

## **Dekubitus versus IAD (Inkontinenz assoziierte Dermatitis) Erkenne den Unterschied**

Das richtige Erkennen von einem Dekubitus und die Differenzierung zu anderen Erkrankungen mit Hautdefekten wird immer wichtiger. Zu diesem Thema und auch eine wichtige Differenzialdiagnose schulte im Rahmen eines Workshops unsere Mitgliedsfirma Smith+Nephew.

Die Erfassung von Dekubiti ist in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern gefordert um eventuelle Pflegefehler zu erkennen und ggf. die Kosten hierfür auf die Verursacher abzuwälzen. Die Häufigkeit des Dekubitus darf nicht unterschätzt werden – man geht aktuell von ca. 1-1,5 Millionen Fällen in der Bundesrepublik aus. Auch wenn aktuell die entsprechende Erfassung in der ambulanten Pflege noch nicht vorgeschrieben ist, ist es sicherlich nur eine Frage der Zeit bis auch dieses von den Pflegediensten gefordert wird.

Im Rahmen der Schulung wurde die Einteilung des Dekubitus kurz rekapituliert, die sich aktuell nach der Einteilung der EPUP in 6 „Kategorien“ unterteilen lässt, wobei bei Kategorie I definitionsgemäß noch kein Hautdefekt/Wunde vorliegt. Eine Grundvoraussetzung für das Entstehen eines Dekubitus ist ein erhöhter Druck auf das Gewebe und oder Scherkräfte. Eine wichtige Voraussetzung für das Entstehen von Druck im Gewebe ist das Vorhandensein von Knochen unter der Haut so dass das Gewebe nicht ausweichen kann.

Im Bereich des Gesäßes kommt es häufig zu „falschen“ Dekubiti, da diese mit anderen Wunden insbesondere der Inkontinenz assoziierten Dermatitis verwechselt werden. Bei Letzteren ist nicht der Druck die Ursache, sondern die permanente Feuchtigkeit und Aggressivität von Stuhl oder Urin. Hauptunterscheidung ist der eher nicht klare Übergang zwischen dem geschädigten und nicht geschädigten Gewebe wie klassisch beim Dekubitus und dass hier häufig kein Knochen als „Druckwiederlager“ unter der Haut vorhanden ist.

Im Weiteren wurde dann noch auf verschiedenste Sonderformen und Besonderheiten von Verbandmittel von Smith+Nephew eingegangen hier besonders auf die antiinfektiösen Verbände – silber- und jodhaltig – und die „Steißform“ des Schaumverbandes. Bei letzterem die Besonderheit, dass über eine Schicht Supraabsorberverband versucht wird, die Feuchtigkeit von Urin und Stuhl über den eigentlichen Schaumverband abzuleiten und somit Infektionen der eigentlichen Wunde zu verhindern. Zuletzt wurden dann noch verschiedenen Wunden und deren optimalen Versorgung aus mit den Produkten des Herstellers eingegangen. Unter anderem wurde auch ein Beispiel für einen Vakuumverband mit dem Pumpensystem Pico gezeigt und dem guten Erfolg, was aber aktuell nur bei Einsatz durch einen Arzt abgerechnet werden kann – EBM-Nummer vorhanden.

Insgesamt war es eine gelungene Veranstaltung, die den Teilnehmer sicherlich in der täglichen Arbeit Hilfestellungen gibt.

Aktuelle Einteilung des Dekubitus nach EPUAP

- Kategorie I: Nicht wegdrückbares Erythem;
- Kategorie II: Teilverlust der Haut;
- Kategorie III: Vollständiger Hautverlust;
- Kategorie IV: Vollständiger Gewebeverlust;
- Keiner Kategorie zuzuordnen: Tiefe unbekannt;
- Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt.

