



Klassifikation von Wunden und deren Grunderkrankungen

Hilfestellung zur fachgerechten Wunddokumentation

Autorin: Kerstin Protz

Legende


Mölnlycke®

- Grundsätzlich ist jede Verbandkontrolle und jeder -wechsel schriftlich zu dokumentieren.
- Das vollständige Wundassessment (inkl. dem Vermessen der Wunde) erfolgt in individuellen Abständen, nach wundbezogenen Interventionen sowie bei Verschlechterungen, spätestens jedoch alle 4 Wochen bei chronischen Wunden und wöchentlich bei akuten Wunden.
- Spätestens alle vier Wochen findet eine Evaluation der Wirksamkeit (Wiedereinschätzung mit den bereits verwendeten Instrumenten der Pflegeanamnese und des Wundassessments) unter Hinzuziehung eines pflegerischen Fachexperten (entsprechend DNQP "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" Expertenstandard) der gesamten Maßnahmen statt.
- Die Erstellung einer Fotodokumentation kann eine sinnvolle Ergänzung sein; hierzu muss das Einverständnis des Patienten bzw. seines Betreuers vorliegen und eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt sein.

Die korrekte Wunddiagnose ist die Voraussetzung für eine adäquate Therapie. Somit bilden die Klassifikation einer Wunde oder deren Grunderkrankung die Basis der Wundtherapie.

Das Stellen der Wunddiagnose ist in den deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz) eine ärztliche Aufgabe. Pflegefachpersonen sollten die vorhandenen Wundklassifikationen (je nach Wundart) kennen.

Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen

Allgemeine Klassifikation

Schweregradeinteilung von chronischen Ulzera nach Knighton et al. 1990

Grad 1	ein Ulkus, dessen Tiefenausdehnung die Epidermis und Dermis nicht überschreitet
Grad 2	ein Ulkus, dessen Ausdehnung die Subkutis erreicht
Grad 3	ein Ulkus, dessen Ausdehnung eine Sehne, einen Knochen, ein Ligament (Band) oder ein Gelenk erreicht
Grad 4	ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, zum Knochen, zum Ligament oder Gelenk und zusätzlicher Abszess und/oder Osteomyelitis
Grad 5	ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, zum Knochen, zum Ligament oder Gelenk und nekrotischem Gewebe/Gangrän in der Wunde
Grad 6	ein Ulkus mit Tiefenausdehnung bis zur Sehne, zum Knochen, zum Ligament oder Gelenk sowie einer Gangrän der Wunde und des umgebenden Gewebes

Klassifikationen der chronischen venösen Insuffizienz (CVI)

Die chronische venöse Insuffizienz ist eine Zusammenfassung aller fortgeschrittenen Krankheitszustände, die sich aus Rückflussstörungen des venösen Blutes an den unteren Extremitäten ergeben. Je nach Art der Abflussstörung, des Schweregrads der Klappenstörung, der Lokalisation und Dauer treten unterschiedliche Symptome auf. Die Widmer-Einteilung bezieht sich auf die sicht- und tastbaren Hautveränderungen.

Klassifikation der chronischen venösen Insuffizienz nach Widmer, mod. nach Marshall (Marshall und Wüstenberg 1994)

Grad 1	Corona phlebectatica paraplantis (lokale Gefäßerweiterungen am medialen und lateralen Fußrand), Phlebödem
Grad 2	Zusätzlich trophische Störungen mit Ausnahme des Ulcus cruris, z. B. Dermatoliposklerose, Pigmentveränderungen (Purpura jaune d'ocre), Atrophie blanche, Stauungsekzem
Grad 3	Ulcus cruris venosum
Grad 3a	Abgeheiltes Ulcus cruris venosum
Grad 3b	Florides Ulcus cruris venosum

CEAP-Klassifikation (Lurie et al. 2020)

Diese Einteilung berücksichtigt neben den sicht- und tastbaren Veränderungen (klinische Zeichen) zusätzlich anatomische, ätiologische und pathophysiologische Aspekte. Eine klinische Untersuchung zur Erfassung des Venenzustands ist die Grundlage für diese Einteilung.

C Klinische Zeichen

C0	Keine sichtbaren oder tastbaren Zeichen einer venösen Insuffizienz
C1	Besenreiser, retikuläre Varizen
C2	Varikose
C2r	Rezidiv Varikose
C3	Ödem
C4	Hautveränderungen infolge der chronischen venösen Insuffizienz
C4a	Pigmentierung, Ekzem
C4b	Dermatoliposklerose, Atrophie blanche
C4c	Corona phlebectatica paraplantis
C5	Abgeheiltes Ulcus cruris venosum
C6	Florides Ulcus cruris venosum
C6r	Rezidiv eines Ulcus cruris venosum
Cs	Symptomatisch mit Schmerzen, Spannung, Schweregefühl, Hautveränderungen
Ca	Asymptomatisch

E Ätiologische Klassifikation

Ec	Kongenital
Ep	Primär
Es	Sekundär (postthrombotisch)
En	Keine venöse Ursache identifizierbar

A Anatomische Klassifikation

As	Oberflächliche Venen
Ap	Perforansvenen
Ad	Tiefe Venen
An	Keine venöse Lokalisation identifizierbar

P Pathophysiologie

Pr	Reflux
Po	Obstruktion
Pr, o	Asymptomatisch
Pn	Keine venöse Pathophysiologie identifizierbar

Klassifikation der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

Periphere arterielle Verschlusskrankheit ist der medizinische Sammelbegriff für Verengungen oder Verschlüsse der Arterien, also der extremitätenversorgenden Gefäße. Die Betroffenen können nur noch kurze Gehstrecken beschwerdefrei zurücklegen und haben starke Schmerzen in den Beinen, häufig auch Wadenkrämpfe, die sich beim Stehenbleiben bessern (Claudicatio intermittens). Ein Fortschreiten der Krankheit führt zu schmerzhaften Wunden, dem Ulcus cruris arteriosum.

Klassifikation der pAVK nach Fontaine-Stadien und Rutherford-Kategorien

Fontaine - Klassifikation		Rutherford - Klassifikation		
Stadium	Klinisches Bild	Stadium	Kategorie	Klinisches Bild
I	Asymptomatisch	I	0	Asymptomatisch
IIa	Claudicatio intermittens,maximale Gehstrecke > 200 m	IIa	1	Leichte Claudicatio intermittens, periphere Doppler-druckwerte > 50 mmHg
IIb	Claudicatio intermittens, maximale Gehstrecke < 200 m	I	2	Mittlere Claudicatio intermittens
		I	3	Schwere Claudicatio intermittens, AP < 50 mmHg
III	Ischämischer Ruheschmerz	II	4	Ischämischer Ruheschmerz
IV	Ulkus, Gangrän	III	5	Kleinflächiger Gewebsverlust, Ulcus, fokale Nekrose
		III	6	Großflächiger irreversibler Gewebsverlust, Ausdehnung über transmetatarsale Ebene

[illegible]

Die SINBAD-Klassifikation

Die SINBAD-Klassifikation erfasst die wesentlichen Merkmale eines DFU und kann zudem zur Risiko- und Prognoseeinschätzung beitragen. Je höher der Punktwert, desto schlechter ist die Prognose (IWGDF 2023).

Merkmal		Ausprägung	Punktwert
S	Site = Lokalisation	Vorfuß	0
		Mittel-, Rückfuß	1
I	Ischämie	Intakte Fußdurchblutung, mindestens ein tastbarer Puls	0
		Klinische Anzeichen einer verminderten Fußdurchblutung	1
N	Neuropathie	Schützende Sensibilität intakt	0
		Schützende Sensibilität nicht mehr vorhanden	1
B	Bakterielle Infektion	Keine	0
		Vorhanden	1
A	Area = Fläche	Ulkus < 1 cm ²²	0
		Ulkus > 1 cm ²²	1
D	Depth = Tiefe	Ulkus ist beschränkt auf die Haut, max. subkutanes Gewebe	0
		Ulkus reicht bis in die Muskeln, Sehnen oder tiefer (Knochen)	1
Mögliche Gesamtpunktzahl			0 bis 6

Quelle: IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic-related foot disease. Deutsche Übersetzung in Auftrag und Verantwortung der AG Fuß in der DDG, Köln: 2023.

IDSA/IWGDF Klassifikation

Mit der IDSA/IWGDF (= Infectious Diseases Society of America (Amerikanische Gesellschaft für Infektionskrankheiten/International Working Group on the Diabetic Foot (Internationale Arbeitsgruppe zum diabetischen Fuß)) und PEDIS-Klassifikation (= Perfusion (Durchblutung), Extent (Wundfläche), Depth (Wundtiefe), Infection (Infektion), Sensation (Wahrnehmung/Empfinden)) lässt sich das Risiko bzw. die Schwere von Fußinfektionen einschätzen.

IDSA/IWGDF – PEDIS – Klassifikation von Fußinfektionen (IWGDF 2023)

Klinische Manifestierung der Infektion	Schwere der Infektion	PEDIS-Grad
Wunde ohne Eiterung oder anderer Anzeichen einer Entzündung	Nicht infiziert	1
Vorhandensein von ≥ 2 Anzeichen einer Entzündung (Eiterung oder Rötung, [Druck-]Schmerz, Überwärmung oder Verhärtung), aber jedes Entzündungszeichen ≤ 2 cm um das Ulkus; Infektion ist auf die Haut oder das oberflächliche subkutane Gewebe beschränkt; keine andere lokale Komplikation oder systemische Erkrankung	Milde	2
Infektion (wie oben) bei einem Patienten, der systemisch gesund und stoffwechselstabil ist, aber ≥ 1 der folgenden Merkmale aufweist: Entzündungszeichen erstrecken sich > 2 cm um das Ulkus, Lymphangitis, Ausbreitung unter die oberflächliche Faszie, Abszess im tiefen Gewebe, Gangrän und Beteiligung von Muskel, Sehne, Gelenk oder Knochen	Mäßig	3
Infektion bei einem Patienten mit systemischen Entzündungszeichen oder instabiler Stoffwechsellage (z. B. Fieber, Schüttelfrost, Tachykardie, Hypotonie, Verwirrtheit, Erbrechen, Leukozytose, Azidose, schwere Hyperglykämie oder Azotämie)	Schwer	4

BEACHTEN!

Das Vorhandensein einer kritischen Ischämie verschiebt den Schweregrad der Infektion (im Hinblick auf die Prognose) in Richtung „schwer“, kann jedoch die klinischen Zeichen der Infektion abmildern. Aufgrund der fortgeschrittenen Durchblutungsstörung sind bei kalten, blass-bläulichen Füßen Entzündungszeichen nicht zu erkennen.

Verlaufsstadien der Diabetischen Neuroosteoarthropathie (DNOAP) nach Levin

(Quelle: Morbach S et. al 2020)

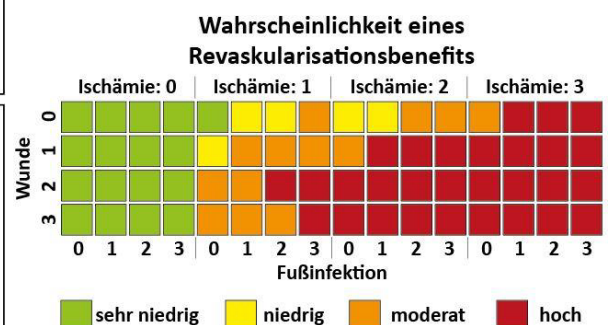
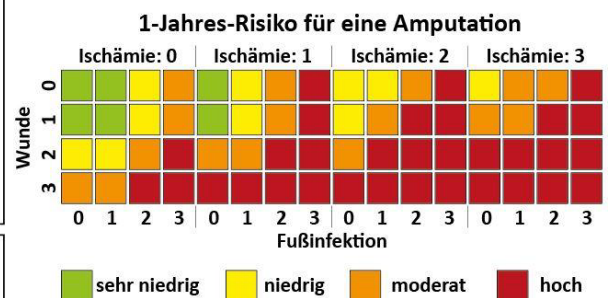
Stadium	Klinische Zeichen
I	(akutes Stadium:) Fuß gerötet, geschwollen, überwärmt (Röntgenbild ggf. noch normal)
II	Knochen- und Gelenkveränderungen, Frakturen
III	Fußdeformität: Plattfuß, später Wiegefuß infolge Frakturen und Gelenkzerstörungen
IV	Fußläsion plantar

Wlfl-Score

(Quelle: Wlfl-Score nach Mills et al. 2014)

Per Wlfl-Score (Wunde, Ischämie, Fußinfektion) lassen sich neben Wundtiefe und Infektionsschwere auch Amputationsrisiko und Wahrscheinlichkeit eines möglichen Revaskularisationsbenefits anhand weniger klinischer Parameter beurteilen.

W Wound (Wunde)	0	Keine Ulcera, keine Gangrän
	1	Kleines Ulcus (kein freiliegender Knochen), keine Gangrän
	2	Freiliegender Knochen/Sehnen/Gelenke oder Gangrän (auf Zehen beschränkt)
	3	Großflächiges Ulcus (Vorfuß, Mittelfuß, Ferse) oder großflächige Gangrän (Vorfuß, Mittelfuß, Ferse)
I Ischemia (Ischämie)	0	ABI > 0.8 (Druck > 100mmHg), TcPO₂ > 60mmHg
	1	ABI < 0.8 (Druck < 100mmHg), TcPO₂ < 60mmHg
	2	ABI < 0.6 (Druck < 70mmHg), TcPO₂ < 40mmHg
	3	ABI < 0.4 (Druck < 50mmHg), TcPO₂ < 30mmHg
fi Foot Infection (Fußinfektion)	0	Keine Infektzeichen
	1	Milde Infektion: Schwellung, kleines Erythem, Überwärmung
	2	Lokale Infektion: Erythem > 2cm, subkutane Strukturen betroffen
	3	Schwere Infektion: Lokale Infektion mit SIRS/SEPSIS



Klassifikation Skin Tears (nach ISTAP - International Skin Tear Advisory Panel)

Skin Tears – Einrisse fragiler Haut – sind akute traumatische Wunden, die oft bei älteren Menschen aber auch bei Neugeborenen und Kindern auftreten, da deren Haut nicht mehr oder noch nicht voll belastbar bzw. entwickelt ist. Laut dem International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) werden hierbei die Hautschichten – Epidermis und Dermis – voneinander und ggf. vom darunter liegenden Gewebe getrennt, z. B. durch Scherkräfte, Reibung und/oder stumpfe, mechanische Krafteinwirkung. Ein Skin Tear kann als teilweiser oder als vollständiger Haut-/Gewebeverlust klassifiziert werden.

Teilweiser Gewebeverlust: die Epidermis wurde von der Dermis getrennt

Vollständiger Gewebeverlust: Epidermis als auch Dermis wurden vom darunter liegenden Gewebe getrennt

Anhand der Hautschädigung unterscheidet diese ISTAP Klassifikation Skin Tears (2018) in drei Kategorien.

Kategorie I – kein Gewebeverlust	gradliniger, klar abgegrenzter Einriss fragiler Haut oder eines Hautlappens, der repositioniert werden kann, um die Wunde abzudecken
Kategorie II – teilweiser Gewebeverlust	teilweiser Verlust des Hautlappens, der nicht mehr positioniert werden kann, um die Wunde abzudecken
Kategorie III – vollständiger Gewebeverlust	vollständiger Hautlappenverlust, so dass die Wunde komplett frei liegt

Knöchel-Arm-Druck-Index (KADI)

Diese Untersuchung dient zur Erhebung des arteriellen Durchblutungsstatus. Je niedriger der Wert, umso ausgeprägter ist die arterielle Insuffizienz.

Berechnung:
$$\text{KADI} = \frac{\text{systolischer Knöchelarteriendruck}}{\text{systolischer Armarteriendruck}}$$

Bedeutung der KADI-Werte

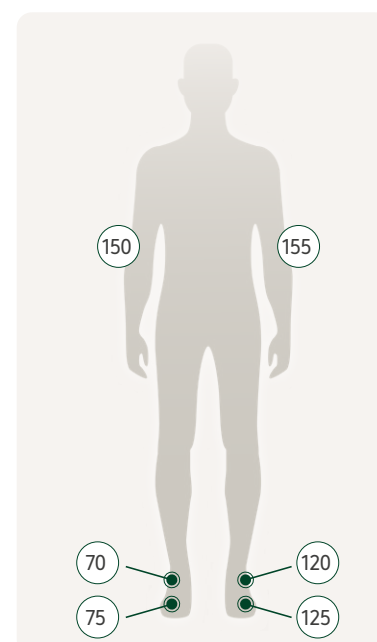
KADI < 0,5	schwere pAVK, kritische Ischämie, Überweisung zum Gefäßspezialisten; keine Kompressionstherapie
KADI = 0,5 < 0,8	Claudicatio intermittens weist auf pAVK hin (leichte Kompressionstherapie mit reduzierten Druckwerten bei 20 mmHg bis zur vom Patienten tolerierten Druckstärke)
KADI = 0,8 < 1,3	Kompressionstherapie, meist mit Werten von 40-60 mmHg
KADI ≥ 1,3	Abklärung Mediasklerose

Beispiel Messung:



Rechter KADI =
$$\frac{70}{150} = 0,46$$
 keine Kompression indiziert

Linker KADI =
$$\frac{120}{155} = 0,77$$



Klassifikationen Dekubitus

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.“ (Definition lt. National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) 2019, S. 16). Durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck- und Scherkräften entsteht eine Minderversorgung des Gewebes (Hypoxie) mit nachfolgendem Zelluntergang oder eine direkte Zellwandschädigung durch hohen Druck und damit einhergehender Schädigung der Haut und der darunterliegenden Gewebsstrukturen. Sie entsteht vor allem über Knochenvorsprüngen und ist eine Sekundärerkrankung, die in Folge von Immobilität und/oder Sensibilitätsstörung bei gleichzeitig vorliegenden prädisponierenden Faktoren entsteht. In der Epidermis sind weder Blutgefäße noch Nerven. Daher kann sie starkem Druck verhältnismäßig lange standhalten, bevor sie Schaden nimmt. Deshalb bilden sich druckbedingte Schädigungen zuerst in den tieferen Schichten wie Muskulatur oder Fettgewebe aus und werden erst später als „Spitze des Eisbergs“ an der Oberfläche als „Rötung“ sichtbar.

Dekubitus werden je nach Tiefe, Gewebeschädigung und Aussehen in verschiedene Kategorien unterteilt. Der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP, 2. Akt. 2025) empfiehlt zur Erfassung die Klassifikationen nach den Vorgaben des EPUAP/NPUAP/PPPIA von 2019. Diese Klassifikation nutzt vier Kategorien/Stadien und zwei ergänzende Kategorien/Stadien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordbar: Tiefe unbekannt“ und „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“ zur Beschreibung eines Dekubitus. In Deutschland ist für Leistungen, die in den Bereich des SGB V fallen, z. B. Versorgungen in der Klinik, derzeit die ICD-10 Codierung ausschlaggebend. Daher sind deren Definitionen analog zur EPUAP/NPUAP/PPPIA Klassifikation aufgeführt. Diese bildet allerdings nicht alle Kategorien ab. Die internationale ICD-11 Codierung beinhaltet hingegen alle Kategorien. Zwar steht der Zeitpunkt der Einführung in Deutschland noch nicht fest, dennoch sind die ICD-11 Codierungen zum Vergleich mit aufgeführt.

Die nachfolgende Klassifikation ist zitiert aus: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Zusätzlich sind 2019 durch den NPIAP zwei ergänzende Klassifikationen hinzu gekommen. Anmerkung: der NPUAP hat sich in NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel umbenannt.

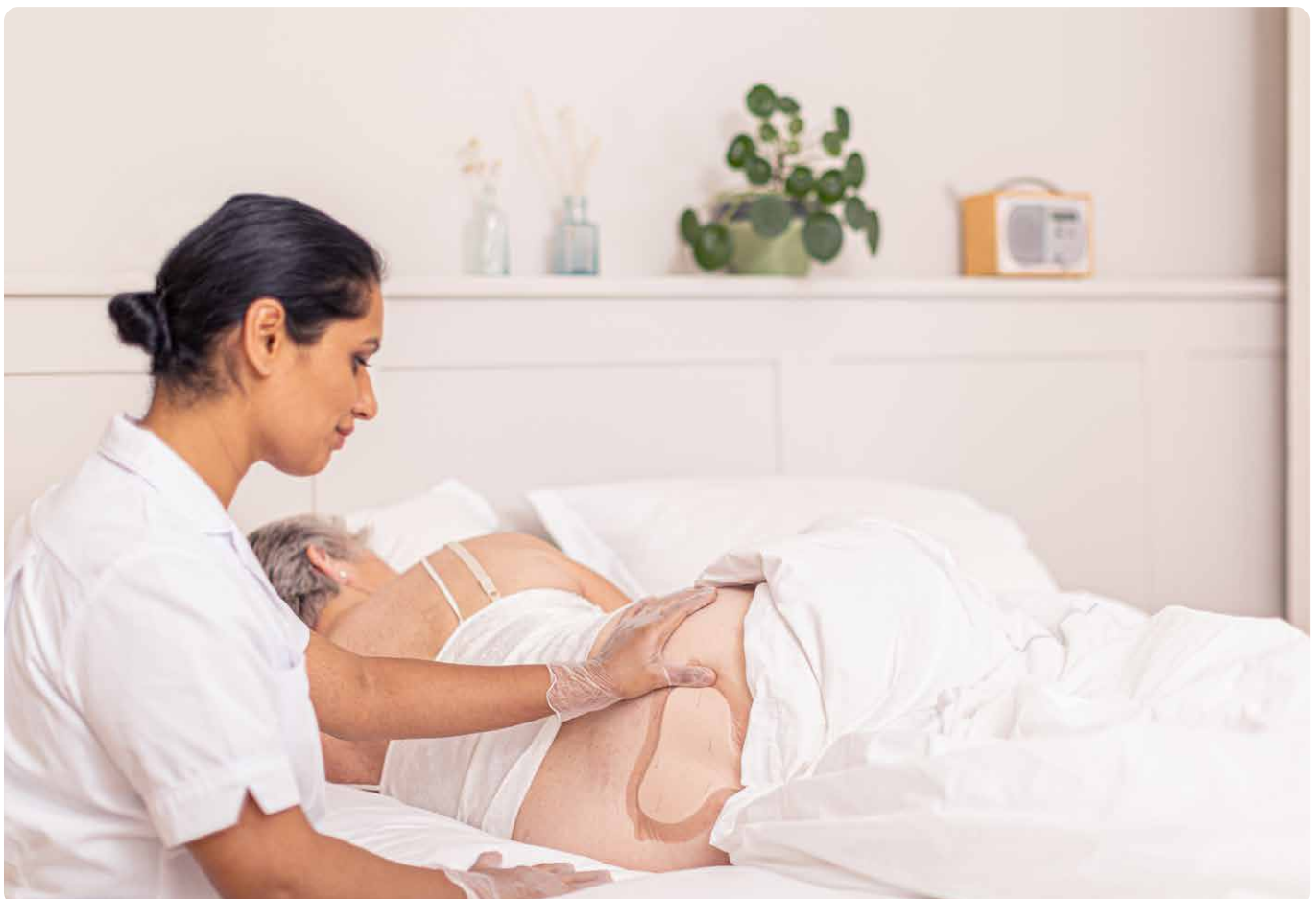
Kategorie/ Stadium	Ausprägung nach EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014)	Ausprägung nach ICD-10-GM 2016	Ausprägung nach ICD-11 (Entwurfssfassung der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, Version 2022-02)
I, Nicht wegdrückbares Erythem	Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).	L89.0 Dekubitus, Stadium/ Kategorie 1 Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut	EH90.0 Dekubitalgeschwür 1. Grads Dekubitus 1. Grads ist eine Vorstufe zur Hautulzeration. Die Haut bleibt intakt, aber es besteht eine nichtwegdrückbare Rötung eines lokalisierten Bereichs, meist über einem Knochenvorsprung. Der Bereich kann schmerzhaft, fest, weich, wärmer oder kühler im Vergleich zum angrenzenden Gewebe sein. Es kann bei Personen mit dunkler Haut schwer zu erkennen sein, aber die betroffenen Bereiche können sich farblich von der umgebenden Haut unterscheiden. Das Vorhandensein eines Dekubitus 1. Grads geht mit dem Risiko einher, dass sich ein offener Dekubitus entwickelt.
II, Teilverlust der Haut	Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulkus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulkus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden um Skin Tears, verband- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoration zu beschreiben. * Eine livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.	L89.0 Dekubitus, Stadium/ Kategorie 2 • Dekubitus (Druckgeschwür) mit: Blase (serumgefüllt, offen, rupturiert) • Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis	EH90.1 Druckgeschwür 2. Grads Druckverletzung mit teilweisem Verlust der Dermis. Sie stellt sich als flaches, offenes Ulkus mit rotem oder rosafarbenem Wundgrund ohne Schorf oder als serumgefüllte oder serosanguinöse Blase dar, die aufplatzen kann. Diese Kategorie sollte nicht verwendet werden, um Hautrisse, Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, inkontinenzbedingte Dermatitis, Mazeration oder Exkoration zu beschreiben.
III, Vollständiger Verlust der Haut	Vollständiger Hautverlust. Subkutanen Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Fußknöchel haben kein subkutanen Gewebe und Ulzera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.	L89.2 Dekubitus, Stadium/ Kategorie 3 Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann	EH90.2 Druckgeschwür 3. Grads Druckgeschwür mit Verlust aller Hautschichten. Subkutanen Fettgewebe kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehnen oder Muskeln sind nicht sichtbar. Schorf kann vorhanden sein, verdeckt aber nicht die Tiefe des Gewebeverlusts. Es kann zu Unterminierung und Untertunnelung benachbarter Strukturen kommen. Die Tiefe variiert je nach anatomischer Lage: Dekubitus Grad 3 kann in Bereichen mit wenig oder keinem subkutanen Fettgewebe (z. B. Nasenrücken, Ohr, Hinterhaupt und Knöchel) flach sein. Im Gegensatz dazu können Druckulzera des Grads 3 in Bereichen mit erheblicher Adipositas extrem tief sein.

IV, Vollständiger Gewebeverlust	Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulzera können oberflächlich sein. Ulzera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z. B. Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.	L89.3 Dekubitus, Stadium/ Kategorie 4 Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)	EH90.3 Druckgeschwür 4. Grads Druckgeschwür mit sichtbaren oder direkt tastbaren Muskeln, Sehnen oder Knochen als Folge eines vollständigen Verlusts von Haut und Unterhautgewebe. Es kann Schorf oder Krustenbildung vorhanden sein. Die Tiefe variiert je nach anatomischer Lage: Druckgeschwüre des Grads 4 können in Bereichen mit wenig oder gar keinem subkutanen Fettgewebe (z. B. Nasenrücken, Ohr, Hinterhaupt und Knöchel) oberflächlich sein, sind aber typischerweise tief und unterminieren oft benachbarte Strukturen oder dringen in diese ein.
Keiner Kategorie/ keinem Stadium zuordbar: Tiefe unbekannt	Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulkus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher biologischer Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.	kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden	EH90.5 Druckgeschwür, Grad nicht näher bestimmbar Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten, bei dem die tatsächliche Tiefe des Ulkus vollständig durch Schorf (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder nekrotisches Gewebe (hellbraun, braun oder schwarz) im Wundbett verdeckt ist. Solange nicht genügend Schorf und/oder nekrotisches Gewebe entfernt sind, um die Basis der Wunde freizulegen, ist es nicht möglich zu bestimmen, ob ein Ulkus Grad 3 oder Grad 4 vorliegt.
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	Livide oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist. Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.	kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden	EH90.4 Verdacht auf tiefe druckinduzierte Gewebeschädigung, Tiefe unbekannt Ein durch Druck oder Scherung geschädigter Bereich des Weichteilgewebes, bei dem zu erwarten ist, dass er sich zu einem tiefen Druckgeschwür entwickelt, dies aber noch nicht geschehen ist. Die betroffene Haut ist typischerweise dunkel verfärbt und kann eine hämorrhagische Blasenbildung aufweisen. Sie kann schmerzhaft und ödematös sein. Sie kann entweder wärmer oder kälter sein als das angrenzende Gewebe. Die Entwicklung zu einem tiefen Ulkus kann auch bei optimaler Behandlung schnell erfolgen.

Ergänzende Kategorien NPIAP, 2019 Ulzera durch Druck an der Oberfläche

(*Anmerkung: Persönliche Übersetzung Wundzentrum Hamburg e. V.)

Gerätebedingte Druckulzera	• resultieren aus der Verwendung von medizinischen Geräten für diagnostische oder therapeutische Zwecke, Hilfsmitteln, Alltagsgegenständen, Möbeln: z. B. nasale Sonden, Sauerstoffbrillen • die daraus resultierende Verletzung entspricht meist der Form des Geräts oder Gegenstands • die Verletzung wird wie gewohnt klassifiziert	kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden	EH90.Z Dekubitalulkus nicht näher bezeichneten Grads
Druckverletzung der Schleimhautmembran	• z. B. im Mund (lockeres Gebiss, Prothesen), vaginal (transurethraler Blasenverweilkatheter) • ist in der Schleimhaut lokalisiert • werden durch medizinische Gegenstände ausgelöst • aufgrund der Anatomie des Gewebes können diese Druckulzera nicht klassifiziert werden	kann derzeit nicht in ICD 10 kodiert werden	EH90.Z Dekubitalulkus nicht näher bezeichneten Grads



Klassifikationen Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)

Die Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine irritativ toxische Kontaktdermatitis. Der beständige Kontakt mit Stuhl und/oder Urin schädigt die Hautbarriere und irritiert die Haut. Zudem haben oft auch chemische und physikalische Faktoren einen pathophysiologischen Einfluss: z. B. Reibung/Scherkräfte, unsachgemäße Reinigung der Haut mit rauen Materialien und/oder ungeeigneten Produkten, Einsatz von nicht atmungsaktiven Materialien (z. B. Kleidung, Kontinenzprodukte). Neben Stuhl und/oder Urin können diese Faktoren Entzündungsreaktionen auslösen, welche als Rötung, als Mazeration sowie als Ekzem in Erscheinung treten und sich bis hin zur IAD ausbilden können. Es liegt eine oberflächliche Entzündung der betroffenen Areale vor, die mit Erosionen einhergehen kann.

Kategorisierung IAD (nach GLOBIAD Ghent Global IAD Categorisation Tool, 2017)

Kategorie 1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion	Entscheidendes Kriterium: • Anhaltende Rötung: verschiedene Rottöne können vorliegen; bei dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen Zusätzliche Kriterien: • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem verheilten Hautdefekt • Haut erscheint glänzend, mazerierte Haut • Intakte Blasen (klein/groß) • Haut kann sich gespannt/geschwollen anfühlen • Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen
Kategorie IB – Anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion	Entscheidende Kriterien: • Anhaltende Rötung (siehe 1A) • Infektanzeichen: z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf Pilzinfektion mit <i>Candida albicans</i>) Zusätzliche Kriterien: • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem verheilten Hautdefekt • Haut erscheint glänzend, mazerierte Haut • Intakte Blasen (klein/groß) • Haut kann sich gespannt/geschwollen anfühlen • Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen
Kategorie 2A – Hautverlust ohne klinische Zeichen einer Infektion	Entscheidendes Kriterium: • Hautverlust: sichtbar als Erosion ((Teil-) Verlust der Epidermis, z. B. durch geschädigte Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust von Epidermis und Teil der Dermis); Form kann diffus sein Zusätzliche Kriterien: • Anhaltende Rötung (siehe 1A) • Haut erscheint glänzend, mazerierte Haut • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem verheilten Hautdefekt • Intakte Blasen (klein/groß) • Haut kann sich gespannt/ geschwollen anfühlen • Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen
Kategorie 2B – Hautverlust mit klinischen Zeichen einer Infektion	Entscheidende Kriterien: • Hautverlust (siehe 2A) • Infektanzeichen: z. B. weiß schuppige Haut oder Satellitenläsionen (Pusteln, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit <i>Candida albicans</i>), sichtbare Beläge (gelb/braun/ grau/grün), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund Zusätzliche Kriterien: • Siehe Kategorie 2A

Klassifikation der Verbrennungstiefe

Thermische Wunden entstehen durch eine pathologische Temperatureinwirkung auf die Haut. Temperatur, Dauer und Intensität sind ausschlaggebend für das Ausmaß der Gewebsschädigung.

Grad der Verbrennung	Betroffene Hautschichten	Klinik
1	Epidermis	Rötung, starker Schmerz, wie Sonnenbrand
2a	Oberflächige Dermis	Blasenbildung, Wundgrund rosig und rekapillarisiert, starker Schmerz, Haare fest verankert
2b	Tiefe Dermis (mit Hautanhangsgebilden)	Blasenbildung, Wundgrund blasser und nicht oder schwach rekapillarisiert, reduzierter Schmerz, Haare leicht zu entfernen
3	Komplette Dermis	Trockener, weißer, lederartig harter Wundgrund, keine Schmerzen, keine Haare mehr vorhanden
4	Unterhautfettgewebe, Muskelfaszie, Muskeln, Knochen	Verkohlung

Leitlinie „Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen“ - S2k - AWMF-Registernummer: 044-001 - Stand 1. Februar 2021

Autorin:

Kerstin Protz

Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, Dozentin, Fachautorin, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V.



Scannen Sie den QR-Code und laden Sie sich unsere Wunddokubögen herunter, die Sie direkt am PC, Smartphone oder Tablet ausfüllen und bearbeiten können.

Quellen:

Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P et al. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017. Download: https://images.skintghent.be/20184916028778_globiadenglish.pdf; Letzter Zugriff 30.05.2025

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (MMS) in Deutsch - Entwurfsfassung im Internet: https://www.bfarm.de/DE/Ko-diersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html; Letzter Zugriff 30.05.2025

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V.: S2K-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum, 4.1, 2024, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-009>; letzter Zugriff 10.05.2025

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hrsg. (2. Akt. 2025): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Hrsg. (2. Akt. 2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Osnabrück

European Ulcer Advisory European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin. AWMF S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. AWMF-Registernummer: 065/003. 2024.

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin S2k-Leitlinie: Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen. AWMF-Registernummer: 044-001, 2021.

LeBlanc K et al. State of the science: Consensus statements for the prevention, prediction, assessment and treatment of skin tears. Advances in Skin and Wound Care. 2011.

Lipsky BA, Berendt AR, Deery HG et al. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis 2004; 39 (7): 885-910.

International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP): <https://www.skintears.org/resources> Letzter Zugriff 24.06.2025

IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. Deutsche Übersetzung in Auftrag und Verantwortung der AG Fuß in der DDG, 2023.

Lurie F, Passman M, Meisner M et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2020; 8(3): 342-352.

Mills JL Sr. Update and validation of the Society for Vascular Surgery wound, ischemia, and foot infection threatened limb classification system. Semin Vasc Surg. 2014; 27(1): 16-22.

Morbach S, Eckhard M, Lobmann R et al. Diabetisches Fußsyndrom. Diabetologie 2020; 15 (Suppl 1): S206-S215.

National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP): www.npiap.com

Protz K. Moderne Wundversorgung. Praxiswissen. 10. Auflage. Elsevier Verlag, München, 2022.

Schaper NC. Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. Diabetes Metab Res Rev 2004; 20 (Suppl. 1): S90-S95. Review

Erfahren Sie mehr unter www.molnlycke.de

Mölnlycke Health Care GmbH, Grafenberger Allee 297, 40237 Düsseldorf, Tel +49 211 920 88 0, Fax +49 211 920 88 170, info.de@molnlycke.com
Die Namen Mölnlycke Health Care und das Safetac Logo sowie alle genannten Produkte sind weltweit eingetragene Marken eines oder mehrerer Mitglieder der Mölnlycke Health Care Unternehmensgruppe. ©2023 Mölnlycke Health Care. Alle Rechte vorbehalten. DWC0146 / Stand: Juli 2025

