

Hans-Jürgen Flohr, Göttingen

4 Stufen – Gradeinteilung:

Wie sinnvoll ist sie zur Dokumentation des Heilungsverlaufs?

Dokumentation von Heilungsverlauf, Risikoeinschätzung und therapeutische Interventionen bei vorliegendem Dekubitus werden in der klinischen Praxis häufig anhand der von Seiler bereits 1979 im deutschsprachigen Raum vorgeschlagenen Gradeinteilung der Wundtiefe (Dekubitus Grad 1-4) vorgenommen¹.

Dieses inzwischen etablierte und zuweilen auch modifizierte Instrument orientiert sich an der Wundtiefe und damit an entsprechenden anatomischen Strukturen. Es eignet sich als Beobachtungs- und Dokumentationsinstrument für die initiale Einschätzung und (sehr gut vor allem nach Wunddebridement) zur allgemeinen Tiefenbeurteilung der Wunde.

Die bei der Beurteilung und Dokumentation der Wundheilung häufig vorzufindende „umgekehrte“ Benutzung der Gradeinteilung setzt gedanklich voraus, dass tiefe Gewebsstrukturen quasi dem Wundenstehungsverlauf 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, spezifisches Gewebe ab einem bestimmten Grad lediglich durch Granulations- respektive Narbengewebe ersetzt wird.

Was macht den Unterschied?

Ulcera der Grade I und II heilen in der Regel bis hin zur vollständigen Epithelisierung regenerativ aus. Wunden der Grade III und IV tun dies, wie bereits angeführt, nicht. Hier wird ursprünglich funktionales Gewebe dauerhaft durch Narbengewebe ersetzt. *Reperationsgewebe* erreicht jedoch, wie hinlänglich bekannt, keinesfalls die vorherige Funktions- bzw. Belastungsfähigkeit. Wird in den einschlägigen Skalen bei Grad III und IV von entsprechenden „Gewebsdefekten“ gesprochen, so heilen diese Gewebsdefekte keinesfalls wieder vollständig aus, sondern werden lediglich durch minderfunktionales Gewebe ersetzt.

Unter Berücksichtigung der angeführten pathophysiologischen Abläufe kann demnach ein Dekubitus Grad III oder IV niemals wieder zu einem Dekubitus Grad I abheilen. Die Benutzung der Gradeinteilung bei der Einschätzung und Dokumentation des Heilungsverlaufes z. B. von Grad IV „aufsteigend“ zu Grad I ist daher kritisch zu betrachten, denn sie bildet nicht die entscheidend wichtige *pathophysiologische Situation* des Ulcus ab!

Die Wunde heilt, der Defekt bleibt!

Diverse klinisch/pflegerische Interventionen im Bereich der Dekubitusprävention orientieren sich in ihrer Indikation und Intensität an der Höhe des Wundgrades. Ein ursprünglich tiefer, aber vielleicht schon abgeheilter Dekubitus ist deswegen 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.

¹ Seiler, W. O., Stähelin H. B.: Gefahren der Bettruhe Schweiz. Rundschau Med. 68 (1979) 505:514

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 Antidekubitusaufgabe für Grad erstattet, die bekanntlich weniger Druckentlastung bietet, so kann dies eine Unterversorgung für den Betroffenen bedeuten.

Auch bei der Wiederaufnahme im Krankenhaus kann die korrekte Dokumentation von hoher Bedeutung sein, da eine Entlassungsdiagnose Dekubitus Grad I oder sogar die Nichterwähnung eines abgeheilten Dekubitus zu einer falschen, weil zu niedrigen Risikoeinschätzung führt. Selbstverständlich sollten in diesen Fällen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, die einem Risiko des Wundgrades III oder IV entsprechen.

Letztlich sollte dieser Umstand in Zukunft auch bei klinischen Prävalenz- und Inzidenzuntersuchungen berücksichtigt werden, um zu differenzierteren Ergebnissen zu kommen.

Die amerikanische Fachgesellschaft National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) in den USA hat diesen Grundgedanken in einem Statement bereits aus dem Jahr 2000 festgehalten und veröffentlicht²: **Wenn ein Druckgeschwür im Bereich eines ehemals vorhandenen, tiefen Dekubitus entsteht, sollte mit der vorangegangenen Gradfeststellung weiter verfahren werden. (once a stage IV, always a stage IV“)**

Konsequenterweise hat die NPUAP als Alternative zur Benutzung der Gradeinteilung beim Wundheilungsverlauf ein entsprechendes Dokumentationstool zur Wunddokumentation entwickelt und in die Praxis eingebracht. Dieses soll in einer der nächsten Ausgaben der ZfW vorgestellt und diskutiert werden.

² The Facts about Reverse Staging in 2000 The NPUAP Position Statement; <http://www.npuap.org/archive/positn5.htm>