

## **Dekubitus versus IAD**

*In meinem beruflichen Alltag mache ich immer wieder die Erfahrung, dass der Unterschied der beiden Pflegeprobleme Dekubitus und der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) vielen Pflegekräften nicht verständlich genug ist. Es kommt immer wieder zu Verwechslungen oder der Begriff IAD wurde noch nie gehört.*

*Ich habe mich mit dem Thema Dekubitus versus IAD beschäftigt, um Pflegekräfte deutlich mehr zu sensibilisieren, dass es sich nicht bei jedem Dekubitus auch um einen Dekubitus handelt. Es kommt häufig zu Verwechslung im pflegerischen Alltag und genau hier möchte ich mit der vorliegenden Facharbeit, die während meiner Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz, Wunde an der DAA in Kassel entstanden ist, die beiden Begriffe deutlich mehr klassifizieren und erläutern.*

*Das Ziel, welches ich damit verfolge, ist, dass jede Pflegefachkraft in Ihrem pflegerischen Alltag, den Unterscheid zwischen einem Dekubitus und einer IAD kennt. Dazu sollten unterschiedliche Prophylaxe Maßnahmen beherrscht werden, die das Auftreten eines Dekubitus oder einer IAD minimieren, oder fallsvorhanden, die Symptome wieder lindern.*

*Im weiteren Verlauf möchte ich genauer auf die beiden Begriffe Dekubitus und IAD eingehen und die Unterschiede deutlich erläutern.*

### **Definition Dekubitus**

Ein Dekubitus ist die Bezeichnung für ein Druckgeschwür oder das Wundliegen eines Hautareales. Durch einen dauerhaften Druck in Kombination mit Scherkräften kommt es zu einer Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Die Schädigungen können begrenzt von der Haut bis zum Knochen sein.

Immobilie Patienten sind besonders gefährdet und können schnell einen Dekubitus entwickeln. Nach der internationalen Richtlinie wird ein Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP und NPUAP 2009 ergänzt 2014) wie folgt beschrieben: „Ein Dekubitus ist ein Bereich lokalisierter Schädigung der Haut und/ oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination von Scherkräften.“

### **Entstehung Dekubitus**

Bei der Entstehung eines Dekubitus stehen die Zeit und der Druck in Kombination von Scherkräften auf das jeweilige Körperareal im Vordergrund.

Es kann zu einer Schädigung des Gewebes kommen, wenn eine feste Unterlage (beispielsweise ein Stuhl, eine Matratze oder ein Rollstuhl) für längere Zeit Druck auf das jeweilige Gewebe ausüben. Besonders gefährdet sind Personen, die pflegebedürftig und immobil sind. Es werden Druck und Scherkräfte zwischen dem jeweiligen Körperareal und der Unterlage erzeugt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Dekubitus entsteht, steigt mit der Dauer und der Intensität auf das betroffene Hautareal.

Durch die Belastung, die vom eigenen Körpergewicht ausgeht, als auch von der Unterlage und dem dadurch entstehenden Gegendruck, wird das Weichteilgewebe der Haut bis ins tief liegende Gewebe wie Fettgewebe, Bindegewebe und Muskelgewebe komprimiert. Durch den erhöhten Kapillardruck von außen auf die Gefäße, wird die Haut nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Damit kommt es zur Ischämie und in der Folge entsteht ein Dekubitus.

Neben der arteriellen, wird auch die venöse Durchblutung unterbrochen. Folglich dessen wird der Transport von wichtigen Nährstoffen verhindert. Es kommt zu einer Übersäuerung im Gewebe und der Weitstellung von Gefäßen. Folglich dessen kommt es zum Flüssigkeits- und Eiweißaustritt in das Gewebe und es entstehen Ödeme oder Blasen.

Bei zu langem Druck sterben Zellen ab, wodurch es zum Gewebetod kommt, welcher fachsprachlich auch als Nekrose bezeichnet wird. „In welchem Maß das Gewebe durch diese externe mechanische Belastung beeinträchtigt wird, ist abhängig von der Morphologie (Größe und Form der verschiedenen Gewebeschichten), den mechanischen Eigenschaften des betroffenen Gewebes (z. B. Steifheit, Festigkeit, Diffusionseigenschaften) und der Kontaktstelle zur Unterlage.“ Heutzutage wird davon ausgegangen, dass alle genannten Mechanismen in Wechselwirkung zueinander stehen und diese sich miteinander verstärken. Weiterhin spielt die Erkrankung, die Hautgegebenheit, sowie das Gewebe des Patienten eine wesentliche Rolle. Inwieweit es zu einem Dekubitus kommt und welches Ausmaß dies annimmt ist jedoch unklar.

### **Risikofaktoren für einen Dekubitus**

Wie bereits thematisiert, spielen die Zeit und der Druck eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung eines Dekubitus. Festzustellen ist, dass Patienten die Einschränkungen in der Mobilität haben und sich nicht eigenständig bewegen können, ein hohes Dekubitus-Risiko aufweisen. Weiter genannt werden müssen die intrinsischen- und extrinsischen Faktoren, die einen großen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus haben. Fortlaufend werden einige Faktoren erwähnt.

### **Intrinsische Faktoren**

Bei den Intrinsischen Faktoren handelt es sich um körpereigene Faktoren, welche mit der physischen Verfassung eines Patienten zusammenhängen. „Dazu zählen die reduzierte Mobilität, hohes Lebensalter, Dehydration, Körpergewicht, Inkontinenz, Mangelernährung und Sensibilitätsstörung.“ Diese Faktoren können dazu führen, dass bei einem Patienten eine erhöhte Gefahr für einen Dekubitus vorliegt.

### **Extrinsische Faktoren**

Die Extrinsischen Faktoren sind die, welche von außen auf den Körper einwirken. Dazu zählen Druck, Scher- und Reibungskräfte. Scherkräfte entstehen beim Lagern, Umdrehen oder Hochziehen eines Patienten im Bett oder im Stuhl. Hierdurch kommt es zur Verschiebung der Hautschichten.

Dadurch wird die Durchblutung der Haut behindert. Reibungskräfte entstehen durch Kleidung oder Bettwäsche. Dadurch kann auch ein Druckgeschwür entstehen. Durch die Reibung kann es passieren, dass sich die äußerste Schicht der Haut löst.

### **Entstehungsorte für einen Dekubitus**

Beim Liegen oder Sitzen gibt es einige Körperstellen, die besonders prädestiniert sind. Aus diesem Grund ist zu wissen, dass auch eine kurze Druckeinwirkung mit hohen Druckkräften in Kombination mit Scherkräften einen Dekubitus herbeiführen kann.

Grundsätzlich sind alle Körperareale, bei denen ein knöcherner Vorsprung vorhanden ist, stark gefährdet.

Je nach Lage oder Position eines immobilen Patienten, verteilt sich der Druck so, dass daran gedacht werden sollte, dass die Lagerung geändert werden muss. Damit der jeweilige Druck auf die gefährdete Körperregion reduziert wird und die betroffene Person keinen Dekubitus bekommt. Die meistbetroffenen Körperstellen eines Dekubitus sind das Kreuzbein/ Gesäß oder die Ferse.

### **Symptome Dekubitus**

„Die meisten Patienten haben spürbare sowie sichtbare Symptome wie zum Beispiel Schmerzen an den betroffenen Körperregion, die Haut verfärbt sich rot bis violette, meist ist auch die Haut in dem Bereich deutlich dünner und weicher.“ Weiterhin kommt es zum Öffnen/Einreißen der Haut und es bilden sich kleine bis große Druckgeschwüre. Das umliegende Gewebe ist oftmals überwärmt in dem betroffenen Bereich. Ein Dekubitus kann sich nach wenigen Stunden oder Tagen mit Auftreten von Druck entwickeln. Durch den Druck entsteht bei dem jeweilige Körperareal eine Durchblutungsstörung, welche eine Rötung des lokalisierten Bereiches zur Folge hat. Eine Hautrötung ist noch kein Dekubitus. Wenn eine Rötung am Patienten gesehen wird, ist die Pflegekraft verpflichtet einen Fingertest durchzuführen. Bei einem Fingertest wird mit zwei Fingern auf die gerötete Hautstelle gedrückt. „Wenn nach dem Loslassen der Finger in dem bestimmten Bereich die betroffene Stelle weiß wird, ist es kein Dekubitus. Ist die Rötung nicht wegdrückbar und bleibt bestehen ist der Fingertest positiv.“ Somit muss man von einer druckbedingten Schädigung ausgehen.

### **Klassifikation Dekubitus nach EPUAP & NPUAP**

Ein Dekubitus wird in vier Stadien/Kategorien eingeteilt und ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Das EPUAP unterteilt einen Dekubitus in Kategorien. „Vorab war ein Dekubitus nach Schweregrade eingeteilt, dieser ist zur Erfassung des Ausgangsstadiums zuständig und eignet sich nicht zur Evaluation des Heilungsverlaufes.“ Mit der Einteilung in Kategorien ist eine Herausklassifizierung durch eine Verschlechterung des Zustands möglich. Ein Dekubitus darf nicht heruntergestuft werden- nur eine Aufstufung ist möglich.

#### ***Stadium/Kategorie 1: nicht wegdrückbare Rötung***

Nicht wegdrückbares Erythem bei intakter Haut. Oftmals sind Körperregionen mit auffällig knöchernen Strukturen betroffen. Der lokal betroffene Bereich ist meist verhärtet, schmerzempfindlich, kalt oder wärmer als das umliegende Gewebe. Dies können große Warnhinweise für einen Dekubitus sein. Die Hautrötung verschwindet oft schnell wieder, bei kontinuierlicher Druckentlastung.

#### ***Stadium/Kategorie 2: Teilverlust der Haut***

Teilverlust der Haut. „Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis sind geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und stellt sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür dar.“ Wenn die Wunde sich öffnet, sieht das Wundbett meist blutig bis seriös aus, in manchen Fällen mit, oder auch ohne Belag auf dem Wundbett.

#### ***Stadium/Kategorie 3: Verlust der Haut***

Zerstörung aller Hautschichten. Die Haut ist so weit geschädigt, dass subkutanes Fettgewebe sichtbar sein kann. Weiterhin ist es aber auch möglich, dass es zu einer Nekrose kommt. Es kann sich auch hier Fibrin Belag in, oder auf der Wunde befinden. Wie tief ein Dekubitus geht, variiert immer mit dem lokal betroffenen

Bereich. Die Muskeln, Knochen oder auch Sehnen sind hier noch nicht sichtbar.

**Stadium/Kategorie 4: vollständiger Haut oder Gewebeverlust**

„Totaler Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln so-wie ein Belag und Schorf auf der Wunde können vorliegen.“

Die Tiefe des Dekubitus hängt auch hier von dem lokal betroffenen Bereich ab. Oft sind Knochen, Sehnen oder auch Gelenke gut sichtbar und tastbar.

**Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt**

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem das Ulkus von Belägen bis ins Wundbett bedeckt ist. „Bis genügend Beläge und Schorf entfernt sind, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die Tiefe nicht festgestellt werden und das Stadium/Kategorie nicht beurteilt werden.“

**DEKUBITUS, INKONTINENZASSOZIIERTE DERMATITIS (IAD) UND INTERTRIGO IM VERGLEICH**

	Dekubitus	IAD	Intertrigo
<b>Lokalisation</b>	Über Knochenvorsprung oder unter einem medizinischen Hilfsmittel (z. B. Kanüle, Katheter, Schiene)	Perineal, perianal, Innenseiten der Oberschenkel, Gesäß	Gesäßfalte, Leistenfalte
<b>Ätiologie</b>	Immobilität, eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit	Urin und/oder Stuhlinkontinenz	Schwitzen, Reibung
<b>Tiefe</b>	Am Beginn Kategorie I oder Tiefe Gewebeschädigung („deep tissue injury“). zum Schluss in der Regel Kategorie III/IV	Teilverlust der Haut (Erosion)	Teilverlust der Haut (Erosion)
<b>Form</b>	Rund, oval, klar abgrenzbare Ränder	Ungleichmäßige Form und undeutliche Ränder	Länglich
<b>Weitere Merkmale</b>	Nekrosen und Unterminierungen können auftreten	Umgebende Haut typischerweise mazeriert	Umgebende Haut typischerweise mazeriert

Quelle: Die Schwester Der Pfleger 53. Jahrg. 9|14 / Autor: Prof. Jan Kottner

**Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt**

Livide oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich, bei intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Gewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Hierbei kann es zu einer Blase über dem Wundbett kommen. Die Wunde kann sich verändern und von einem Schorf bedeckt sein. „Selbst bei einer sehr guten Behandlung, kann es zu einer Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.“

**Gerätebedingte Druckverletzung**

Verletzungen aufgrund von Nutzen von Geräten oder Alltagsgegenständen, die Druck auf die Haut ausüben wie z. B. ein Stifneck (Halskrause/ Nackenstütze). Dies kann unbeabsichtigt erfolgen durch Folgen eines therapeutischen Einsatzes.

### **Druckverletzung der Schleimhäute**

Druckverletzungen können durch den Druck auf feuchte Schleimhäute, die Atemwege, den Magen-Darm-Trakt und den Urogenitalbereich entstehen. Im Magen-Darm-Trakt und im Urogenitalbereich ausgelöst vor allem durch Katheter oder Stuhldrainagesysteme. Im Respirationstrakt kann der anhaltende Druck durch Magensonden oder auch Beatmungstuben ausgelöst werden.

### **Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)**

#### **Definition**

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis ist eine toxische Kontaktdermatitis. Der ständige Kontakt mit Ausscheidungen schädigt die Hautbarriere und irritiert die Haut. Dies löst Entzündungsreaktionen aus, welche als Rötung, Mazeration oder als Ekzem in Erscheinung treten und sich bis hin zu einer IAD ausbilden können. Es liegt eine oberflächliche Entzündung der betroffenen Körperstellen vor. Eine IAD ist klar von einem Dekubitus abzugrenzen, wenn auch gleich beide Krankheitsbilder zugleich vorliegen können. Eine IAD kann die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. „Hierbei ist in jedem Falle zu berücksichtigen, dass nicht jeder Patient, der von einer Inkontinenz betroffen ist, auch eine IAD entwickelt.“ Eine Inkontinenz kann das Risiko einer Hautschädigung erhöhen, insbesondere wenn es sich um einen längeren Zeitraum handelt und die Haut nicht gepflegt wird.

Deshalb ist eine gute und gründliche Hautpflege die beste Prävention und Behandlung. Es hat sich bei wiederholter Nachfrage herauskristallisiert, dass viele Pflegefachkräfte den Begriff: „Inkontinenz-assoziierte Dermatitis“ nicht kennen. In der Praxis wird häufig von einer Windeldermatitis gesprochen. Deshalb ist es wichtig, den Unterschied zwischen einem Dekubitus und einer IAD in der Pflege deutlich zu machen und genau auf die Unterschiede hinzuweisen.

#### **Ursachen für eine IAD**

Stuhlinkontinenz in Zusammenhang mit einer Harninkontinenz ist das größte Risiko, wodurch sich ein IAD entwickelt. „Eine Harninkontinenz allein reicht nicht aus als Ursache für die Entstehung von einer IAD.“ Bei der Harninkontinenz wird durch den produzierten Ammoniak im Urin die Schutzbarriere der Haut geschädigt und erhöht den pH-Wert der Haut. „Urin und Stuhlgang zusammen aktivieren Stuhlenzyme, die eine natürliche Hautbarriere angreifen.“ Bei der Stuhlinkontinenz werden durch die Stuhlenzyme Eiweiß und Fette gespalten wodurch das Stratum corneum angegriffen wird. Daraus resultiert, dass die Haut vermehrt Bakterien und Mikroben ausgesetzt ist, welche sich im Stuhl befinden. „Dem zur Folge kommt es zu einem Aufquellen der Haut und die Hautbarriere wird geschädigt.“ Des Weiteren ist eine gute und gesunde Pflege der Haut essenziell. Falsche Hautreinigungsprodukte können einen negativen Einfluss auf die Entstehung einer IAD nehmen. Der Kontakt mit aufsaugenden Inkontinenzmaterial kann ein Risiko für die Entstehung sein, oder auch Scher- und Reibungskräfte können eine IAD begünstigen. Besonders häufig tritt eine IAD im Intimbereich auf, da dort Haut auf Haut liegt und durch die zusätzliche Feuchtigkeit die Entstehung beschleunigt wird.

#### **Symptome einer IAD**

Betroffene Patienten leiden oft unter entzündlichen Reaktionen im Intimbereich, die mit brennenden Schmerzen, sowie nasse bis schuppige Haut, Bläschen und Pusteln

Bildung mit starkem Juckreiz einhergehend. Weiterführend kann die Epidermis zerstört werden. Daraus resultiert der Verlust der Barrierefunktion der Haut. Eine oberflächliche Wunde kann Feuchtigkeit abgeben oder es treten lokal Blutungen auf. Dies ist abhängig je nach Größe und Tiefe der IAD. Durch die Eröffnung der Wunde können Entzündungen und schwerwiegende Infekte auftreten, die eine Wundheilung zum Nachteil des Patienten beeinflussen, z. B. mit einer Vergrößerung der Wunde oder sogar mit einem schwerwiegenden Verlauf in der Wundbehandlung. Das betreffende Hautareal, hat oft einen starken Ammoniakgeruch. Diese Geruchsbildung kann sich im schlimmsten Fall auf die Psyche des Patienten auswirken.

### **Risikofaktoren der IAD**

Bei der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis gibt es einige Risikofaktoren wie z. B. die Stuhl- und Harninkontinenz mit sehr häufigen Entleerungsstörungen. Die vermehrte Feuchtigkeit in der jeweiligen Körperregion durch die Harninkontinenz, der schlechte Hautzustand und das Wundliegen/sitzen erhöhen das Risiko der IAD. Das hohe Alter und die eingeschränkte Mobilität verstärken den Pflegebedarf eines Patienten. „In Folge dessen kann der Ernährungs- und Flüssigkeitszustand reduziert sein.“ Die Unfähigkeit sich zu versorgen, die tägliche Körperhygiene nicht mehr autonom durchführen zu können und auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegefachkräften angewiesen zu sein, vergrößert das Risiko. Hierzu dient der Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege (vgl. Anhang A IV), damit das Risiko vermindert werden kann. Weiterhin können sensorische Wahrnehmungsstörungen oder auch eine erhöhte Körpertemperatur eine IAD begünstigen. Sobald falsche Hautreinigungsprodukte (bspw. Produkte mit Konservierungsstoffen) zur Anwendung kommen, welche die Hautbarriere weiter angreifen, nimmt der pH-Wert ab und die Haut verliert ihren natürlichen Hautschutzmantel. Die Haut sollte eher getupft als abgetrocknet werden, da dies sonst zu einer weiteren Hautreizung führen kann. Bei den genannten Risikofaktoren ist es sehr wichtig die geplanten pflegerischen Maßnahmen durchzuführen und bei der morgendlichen Körperpflege die Haut zu inspizieren. Das bedeutet, jegliche Auffälligkeit der Haut muss dokumentiert werden und die geplanten pflegerischen Maßnahmen dementsprechend angepasst werden.

### **Stuhlinkontinenz**

Durch die sehr häufigen Stuhlgänge werden Fette und Enzyme gespalten. Dies erhöht die Aktivität der Stuhlenzyme, wodurch die Hornhaut Stratum corneum angegriffen wird. Durch die Erhöhung des pH-Wertes steigt das Infektionsrisiko der Haut und es kann zu einer Vermehrung der Bakterien und Mikroben der geschädigten Haut kommen. Die Hautbarriere wird durch stetigen Kontakt mit Stuhlgang geschädigt.

### **Harninkontinenz**

Durch das unkontrollierte Verlieren von Urin, wird die Schutzbarriere der Haut beschädigt und der pH-Wert erhöht. „Der Harnstoff im Urin wird von den Hautbakterien in Ammoniak umgewandelt.“ Das Risiko von Hautschäden erhöht sich enorm, wenn sich die betroffene Körperregion weitestgehend in einem feuchten Milieu befinden. Die IAD bringt eine Störung der Barrierefunktion der Haut mit sich, welche eine Entzündung auslöst, die sehr unterschiedlich verlaufen kann. Die Hautinspektion und -beobachtung stehen im Fokus der pflegerischen Tätigkeiten, um die Gefahr einer IAD zu vermindern.

## **Gefährdete Körperregionen bei einer IAD**

Jeder Mensch mit einer ausgeprägten Inkontinenz hat ein Risiko für eine IAD. Welches Ausmaß eine IAD annimmt ist schwer zu pauschalisieren. Abhängig ist dies davon, wie schnell das Risiko erkannt wird und inwieweit Maßnahmen umgesetzt werden. Die gefährdeten Körperareale befinden sich vor Allem im Bereich der Inkontinenzversorgung. Das erhöhte Alter, Adipositas, sowie die Stuhl- oder Harninkontinenz können eine IAD begünstigen. Hinzu kommt eine Mobilitätseinschränkung mit großer Pflegebedürftigkeit und einem schlechten Ernährungs- und Flüssigkeitszustand. Die lokalisierte IAD kann sich nur in dem Bereich der Haut entwickeln, die einen direkten Kontakt mit Urin oder Stuhlgang hat.

## **Prophylaktische Maßnahmen einer IAD**

„Der wichtigste Schutz der Haut ist, dass die Haut vor Feuchtigkeit geschützt wird und das eine gute Hautpflege stattfindet, damit eine IAD vermieden werden kann.“ Deshalb sind eine gute Hautbeobachtung und das Erkennen von Risikofaktoren besonders wichtig. Prophylaktische Maßnahmen sind direkt umzusetzen, wenn die Gefahr einer IAD erkannt wird. Sobald der Patient einen Schmerzreiz oder eine Schonhaltung zeigt, sollte eine systematische Schmerzerfassung und eine individuelle Behandlung erfolgen. Dabei gilt, täglich die Haut auf Veränderungen zu inspizieren und den Patienten nach seinen Schmerzen zu fragen. Im Fokus steht hierbei die Beseitigung von Ausscheidungen und die Trocknung der Haut. Welche Bedeutung die Hautpflege hat, sollte stets mit dem Patienten und seinen Angehörigen kommuniziert werden. Eine falsch getroffene Inkontinenzversorgung, kann das Risiko einer IAD erhöhen. Das Inkontinenzmaterial sollte auf den Patienten genau abgestimmt sein. Wenn es zu häufig unkontrollierten Ausscheidungen kommt, sind diese zu entfernen und die Haut ist trocken zu halten. Hiermit wird für eine gute und sichere Hautbeschaffenheit gesorgt. Bei der Hautreinigung ist es besonders wichtig, dass grobes und unsanftes Abtrocknen vermieden wird. Es ist empfehlenswert ein weiches Reinigungsmaterial zu verwenden. Weiterhin ist für die Hautreinigung besonders wichtig, dass keine alkalischen Seifen oder Produkte mit anionischen Tensiden benutzt werden. Der Einsatz von pH-neutralen Produkten ist zu favorisieren, denn hiermit wird die Regeneration der Epidermis unterstützt. Die Auswahl der Reinigungsprodukte ist stets individuell zu treffen, da sie abhängig vom Hauttyp des Patienten ist. Bei trockener Haut sollten feuchtigkeitsspendende, rückfettende Pflegeprodukte verwendet werden. Bei einer feuchten Haut sind feuchtigkeitsspendende Produkte nicht zu empfehlen. Damit die Haut gut geschützt ist, sind Hautschutzprodukte wie z. B. Barriere-Cremes, Tücher oder auch Sprays ratsam, damit die Haut einen Schutzmantel erhält, um gegen Gefahren gut geschützt zu sein. Die Hautschutzprodukte sollten überall dort verwendet werden, wo die Haut in Kontakt mit Urin oder Stuhlgang kommt. Wichtig ist hier auf die Anweisung von den Herstellern zu achten. „Desweiteren gibt es verschiedene Hilfsmittel wie z. B. Fäkalkollektoren, Urinalkondome, Analtampons oder Stuhldrainagesysteme, die zum Einsatz kommen, wenn Stuhl oder Urin ferngehalten werden soll.“ Wenn die Entscheidung getroffen wird, dass ein Hilfsmittel bei einem Patienten eingesetzt wird, muss dies im interdisziplinären Team (Arzt, Pflegefachkraft und auch Patient) kommuniziert werden. Dafür muss das Hilfsmittel genau auf den Patienten angepasst sein, wie z. B. ein Urinalkondom. Hier ist es besonders wichtig welche Größe und Umfang verwendet wird, dies ist vorab

auszumessen am Penis des Patienten. Dabei gilt auch hier auf Herstellerangaben zu achten. Wenn Hilfsmittel zum Einsatz kommen, müssen die geplanten Maßnahmen einer Pflegekraft berücksichtigt, dokumentiert und immer wieder angepasst werden. Die Nutzung von Matratzen oder Überzügen sollte auch individuell auf den Patienten angepasst und regelmäßig kontrolliert werden. Die Pflegenden sollten bei der täglichen Hautbeobachtung auf Anzeichen einer Infektion/ Hautirritation achten. Bei Auffälligkeiten sind diese zu dokumentieren und ein Arzt sollte informiert werden. „Das koordinierte Vorgehen aller an der Versorgung Beteiligten auf Basis einer adäquaten Diagnosestellung, ins-besondere unter klarer Abgrenzung zum Dekubitus, gewährleistet die einheitliche Behandlung der IAD.“ Das große Ziel ist es, die Lebensqualität zu fördern und weitere Komplikationen zu vermeiden. Diese ganzen Möglichkeiten und eine kooperative Zusammenarbeit im Team mit den geplanten prophylaktischen Maßnahmen können eine Entstehung von der Inkontinenz-assoziierte Dermatitis reduzieren.

### **Assessmentinstrumente für die IAD**

Damit eine IAD richtig eingeschätzt und klassifiziert wird, wurden diverse Instrumente entwickelt. Die Instrumente sollen den Pflegeprozess unterstützen, damit eine Diagnose gestellt, Maßnahmen geplant und diese dann in der Praxis umgesetzt und im letzten Schritt evaluiert werden. Es sind verschiedene anwendbare Tools auf Ihre Wirksamkeit untersucht worden, die in der Praxis sehr eingeschränkt sind. Die IADIT-D (Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool) wurde von den Experten empfohlen. Zur Kategorisierung einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) gibt es seit 2017 das Instrument „Gent Global IAD Categorisation Tool - GLOBIAD®“. Das IADIT-D aus 2015 rückt damit in den Hintergrund, weil die Aktualität des IADIT-D hinsichtlich der Einschätzung einer IAD inklusive der angeführten Interventionen nicht mehr gegeben ist.

Das GLOBIAD wurde zwischenzeitlich in mehreren Sprachen übersetzt.

Die deutsche Version des GLOBIAD-Instruments finden Sie hier:

**[https://images.skintghent.be/2018111216251173\\_globiad-german-final2.pdf](https://images.skintghent.be/2018111216251173_globiad-german-final2.pdf)**

### **Unterscheidungskriterien Dekubitus von der IAD**

Der Unterschied zwischen einer IAD und einem Dekubitus ist in der Praxis ein bekanntes Problem. Die Prävention und auch die Intervention unterscheiden sich in der Behandlung bei einem Risikopatienten. Es ist für eine Pflegekraft in der Praxis nicht leicht, den Unterschied zwischen einer IAD und dem Dekubitus festzustellen. Bei der Inkontinenz Assoziierten Dermatitis ist es eine Schädigung der Haut „von außen nach innen“ bedingt durch die Inkontinenz. Der Dekubitus schädigt die Haut, „von innen nach außen“, infolge von Druck oder Druck in Kombination mit Scherkräften. Ein Dekubitus beginnt nicht an der Oberfläche, er beginnt in der Tiefe, meist an knöchernen Vorsprüngen. Anders ist es bei der IAD, hier ist die dauerhafte Feuchtigkeit auf der Haut, die zum Aufquellen dieser führt und die Hautbarriere angreift. Der erste Grad einer IAD sowie bei einem Dekubitus sind sehr ähnlich. Aus diesem Grund kommt es immer wieder zu Verwechslungen in Ihrer Unterscheidung. Die täglich Hautinspektion ist eine wichtige Aufgabe der Pflegefachkraft, damit die Unterscheidung getroffen werden kann, ob hier eine IAD oder ein Dekubitus vorliegt.



Damit ein Dekubitus oder auch eine IAD vermieden werden kann, sind viele Faktoren wichtig. Die Pflegefachkraft muss in der Pflegepraxis genau erkennen, welche Diagnose vorliegt. Weiterhin sind dann im Team geeignete Pflegemaßnahmen für den betroffenen Patienten zu planen und auch anzuwenden. Es ist wichtig das ein inter-disziplinäres Team aus verschiedenen Berufsgruppen gut zusammen arbeitet und gezielte Maßnahmen plant und diese auch evaluiert.

### **Literaturverzeichnis**

*Dissemond, Joachim:*

*Blickdiagnose chronischer Wunden, Über die klinische Inspektion zur Diagnose, 4.Auflage, WPV. Wirtschafts- und Praxisverlag GmbH, Köln 2020*

*Protz, Kerstin:*

*Moderne Wundversorgung, 9. Auflage, Elsevier Verlag, München 2019*

*Initiative Chronische Wunden (Hrsg.) Standards für die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden, Stand 2020, Quedlinburg*

*Dissemond, Joachim:*

*Chronische Wunden, Diagnostik- Therapie- Versorgung, für die Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. (Hrsg.) Elsevier Verlag, Erscheinungsjahr 2019*

*A.Bültemann/H.Daum/W.Sellmer: Wundfibel, Wunden versorgen, behandeln, heilen, 3.aktualisierte und erweiterte Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018*

*Internetquellen <https://www.wundmanagement-tirol.at/upload/>  
Zugriff am 15.09.2022, 15:07Uhr*

*[https://www.pflege-durch-angehoerige.de/dekubitus/#Risikofaktoren\\_und\\_Risikoeinschaetzung](https://www.pflege-durch-angehoerige.de/dekubitus/#Risikofaktoren_und_Risikoeinschaetzung)  
Zugriff am 10.11.2022, 18:35Uhr*

*<https://www.pflege.de/krankheiten/dekubitus/>  
Zugriff am 07.11.2022, 17:30Uhr*

*<https://www.ligasano.com/de/dr-gucks-kompendium/details/dekubitus>  
Zugriff am 07.11.2022, 17:45Uhr*

*<https://www.dekubitus.de/ratgeber/dekubitusstadien>  
Zugriff am 27.09.2022, 19:57Uhr*

*Aus Platzgründen können nicht alle Quellen angegeben werden. Weitere Quellennachweise auf Anfrage beim Autor.*



*Philip Brandes  
wohnt in Bremen  
Gesundheits- und Krankenpfleger  
seit 2013;  
seit 01.07.2020  
bei der Firma  
B. Braun im Home Care-Bereich als  
Patientenmanager;  
Weiterbildung an der DAA 31.01.22  
bis 08.09.2023 zum Pflegeexperten  
Stoma, Kontinenz und Wunde  
E-Mail: Philip\_Brandes20@web.de*