

# „Haus MARANATHA“

Vollstationäre Einrichtung für pflegebedürftige Erwachsene  
Inhaber: Johannes Paetzold

## Dekubitusprophylaxe (1050)

Mit zunehmendem Alter nehmen die Selbstwahrnehmungsfähigkeit und die Beweglichkeit des Menschen ab. Unter diesen Bedingungen kann es dazu führen, dass die betreffende Person einen erhöhten Druck auf das Gewebe nicht mehr wahrnimmt und seine Position nicht mehr selbstständig verändert oder verändern kann. Kommen Behinderungen, körperliche oder geistige Erkrankungen hinzu, führt dies u. U. zu einem Dekubitus. Gerade im hohen Alter kann dies zu einer Abnahme der Lebensqualität führen. Ein Dekubitus ist nicht immer ein unabwendbares Schicksal. Deshalb sind alle Mitarbeiter verpflichtet, alles zu unternehmen, um eine Dekubitus zu vermeiden.

Nach der internationalen Definition des (©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*) ist ein Dekubitus **eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes - in der Regel über knöchernen Vorsprüngen – infolge von Druck und/oder von Druck und Scherkräften**. Weitere mögliche Faktoren sind noch nicht geklärt und finden daher noch keine Berücksichtigung.

Entsprechend der aktualisierten Definition (12.2010)

- sind **echte Dekubiti nur Hautschädigungen 3. und 4. Grades**
- unterliegt ein Dekubitus **keiner Entwicklung, sondern** ist eine bestimmte **Schädigungsstufe**, in der bestimmte Ebenen betroffen sind
- kann die Zeitspanne zwischen Schädigung und dem klinisch sichtbaren Bild **Tage bis Wochen** dauern
- ist der **Heilungsprozess keine Rückentwicklung** der Schädigungsstufen (z. B. von Stufe 4 über Stufe 3 > 2 auf Stufe 1).

Auf dem Hintergrund, dass ein Dekubitus keine fortschreitende Erkrankung sein muss, wird er künftig in Kategorien eingeteilt, wobei die Kennzeichen unverändert zutreffend sind.

Kategorie 1= Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, 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 schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.

Kategorie 2 = Teilzerstörung 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/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss\*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.

\*Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.

Kategorie 3 = Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.

Kategorie 4 = Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Otitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

### **Pflegeziel**

Möglichst Gewebeschäden durch Druck und/oder Scherkräfte vermeiden. Risikofaktoren so weit möglich auszuschalten. Wiederherstellung einer intakten Haut bei bereits bestehenden Dekubiti. Verhinderung/Begrenzung zusätzlicher Schädigungen der Haut.

### **Maßnahmen**

#### **1. Ermittlung des Dekubitusrisikos**

Für gefährdet Bewohner ist zur Erhebung des Dekubitusrisikos die  **Risikoanalyse Dekubitus** (Formular 32) auszufüllen.

#### **2. Risikofaktoren ausschalten**

- a)  Immobilität reduzieren oder beseitigen: -  aus dem Bett mobilisieren  
-  Stehübungen  
-  Gehübungen  
-  Krankengymnastik (Rezept vom Arzt an KG)
- b)  Adipositas -  Ernährungsumstellung und  -begrenzung, ggf. zusätzlich Maßnahmen unter a)
- c)  Inkontinenz –  Kontinenztraining, wo möglich; ggf. testen,  in welchen Abständen Toilettengang erforderlich wird; wo  Toilettengang nicht mehr möglich,  rechtzeitiger Einlagenwechsel;
- d)  Stoffwechselkrankheiten so weit möglich therapieren (intensiver Austausch mit Arzt)

#### **3. Erhaltung intakter Haut**

- a) regelmäßige Hautinspektion auf  
 lokale Erwärmung,  Ödembildung,  Verhärtungen,  umschriebene Hautrötung
- b)  Hautschutzsalben verwenden (niemals Puder!)

- c)  pH-neutrale Lotionen einsetzen
- d)  feuchtes Milieu vermeiden
- e)  keine alkalihaltigen Substanzen benutzen, um den Säuremantel der Haut zu schützen
- f)  Verbesserung der Hauternährung (ausreichende und regelmäßige Kost, Obst und Gemüse, ausreichend Flüssigkeitszufuhr (mind. 1000 ml, optimal um 2000 ml))

#### 4. Vermeidung von Gewebeschäden durch Druck/Scherkräfte im Bett

- a)  grundsätzlich nicht auf den gefährdeten Stellen lagern
- b)  regelmäßige Untersuchung der gefährdeten Stellen auf Anzeichen einer Schädigung
- c)  Druckentlastung für gefährdete Bereiche vornehmen ( Weichlagerungsmatratze,  Hohllagerung,  Wechsellagerung,  Microbewegung;)
- d)  Lagerungshilfsmittel verwenden; (so wenig wie möglich, so viel wie nötig!)  
Lagerungshilfsmittel immer so einbringen, dass sie möglichst vor Verunreinigungen geschützt sind (unter die waschbare Unterlage);
- e)  erforderliche Lagerungsintervalle nach Gefährdung beachten (üblich alle 2 – 4 Stunden),  
notfalls  in kürzeren Abständen;  Lagerungsintervall individuell im Lagerungsplan  
(Formular 26) festhalten
- f)  Anwendung von Kinästhetik/Bobath bei Bewegungsabläufen
- g)  Bewegungsförderung
- h)  Druckentlastung Fersen,  regelmäßige Hautkontrolle der Fersen

#### 5. Vermeidung von Gewebeschäden bei sitzenden Personen

- druckverteilendes Sitzkissen verwenden
- Fußrasten verwenden, wenn Füße nicht auf dem Boden aufstehen
- Veränderung der Sitzposition nach Plan vornehmen (ggf. speziellen Pflegerollstuhl mit  
Rückenverstellung einsetzen)
- turnusmäßiger Wechsel Bett/Rollstuhl

#### 5. Ernährung

- Ernährungsstatus regelmäßig überprüfen (unter Berücksichtigung der biographischen  
Gegebenheiten)
- orale Nahrungsaufnahme erhalten/fördern

#### 5. Allgemeines

Die Mobilität durch  *Bewegungsübungen*,  *Gymnastik* usw. solange wie möglich erhalten und fördern. Ggf.  Koordination mit kooperierenden externen Diensten (KG).

#### 6. Dokumentation

1. Die Ersterhebung ist bei Bedarf in der *Anamnese* (Formular 04) und in der *Pflegeplanung* (Formular 05) unter dem **AEDL „sich bewegen“** zu berücksichtigen. Hierbei die  **Risikoanalyse Dekubitus** (Formular 32) zur Risikobestimmung einsetzen
2.  bei festgestellter Gefährdung monatliche Überprüfung
3. bei festgestelltem Dekubitus  Wunderhebungsprotokoll anlegen (Formular 29),  
 Behandlung nach ärztlicher Diagnose und Therapieanordnung (Formular 06)
4.  Wundverlaufsprotokoll (Formular 30) anlegen
5. Im *Durchführungsnachweis am PC* wird jede Maßnahme der Dekubitusprophylaxe mit der *Nr. 1050* als Einzelmaßnahme in der ersten, im Zusammenhang mit einer grundpflegerischen

Maßnahme als Zusatzinformation in der zweiten Maßnahmenspalte dokumentiert. Sind zwei Mitarbeiter erforderlich, trägt sich jeder Mitarbeiter mit dem gleichen Bewohner und der gleichen Maßnahmen-Nummer ein.

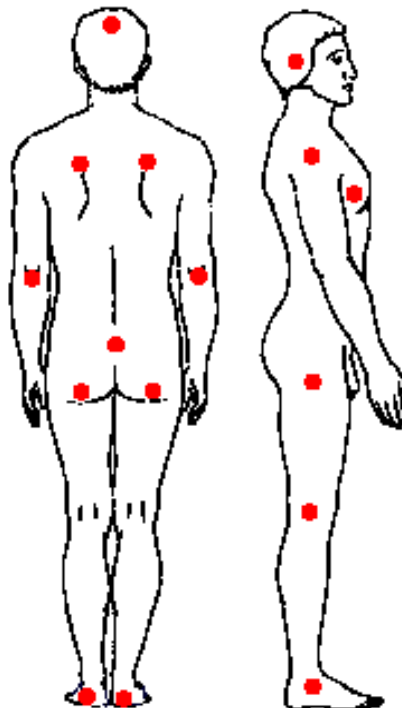
### 7. Zuordnung in der Pflegeplanung

Die Dekubitusprophylaxe ist dem AEDL „**sich bewegen**“ zuzuordnen. In der Pflegeplanung ist dabei lediglich auf den Standard 1050 - „Dekubitusprophylaxe“ zu verweisen.

### 8. Wer hat die Dekubitusprophylaxe zu berücksichtigen?

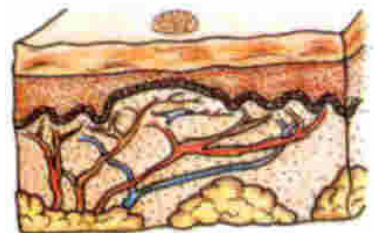
alle pflegenden Mitarbeiter

### 9. Grafische Darstellung der verschiedenen Dekubitusrisikobereiche

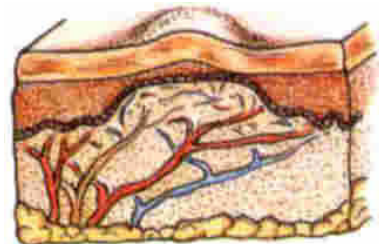


### 10. Darstellung der Dekubitusgrade

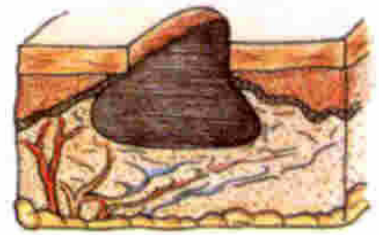
Kategorie I : keine sichtbaren Hautschäden, Rötung



Kategorie II : abgegrenzte Rötung, Blasenbildung



Kategorie III : Nekrose



Kategorie IV : Knochenbeteiligung und Nekrose

