad 3	Läsion der Unterhaut, die bis auf Faszie und Muskel reichen kann
Grad 4	Läsion von Knochen und/oder Gelenk

Dekubitus – Grad 1



Dekubitus – Grad 2

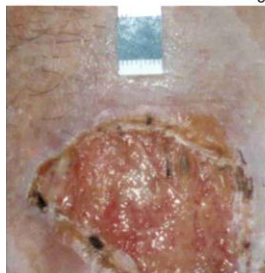


Dekubitus – Grad 3



1
3

2
4



Dekubitus – Grad 4



Dekubitus – Risikoskalen

Braden: 1987 entwickelt, sie gilt als am besten untersucht und valide, ist insbesondere geeignet für den Intensivpflegebereich

Norton: 1962 entwickelt und 1985 um 4 items ergänzt, nicht zur Risikoanalyse geriatrischer Patienten geeignet (MDK)

Waterlow: Weiterentwicklung der Norton-Skala (1985), besonders geeignet für Patienten in Akutkrankenhäusern und für geriatrische Patienten

Dekubitus – Risikokalierung nach Waterlow

Körperbau/Gewicht im Verhältnis zur Größe		Hauttyp/optisch feststellbare		Geschlecht Alter		Besondere Risiken Mangelversorgung des Gewebes	
Normal	0	gesund	0	männlich	1	terminale Kachexie	8
Vollschlank	1	Pergamenthaut	1	weiblich	2	Herzinsuffizienz	5
Adipositas	2	trocken	1	14 - 49	1	periphere Gefäßerkrankungen	5
Kachexie	3	ödematös	1	50 – 64	2	Anämie	2
Inkontinenz		kaltschweißig	1	65 – 74	3	Rauchen	1
total katheterisiert	0	(Temperatur) Fieber				Neurologische Erkrankungen	
gelegentlich inkontinent	1	blass	2	75 – 80	4	diabetische Neurapathie, MS Sensibilitätsstörungen, Schlaganfall, Paraplegien	4 – 6
Urinkatheter und Stuhlinkontinent	2	Rissig/Wund	3	81 und älter	5		
		Mobilität		Ernährung/Appetit		Größere chirurgische Eingriffe, Traumen	
Stuhl und Urininkontinenz	3	Normal	0	Normal	0	orthopädische Eingriffe – unterhalb der Taille	5
		Unruhig	1	Reduziert	1	OP-Zeit länger als 2 Stunden	5
		Aparthisch	2	Nasogastralsonde/ nur flüssig	2	Medikamente	
		Eingeschränkt	3			Zytostatika hochdosierte Steroide hochdosierte Antibiotika	4
		Träge/Extension	4	Parenteral / Anorexie	3		
		Rollstuhl	5				

Dekubitus – Prophylaxe

- **Druckentlastung** gefährdeter Hautstellen
- regelmäßiges, stadiengerechtes **Umlagern** “rund um die Uhr”
- Einsatz von **Lagerungshilfen** wie Kissen oder Würfel
- **Weichlagerungsmatratzen**
- **Wechseldruckmatratzen**

Wichtig ist die Dokumentation der Lagerungsintervalle sowie der Lagerungsposition, eine WDM ersetzt keine Lagerung!

Dekubitus – forensische Gesichtspunkte

- *Prophylaxe und Therapie von Dekubiti sind ärztliche Aufgaben!*
- *Wundversorgung ist im Sinne einer “vertikalen Arbeitsteilung” an PP delegierbar, Qualität muss jedoch ärztlich überwacht werden*
- *ärztliche, schriftliche Verlaufsdokumentation!*
- *merke: nicht jeder Dekubitus ist bezüglich Entstehung und Fortschreiten vermeidbar*
- *eine dokumentierte Hilflosigkeit ist besser als eine vorbildliche, aber nicht dokumentierte Behandlung*