



<b>Dekubitus: Gefahren erkennen und vorbeugen</b>	<b>PPF/02</b> Version 01
---	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

## 1 Ziel und Zweck

Erkennen von gefährdeten Patienten, Vorbeugung und Frühbehandlung von Druckgeschwüren beim Erwachsenen.

Die Verhütung von Druckgeschwüren ist zeitaufwendig und erfordert eine hohe Aufmerksamkeit. Das Ziel der Verhütung von Druckgeschwüren kann eher erreicht werden, wenn sich die Anstrengungen auf die besonders gefährdeten Patienten konzentriert.

Das Ziel ist

- gefährdeten Patienten erkennen
- Druckgeschwüre verhüten
- Die Widerstandskraft der Haut gegen Druck erhalten und verbessern

## 2 Anwendungsbereich

Patienten in der akuten Behandlung, in Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege.

Erwachsene Patienten. Bei Kindern gelten andere Verfahren.

## 3 Beschreibung

### 3.1 Identifikation gefährdeter Patienten

Am größten ist die Gefahr, ein Druckulcus zu entwickeln, bei Patienten, die auf das Bett oder einen Rollstuhl angewiesen sind. Jede Einschränkung, die körperliche Lage auch nur teilweise zu verändern, erhöht das Risiko. Zusätzliche Faktoren sind Immobilität bei Lähmungen, starker Sedierung, Inkontinenz, Durchblutungsstörungen, Schockzustand, Fieber, Adipositas, Kachexie, unzureichende Nahrungsaufnahme sowie Verwirrtheitszustände oder andere

### **Einschränkungen des Bewußtseins.**

Bei der Aufnahme des Patienten soll das Ausmaß der Gefährdung abgeschätzt werden. Die Abschätzung wird nach dem NORTON-Schema dokumentiert.

Die Abschätzung wird routinemäßig wiederholt.

#### **3.1.1 Inspektion der Haut**

Mindestens einmal täglich wird bei gefährdeten Patienten die Haut sorgfältig inspiziert. Die besonders gefährdeten Partien der Haut über den knöchernen Anteilen müssen besonders kontrolliert werden.

Ein Dekubitus entsteht fast immer an denselben Stellen (Prädilektionsstellen). Sie sollen bekannt sein (siehe Anlage 4).

#### **3.1.2 Hautreinigung**

Die Haut wird regelmäßig und nach Verschmutzung gereinigt. Die Häufigkeit richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und den Wünschen des Patienten. Heißes Wasser soll gemieden werden. Das Waschwasser soll nur so warm sein, wie es als angenehm empfunden wird.

Zur Reinigung der Haut sollen nur milde Reinigungsmittel verwandt werden, um die Haut nicht zu reizen oder auszutrocknen. Viele Waschmittel entfetten die Haut. Der natürliche Schutz geht dabei verloren. Aus diesem Grund soll man mit Reinigungsmitteln besonders sparsam sein.

Bei älteren Menschen ist eine regelmäßige Hautreinigung nicht so häufig nötig wie bei jüngeren. Dafür sollen alle chemischen Reizungen durch Urin und Kot vermieden werden, indem die Reinigung von unerwarteten Ausscheidungen so schnell wie möglich erfolgt.

Nach dem Waschen muss die Haut gut abgetrocknet werden. Die Haut kann mit neutralen Fettcremes nachgefettet werden.

#### **3.1.3 Umgebung**

Die Umgebungsbedingungen sollen so eingerichtet sein, dass die Haut nicht weiter austrocknet. Die Luftfeuchtigkeit soll über 40 % sein. Kälte muss vermieden werden. Trockene Haut soll mit einem geeigneten Mittel behandelt werden.

#### 3.1.4 Keine Massage!

Mancherorts noch übliche Massage besonders der Haut über knöchernen Vorsprüngen in der Absicht, die Durchblutung zu verbessern, führt möglicherweise zu Hautschädigungen und soll deswegen unterbleiben. Andere Maßnahmen zur Hyperämisierung der Haut sollen ebenfalls unterbleiben.

#### 3.1.5 Schutz vor Nässe

Die Haut muss vor Nässe infolge von Inkontinenz, Schweißabsonderung oder Wundsekreten geschützt werden. Wenn die Ursache nicht beseitigt werden kann, müssen Hilfsmittel angewandt werden, um die Feuchtigkeit aufzunehmen und die Haut schnell wieder zu trocknen.

#### 3.1.6 Vermeidung von Reibung und Scherkräften

Belastung der Haut durch Reibung und Scherkräfte muß durch sorgfältige Lagerung, Umlagerung und Transport vermieden werden. Reibung kann durch Gleitmittel, Schutzfolien und Verbände herabgesetzt werden. Bei Scherkräften auf der Haut wird die Haut gespannt, die Durchblutung kommt zum Erliegen. Auch ohne Druck wird die Haut geschädigt. Scherkräfte sind nur zu vermeiden durch richtige Lagerung, bei dem ein Gleiten auf dem Laken verhindert wird.

#### 3.1.7 Ernährung

Wenn insgesamt gut ernährte Personen weniger essen (an Kalorien und besonders an Eiweiß), müssen die Ursachen dafür herausgefunden werden. Unterstützung beim Essen soll angeboten werden. Darüber hinaus gehende Unterstützung durch Nahrungszusätze bis hin zur aggressiven Ernährung über Sonde oder parenteral müssen erwogen werden.

Für ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eventuell Ausgleich von Vitamin-Defiziten sorgen.

#### 3.1.8 Mobilität und Aktivität

Wenn mit den allgemeinen Zielen der Therapie vereinbar, soll die Mobilität und Aktivität des Patienten gefördert werden und Anstrengungen zur Rehabilitation gemacht werden. Für viele Patienten wird es ausreichen, den anfänglich bestehenden Aktivitätsgrad zu erhalten

## 3.2 Pflegerische Maßnahmen

### 3.2.1 Hautpflege

- darauf achten, dass die Haut des Patienten sauber und trocken ist
- Seife nur bei grober Verschmutzung benutzen - häufiger Wäschewechsel bei stark transpirierenden Patienten
- Wäsche falten- und krümelfrei halten
- Körperstellen mit Haut-zu-Haut-Kontakt durch sorgfältiges Trocknen schützen
- Einsatz von Hautpflegemitteln, siehe „Apothekenempfehlung“

Durchblutungsfördernde Maßnahmen mit Einreibungen z. B. mit Franzbranntwein, Massagen oder Wärme/Kältereizen halten sich in sehr engen Grenzen und sind teilweise gefährlich. Sie unterbleiben besser. Das gilt auch für Puder

### 3.2.2 Lagerung

Alle Patienten mit einem Decubitus-Risiko sollen wenigstens alle 2 Stunden neu gelagert werden, wenn das mit den Gesamtbehandlungszielen vereinbar ist.

- **30° Lagerung mind. alle 2 Std.** durch Kissen und andere Hilfsmittel auf der Matratze. Patient darf auf der Unterlage nicht rutschen! Scherkräfte vermeiden. Diese Lagerung muss mit großer Vorsicht angewandt oder besser vermieden werden!
- **schiefe Ebene** durch Keil unter der Matratze. Patient darf auf der Unterlage nicht rutschen! Scherkräfte vermeiden. Diese Lagerung muss mit großer Vorsicht angewandt oder besser vermieden werden!
- bei sakraldekubitusgefährdeten Patienten keine Rückenlagerung
- **130° Lagerung:** Bettdecke längs aufrollen, an die Seite des Patienten legen, Patient fast in Bauchlage auf der Bettrolle lagern: Unteres Bein gestreckt, oberes angewinkelt auf der Rolle
- **Weichlagerung** mittels 5 Kissen, gefährdete Stellen werden freigelassen

- **V-Lagerung** bei Dekubitusgefährdung der Wirbelsäule, bei Patienten mit Peridural Kathetern oder Drainagen im Rückenbereich
- **T-Lagerung** bei Druckgefährdung an Schulterblatt oder unteren Rippen im Rückenbereich
- Gelenke frei und in physiologischer Stellung lagern
- Spitzfußprophylaxe durch gepolstertes Fußende
- zwischen den kompletten Lagewechseln **Druckentlastung mit kleinem Kissen**: das Kissen wird häufig an unterschiedlichen Stellen platziert

### 3.2.3 Lagerungsmittel

Für im Bett liegende Patienten soll festgelegt werden, durch welche Hilfsmittel (Kissen, Schaumstoffpolster) an welchen Stellen (druckgefährdeten Prominenzen) unterstützt werden soll.

Die Fersen sollen das Bett nicht berühren. Dafür sollen die Unterschenkel unterstützt werden, so dass die Füße schweben. Ringe unter den Fersen sollen nicht verwendet werden, weil sie die Durchblutung der Haut an anderen Stellen herabsetzen.

Bei Seitlagerung muss eine direkte Lagerung auf der Trochanter-Region vermieden werden.

Patienten sollen weder seitlich noch in der Länge schräg gelagert werden. Unweigerlich verrutscht der Patient auf der Unterlage, Scherkräfte wirken auf die Haut und unterbrechen in der gespannten Haut die Durchblutung.

Das Kopfende des Bettes soll auf der niedrigsten Stufe stehen, die mit dem allgemeinen Zustand des Patienten verträglich ist.

Werden Patienten aus dem Bett gehoben, sollen dafür Lagerungshilfen oder untergelegte Laken verwendet werden. Der Patient soll nicht über die Unterlage gezogen werden, um oberflächliche Abschürfungen zu vermeiden.

Risiko-Patienten sollen im Bett auf Unterlagen gelagert werden, die den Auflagedruck herabsetzen wie Schaumstoff, Luftmatratzen, wechselnde Luftpolster, Gelmatten oder Wassermatten. Bisher fehlen jedoch überzeugende Untersuchungen, die die Überlegenheit eines Hilfsmittels über ein anderes nachweisen.

Als Lagerungshilfen werden bei uns eingesetzt:

- Schaumstoffkeile
- Wechseldruckmatratzen
- Spezialbetten

#### 3.2.4 Besonderheiten beim Sitzen im Stuhl

Gefährdete Patienten sollen nicht ununterbrochen auf Stühlen oder in Rollstühlen sitzen, ohne das Gewicht zu verlagern (mindestens alle 15 Minuten).

Obwohl nachteilige Effekte nicht nachgewiesen werden konnten, sollen Ringkisten nicht benutzt werden, weil sie die Auflagefläche reduzieren und zu venösem Stau führen können. Sitz erhöhungen können dem Patienten die Verlagerung des Gewichtes erleichtern (Abstützung an den Armlehnen).

An den Stuhl gebundene Patienten sollen über Korrektur der Sitzhaltung, Verteilung des Gewichtes, Vermeidung des Abrutschens und Druckentlastung unterrichtet sein und darin unterstützt werden.

Ein Zeitplan mit einer Kontrollmöglichkeit erleichtert auch dem sitzenden Patienten die Einhaltung des Pflegeplanes.

#### 3.2.5 Besonderheiten bei Lagerung im OP

Falsche Lagerung kann im OP innerhalb kurzer Zeit zu einer erheblichen Schädigung der Haut führen, die in ein Dekubitus-Geschwür enden. Zunächst sind keine oder nur oberflächliche Zeichen wie Rötung oder Blässe der Haut zu erkennen. Nach Operationen soll an den typischen Stellen nach Hautschädigungen geforscht werden.

### 3.3 Trainingsprogramm

Alle an der Pflege und Behandlung beteiligten Berufsgruppen, die Patienten selbst und ihre Angehörigen sollen über die Gefahren des Druckgeschwürs und die Methoden der Vorbeugung informiert sein. Dafür ist ein Trainingsprogramm aufzustellen, das auf die spezifischen Wahrnehmungsfähigkeiten der Adressaten Rücksicht nimmt.

Das Programm soll folgende Punkte umfassen:

- Entstehung und Gefahren für Druckgeschwüre
- Einschätzung der Gefährdung
- Hautbeurteilung

- Auswahl und Einsatz von Hilfsmitteln
- Auswahl und Anwendung von Hautpflegemaßnahmen
- Einübung von Lagerungstechniken
- Sorgfältige Dokumentation der wichtigen Daten

In dem Trainingsprogramm sollen die für Vorbeugung verantwortlichen Personen identifiziert und ihre Aufgabe beschrieben werden. Die Darstellung muss dem Adressaten angemessen sein und seinen Informationsgrad berücksichtigen.

Nach festgelegtem Zeitraum soll geprüft werden, ob neue Techniken in das Programm aufgenommen werden sollen.

Das Trainingsprogramm soll entwickelt, eingerichtet und bewertet werden nach den Kriterien der Erwachsenenbildung. Eine Erfolgskontrolle soll vorgesehen werden.

#### **4 Risiken**

Besonders gefährdet sind Patienten mit

- Bewegungsmangel
- Schlechtem Allgemeinzustand
- Durchblutungsstörungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Inkontinenz
- Übergewicht
- Hauterkrankungen

#### **5 Dokumentation**

Das Ergebnis der Gefahrenereinschätzung und die Maßnahmen zur Vorbeugung sollen dokumentiert werden. Die Klassifikation der NORTON-Skala wird empfohlen.

Der Schweregrad eines Dekubitus soll für den Verlauf eingeschätzt und dokumentiert werden

Ein Pflegeplan soll aufgestellt werden. Der Zeitpunkt einer Überprüfung des Pflegeplanes soll im Voraus festgelegt werden. Die Durchführung der geplanten pflegerischen Maßnahmen soll überwacht und dokumentiert werden. Dazu soll notiert werden, wer die Maßnahme ausführte, wie oft (Zeittafel), welche Hilfsmittel und Pflege/Arzneimittel appliziert wurden und wie vorgegangen

wurde. Das Ergebnis der Maßnahme soll dokumentiert werden. Die Dokumentation soll allen Personen, die an der Versorgung beteiligt sind, zugänglich sein.

Die Angaben zur Lagerungshilfe erfolgen im Pflegebericht, Verbände, Medikationen in der Krankenkurve

## **6 Zeitbedarf**

Einschätzung nach Untersuchung: 5 Minuten

Lagerung: 10 – 30 Minuten pro Einzelaktion

Bestellung von Matratzen: bis zu ein Tag

## **7 Zuständigkeit**

**Pflege:** Einschätzung des Risikos

Lagerung, Hautpflege, Beschaffung X-Matratze

**Arzt:** Überprüfung der Medikation (Sedierung?

Analgesierung?) Abtragen von Nekrosen,

Rezeptierung von Nahrungszusätzen wie Vitaminen, Festlegung des Ernährungsprogrammes

Verordnung des Spezialbettes

Alle Beteiligten sollten eine Schulung in der Prophylaxe von Druckgeschwüren erhalten, z. B.

Jan Kotter, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

[https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Veranstaltungen/20WS\\_Kottner.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Veranstaltungen/20WS_Kottner.pdf)

## **8 Hinweise und Anmerkungen**

Mit Matratzen kann man nur weich lagern, aber den Druck nicht entlasten! Entscheidend sind der Wechsel der Auflagepunkte und die Vermeidung von Scherkräften.

Wassermatratzen sind nicht vorrätig, weil die Handhabung aufwendig ist. Felle werden nicht benutzt, weil sich im Naturfell Haarknoten bilden (Druckstellen); Kunststoffelle nehmen die Körperfeuchtigkeit nicht auf (fehlender Klimausgleich).

Jeder neu entdeckte Dekubitus ist ein unerwünschtes Ereignis, das berichtet werden muss. Eine Fallanalyse soll angeschlossen werden.

## **9 Mitgeltende Unterlagen**

### **9.1 Literatur**

Agency for Health Care Policy and Research

Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention

Clinical Practice Guideline No. 3, Rockville, Maryland, USA, Mai 1992

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie

[https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe\\_in\\_der\\_Pflege/Dekubitus\\_2Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf)

### **9.2 Begriffe**

*Dekubitus*

vom Lateinischen “decumbere, decubitum - sich niederlegen, niedergelegt” abgeleiteter Ausdruck für eine durch äußere Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen und lokaler Ischämie hervorgerufene trophische Störung von Geweben (bes. Haut und Unterhautgewebe) mit Nekrose und Infektion.

Gradeinteilung

1. Grad: umschriebene Rötung, intakte Haut
2. Grad: Hautdefekt
3. Grad: tiefer Hautdefekt, Beteiligung von Muskeln und Sehnen
4. Grad: Haut- und Gewebedefekt mit Knochenbeteiligung.

*Dekubitusprophylaxe*

Maßnahmen zur Vorbeugung eines Dekubitus bestehend aus Hautpflege und Lagerungsmaßnahmen.

## **10Anlagen**

Anlage 1: Entscheidungsbaum

Anlage 2: Norton-Skala

Anlage 3: Braden-Skala

Anlage 4: Gefährdete Hautpartien

## **Anlage 5: Hilfsmittel**

---

**Hamburg, den**

**19.07.18**

**Autor**