

Dekubitus Zusammenfassung

Druckversion
dieser Seite

Zusammenfassung der Empfehlungen zur Dekubitusprävention

Inhalt:

- [1. Einteilung der Evidenzstärken](#)
- [2. Risikopatienten identifizieren](#)
- [3. Einsatz von Skalen zur Risikoabschätzung](#)
- [4. Risikofaktoren](#)**
- [5. Inspektion der Haut](#)
- [6. Druck verteilende Unterlagen](#)**
- [7. Einsatz von Hilfsmitteln](#)
- [8. Lagerung](#)
- [9. Sitzen](#)
- [10. Fortbildung und Schulung](#)**

[Zum Seitenanfang](#)

1. Einteilung der Evidenzstärken

Tabelle: Einteilung von Empfehlungsklassen (nach AHCPR 1992 (5, 7))

Grad	Empfehlungsklasse
A (Evidenzgrad I)	Ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält
B (Evidenzgrad II, III)	Ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien

C (Evidenzgrad IV)

Ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

[Zum Seitenanfang](#)

2. Risikopatienten identifizieren

- Bei der Beurteilung des Risikos, einen Dekubitus zu entwickeln, sollten sowohl standardisierte als auch nicht-standardisierte Beurteilungsverfahren verwendet werden **(C)**.
- Die Risikobeurteilung sollte durch Personen erfolgen, die eine angemessene und fundierte Ausbildung haben, um
 - a) Risikopatienten für einen Dekubitus zu identifizieren und
 - b) die in der Lage sind, die richtigen und angemessenen Präventivmaßnahmen einzuleiten und durchzuführen **(C)**.
- Der Zeitpunkt für die Risikobeurteilung kann individuell festgelegt werden. Dennoch sollte die Risikobeurteilung innerhalb der ersten sechs Stunden nach einer stationären Aufnahme erfolgen. Auch im ambulanten Bereich ist eine möglichst zeitnahe Bewertung anzustreben **(C)**.
- Wenn bei der Erstbegutachtung ein Patient nicht als Risikopatient eingestuft wurde, sollte eine erneute Beurteilung erfolgen, wenn sich der Zustand des Patienten ändert **(C)**.
- Im Falle einer standardisierte Risikoeinschätzung (z.B. mittels einer Skala) sollte dies dokumentiert und allen Mitgliedern des interdisziplinären Teams zugänglich gemacht werden **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

3. Einsatz von Skalen zur Risikoabschätzung

- Standardisierte Beurteilungsverfahren wie Dekubitusskalen sollten nur als Gedächtnishilfe gebraucht werden; sie sollten eine klinische Beurteilung nicht ersetzen **(A)**.
- Wenn der Einsatz einer Dekubitusskala bevorzugt wird, dann sollte eine solche Skala gewählt werden, die in der entsprechenden Zielgruppe (z.B. Intensivpatienten, Pflegeheim, etc.) getestet worden ist **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

4. Risikofaktoren

- Das individuelle Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln, kann durch intrinsische Faktoren beeinflusst werden, die bei einer Risikoabschätzung zu berücksichtigen sind **(B)**:
 - eingeschränkte Mobilität oder Immobilität
 - sensorische Einschränkungen
 - akute Erkrankungen

- gestörte Bewusstseinslage
 - sehr hohes oder sehr niedriges Lebensalter
 - Gefäßkrankheiten
 - schwere chronische oder terminale Erkrankung
 - druckinduzierte Schädigung in der Vorgeschichte
 - Malnutrition und Dehydratation
- Folgende extrinsische Risikofaktoren tragen zur Gewebeschädigung bei und sollten zur Verhinderung einer Schädigung minimiert oder beseitigt werden: Druck, Scher- und Reibkräfte **(B)**.
 - Das individuelle Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln, kann durch folgende Faktoren vergrößert werden: bestimmte Medikamente (z.B. Sedativa, Hypnotika, Analgetika u.a.) und die Feuchtigkeit der Haut **(B)**.

[Zum Seitenanfang](#)

5. Inspektion der Haut

- Die Haut sollte regelmäßig inspiziert werden; die Häufigkeit der Inspektion richtet sich nach den Änderungen des Gesamtzustandes **(C)**.
- Die Inspektion sollte die individuell gefährdetsten Hautbereiche einbeziehen; Sehr häufig sind folgende Areale gefährdet **(C)**:
 - Fersen
 - Sakrum
 - Tuberositas ischiadica
 - Ellbogen
 - Schläfenregion des Schädels
 - Schulter
 - Hinterkopf
 - Zehen
 - Zusätzlich sollten Hautareale berücksichtigt werden, die
 - durch Antithrombose-Strümpfe bedeckt sind,
 - durch Alltagsaktivitäten Druck, Scher- und Reibkräften ausgesetzt sind,
 - durch Ausrüstung (wie z.B. Hilfsmittel) und Kleidung Druck bzw. Scher- und Reibkräften ausgesetzt sind.
 - weitere individuell gefährdete Hautbezirke
- Patienten sollten aufgefordert werden, nach entsprechender Anleitung die eigene Haut zu inspizieren, soweit sie dazu fähig und bereit sind **(C)**.
- Rollstuhlfahrer sollten einen Spiegel benutzen, um die Körperareale zu inspizieren, die sich leicht dem Blick entziehen, oder sie sollten andere Personen bitten, sie zu inspizieren **(C)**.
- Folgende Zeichen verdienen besondere Beachtung, da sie einen beginnenden Dekubitus anzeigen können **(C)**:
 - persistierende Rötung
 - nicht wegdrückbare Rötung
 - Blasen
 - Aufhellung der Haut
 - umschriebene Wärme
 - umschriebenes Ödem
 - umschriebene Induration.
- Bei dunkelhäutigen Personen können folgende Faktoren Warnhinweise darstellen **(C)**:

- livide/bläulich verfärbte Hautareale
 - umschriebene Wärme, die bei Gewebeschädigung durch Kühle ersetzt wird
 - lokalisiertes Ödem
 - lokalisierte Induration
- Jegliche Hautveränderung sollte unverzüglich dokumentiert werden **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

6. Druck verteilende Unterlagen

- Die Entscheidung darüber, welche Druck verteilende Unterlage einzusetzen ist, sollte sich auf eine Gesamteinschätzung des individuellen Risikos stützen und nicht ausschließlich auf die Ergebnisse von Risikoskalen. Die ganzheitliche Beurteilung sollte das Ausmaß des Risikos, Komfort und den allgemeinen Gesundheitsstatus umfassen **(A)**.
- Risikopatienten sollten nicht auf Standard-Schaummatratzen gelagert werden **(A)**.
- Hochrisikopatienten sollten auf Wechseldruckmatratzen, in Luftkissen-Betten mit periodischer Druckentlastung oder ähnlichem gelagert werden **(B)**.
- Auch Patienten auf Druck verteilenden Unterlagen sollten regelmäßig umgelagert werden **(C)**.
- Der Nutzen Druck verteilender Unterlagen sollte nicht durch zu langes Sitzen im Stuhl gefährdet werden **(C)**.
- Bei Hochrisikopatienten innerhalb von Kliniken sollte der Operationstisch durch Druck verteilende Auflagen bedeckt sein **(A)**.
- Um die Kontinuität präventiver Maßnahmen zu gewährleisten, sollten Risikopatienten auch postoperativ auf Druck verteilenden Matratzen gelagert werden **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

7. Einsatz von Hilfsmitteln

- Folgende Hilfsmittel sollten nicht zur Druckreduzierung eingesetzt werden **(C)**:
 - mit Wasser gefüllte Hilfsmittel
 - synthetische Schafsfelle
 - echte Schafsfelle
 - Ringkissen

[Zum Seitenanfang](#)

8. Lagerung

- Risikopatienten sollten umgelagert werden; die Häufigkeit des Umlagerns richtet sich nach den Ergebnissen der Hautinspektion und nach individuellen Bedürfnissen und nicht nach einem starren Lagerungsplan **(C)**.

- Bei der Lagerung sollten das individuelle Empfinden des Patienten bedacht werden; so zum Beispiel der medizinische Zustand, sein Wohlbefinden, der Gesamtpflegeplan und die Art der Unterlage **(C)**.
- Patienten, die akut dekubitusgefährdet sind, sollten weniger als zwei Stunden außerhalb des Bettes sitzen **(C)**.
- Bei der Lagerung sollte längerer Druck auf Knochenvorsprünge möglichst klein gehalten werden; Knochenvorsprünge sollten einander nicht berühren; Reibe- und Scherkräfte sollten reduziert werden **(C)**.
- Für jeden Risikopatienten sollte ein schriftlicher Lagerungsplan erstellt werden, der auf die Wünsche des Patienten Rücksicht nimmt **(C)**.
- Patienten und Pflegende sollten angeleitet werden, das Körpergewicht zu verteilen **(C)**.
- Umlagerungshilfen sollten korrekt eingesetzt werden, um Reibe- und Scherkräfte möglichst gering zu halten. Schlingen, Manschetten oder andere Teile sollten nicht unter dem Patienten liegen bleiben **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

9. Sitzen

- Bei den Sitzkissen hat sich keine Form gegenüber anderen Formen als überlegen erwiesen; deshalb kann keine Empfehlung für einen bestimmten Typ zur Druckverteilung gegeben werden **(C)**.
- Bei der Lagerung von Patienten, die lange Zeit in einem Stuhl oder in einem Rollstuhl sitzen, sollten folgende Faktoren beachtet werden: Gewichtsverteilung, Ausrichtung der Körperhaltung und Fußstütze **(C)**.
- Wenn möglich sollten ausgebildete Fachkräfte mit spezifischen Kenntnissen und Erfahrung (z.B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten) das Sitzen der Patienten beurteilen **(C)**.
- Bei der Bestimmung der korrekten Sitzposition sollte ebenfalls der Rat ausgebildeter Fachkräfte mit entsprechendem Wissen gesucht werden **(C)**.

[Zum Seitenanfang](#)

10. Fortbildung und Schulung

- Zur Beurteilung des Dekubitusrisikos und zur Dekubitusprävention sollten unter Ärzten und Pflegenden Fortbildungsmaßnahmen und Schulungen durchgeführt werden **(B)**.
- Ärzte und Pflegende mit besonderer Erfahrung im Umgang mit Dekubitalulzera sollten ihr Wissen und ihre Fertigkeiten an Mitarbeiter in der Umgebung weitergeben **(B)**.
- Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen sollten interdisziplinär durchgeführt werden **(B)**.
- Folgende Punkte sollten Fortbildungsmaßnahmen und Trainingsmaßnahmen umfassen **(B)**:
 - Risikofaktoren für die Entwicklung von Dekubitalulzera
 - Pathophysiologie der Dekubitusentstehung

- Schwächen und Einsatzmöglichkeiten von Risikoskalen
 - Hautbeurteilung
 - Hautpflege
 - Auswahl
 - Benutzung und Wartung geeigneter Druck verteilender Hilfsmittel
 - Methoden der Dekumentation von Risikoabschätzung und Prophylaxe
 - Lagerung zur Reduktion von Schäden durch Druck, Reibe- und Scherkräfte einschließlich des korrekten Umgangs mit manuellen Lagerungshilfen
 - Rollenverteilung und Verantwortlichkeiten der Mitglieder des interdisziplinären Dekubitusteams
 - Grundsätze und Vorgehensweisen beim Verlegen von Patienten von einer Pflegeeinrichtung zu einer anderen
 - Aufklärung und Fortbildung von Patienten
- Informationen zur Risikoeinschätzung und zu präventiven Maßnahmen sollten allen interessierten und geeigneten Patienten angeboten werden. Dabei sollten, falls möglich, die Betreuer mit einbezogen werden **(C)**.
 - Die Fortbildung von Patienten und Betreuern sollte folgende Punkte beinhalten **(C)**:
 - persönliche Risikofaktoren für die Entwicklung von Dekubitalulzera
 - Körperstellen mit dem größten Risiko einer Druckschädigung
 - Beurteilung der Haut und Erkennen von Hautveränderungen
 - Hautpflege
 - Methoden der Druckminderung
 - Adressen, die im Bedarfsfall weiter beraten und helfen
 - Betonen der Notwendigkeit, unverzüglich professionellen Rat einzuholen, falls Zeichen einer Hautschädigung bemerkt werden

[Zum Seitenanfang](#)

[Start Leitlinien](#) | [Skalen](#) | [Zusammenfassung](#)

Mail:info@evidence.de

Copyright: Wissensnetzwerk [evidence.de](http://www.evidence.de); der Universität Witten/Herdecke

Update:27/02/02

