

A dark blue vertical bar on the left side of the page. A blue arrow-shaped element points to the right from the bar, containing the date.

21.1.2025

# Dekubitus

Prophylaxe und Therapie

A series of thin, curved lines in shades of blue and grey that originate from the bottom left and curve upwards and to the right.

Brenninger Rupert

## Inhalt

1. Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe i. d. Pflege.....	2
1.1 Ziel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe i. d. Pflege .....	2
1.2 Begründung .....	2
1.3 Die sechs Ebenen des Standards .....	2
2. Definition – Dekubitus .....	2
3. Dekubitusentstehung .....	2
4. Prädikationsstellen.....	4
5. Risikoeinschätzung .....	4
5.1. Initiale Risikoeinschätzung .....	4
5.2 Differenzierte Risikoeinschätzung .....	5
5.3 Klinische Einschätzung.....	5
5.4 Risikofaktor – Einschränkung der Mobilität und Aktivität.....	5
5.4 Risikofaktor – Einschränkung der Sensibilität/Bewusstsein .....	5
5.5 Risikofaktor – Medizinische Geräte und Applikationen .....	6
5.6 Weitere Risikofaktoren .....	6
6. Dekubitusdiagnose und –klassifikation .....	6
7. Differenzialdiagnosen .....	8
8. Dekubitusprophylaxe .....	9
8.1 30° –Seitenlagerung .....	9
8.2 135° – Lagerung .....	9
8.3 V-Lagerung .....	10
8.4 Bauchlagerung .....	10
8.5 Hohl-/Freilagerung .....	10
8.6 Schiefe Ebene .....	10
8.7 Mikrolagerung .....	10
8.8 Druckverteilende Hilfsmittel .....	11
8.8.1 Weichlagerungssysteme .....	11
8.8.2 Wechseldrucksysteme .....	11
8.8.3 Micro-Stimulationsgeräte.....	12
9. Ernährung und Hautpflege.....	12
9.1 Angepasste Ernährung .....	12
9.2 Hautpflege .....	12
10. Therapeutische Prinzipien beim Vorliegen eines Dekubitus .....	12
10.1 Chirurgische Therapieoptionen .....	13
11. Quellen .....	14

## 1. Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe i. d. Pflege

Der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist der erste Expertenstandard auf nationaler Ebene gewesen. Er wurde im Jahr 2000 veröffentlicht. Derzeit ist er in der 2. aktualisierten Fassung erhältlich.

### 1.1 Ziel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe i. d. Pflege

Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine entsprechende Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus zu verhindern (DNQP 2017:19).

### 1.2 Begründung

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen pflegebedürftiger Patienten/Bewohner. Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Ausnahmen können in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätensetzungen im Gesundheitszustand oder in der selbstbestimmten, informierten Entscheidung des Patienten/Bewohners begründet sein. Von herausragender Bedeutung für eine erfolgreiche Prophylaxe ist, dass das Pflegefachpersonal die systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Bewohnern und gegebenenfalls seinen Angehörigen, Bewegungsförderung, Druckentlastung und -verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet (DNQP 2017:19).

### 1.3 Die sechs Ebenen des Standards

1. Ebene zur Einschätzung
2. Planung und Schnittstellenorganisation
3. Beratung
4. Förderung der aktiven und passiven Bewegung
5. Einsatz von druckentlastenden und verteilenden Hilfsmitteln
6. Evaluation

## 2. Definition – Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind, deren Bedeutung aber noch zu klären ist“ (DNQP 2017:16).

## 3. Dekubitusentstehung

Hauptrisikofaktoren sind eine *Beeinträchtigung der Mobilität*, eine *Störung der Durchblutung* und ein *beeinträchtigter Hautzustand*. Je stärker und häufiger zudem sogenannte Scherkräfte wirken, bzw. je länger und stärker Druck auf die Hautschichten einwirkt, desto eher entsteht ein Dekubitus (I care Pflege 2020:393).

Zwei Druckformen die für die Dekubitusentstehung verantwortlich sind:

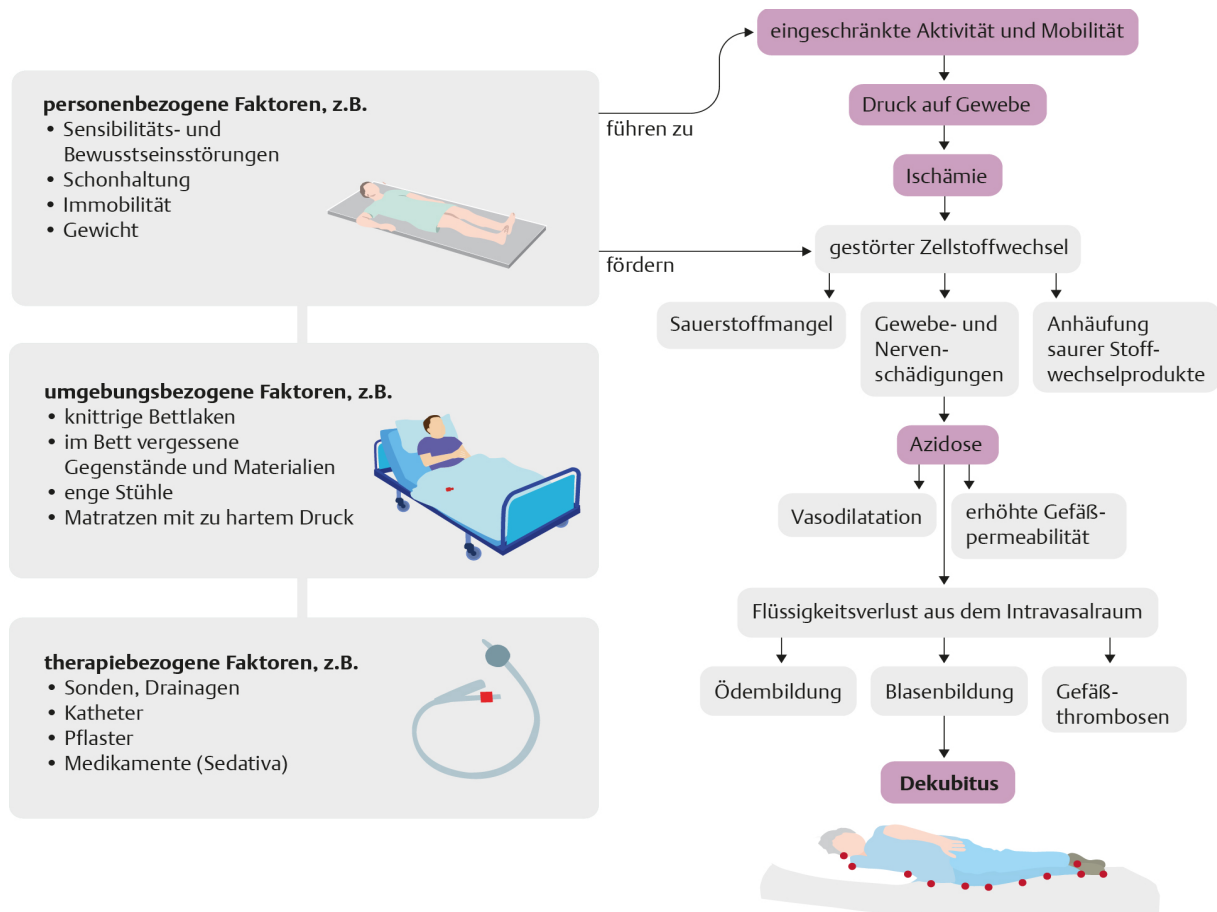
**Komprimierenden Kräfte** wirken senkrecht auf das Gewebe ein. Der Druck wird von innen und außen ausgeübt.

Von außen z.B. durch Matratzen, Falten in Bettlaken, Schuhe, Zu- und Ableitungen, wenn Sie einen Druck auf die Haut ausüben.

Von innen z.B. durch Knochen, die ohne Fett- oder Muskelpolster auf die Haut einen Druck ausüben (Pflege heute 2019:124).

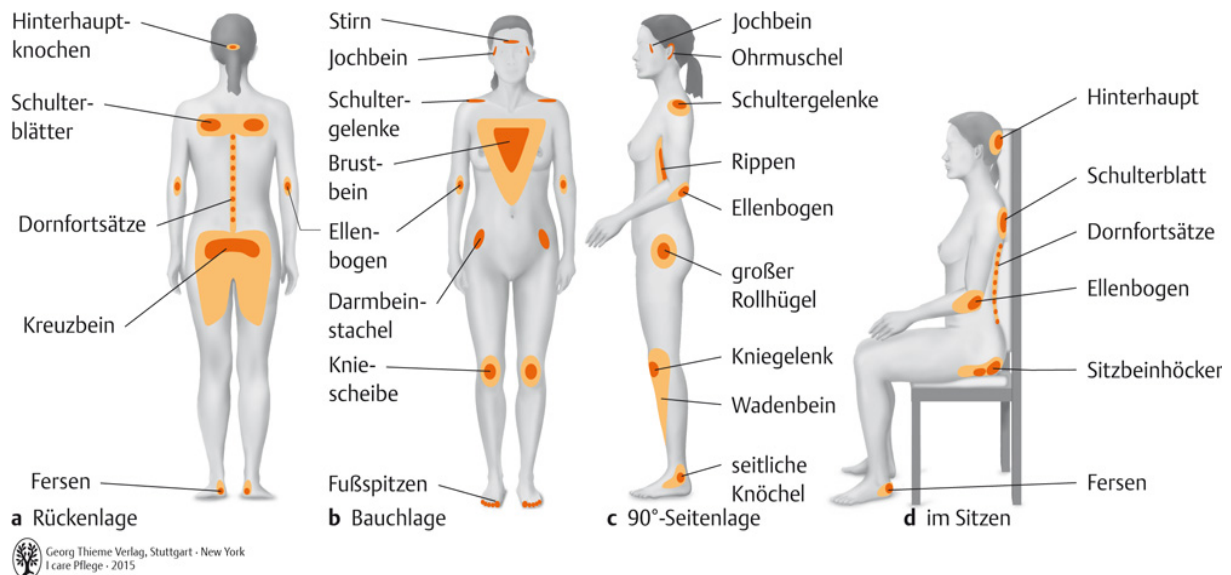
**Scherkräfte** entstehen durch eine Verschiebung verschiedener Gewebeschichten gegeneinander. Dies geschieht häufig beim unsachgemäßen „Nach-oben-Ziehen“ oder beim Herunterrutschen im Bett des Pflegeempfängers. Blutgefäße verdrillen sich und der Stoffwechsel in den betroffenen Arealen wird gestört (I care Pflege 2020:393)

Neben den Druck- und Scherkräften begünstigen noch weitere Faktoren die Entstehung eines Dekubitus. In der folgenden Graphik sind die Faktoren und Pathomechanismen der Dekubitusentstehung dargestellt.



## 4. Prädikationsstellen

Dekubitusgefahr besteht vor allem an Körperstellen, an denen sich zwischen Haut und darunterliegenden Knochen keine, bzw. nur wenig Unterhautfettgewebe und Muskulatur befindet – siehe folgende Graphik.



## 5. Risikoeinschätzung

Um das individuelle Dekubitusrisiko zu ermitteln, empfiehlt der Expertenstandard ein systematisches Vorgehen. Systematisches Vorgehen bedeutet,

- dass regelmäßig eine differenzierte Risikoeinschätzung bei Patienten und Bewohnern durchgeführt wird, bei denen ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden kann.
- Das heißt, sowohl die initiale Überprüfung eines Risikoausschlusses, als auch die gegebenenfalls erforderliche differenzierte Risikoeinschätzung erfolgt mittels klinischer Einschätzung durch die Pflegekraft.
- Die systematische Einschätzung erfolgt bei der Aufnahme, nach dem individuellen Dekubitusrisiko entsprechenden Zeitabständen, und bei Veränderung
  - der Mobilität, Durchblutung oder des Hautzustandes
  - der personenbezogenen Faktoren, wie erhöhter Müdigkeit
  - oder umgebungs- und therapiebedingten Faktoren, wie Anlage von Schienen, Sonden oder Katheter

(vgl. DNQP, 2017:22-29; I Care, 2020:397)

### 5.1. Initiale Risikoeinschätzung

Die Pflegefachkraft beurteilt anhand einfach zugänglicher Informationen aus den Aufnahmeformularen und durch Beobachtungen beim Erstkontakt, inwieweit es Hinweise auf ein womöglich bestehendes Risiko gibt.

- Leitkriterien hierbei sind:
  - Einschränkung der Beweglichkeit
  - Bestehender pflegerischer Unterstützungsbedarf
  - Hautzustand (liegt ein abgeheiltes / aktuell bestehendes Dekubitus vor)  
(vgl. DNQP, 2017:22-29)

## 5.2 Differenzierte Risikoeinschätzung

Kann ein Risiko bei der Initialeinschätzung nicht ausgeschlossen werden, erfolgt eine differenzierte Risikoeinschätzung. Das heißt:

- Beeinträchtigungen der Beweglichkeit sind differenziert zu beurteilen
- Der Hautzustand ist durch direkte Beobachtung zu kontrollieren
- Minderdurchblutung

Bestehen weitere Risikofaktoren die das Dekubitusrisiko erhöhen

- Starkes Schwitzen
- Sensibilitätsstörungen
- Diabetes mellitus
- Schlechte Ernährung
- Niedrige Albuminwerte
- Schwere Grund- oder Begleiterkrankungen
- Akute kritische Ereignisse

(vgl. DNQP 2017:25-26;63)

## 5.3 Klinische Einschätzung

Bedeutet, dass die Pflegefachkraft prüft, inwieweit Dekubitusrisikofaktoren vorliegen und bewertet das Risiko anhand der identifizierten Risikofaktoren und unter Berücksichtigung des gesamten Gesundheitszustandes.

Der Pflegeempfänger wird zu seinen Risikofaktoren systematisch befragt und untersucht (vgl. DNQP 2017:22-23; I Care 2020:397).

## 5.4 Risikofaktor – Einschränkung der Mobilität und Aktivität

Einschränkung in der Mobilität und Aktivität z.B. durch

- Schlaganfall
- Sedierung
- chirurgische Eingriffe
- Querschnittslähmungen
- oder eine schwere Erkrankung

(vgl. DNQP 2017:25-26;63)

## 5.4 Risikofaktor – Einschränkung der Sensibilität/Bewusstsein

Einschränkungen in der Sensibilität und /oder des Bewusstseins z.B. durch

- Querschnittslähmung
- Sedierung

- Spinalanästhesie
- diabetische Neuropathie

(vgl. DNQP 2017:25-26;63)

## 5.5 Risikofaktor – Medizinische Geräte und Applikationen

Medizinische Geräte und Applikationen, die sich in unmittelbarem Kontakt zur (Schleim) Haut befinden

- Kanülen
- Tuben
- Verbände
- Katheter
- Magensonden
- Thromboseprophylaxestrümpfe

(vgl. DNQP 2017:25-26;63)

## 5.6 Weitere Risikofaktoren

- bestehender oder vorangegangener Dekubitus
- Untergewicht (BMI < 18,5 Kg/m<sup>2</sup>)
- Diabetes mellitus (nur untere Extremitäten, vor allem Fersen)
- hohes Alter

(vgl. DNQP 2017:25-26;63)

## 6. Dekubitusdiagnose und –klassifikation

Der Schweregrad eines Dekubitus richtet sich nach seiner Tiefenausdehnung in das Gewebe. Nach EPUAP werden 4 Kategorien unterschieden. Zudem gibt es 2 weitere Kategorien, die keiner Klassifikation zugeordnet werden. ICD-10 unterscheidet 4 Grade nach Tiefenausdehnung in das Gewebe, sowie einem, einer nicht zuordenbaren Tiefenausdehnung.

### Schweregrad / 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 umgebenen Haut unterscheiden: Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen. (vgl. DNQP 2017:52)

- **ICD-10 GM – L89.0- Dekubitus Grad 1**

Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut.

(Dissemond/Köger 2020:99)

## Schwergrad / Kategorie 2

- Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis) , 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 Geschwür ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss\*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden, um Gewebeerreißungen, verband- oder Pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. (vgl. DNQP 2017:52)
- **ICD-10 GM L89.1- Dekubitus 2. Grades**

Dekubitus mit:

- Abschürfung
- Blase
- Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und / oder Dermis
- Hautverlust ohne nähere Angaben

(Dissemond/Köger 2020:99)

## Schwergrad / Kategorie 3

- Zerstörung aller Hautschichten, subcutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebeschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus Kategorie III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanen 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. (vgl. DNQP 2017:52)

- **ICD-10 GM L89.2- Dekubitus 3. Grades**

Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.

(Dissemond/Köger 2020:99)

## Schweregrad / Kategorie 4

- Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel und Unterminierungen liegen 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 subkutanen Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (Faszien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder



Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar (vgl. DNQP 2017:52).

- **ICD-10 GM L89.3- Dekubitus 4. Grades**  
Dekubitus mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (Sehnen oder Gelenkkapseln) (Dissemond/Köger 2020:100).

**Schweregrad / Kategorie: Tiefe unbekannt**

- Vollständiger Gewebeverlust mit Belägen und /oder Schorf im Wundbett (Pflege heute 2019:129).

**Schweregrad / Kategorie: Vermutete Tiefe Gewebeschädigung – Tiefe unbekannt**

- Livide oder rötlich-brauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Gewebes (Pflege heute 2019:129).

**ICD-10 GM Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet**

- L89.9- Dekubitus ohne Angabe eines Grades (Dissemond/Köger 2020:100)

7. Differenzialdiagnosen

Diagnose	Dekubitus	IAD	Hautschädigung durch Pflaster	Intertrigo
Ursache	Druck und/oder Scherkräfte	Feuchtigkeit, Inkontinenz	Pflaster und Verbände	Schwitzen in Verbindung mit Scherkräften
Lokalisation	Über Knochenvorsprüngen	Im Bereich der Ausscheidungsorgane Feuchtigkeit muss vorhanden sein. Keine Druck und Scherkräfte	Überall wo Pflaster und Verbände sind	Hautfalten
Ausprägung/ Form	Lokal begrenzt. Rund oder oval	Diffus, oberflächlich	Meist Form des Pflasters, oder des Verbandes. Hautverfärbung, Kontaktdermatitis	Diffuse, oberflächliche Hautveränderung in Hautfalten
Nekrose	Möglich	Keine Nekrose	Keine Nekrose, Schorf möglich	Keine Nekrose
Ränder	Abgegrenzte Ränder	Diffus, unscharfe Ränder	Abgegrenzt auf Pflaster-/ Verbandform bezogen	Diffuse, ungleiche Ränder
Farbe u. Haut	Nicht wegdrückbare Rötung	Wegdrückbare diffuse Rötung, Mazeration an den Rändern	Hautverfärbung möglich	Hautverfärbung möglich, wegdrückbare Rötung, häufig Mazeration

## 8. Dekubitusprophylaxe

Das Ziel der Dekubitusprophylaxe ist die Entlastung gefährdeter Körperstellen von Druck- und Scherkräften. Dies wird durch regelmäßige körperliche Bewegung und /oder Freilagerung gefährdeter Körperstellen erreicht.

(I care Pflege 2015, S. 405)

Grundlegend lassen sich zwei Arten von präventiven Maßnahmen unterscheiden.

- a) Druckentlastenden Maßnahmen: Dies erreicht man durch regelmäßiges Umlagern auf eine andere Körperstelle, so dass die vorher druckbelastete Stelle komplett entlastet ist.
- b) Druckverteilende Maßnahmen: Der Druck verteilt sich auf eine größere Fläche und wird dadurch niedriger. Z.B. Weichlagerungssysteme, sie wirken über eine Vergrößerung der Auflagefläche und reduzieren dadurch den Auflagedruck. (ICW 2015:28)

Wird ein Dekubitusrisiko ermittelt, wird für den Patienten ein individueller Bewegungs(förderungs)plan erstellt, in dem alle Maßnahmen der Bewegungsförderung sowie die besonderen Vorlieben und Abneigungen des Patienten festgehalten werden. Ziel ist es, den Patienten nicht“ einfach umzulagern“, sondern vor allem seine Eigenbewegungen zu fördern. Zum Bewegungsförderungsgesetz gehören demnach:

- Eigenbewegung des Patienten fördern
- Regelmäßigen Positionswechsel durchführen (Makro- und Mikrobewegungen)
- Scherkraftarme Bewegungs- und Transfertechniken anwenden (Kinästhetik)

Pflegende betreuen auch Patienten, bei denen Eigenbewegungen nur bedingt oder gar nicht möglich ist. In diesen Fällen muss ein regelmäßiger Positionswechsel durch passive Mobilisation erfolgen – allerdings immer mit dem Ziel, die Eigenbewegung zu stimulieren. (I care Pflege 2020, S. 398)

### 8.1 30° –Seitenlagerung

Bei der 30° –Seitenlagerung rechts wird die linke Körperhälfte entlastet, vor allem

- das linke Schulterblatt,
- der Bereich des Sakrums,
- die linke Ferse,
- das linke Sitzbein,
- und der linke Trochanter etwas mehr als der rechte (I Care Pflege, 2020:399)
- 

### 8.2 135° – Lagerung

Bei der 135° – Lagerung links wird die gesamte rechte Körperhälfte entlastet:

- Ohr,

- Schulter,
- Schulterblatt,
- Ellbogen,
- Trochanter,
- Knieaußenseite,
- sowie das komplette Sakrum und beide Fersen (I Care Pflege, 2020:399)

### 8.3 V-Lagerung

Bei der V-Lagerung wird die Wirbelsäule Druckentlastet. Sie gehört mit der I,-T,-A- Lagerung primär zu den Dehnlagerungen. (I Care Pflege, 2020:399)

### 8.4 Bauchlagerung

Bei der Bauchlagerung wird die gesamte Rückseite des Körpers entlastet.

- Hinterkopf
- Ohren
- Schultern
- Schulterblätter
- Ellbogen
- Sacrum
- Fersen (I Care Pflege, 2020:399)

### 8.5 Hohl-/Freilagerung

Hierbei werden die dekubitusgefährdeten Körperstellen durch Hohllagerung komplett frei gelagert, z. B. Fersen.

Als Hilfsmittel werden Kissen oder Handtücher verwendet. (I Care Pflege, 2020:400)

### 8.6 Schiefe Ebene

Bei der schiefen Ebene links wird die rechte Körperhälfte wie bei der 30° –Seitenlagerung entlastet. Mikrolagerungen sind ohne Berührung des Patienten möglich. (I Care Pflege, 2020:399)

### 8.7 Mikrolagerung

Durch kleinste Schwerpunktverlagerungen wird eine prophylaktische Wirkung erzielt.

Ersetzt nicht die Makrolagerungen.

Sind besonders bei Schmerzpatienten sinnvoll, können aber auch in der Nacht sinnvoll sein. (I Care Pflege, 2020:401)

## Merke!

### Vergessen Sie 2 Stunden

Patienten im 2-stündlichen Wechsel von der 30°–Seitenlagerung links- Rückenlage - 30°–Seitenlagerung rechts, gehört der Vergangenheit an. Sowohl die Vorlieben und individuellen Bedürfnisse des Patienten als auch die individuelle Gewebetoleranz müssen bei der Bewegungsförderung bzw. Positionswechsel berücksichtigt werden. (I Care Pflege, 2020:399)

## 8.8 Druckverteilende Hilfsmittel

Druckverteilende Hilfsmittel sollten nur bei Patienten eingesetzt werden, bei denen kein druckausgleichender Mobilitätsgrad (wieder)hergestellt werden kann. Zu den druckverteilenden Hilfsmitteln gehören:

- Weichlagerungssysteme: z.B. Schaumstoffmatratzen, Gelauflagen, Luftkissen usw.
- Wechseldrucksysteme: z.B. klein- und großzellige Wechseldrucksysteme
- MIS Micro-Stimulations-Systeme: wahrnehmungsfördernd, schmerzreduzierende, bewegungsfördernde Systeme, z.B. ThevoautActiv, ThevoAdapt plus), ThevoActiv. (I care Pflege 2020:402)

### 8.8.1 Weichlagerungssysteme

Sie wirken über eine Vergrößerung der Auflagefläche und reduzieren dadurch den Auflagedruck.

Dabei muss beachtet werden – der Körper sinkt in die Matratze ein und verliert an Halt, Stabilität und Bewegungsfähigkeit. Je weiche die Matratze, umso weniger sind Eigenbewegungen möglich. Mit der negativen Konsequenz auf Reizwahrnehmung und –verarbeitung und möglichem Verlust des Körpergefühls (vgl. I care Pflege, 2020:402).

### 8.8.2 Wechseldrucksysteme

Bei diesem System füllen sich die Matratzenzellen abwechselnd mit Luft. Ein dekubitusprophylaktischer Effekt ist in mehreren Studien nachgewiesen worden. Das System kann seine präventive Wirkung aber nur dann entfalten, wenn sich die Prädilektionsstelle in der Mitte der jeweiligen Kammer befindet, bzw die Kammer und die Hautstelle dieselbe Fläche besitzen. In unangepasster Lage würde die luftgefüllte Kammer auf die Prädilektionsstelle drücken und einen Dekubitus begünstigen (vgl. I care Pflege, 2020:402)

### 8.8.3 Micro-Stimulationsgeräte

Passive Systeme erhalten die Eigenbewegung des Patienten durch Rückkoppelung des Systems mit dem Patienten: Sie besitzen spezielle Flügelfedern im Lattenrost, die sich bei Eigenbewegung des Patienten bewegen und so wiederum für Bewegungsimpulse beim Patienten sorgen. Aktive Systeme haben einen Motor, der über die Federn verschiedene Stimulationsmuster über die Matratze auf den Patienten überträgt (vgl. I care Pflege, 2020:402).

## 9. Ernährung und Hautpflege

Laut DNQP fehlen Studien, die für die Ernährungs- und Hautpflegemaßnahmen dekubituspräventive Effekte nachweisen. Allerdings ist für eine gesunde Haut und auch Mobilität eine eiweißreiche, vitaminreiche und mineralstoffreiche Ernährung wichtig (vgl. I care Pflege, 2020:403).

### 9.1 Angepasste Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr unterstützen die Dekubitusprophylaxe. Die Nahrung sollte eiweißreich, bei Bedarf hochkalorisch, reich an Vitamin A, B, C und K sowie den Mineralstoffen Zink, Eisen, Kalzium, Kalium und Magnesium sein (vgl. Probst 2014, S.83)

### 9.2 Hautpflege

Die Hautinspektion dient dem Erkennen und Beurteilen von Läsionen und ist notwendiger Bestandteil der Dekubituseinschätzung. Vorgeschädigte Haut erhöht das Dekubitusrisiko deutlich. Transparente Hautschutzfilme schützen die Haut vor Ausscheidungsprodukten und ermöglichen dank ihrer Transparenz eine optimale Hautbeobachtung. Bei trockener Haut sind WO-Emulsionen mit wasserspeichernden Feuchthaltefaktoren (Urea, Collagen) zu empfehlen (vgl. Probst 2016:95).

## 10. Therapeutische Prinzipien beim Vorliegen eines Dekubitus

Erstbeurteilung der Gesamtsituation die sowohl den Ulkuszustand als auch den allgemeinen Patientenstatus umfasst

Phasengerechte feuchte Wundbehandlung mit Debridement und Infektionsbekämpfung; die Möglichkeiten der plastisch – chirurgischen Defektdeckung sind zu eruieren und ggf. anzuwenden

Adjuvante Therapie zur Verbesserung des Allgemeinzustandes und Ernährungsstatus des Patienten, sowie zur adäquaten Schmerzbehandlung. Störfaktoren der Wundheilung sind zu behandeln (vgl. Dissemond/Kröger 2020:102).

## 10.1 Chirurgische Therapieoptionen

Die Dekubitus-Prophylaxe und die konservative Behandlung der Dekubitus-Kategorien 1 und 2 nehmen heute angesichts der zunehmenden Zahl immobiler geriatrischer Patienten einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Wenn es durch konservative Maßnahmen nicht zur Ausheilung des Dekubitus kommt, muss dieser ab Kategorie 3 häufig einer chirurgischen Therapie zugeführt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Chirurgie die Symptome, nicht jedoch die auslösenden Faktoren behandelt. Eine hohe Rezidivneigung erfordert eine strenge Indikationsstellung für die Operation eines Dekubitus

### **Operatives Management**

Essenziell für eine erfolgreiche chirurgische Therapie ist das radikale Debridement des geschädigten Gewebes. Dabei ist der sogenannte „Spitze-des-Eisbergs-Effekt“ zu beachten. Da die Haut unempfindlicher gegenüber chronischer Druckbelastung ist als z. B. die Muskulatur, kann das tiefliegende Gewebe großflächiger geschädigt sein, als eine kleine Wunde an der Oberfläche vermuten lässt.

Exponiertes Knochengewebe muss geglättet werden, um eine punktuelle Druckbelastung zu vermeiden.

Ist die Wunde nach dem Debridement sauber, kann sie verschlossen werden.

Häufig ist es jedoch aufgrund einer ausgeprägten Weichteilnekrose mit bakterieller Besiedelung ratsam, vor der definitiven Deckung eine Wundkonditionierung vorzunehmen. Zu diesem Zweck hat sich das Vakuum-assistierte Wundverschlussystem (Vacuum-assisted closure, VAC) durchgesetzt. Die Keimbesiedelung kann durch automatisierte Spülgänge reduziert werden. Durch die Reduktion eines Gewebeödems, das insbesondere bei paraplegischen Patienten wegen des fehlenden Vasotonus auftritt, kann die Mikrozirkulation des Wundgrundes verbessert werden.

Je nach Lokalisation und Genese des Ulkus unterscheiden sich die Erfordernisse an die Deckung. Bei Patienten, die aufgrund eines langen Krankenhausaufenthaltes wundgelegen sind, aber die Chance auf Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit haben, muss das Material zur Weichteilbedeckung von anderen Körperteilen genommen werden als bei chronisch bettlägerigen Patienten. Bei den Letzteren kann z. B. die Muskulatur des dorsalen Oberschenkels verwendet werden, während diese bei potenziell selbstständigen Patienten nur ein Reservemittel darstellt.

## 11. Quellen

- Dissemond J./Kröger K. (2020), Chronische Wunden, Diagnostik – Therapie – Versorgung, Elsevier Verlag München
- DNQP 2017 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege-
- Protz Kerstin: Moderne Wundversorgung, 2022, 10. Auflage, Elsevier Verlag München
- Pflege heute (2023) 8. Auflage, Elsevier Verlag München
- I Care Pflege, 2020; Georg Thieme Verlag Stuttgart
- ICW (2015) Leitlinie Dekubitus 2015
- *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prävention und Behandlung von Dekubitus, Kurzfassung der Leitlinie, Emily Haesler (Hrsg.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014, Deutsche Übersetzung 2015*
- APUAP –Österreichische Gesellschaft für Dekubitusprävention  
[http://www.apupa.at/deutsch/dekubitus\\_4stadien.html](http://www.apupa.at/deutsch/dekubitus_4stadien.html), Zugriff am 04.12.2025
- 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  
[http://www.epuap.org/wpcontent/uploads/2016/10/qrg\\_prevention\\_in\\_german.pdf](http://www.epuap.org/wpcontent/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_german.pdf) Zugriff am 04.12.25