

Haut in Gefahr - zwischen Druck, Nässe und Haftstoffen

Sabine Wagner

Pflegeexpertin Stoma Wunde Kontinenz Fg SKW
Fachtherapeutin für Wundversorgung ICW
Fachschwester Anästhesie und Intensivmedizin



KI generiert

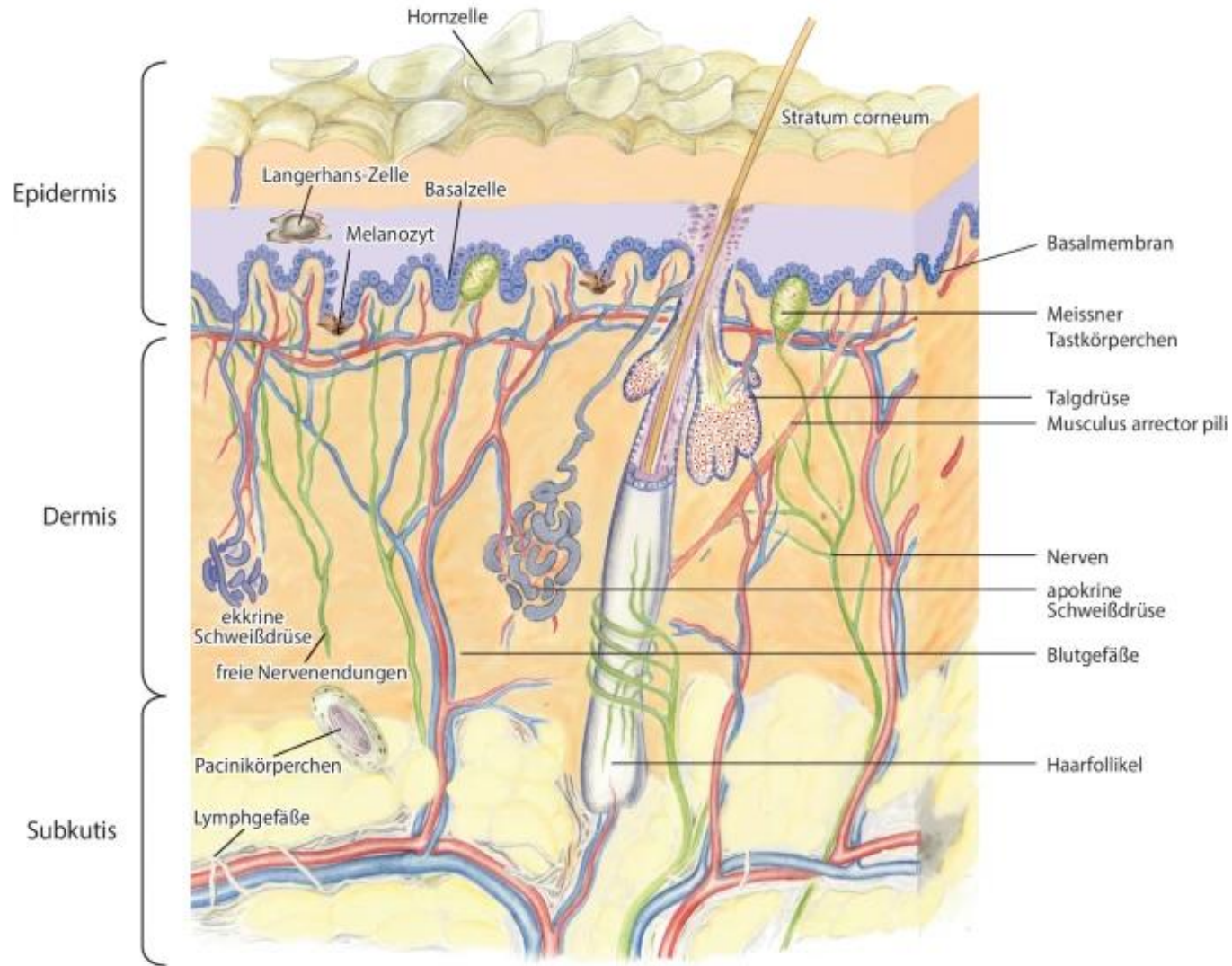


DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

EXPERTENSTANDARD
ERHALTUNG UND FÖRDERUNG
DER HAUTINTEGRITÄT IN DER PFLEGE

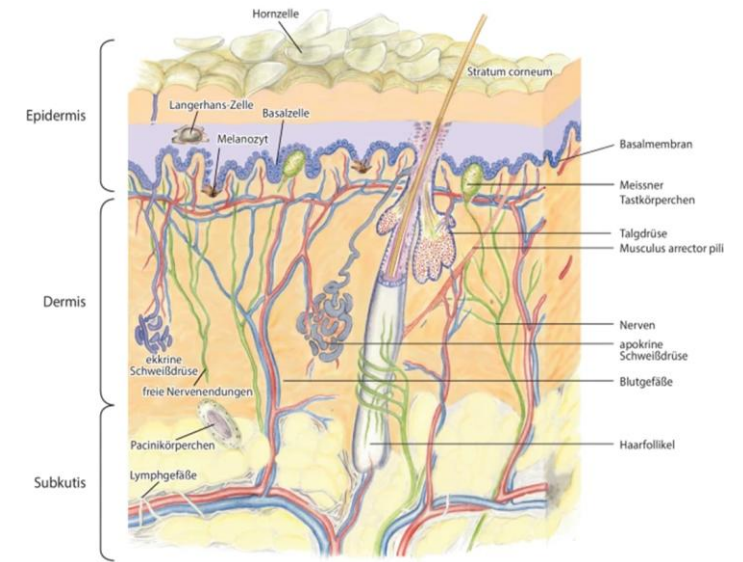
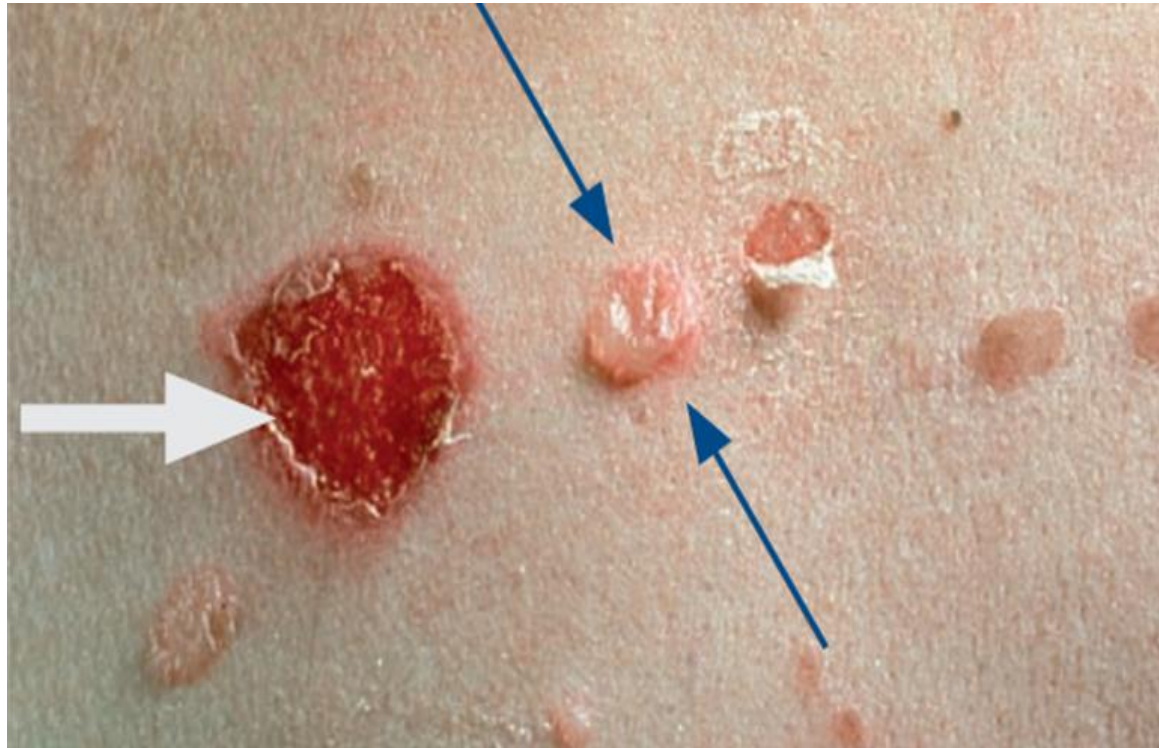
„Die Förderung der Hautintegrität erfordert ... grundlegende Kenntnisse der Anatomie und Physiologie der Haut“

Haut – Cutis-



(Hamm 2017)

Erosionen



Streit, M.; Mayer, D.; Traber, J

Exkoration



Foto: eigene Aufnahme

Rhagaden



Foto: eigene Aufnahme



Foto: eigene Aufnahme

Ulcerationen



Foto: eigene Aufnahme

Zielgruppe Expertenstandard

1. Xerosis cutis oder trockene (Alters-) Haut
2. Skin Tears oder Hauteinrisse
3. Inkontinenz assoziierter Dermatitis (IAD) oder Feuchtigkeitsassoziierter Dermatitis (FAD),
 - └ Feuchtigkeitsbedingter Läsion (FBL) bzw. Windeldermatitis (WD) bei Säuglingen
4. Intertrigo

└

Xerosis cutis oder trockene (Alters-) Haut

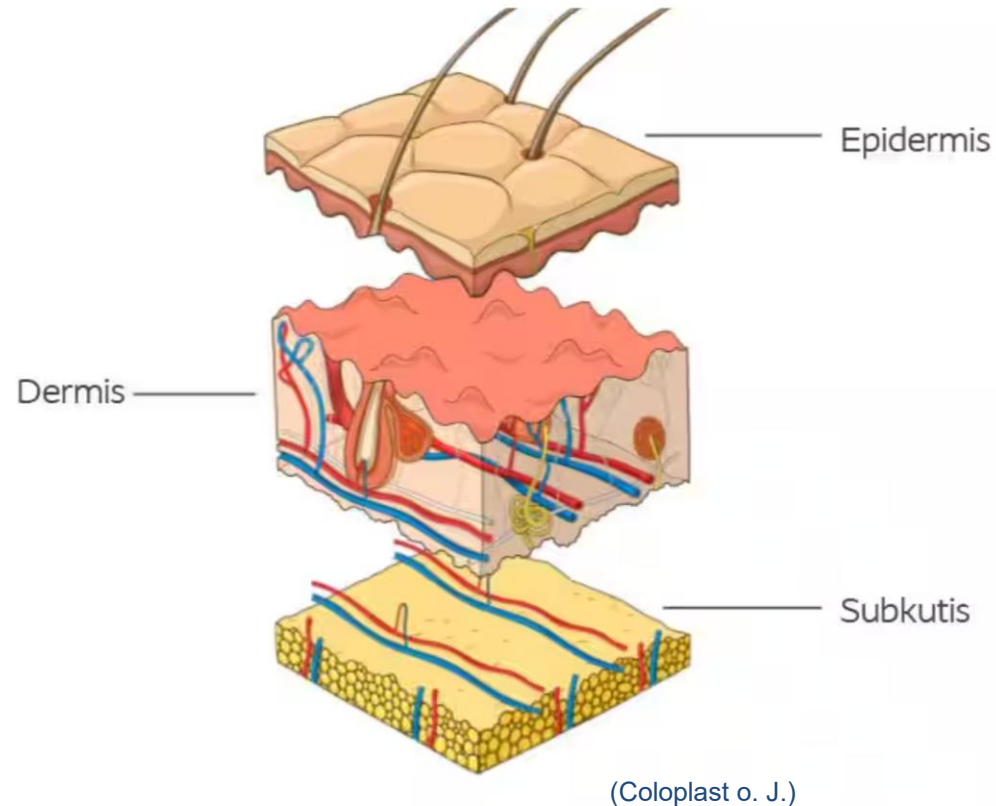


	Hände/ Füße	Stamm und Extremitäten	Gesicht	Galenik
Allg. Prinzip	rückfettend			rückfeuchtend
	<p>Immer Kombination: rückfeuchtend + rückfettend Grundlage: Je trockener (Schuppung, Falten/ Risse), desto fettreicher. Je entzündeter (Rötung, Juckreiz), desto höherer Wassergehalt. Subjektive Empfindung / Präferenzen berücksichtigen.</p>			
Spez. galen. Eigenschaft	Hautschutzcreme bei Feuchtarbeiten	Großflächig auftragbar	nicht komedogen	rückfettend
Schuppung	Urea / Paraffin/ Glycerin	Urea/ Paraffin/ Glycerin	Urea	
0-1	• Bis 10% Urea	• 3-5% Urea	• 3% Urea	
2	• Bis 20% Urea	• 10% Urea	• 5% Urea	
3-4	• Bis 30% Urea /Salizylsäure 5/10% (kurzzeitig)	• 10-15% Urea	• <10% Urea	
Rhagaden				
0-1	• 10% Urea /Glycerin plus Ceramid	• 10% Urea /Glycerin plus Ceramid	• 5% Urea, Dexpanthenol	
2				
3-4	• Dexpanthenol	• Dexpanthenol		
Erythem				
0-1	Licochalcone A,		Licochalcone A	
2	Ceramide, Glycerin, Urea,			
3-4	Andere: Dexpanthenol, Hafer*, Bisabolol*		Andere: Vit A,E,B, Hafer, Dexpanthenol	
Pruritus				
0-1		• Urea 5%		
2		• Polidocanol		
3-4				
		Andere: Menthoxypropandiol, Menthol, Hafer		rückfeuchtend

Skin tears – Einrisse fragiler Haut

„Hautverletzungen durch traumatische Ereignisse, wie Reibung oder Zug, die mit einer Ablösung der oberen Hautschichten (Epidermis und Dermis) einhergehen“

(Initiative Chronische Wunden e. V., o. J.)



L

Risikogruppen

- veränderte Mobilität
- Alte Menschen
- Neugeborene und Säuglinge
- Polyneuropathie
- └• Kognitive Beeinträchtigungen

└

Skin tears – Einrisse fragiler Haut

Prävalenz

1,1% bis 41,2%



Foto: eigene Aufnahme

Komplikationen:

- Schmerzen
- Emotionale Belastungen
- Lebensqualität
- Infektionen
- Verzögerte Wundheilung - Chronifizierung
- Verlängerter stationärer Aufenthalt

(Dhoonmoon, LeBlanc und Samuriwo, 2024, S. 5)

L

Typ 1: Kein Hautverlust



Linearer oder aufklaffender Hauteinriss *, wobei die abgelöste Haut über dem Wundbett liegt bzw. über dieses gelegt werden kann.

Typ 2: Teilverlust des Hautlappens



Die Haut reicht nicht mehr aus, um das Wundbett zu bedecken.

Typ 3: Totaler Verlust des Hautlappens



Das gesamte Wundbett liegt frei.

(International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). Skin Tear Classification SystemTAP)



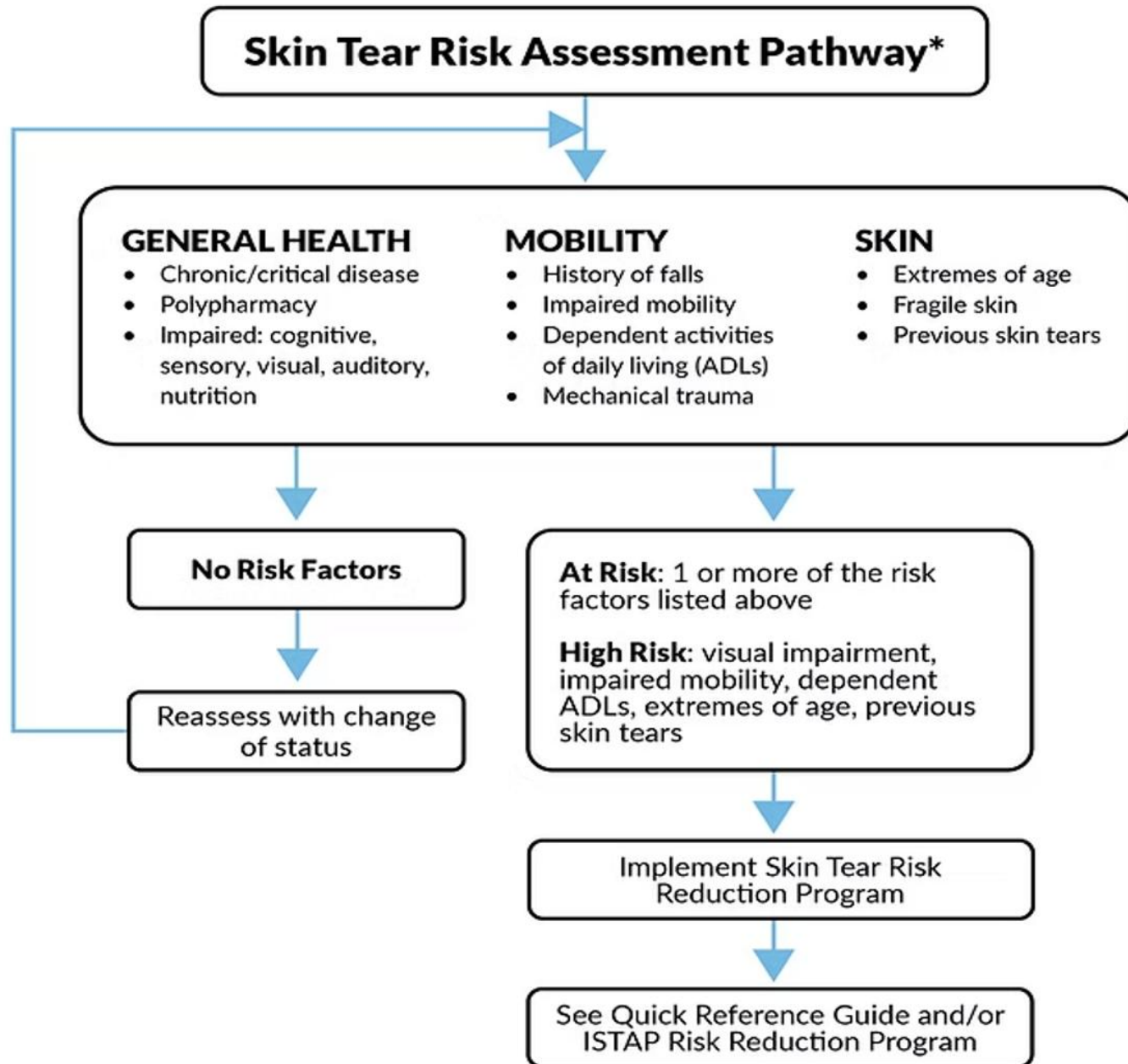
ISTAP - Typ 2

Foto: eigene Aufnahme



ISTAP - Typ 3

Foto: eigene Aufnahme



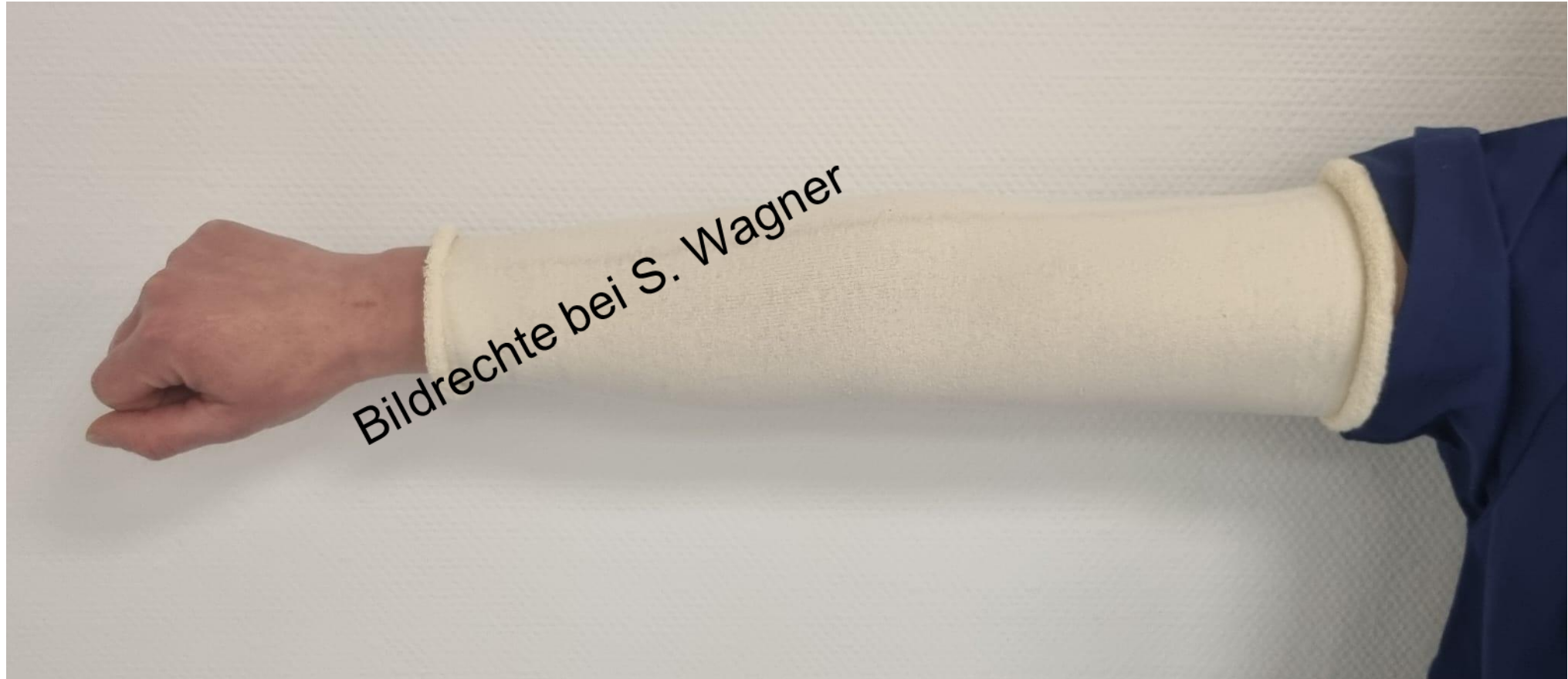


- Edukation
- Hautpflege 2x tägl.
Lipophile Ureacreme 5-10%
- Fingernägel kurz halten
- Hilfsmittel anwenden
- Schutzkleidung



- Sichere Umgebung schaffen
- Ernährungsberatung hinzuziehen
- Hautbeurteilungen
- Polsterungen an med. Geräten
- Pflasterlöser verwenden
- Starke Klebstoffe vermeiden
- Haut trocken tupfen
- Waschtücher verwenden

(International Wound Infection Institute IWII 2025, S. 1)



- Blutung stoppen (Vlieskompresse oder Alginat, hochlagern)
- Reinigung: NaCl 0,9% oder konservierte Wundspüllösung
- Bei abgestorbenem Hautlappen: zeitnahe chirurgische Entfernung
- Ggf. Repositionierung: Hautlappen 5-10 min mit steriler, angefeuchteter Vlieskompresse Rehydrieren und vorsichtig mit steriler Pinzette repositionieren
- Wundversorgung:
silikonbeschichtete Wunddistanzgitter + Sekundärabdeckung je nach Exsudatmenge
Fixierung mit elastischer Binde o. Schlauchverband

VERZICHT auf klebende Verbände

(Initiative Chronische Wunden e. V., o. J.)

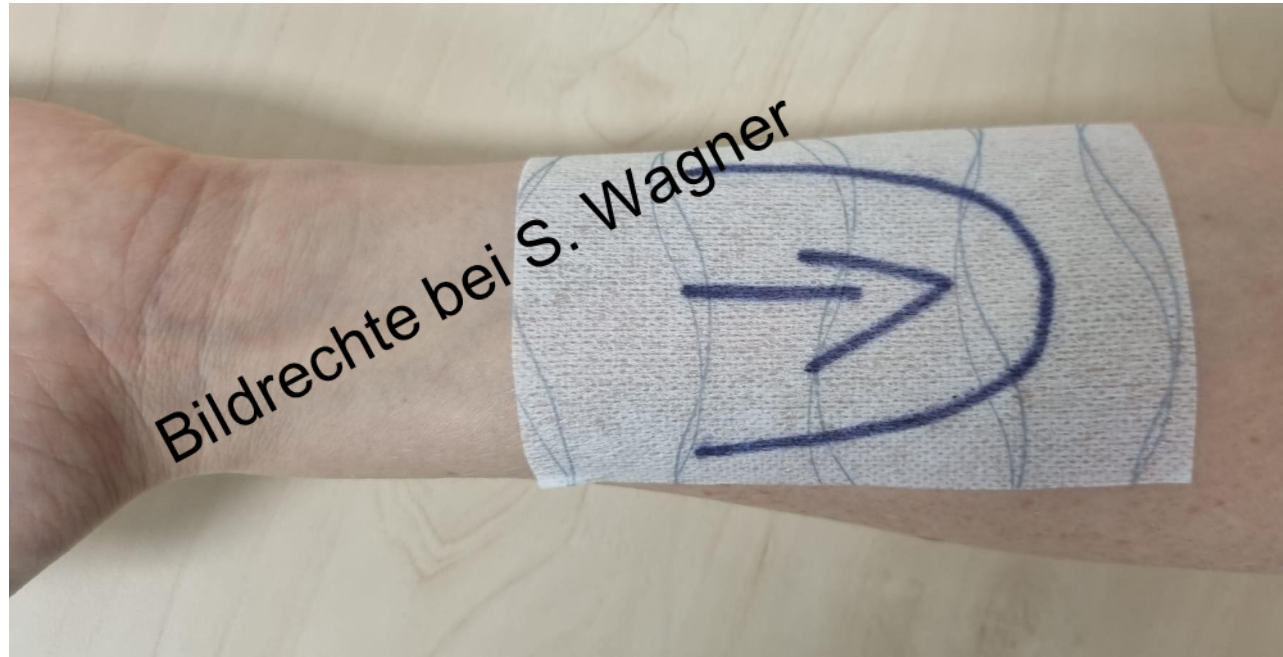


Foto: eigene Aufnahme

MARSI - Medical Adhesive-Related Skin Injuries



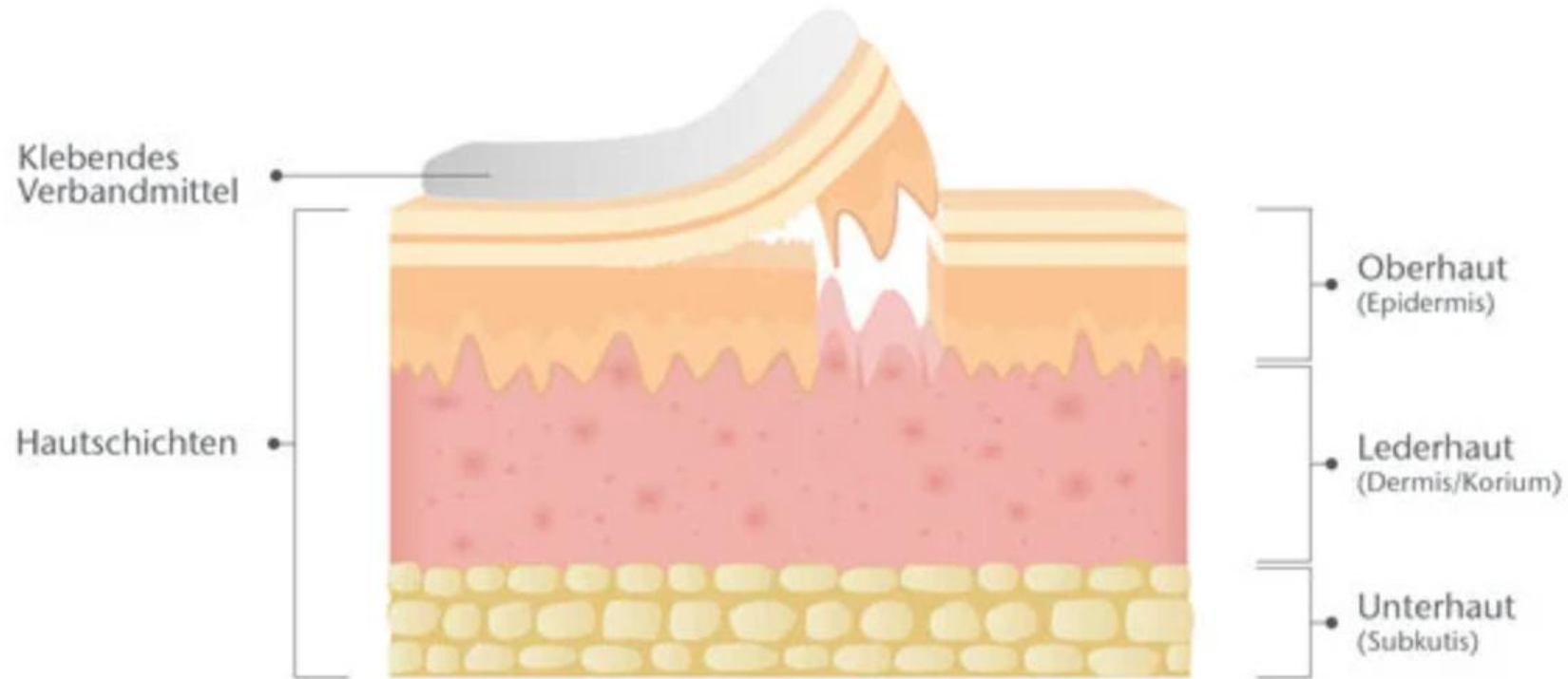
Foto: eigene Aufnahme

Foto: eigene Aufnahme

MARSI- Medical Adhesive-Related Skin Injuries

Schädigungen oder Irritationen der Haut, durch Aufbringen und Ablösen von adhäsiven Verbandmitteln/Hilfsmitteln

(Teubner *et al.*, 2023)



(draco.de)



(Foto: eigene Aufnahme)

FAH



Peristomale
Dermatitis



Wundumgebungs-
dermatitis



Intertrigo



Inkontinenzassoziierte
Dermatitis

Wundumgebungsdermatitis



Foto: eigene Aufnahme

- Kontaktdermatitis
- Entzündung und Erosion der Epidermis durch Exposition gegenüber Exsudat
- proteinabbauende Enzyme
- Verzögerung der Keratozytenmigration

(Woo et al., 2017, S. 495)

Intertrigo

Risikofaktoren

- Hyperhidrose,
- Immunschwäche,
- Diabetes mellitus,
- eingeschränkte Beweglichkeit,
- große Hautfalten
- Fettleibigkeit

(Woo et.al 2017, S495)



Foto: eigene Aufnahme



Foto: Coloplast

„gram negativer Fußinfekt“ Infizierte Zehenzwischenraum-Intertrigo (IZI)



Foto: eigene Aufnahme



- unterschiedliche Mikroorganismen
- lokal begrenzte Infektion ausgehend von Erosionen oder Ulzera
- Beginn interdigital




(AWMF, 2025)

IAD – Inkontinenz assoziierte Dermatitis



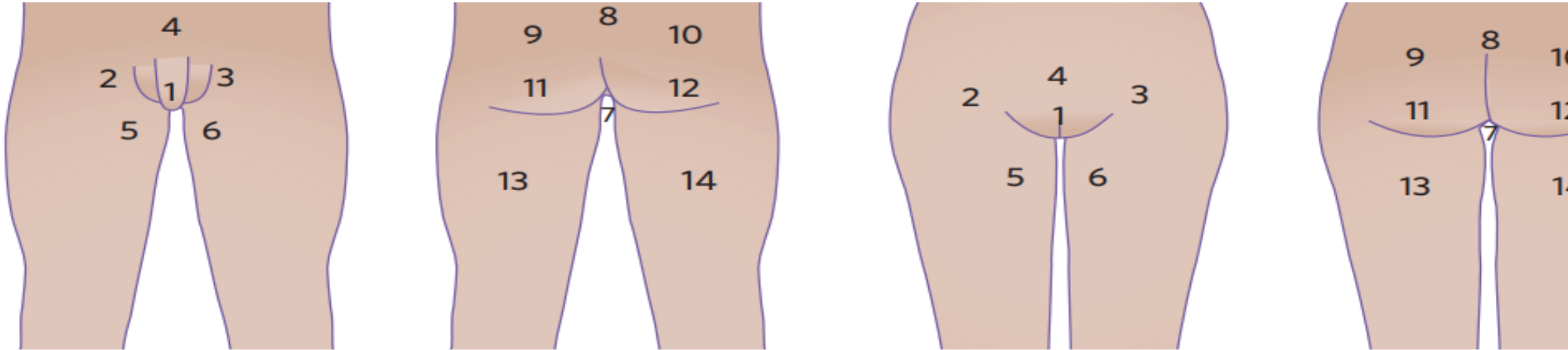
IAD – Inkontinenz assoziierte Dermatitis

Ammoniak im Urin und/oder im Stuhl → alkalisch

-  Verstärkung der proteolytische Aktivität von Stuhlenzymen (Protease und Lipase)
-  Säureschutzmantel der Haut
-  Infektion/ Entzündungsreaktion

Inkontinente Personen entwickeln 4,99-mal häufiger Dekubitaluzerationen

Ursprung immer im perianalen Bereich!



1. Genitalien (Labia/Skrotum)
2. Rechte Falte der Leiste (Furche) zwischen Genitalien und Oberschenkel
3. Linke Falte der Leiste (Furche zwischen Genitalien und Oberschenkel)
4. Unteres Abdomen/Suprapubisch

5. Rechter innerer Oberschenkel
6. Linker innerer Oberschenkel
7. Perianale Haut
8. Sulcus glutealis (Gesäßfurche)
9. Linke obere Gesäßhälfte

10. Rechte obere Gesäßhälfte
11. Linke untere Gesäßhälfte
12. Rechte untere Gesäßhälfte
13. Linker posteriorer Oberschenkel
14. Rechter posteriorer Oberschenkel

Kategorie 1: Anhaltende Rötung

1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion



Entscheidendes Kriterium

- Anhaltende Rötung
Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen

Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts
- Glänzende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Juckreiz oder Schmerzen

1B – Anhaltende Rötung mit klinischen Anzeichen einer Infektion



Entscheidendes Kriterium

- Anhaltende Rötung
Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen
- Zeichen einer Infektion
Wie z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans).

Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts
- Glänzende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Juckreiz oder Schmerzen

Kategorie 2: Hautverlust

2A – Hautverlust ohne klinische Zeichen einer Infektion



Entscheidendes Kriterium

- Hautverlust
Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z. B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen. Das Muster/die Form des Hautschadens kann diffus sein.

Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung
Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts
- Glänzende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Juckreiz oder Schmerzen

2B – Hautverlust mit klinischen Anzeichen einer Infektion



Entscheidendes Kriterium

- Hautverlust
Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z. B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen.
- Zeichen einer Infektion
Wie z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelb/braun/grau), grünes Aussehen innerhalb des Wundbetts (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit Pseudomonas aeruginosa), starkes Exsudat, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.

Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung
Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts
- Glänzende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Juckreiz oder Schmerzen

(Beekman et al., 2015)



Foto: eigene Aufnahme

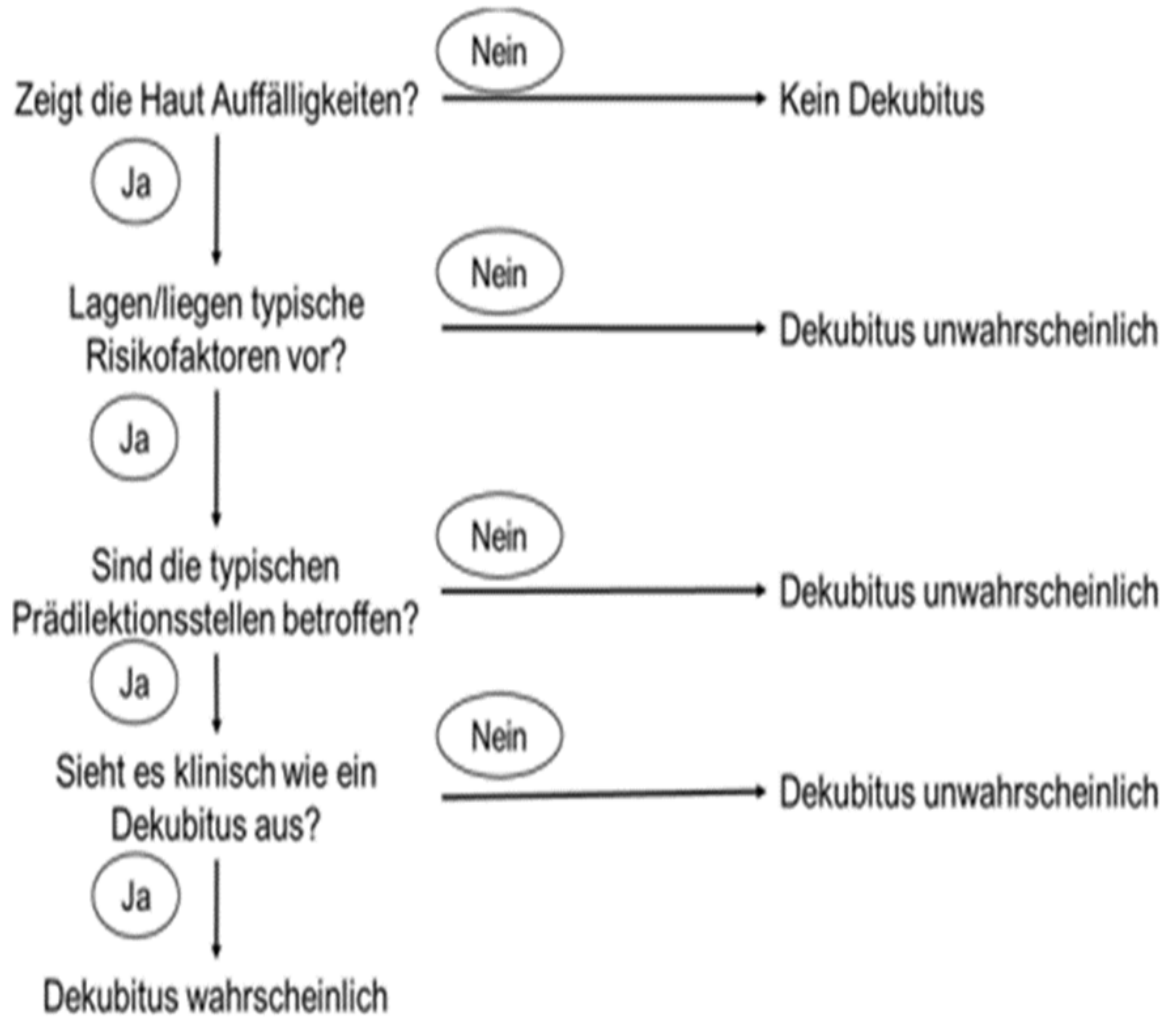
Prävention und Therapie

- Einsatz von Hilfsmitteln (Stuhl­drainage, Fäkalkolektoren, Analtampons, Urinalkondome, Pessare)
- Darmmanagement
- Aufsaugende INKO –Materialien
- Seiten/ Bauchlage
- Hautschutzprodukte

Parameter	IAD	Dekubitus
Anamnese	Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	Exposition gegenüber Druck/Scherkräften
Symptome	Schmerzen, Brennen, Jucken, Kribbeln	Schmerzen
Bereich	Betrifft Perineum, Perigenitalbereiche, Gesäß, Sulcus glutealis, mediale und posteriore Aspekte der Oberschenkel, unterer Rücken, kann sich über einen Knochenvorsprung ausweiten	Normalerweise über einem Knochenvorsprung oder mit einem Bereich assoziiert, in dem sich ein medizinisches Gerät befindet
Form/Ränder	Betroffenes Areal ist diffus mit schlecht definierten Rändern/kann fleckig sein	Ausgeprägte Ränder oder Begrenzung

Präsentation/Heilung	Intact skin with erythema (blanchable or non-blanchable), with/without superficial, partial-thickness skin loss	Präsentation variiert von unversehrter Haut mit nicht wegdrückbarem Erythem zu vollständigem Hautverlust Wundbasis kann nekrotisches Gewebe enthalten
----------------------	---	--

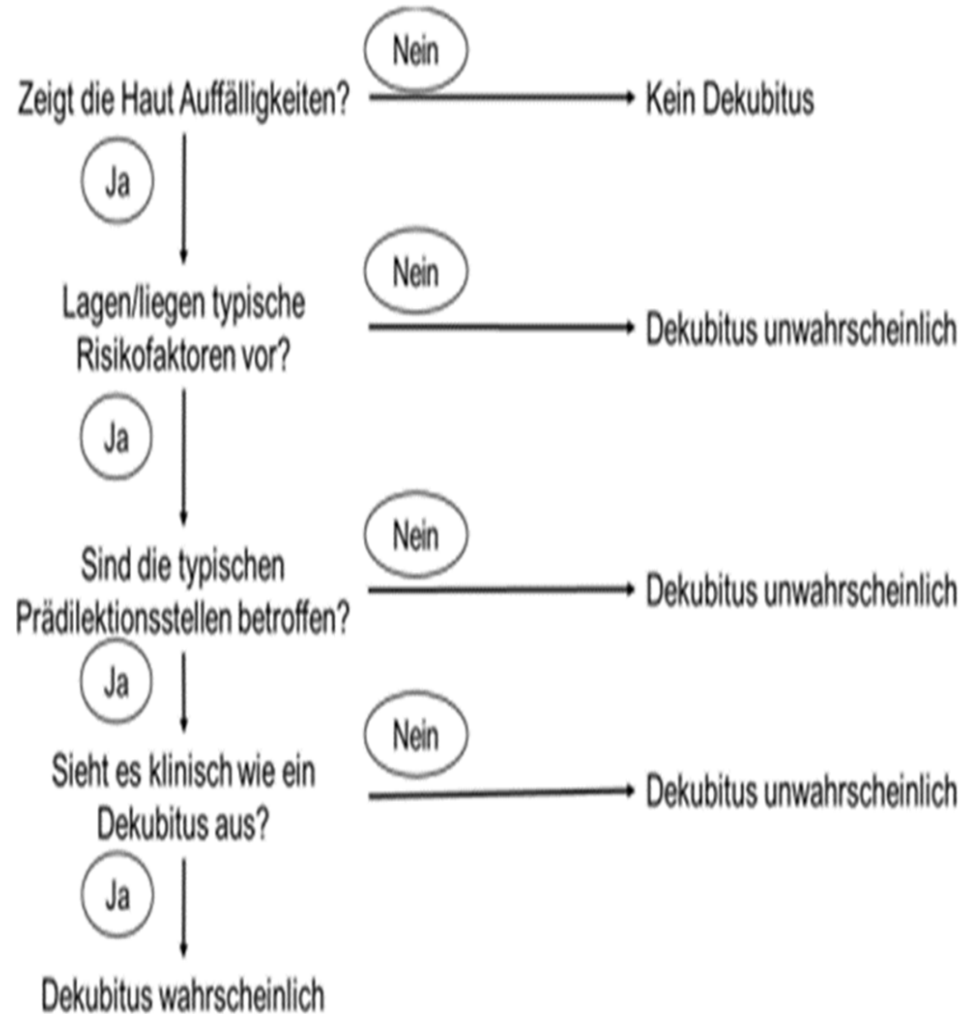
Sonstiges	Sekundäre oberflächliche Hautinfektion (z. B. Candidiasis) kann auftreten	Sekundäre Weichteilinfektion kann aufgetreten sein
-----------	---	--



Kottner et al.



Foto: eigene Aufnahme



Kottner, et. al



Foto: eigene Aufnahme

Dekubitus

Klassifikationen

EPUAP

- **Kategorie 1 – 4**
 - + Vermutete tiefe Gewebsschädigung
 - + Tiefe nicht einschätzbar
- + **Device-Related Pressure Injuries (DRPIs)**



Foto: eigene Aufnahme

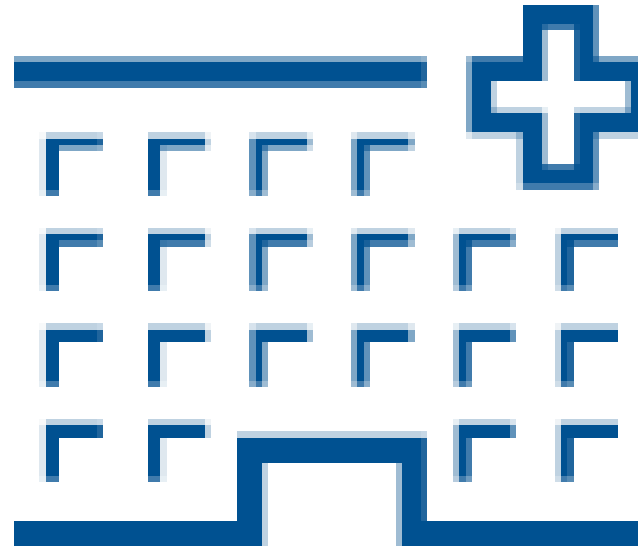
<https://www.internationalguideline.com/the-international-guideline>

Dekubitus

Klassifikationen

ICD 10

- Kategorie 1- 4



Der feine Unterschied ...

ICD 10	EPUAP
Stadien	Kategorie
Ist der schlimmste Fall nicht zu beweisen, ist die niedrigere Kategorie zu kodieren	Ist der schlimmste Fall nicht auszuschließen, ist er anzunehmen

Update Dekubitus: Expertenkonsens für die klinische Einschätzung und Klassifikation

Initiative Chronische Wunden e. V.

J. Kottner¹, K. Kröger², V. Gerber³, G. Schröder⁴, J. Dissemond⁵

¹ Charité-Universitätsmedizin Berlin

² Klinik für Angiologie, HELIOS Klinikum Krefeld GmbH

³ Initiative Chronische Wunden e. V., Quedlinburg

⁴ Akademie für Wundversorgung, Göttingen

⁵ Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen



https://www.icwunden.de/wp-content/uploads/2023/09/Dekubitus_Update_2018.pdf

Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“

- Nicht in ICD-10 aufgeführt

→ Kategorie III

(J. Kotner, K. Kröger, V. Gerber, G. Schröder, J. Dissemond)



Foto: eigene Aufnahme

Vermutete tiefe Gewebsschädigung nach Epuap

- dunkelrote bis dunkelschwarz Verfärbung unter intakter Haut
 - kein Ulkus und soll auch nicht als solches klassifiziert
 - engmaschige Dokumentation
 - Absolute Druckentlastung
-
- **Diese Kategorie kann und soll nach der ICD-10 nicht kodiert werden!**



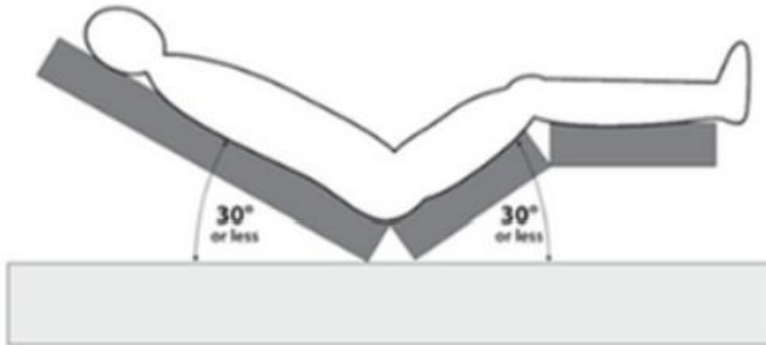
Foto: eigene Aufnahme

Cave: Bei Ablösung der Haut kann sich ein tiefes Ulkus entwickeln

(J. Kotner, K. Kröger, V. Gerber, G. Schröder, J. Dissemond)

Prävention

- Druckverteilung
- Druckentlastung
- Positionierungsintervalle individuell
- Oberkörper so flach wie möglich (Cave: Aspirationsgefahr)



**30-Grad-seitliche
Liegende**

(NPIAP, EPUAP & PPPIA 2025)





- **Haut happy, Patient happy!** Wer die Haut schützt, verhindert IAD, Intertrigo, Dekubitus & Co
 - **Besser vorbeugen als heilen** Hautpflege ist wie Regenschirm – man merkt erst, wie wichtig er ist, wenn es zu spät ist. 🌂
 - **Kleine Maßnahmen, große Wirkung:**
Creme, Mobilisation & Inspektion = Superkräfte für die Haut
- 💡 **Merke:** Wer Hautschutz ernst nimmt, schützt nicht nur die Haut – sondern die Patientinnen gleich mit!

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2025) *S1-Leitlinie: Infizierte Zehenzwischenraum-Intertrigo (sog. „gramnegativer Fußinfekt“)*. Registernummer 013-109. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-109l_S1_Infizierte-Zehenzwischenraum-Intertrigo-gramnegativer-Fu%C3%9Finfekt_2025-09.pdf (Zugriff: 27.02.2026).

Augustin, M., Wilsmann-Theis, D., Körber, A., Kerscher, M., Itschert, G., Dippel, M. & Staubach, P. (2021): *Diagnostics and treatment of the xerosis cutis – a position paper / Positionspapier: Diagnostik und Therapie der Xerosis cutis*. Verfügbar unter: https://safw.ch/images/pom/POM_2021_07.pdf (Zugriff: 09.03.2026).

International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) (2026): *Klassifikation von Hauteinrissen (Skin Tears)*. Online verfügbar unter: <https://www.istap.org> (Zugriff: 10. Februar 2026)

Hamm, H. (2017): Grundlagen. In: Goebeler, M. & Hamm, H. (Hrsg.): *Basiswissen Dermatologie*. Berlin: Springer, S. 1–8.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-52811-2_1

Wounds International (2025): *Prävention und Behandlung von Skin Tears bei alternder Haut (ISTAP Made Easy)*. London: Wounds International. Verfügbar unter: URL (Zugriff: 28.02.2026)

Beeckman D, Logan J, Goldsmith L, et al (2015) *Addressing evidence gaps for best practice: Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward*. Wounds International. London: Wounds International. Available at: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/dd22237e07012637d4674b594501a692.pdf> (Accessed: Day Month Year).

Kottner, J.; Kröger, K.; Gerber, V.; Schröder, G.; Dissemond, J. (2018): Positionspapier. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00105-018-42>

Kotner, Jörg, Kröger, Katrin, Gerber, Volker, Schröder, Gerd & Dissemond, Jens (o. J.):
Hilfestellung zur korrekten Klassifizierung aus dem Update Dekubitus: Expertenkonsens für die klinische Einschätzung und Klassifikation.
Initiative Chronische Wunden e. V.

Kuntz, **Andrea** (2023): *Einrisse fragiler Haut (Skin Tears)*. *OMW Nr. 03*. Quedlinburg: Initiative Chronische Wunden e. V.. Verfügbar unter: https://www.icwunden.de/wp-content/uploads/2023/11/FINAL_OMW-3-Einrisse-fragiler-Haut.pdf (Zugriff: 05.03.2026)

Coloplast (o. J.): *Skin Tears – Ursachen, Typen und Behandlung*. Coloplast Professional. Verfügbar unter: <https://www.coloplastprofessional.de/wundversorgung/fort-und-weiterbildung/wundwissen/information/skin-tears/> (Zugriff: 05.03.2026)

Dhoonmoon, L., LeBlanc, K. und Samuriwo, R. (2024) *Prevention and management of skin tears in aged skin (Made Easy)*. London: Wounds International. Verfügbar unter: https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2024/05/ESS_23_ME_Skin-Tears_WINT-WEB.pdf (Zugriff: 05.03.2026)

Woo, K.Y., Beeckman, D. und Chakravarthy, D. (2017) *Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review*. **Advances in Skin & Wound Care**, 30(11), S. 494–501. Verfügbar unter: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5657465/> (Zugriff: 05.03.2026)



Vielen Dank für Ihr Interesse

Universitätsmedizin Greifswald * KÖR

Fleischmannstraße 8 * 17475 Greifswald
www.medizin.uni-greifswald.de

© Copyright 2019. All rights reserved.



BACKUP