

**Behandlungsstandard:
Inkontinenz Assoziierte
Dermatitis (IAD)**

WZ-BS-012 V05
Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)

gültig bis: 07.02.2026

**Wundzentrum
Hamburg**
- überregionales Wundnetz -

Seite 1 von 5

Ziele

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
- Klare Abgrenzung zu Dekubitus und anderen Wunden
- Vermeiden von Komplikationen
- Förderung der Lebensqualität

Definition

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. Eine IAD ist klar von einem Dekubitus und anderen Wunden abzugrenzen, wobei auch mehrere Krankheitsbilder zugleich vorliegen können. Es gibt Hinweise darauf, dass eine IAD eventuell die Entstehung eines Dekubitus begünstigt. Nicht alle inkontinenten Patienten entwickeln eine IAD.

Risiko- und Einflussfaktoren

- Stuhlinkontinenz oder Stuhl- und Urininkontinenz
- Vermehrt Körperflüssigkeiten auf der Haut, z. B. komplette Urininkontinenz
- Vermehrte Urinausscheidung durch Hyperglykämie
- Flüssiger Stuhl mit einer hohen Entleerungsfrequenz
- Verwendung okklusiver Inkontinenzprodukte, zu langes Belassen bzw. zu später Wechsel von Inkontinenzprodukten
- Höheres Lebensalter
- Mobilitätseinschränkungen
- Pflegebedürftigkeit
- Hautreinigungsprodukte, z. B. basische Produkte, Alkohol und falsche Hautpflege, z. B. zu viel Wasser, zu hohe Temperatur
- Reibung/Scherkräfte innerhalb der Epidermis
- Sensorische Einschränkungen
- Einnahme bestimmter Arzneimittel, z. B. Antibiotika, Immunsuppressiva, Medikamente, die die Stuhlfrequenz erhöhen
- Einschränkungen in der eigenen Körperhygiene
- Schlechter Hautzustand, z. B. Xerosis cutis, Cortisonhaut, durch Diabetes mellitus, durch höheres Lebensalter
- Schlechter Ernährungs-/Flüssigkeitszustand
- Allergien (Nahrungsmittel, Malabsorption)

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzende WZHH
Datum: 08.02.2024	Datum: 08.02.2024	Datum: 08.02.2024

Ursachen

Dauerhafte Feuchtigkeit auf der Haut führt zum Aufquellen der oberen Hautschicht (Stratum corneum) und kann so eine Störung der Hautbarriere bewirken. Insbesondere durch Stuhlinkontinenz, alleine oder in Kombination mit Urininkontinenz, wird die Entstehung der IAD begünstigt. Der Einfluss der Urininkontinenz ist abhängig von ihrer Ausprägung.

Stuhlinkontinenz

Durch Aktivität der Stuhlenzyme werden Eiweiß und Fette gespalten, das Stratum corneum angegriffen, und der pH-Wert der Haut erhöht sich. Zudem kommt die Haut vermehrt mit Bakterien und Mikroben in Kontakt und ist durch die gestörte Hautbarriere angreifbarer.

Urininkontinenz

Der Urin schädigt durch Ammoniak die Schutzbarriere der Haut und erhöht so ebenfalls deren pH-Wert. Urin interagiert zudem mit Stuhl und aktiviert die Stuhlenzyme.

Erscheinungsbild und Symptome

Lokalisation: feuchte Kontaktflächen, z. B. perineal, perianal, Gesäßfalten, Innenseite der Oberschenkel

Entzündliche Hautveränderung mit:

- Ekzembild (Rötung, Schuppung, Schwellung, Überwärmung, z. T. Bläschenbildung, Krusten) bis Mazeration
- Häufig Ammoniakgeruch
- Schädigung bis Zerstörung der Oberflächenhaut (Epidermis) = Verlust der Barrierefunktion der Haut
- Oberflächliche, nässende Wunden
- Je nach Ausmaß treten lokale Blutungen bis ausgedehnte Erosionen auf
- Schmerzen, z. T. Juckreiz
- Zum Teil lokale Infektion, z. B. mit Candida albicans, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Streptokokken

Kategorisierung der IAD (nach GLOBIAD Ghent Global IAD Categorisation Tool, 2017) (siehe Information (IN 008) „Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen“)

Kategorie 1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion	Entscheidendes Kriterium: <ul style="list-style-type: none">• Verschiedene Rottöne können vorliegen; bei dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen Zusätzliche Kriterien: <ul style="list-style-type: none">• 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 1B – Anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion	Entscheidende Kriterien: <ul style="list-style-type: none">• Anhaltende Rötung• Infektanzeichen: z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf Pilzinfektion mit Candida albicans) Zusätzliche Kriterien: <ul style="list-style-type: none">• 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: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> Anhaltende Rötung; 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 2B – Hautverlust mit klinischen Zeichen einer Infektion	Entscheidende Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> 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 Infektanzeichen: z. B. weiß schuppige Haut oder Satellitenläsionen, sichtbare Beläge (gelb/braun/grau/grün), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund Zusätzliche Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> Siehe Kategorie 2A

Abgrenzung der IAD gegenüber Dekubitus oder Hautschädigungen durch klebende Verbandmittel (MARSI) Verweis			
Diagnose	Dekubitus	Inkontinenz Assoziierte Dermatitis	Hautschädigungen durch klebende Verbandmittel (MARSI)
Ursache	Druck und/oder Scherkräfte	Ausscheidungen (Stuhl/Urin), z. B. Diarrhoe, Harninkontinenz	Pflaster und Verbände
Lokalisation	Wunde über Knochenvorsprung	Kann über Knochenvorsprung sein; Feuchtigkeit durch Ausscheidungen muss vorliegen; Druck und/oder Scherkräfte ausschließen	Überall, wo Pflaster und Verbände sind
Ausprägung	Rötung/Wunde ist lokal begrenzt	Diffuse, oberflächliche Hautveränderungen	Haben meist die Form des Verbandmittels; können als Hautverfärbung, Kontaktdermatitis oder in Form von verletzter oder abgezogener Haut in Erscheinung treten
Nekrose	Möglich	Nein	Nein, Blutkrusten möglich
Ränder	Ausgeprägte, abgegrenzte Wundränder	Diffuse, ungleiche Ränder	Abgegrenzt auf Verbandmittel
Farbe	Nicht wegdrückbare Rötung = Dekubitus Kategorie I nach EPUAP	Wegdrückbare, häufig inhomogene Rötung; an den Rändern oft Mazeration	Hautverfärbung möglich

Quelle: EPUAP (2005), Defloor et al. (2005), WUWHS Dekubitusprophylaxe: Prävalenz und Inzidenz im Kontext (2009)
Siehe Behandlungsstandard (BS 007) „Hautschädigungen durch klebende Verbandmittel – MARSI“

Maßnahmen /Therapie

- Regelmäßige Hautinspektion auf farbliche Veränderungen
- Schmerzen erfragen
- Ausscheidungen zeitnah entfernen und Haut sofort trocknen
- Fernhaltung von Stuhl und Urin
- Starke Reibung und grobes bzw. unsanftes Abtrocknen der Haut vermeiden, weiche Materialien verwenden
- Schonende Hautreinigung: keine alkalischen Seifen oder Produkte mit anionischen Tensiden nutzen; Einsatz von pH-hautneutralen Hautmitteln, die die Festigkeit und Regeneration der Epidermis unterstützen und zur Anwendung bei Inkontinenz ausgewiesen sind; aus hygienischen Gründen Einmalwaschlappen verwenden
- Wasser sparsam und lauwarm verwenden; ggf. Einsatz von sog. No-Rinse-Produkten (Feucht-/Reinigungstücher), die, neben waschaktiven Substanzen, rückfettende und hautschützende Stoffe enthalten und nicht abgewaschen werden müssen
- Einsatz von schützenden Hautmitteln zum Verbleib, wie transparenten Hautschutzfilmen, -tüchern, -sprays, die z. B. Silikone, Acrylat Terpolymere, Wachse enthalten und Barriere-Cremes (z. B. weiche Zinkcreme; keine Zinkpaste!) oder eines weichen antimikrobiellen (Silber) Textils
- Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. Fäkal Kollektoren, Urinalkondomen, Analtampons, Stuhl drainagesystemen
- Ausscheidungsprotokolle führen, um Anhaltspunkte für präventive Maßnahmen und Hilfsmiteinsatz zu haben
- Einsatz von körpernahen aufsaugenden (z. B. Inkontinenzprodukte mit superabsorbierenden Polymeren) und atmungsaktiven Hilfsmitteln. Diese sollten der Inkontinenzform, d. h. der Ausscheidungsfrequenz, dem -volumen, der Flussrate der Inkontinenz, dem Geschlecht, der Größe, dem Level der Absorptionsfähigkeit und den körperlichen und mentalen Fähigkeiten der betroffenen Person angepasst sein und individuell gewechselt werden
- Einsatz von körperfernen, aufsaugenden und atmungsaktiven Hilfsmitteln, z. B. Nutzung von Bettelagen, Matratzen, Überzügen
- Bei Bettlägerigkeit: Seiten-/Bauchlagerung
- Ausschluss von Superinfektion (Bakterien, Pilze) und anderer dermatologischer Erkrankungen (z. B. Psoriasis, Herpes zoster); ggf. Dermatologen hinzuziehen
- Nach ärztlicher Diagnostik weiterführende Therapie, z. B. Keimbehandlung; bei starker Entzündung antientzündliche Therapie mit topischen niedrigpotenten Glukokortikoiden in geeigneter Grundlage wie Lotionen, Cremes oder Salben.

Hinweise

Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Incontinence-Associated Dermatitis, Incontinence, and Moisture as Risk Factors for Pressure Ulcer Development. Res Nurs Health 2014; 37(3): 204-218.

Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015.

Sonderdruck DNQP Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege", Osnabrück 2023

EPUAP Statement: Pressure Ulcer Classification Differentiation Between Pressure Ulcers And Moisture Lesions, Volume 6, Number 3, 2005 and Defloor et al. (2005), J WOCN

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

Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. Int J Nurs Stud. 2014; 51(10): 1373-1380.

Junkin J, Selekof J L. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. J Wound Ostomy Continenace Nurs. 2007; 34(3): 260-269.

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D) Englische Originalfassung: Junkin 2008, Deutsche Originalfassung (modifiziert): Steininger, Jukic-Puntigam 2015, Stand: Mai 2015 (Internet: http://www.facultas.at/zinfo/9783708913919/IADIT-D_final.pdf)

AWMF-Leitlinie der Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und dem BVDD. Kontaktekzem. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013-055, 2021

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
08.02.2024	08.02.2024	08.02.2024	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 1. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung