



University Centre for  
Nursing and Midwifery  
[www.ucvvgent.be](http://www.ucvvgent.be)



# GLOBIAD

Ghent Global IAD Categorisation Tool

## THE GHENT GLOBAL IAD CATEGORISATION TOOL

Deutsche Version

Version 1.0 - Juni 2017



[www.skintghent.com](http://www.skintghent.com)



## VORWORT

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine spezifische Art der irritativen Kontaktdermatitis, charakterisiert durch Rötungen und Ödeme der perianalen oder -genitalen Haut. In manchen Fällen geht die IAD mit Blasen, Erosionen oder sekundären Infektionen der Haut einher (Gray et al., 2012). Die Ursachen der IAD sind komplex und multifaktoriell (Beeckman et al., 2009). Sowohl übermäßige Feuchtigkeit der Hautoberfläche, die zu einer Hautmazeration führt, als auch chemische und physische Irritationen erhöhen die Durchlässigkeit der Haut, wodurch ihre Barrierefunktion beeinträchtigt wird (Mugita et al., 2005).

Die Prävalenz der IAD und die Inzidenz variieren je nach Setting und Population. Die Prävalenz der IAD wird zwischen 5,7% und 22,8% und die Inzidenz der IAD wird zwischen 3,4% und 50% geschätzt (Gray et al., 2012). Diese Unterschiede lassen sich dadurch erklären, dass es einerseits keine international anerkannten Diagnosekriterien und andererseits potenzielle Verwechslungen mit oberflächlichen Dekubiti oder anderen Hauterkrankungen gibt (Beeckman et al., 2007). Ein aktueller Cochrane Review zeigte eine erhebliche Heterogenität hinsichtlich der berichteten Ergebnisse und der Instrumente in der IAD Forschung auf (Beeckman et al., 2016).

Wir freuen uns, Ihnen das "Ghent Global IAD Categorisation" Instrument (GLOBIAD) vorstellen zu dürfen. Das Instrument ist das Ergebnis eines zweijährigen Projekts mit 22 internationalen ExpertInnen und 823 KlinikerInnen aus 30 Ländern. Das GLOBIAD kategorisiert den Schweregrad der IAD basierend auf einer visuellen Inspektion der betroffenen Hautstellen. Das Instrument zielt darauf ab, eine international anerkannte Beschreibung des Schweregrads der IAD zu entwickeln und die Dokumentation der IAD in der klinischen Praxis und Forschung zu standardisieren.

Das GLOBIAD steht nun zur Einführung in die klinische Praxis zur Verfügung.  
Möchten Sie uns Feedback geben? Bitte kontaktieren Sie uns via email: [SKINT@UGent.be](mailto:SKINT@UGent.be)

Mit freundlichen Grüßen

**Dimitri Beeckman, RN, PhD**

Professor of Skin Integrity and Clinical Nursing

Ghent University, University Centre for Nursing and Midwifery, Skin Integrity Research Group (SKINT), Belgium

**Karen Van den Bussche, RN, MSc**

PhD student

Ghent University, University Centre for Nursing and Midwifery, Skin Integrity Research Group (SKINT), Belgium

**Jan Kottner, RN, PhD**

Scientific Director

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Clinical Research Center for Hair and Skin Science, Germany

### WIE DIESES DOKUMENT ZITIERT WERDEN SOLLTE

Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de Groot T., De Meyer D., Dunk A.M., Fourie A., García-Molina P., Gray M., Iblasi A., Jelnes R., Johansen E., Karadağ A., LeBlanc K., Kis Dadara Z., Long M.A., Meaume S., Pokorna A., Romanelli M., Ruppert S., Schoonhoven L., Smet S., Smith C., Steininger A., Stockmayr M., Van Damme N., Voegeli D., Van Hecke A., Verhaeghe S., Woo K. and Kottner J. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017. Available to download from [www.UCVGent.be](http://www.UCVGent.be)

© Beeckman D. & Van den Bussche K., 2017

## Kategorie 1: Anhaltende Rötung

### 1A - Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion



#### Entscheidendes Kriterium

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

#### Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

# 1A

## 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 PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.*
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

# 2A

### 1B - Anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion



#### Entscheidende Kriterien

- Anhaltende Rötung  
*Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen 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 von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

# 1B

### 2B - Hautverlust mit klinischen Zeichen einer Infektion



#### Entscheidende Kriterien

- 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.*
- 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 (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit Pseudomonas aeruginosa), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.*

#### Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung  
*Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.*
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

# 2B

Die Kategorien beziehen sich nicht zwangsläufig auf die natürliche Entwicklung einer IAD und sind nicht dazu gedacht zu erklären, wie eine IAD entsteht oder fortschreitet. Dieses Instrument zur IAD Kategorisierung kann sowohl in der Messung der IAD Prävalenz und Inzidenz als auch in der Forschung nützlich sein.

## KATEGORIE 1: ANHALTENDE RÖTUNG

### Kategorie 1A: Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion

#### Entscheidendes Kriterium

##### Anhaltende Rötung

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

#### Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen



### Kategorie 1B: Anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion

#### Entscheidende Kriterien

##### Anhaltende Rötung

Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen 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 von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen



## KATEGORIE 2: HAUTVERLUST

### Kategorie 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 PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen



### Kategorie 2B: Hautverlust mit klinischen Zeichen einer Infektion

#### Entscheidende Kriterien

#### 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.

#### 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 (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.

#### Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung  
Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen



## GLOSSAR

<b>Blase, groß (Bulla)</b>	Eine umschriebene Läsion > 1 cm Durchmesser, die Flüssigkeit (klar, serös oder hämorrhagisch) beinhaltet
<b>Blase, klein (Vesicula)</b>	Eine umschriebene Läsion ≤ 1 cm im Durchmesser, die Flüssigkeit (klar, serös oder hämorrhagisch) beinhaltet
<b>Erosion</b>	Verlust entweder eines Teils oder der gesamten Epidermis
<b>Exkoration</b>	Ein Verlust der Epidermis und eines Teils der Dermis durch Kratzen oder eine exogene Verletzung
<b>Hautläsionen</b>	Überbegriff aller Hauterscheinungen
<b>Mazeration</b>	Hautoberfläche erscheint aufgeweicht durch konstante Feuchtigkeit – häufig weiß
<b>Papel</b>	Eine erhöhte, feste, tastbare Läsion, die ≤ 1 cm Durchmesser hat
<b>Pustel</b>	Eine umschriebene Läsion, die Eiter enthält
<b>Satellitenläsionen</b>	Kleine Läsionen um eine große Läsion herum
<b>Schuppe</b>	Eine sichtbare Anhäufung von Keratin, bildet eine flache Platte oder Flocke
<b>Schwellung</b>	Vergrößerung durch Ansammlung von Ödemen oder Flüssigkeit, einschließlich Blut

## REFERENZEN

Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Gunningberg L, Heyman H, Lindholm C, Paquay L, Verdú J and Defloor T. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *Journal of advanced nursing* 2007; 60: 682-91.

Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of advanced nursing* 2009; 65: 1141-54.

Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, Gray M, Woodward S, Fader M, Van den Bussche K, Van Hecke A, De Meyer D and Verhaeghe S. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *The Cochrane Library* 2016.

Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, Selekof J, Doughty D and Kurz P. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN* 2012; 39: 61-74.

Mugita Y, Minematsu T, Huang L, Nakagami G, Kishi C, Ichikawa Y, Nagese T, Oe M, Noguchi H, Mori T, Abe M, Sugama J and Sanada H. Histopathology of incontinence-associated skin lesions: inner tissue damage due to invasion of proteolytic enzymes and bacteria in macerated rat skin. *PLoS one* 2015; 10: e0138117.



## CONTACT

University Centre for Nursing and Midwifery  
Skin Integrity Research Group (SKINT) | Ghent University.  
Corneel Heymanslaan 10 | B-9000 Ghent | BELGIUM  
[www.UCVVGent.be](http://www.UCVVGent.be) | [SKINT@UGent.be](mailto:SKINT@UGent.be)  
Tel. +32 (0)9 332 83 92

## TRANSLATION

The ISPOR guideline was used for the translation.  
Translators: Hödl M., Köberich S., Kohler M., Müller G., Schiess C.,  
Schumacher P., Spitz-Köberich C. & Steininger A.