

4 Stufen-Gradeinteilung beim Dekubitus: Wie sinnvoll ist sie zur Dokumentation des Heilungsverlaufs? (Newsletter April 2005)

Flohr, Hans-Jürgen (stellv. Vorsitzender der ICW e.V., Göttingen)

Artikel in: Zeitschrift für Wundheilung Nr. 1/05, S. 10

Die Dokumentation des Heilungsverlaufs, Risikoeinschätzung und therapeutische Interventionen bei vorliegendem Dekubitus werden in der klinischen Praxis häufig anhand der von Seiler 1979 vorgeschlagenen Gradeinteilung der Wundtiefe (Dekubitus Grad 1 - 4) vorgenommen. Die bei der Beurteilung und Dokumentation der Wundheilung häufig vorzufindende "umgekehrte" Benutzung der Gradeinteilung setzt gedanklich voraus, dass tiefe Gewebsstrukturen quasi dem Wundentstehungsverlauf entgegengesetzt wieder komplett ausheilen, bis die Wunde verschlossen ist, der Entstehungsverlauf also sozusagen rückwärts noch mal durchlaufen wird. Dies ist jedoch biologisch keinesfalls korrekt, da zerstörtes Gewebe ab einem bestimmten Grad lediglich durch Granulations- respektive Narbengewebe ersetzt wird.

Diverse klinisch/pflegerische Interventionen im Bereich der Dekubitusprävention orientieren sich in ihrer Indikation und Intensität an der Höhe des Wundgrades. Ein ursprünglich tiefer, aber schon abgeheilter Dekubitus ist daher in der Dokumentation immer aus Sicht der Wundpathologie als "abgeheilter Dekubitus Grad IV oder III" zu betrachten und entsprechend zu bewerten, da es ansonsten zu Fehlentscheidungen kommen kann.

Wenn zum Beispiel im außerklinischen Bereich ein Kostenträger aus Sparsamkeitsgründen trotz erhöhten Risikos bei einem Patienten mit einem ehemals Grad IV, jetzt aber Grad I Dekubitus nur noch eine Antidekubitusauflage für Grad I erstattet, die bekanntlich weniger Druckreduzierung bietet, so kann dies eine Unterversorgung für den Betroffenen bedeuten.