

Leseprobe zum Download



Liebe Besucherinnen und Besucher unserer Homepage,

tagtäglich müssen Sie wichtige Entscheidungen treffen, Mitarbeiter führen oder sich technischen Herausforderungen stellen. Dazu brauchen Sie verlässliche Informationen, direkt einsetzbare Arbeitshilfen und Tipps aus der Praxis.

Es ist unser Ziel, Ihnen genau das zu liefern. Dafür steht seit mehr als 25 Jahren die FORUM VERLAG HERKERT GMBH.

Zusammen mit Fachexperten und Praktikern entwickeln wir unser Portfolio ständig weiter, basierend auf Ihren speziellen Bedürfnissen.

Überzeugen Sie sich selbst von der Aktualität und vom hohen Praxisnutzen unseres Angebots.

Falls Sie noch nähere Informationen wünschen oder gleich über die Homepage bestellen möchten, klicken Sie einfach auf den Button „In den Warenkorb“ oder wenden sich bitte direkt an:

FORUM VERLAG HERKERT GMBH

Mandichostr. 18

86504 Merching

Telefon: 08233 / 381-123

Telefax: 08233 / 381-222

E-Mail: service@forum-verlag.com

www.forum-verlag.com

4.3 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

4.3.1 Der Weg zur Einführung des ersten nationalen Expertenstandards in der Pflege

*Entwicklung
des ersten
Experten-
standards*

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege war der erste Expertenstandard, der entwickelt wurde. Er hat einen langen Weg bis zur Veröffentlichung.

Bereits 1985 forderte die WHO bis 1990 „*effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung*“ einzuführen. Dieses Thema wurde mehrfach im Sachverständigenrat aufgegriffen, jedoch ohne Qualitätsrichtlinien erfolgreich festlegen zu können. 1996 befassten sich die Landesgesundheitsminister umfassend mit dem Thema Qualität. 1998 beauftragte die Gesundheitsministerkonferenz eine Arbeitsgruppe, eine nationale Strategie zu entwickeln. Aus verschiedenen Spitzenorganisationen und der Wissenschaft erarbeiteten Experten und Vertreter gemeinsame Ziele für eine einheitliche Qualität.

*Gemeinsame
Ziele*

Elf Ziele wurden als Kernpunkte aufeinander aufbauend von Krankenkassenvertretern, Pflege, Patientenvertretern, Wissenschaft und der Krankenhausgesellschaft unterstützt und von der Gesundheitsministerkonferenz 1999 verabschiedet. Gegen die Arbeitsergebnisse legten die Bundesärztekammer und die kassenärztliche Bundesvereinigung einen generellen Vorbehalt für die Ergebnismessung ein.

4.3.1.1 Hintergrund der Entwicklung

Qualitätsziele und Qualitätsstrategie für das deutsche Gesundheitswesen

- Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen
- Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sektorenübergreifend gestalten
- Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stärken
- Datenlage zur Qualitätsbewertung verbessern
- Qualität darlegen
- Qualitätsorientierte Steuerung weiterentwickeln
- Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung setzen
- Unterstützung und Moderation für Qualitätsentwicklung weiterentwickeln
- Verstärkte Koordination bei der Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundes- und Länderebene
- Professionalität auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln
- Eine Evaluation soll nach fünf Jahren durch ein unabhängiges Institut durchgeführt werden. Mit allen Beteiligten der Spitzenorganisationen des

deutschen Gesundheitswesens sollen dann die Ergebnisse dieser Evaluation auf einer nationalen Konferenz diskutiert werden“

(In Anlehnung an: M. Gruhl, Senat für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Bremen in: DNQP, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, FH Osnabrück, 2. Aufl., 1999 – 2002)

Zentrale Ziele / Funktionen von Expertenstandards

- Die berufliche Tätigkeit und Verantwortung ist definiert.
- Es erfolgen Impulse für Innovation und Veränderung.
- Ein einheitliches Niveau der Berufsausübung ist gegeben.
- Die berufliche Identität und Beweglichkeit werden gefördert.
- Ein konstruktiver Dialog über Gesundheitsfragen mit anderen Gesundheitsberufen wird gefördert und dargestellt.
- Sie sind auf die Gesundheitsbedürfnisse der Gesellschaft ausgerichtet (für die sie erarbeitet werden).
- Auskunft über die Verantwortung der Pflege gegenüber: der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber, der Berufsgruppe und den einzelnen Teilnehmern der Berufsgruppe
- Die Standards müssen sich innerhalb der Ressourcen der Gesellschaft, für die sie bestimmt sind, bewegen.
- Die Wirkung der pflegerischen Interventionen muss kontrollierbar sein.
- Fachliche und ethische Inhalte sind zu transportieren.
- Die Ziele komplexer pflegerischer Aufgaben sind wiederzugeben.
- Transparenz der Handlungen
- Darstellen der Professionalität
- Darstellen der Handlungsalternativen und -spielräume
- Einheitliche Abläufe und methodische Sicherheit werden gewährleistet.

Transparenz Somit hat Pflege auf dieser Basis eine Chance, mit der Entwicklung von Standards auf Experten- und Praxisebene für Transparenz zu sorgen. Pflege ist an der Implementierung explizit verantwortlich, führt die Evaluation der fachlich durchgeführten Pflege nach nationalem Standard durch und kann sich auf dieser Basis optimal an der Weiterentwicklung der Standards beteiligen.

Abgrenzung Laut ICN sind Standards nicht mit Handlungsrichtlinien (engl. procedures) zu verwechseln. Handlungsrichtlinien sind knappe Arbeitsablaufbeschreibungen und technische Anweisungen. Für Handlungsrichtlinien werden keine aufwendigen Konsensfindungen benötigt. Dennoch unterliegen Handlungsrichtlinien entsprechenden Qualitätsanforderungen. Eine dieser Qualitätsanforderung, ist eine kontinuierliche Überprüfung und Aktualisierung der Handlungsrichtlinien.

4.3.1.2 Die Erarbeitung des Expertenstandards Dekubitus

DNQP

In Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke erfolgte die Erarbeitung der ersten Fassung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe. Christel Bienstein wurde 1999 die Leitung der ersten Expertenarbeitsgruppe vom Lenkungsausschuss des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege übertragen. Gemeinsam mit elf weiteren Gruppenmitgliedern, die über umfangreiche praktische und wissenschaftliche / theoretische Erfahrung zum Thema Dekubitusmanagement verfügen, wird der Expertenstandard erarbeitet. Um die Erfahrungen und das Wissen der unterschiedlichen Bereiche mit einfließen zu lassen, wird Wert darauf gelegt, dass Fachvertreter aus stationären und ambulanten Kranken- oder Altenpflegeeinrichtungen einbezogen werden.

*Kriterien-
diskussion*

Die erste Konsensus-Konferenz zum Expertenstandard Dekubitus hatte das Ziel, mit einer breiten Fachöffentlichkeit aus Vertretern der Pflege die Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zu diskutieren. So sollte ein hohes Niveau der Übereinstimmung zur angestrebten Qualität in der Pflege in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe erreicht werden.

Zu einer entsprechenden Konferenz wurden Fachvertreter aus Pflegepraxis und Pflegewissenschaft eingeladen. Ebenfalls vertreten waren Qualitätsverantwortliche aus den DNQP-Mitgliedseinrichtungen. Diese Gruppe war im Vorfeld bereits an der Fachdiskussion beteiligt. Vor der Konferenz waren bereits andere Organisationen, Spitzenverbände und Experten anderer Disziplinen im Gesundheitswesen um schriftliche Stellungnahme, in Bezug auf den Expertenstandardentwurf und die geplante Umsetzung, gebeten worden.

*Vorbereitung
der Konferenz*

Zur Vorbereitung auf die Konferenz wurden allen Teilnehmern drei Wochen vorher Arbeitsunterlagen zugesandt. Diese Arbeitsunterlagen enthielten den Expertenstandard – Entwurf, Ausführungen zur Ausgangslage der Konferenz und zur Zielsetzung des Standards – die gesundheitspolitischen Kriterien und Informationen zur Literatur. Vertreter der Bundes- und Landesärztekammer, der medizinischen Fachgesellschaften ebenso wie Berufsgruppen, die ebenfalls mit dieser Thematik beschäftigt sind, so z. B. Patienten- und Verbraucherverbände, Kranken- und Pflegeversicherungsträger, oder Gruppen aus der Politik waren als Konferenz-Beobachter eingeladen worden. Sie sollten zu den Konferenzergebnissen Stellung nehmen.

2010 wurde der Expertenstandard einer Überarbeitung und Evaluierung unterzogen, um den neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand einzubeziehen und neue Forschungsergebnisse zu berücksichtigen. Im Juni 2010 wurde die vorläufige aktualisierte Fassung ins Internet gestellt und so zur Diskussion in der Fachöffentlichkeit freigegeben. Erarbeitet hat diesen Entwurf und auch die

nachfolgende endgültige Fassung eine Expertenarbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Theo Dassen von der Humboldt-Universität Berlin. Der endgültige Expertenstandard und die aktualisierten Standardkriterien wurden im Dezember 2010 veröffentlicht.

4.3.1.3 Gesundheitspolitische Relevanz des Expertenstandards Dekubitus

Definition des Druckgeschwürs

„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.“ (In Anlehnung an die internationale Definition eines Druckgeschwürs der NPUAP / EPUAP, 2009)

Erhebungen zur Häufigkeit

5 bis 10 % der Krankenhauspatienten (nach Pelka, 1997), 30 % der Patienten in geriatrischen Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen und 20 % der Patienten in der häuslichen Pflege (Schöffski, 1998) sind nach Expertenschätzungen von Dekubitalulcera betroffen.

Folgen des Dekubitus

Grundsätzlich sind Dekubitalulcera mit Schmerzen und Einschränkungen der Selbstständigkeit und / oder sozialer Isolation verbunden. Damit führen Dekubitalulcera allgemein zu einer Verminderung der Lebensqualität.

Kosten

Ein weiteres Problem bereiten den Krankenkassen und damit der Gesellschaft die erheblichen Kosten. Durch die Therapien der Dekubitalgeschwüre entstehen in Deutschland jährlich Kosten in Höhe von bis zu 3,5 Milliarden Euro. Ca. 500 Millionen Euro könnten durch eine konsequente Dekubitusprophylaxe pro Jahr allein bei der Reduktion von Dekubitalulcera von Grad 3 und Grad 4 eingespart werden.

4.3.1.4 Grundlegende Hinweise zum aktualisierten Expertenstandard Dekubitusprophylaxe und der Funktion der Pflege

Auf der Grundlage der aktualisierten Literaturstudie stehen sämtliche Interventionen, die zu einer Druckumverteilung führen, im Vordergrund der pflegerischen Dekubitusprophylaxe. Einen hohen Stellenwert hat, wie bereits in der Vorgängerversion, die aktive und passive Bewegungsförderung. Die Verhinderung

des Dekubitus ist eine der vorrangigen Zielsetzungen des Expertenstandards. Der Entstehung eines Dekubitus kann in der Regel entgegengewirkt werden, (siehe Ergebniskriterium 6).

Es wird nochmals hervorgehoben, dass dieses Ziel nicht bei allen Patienten / Bewohnern erreichbar ist. Dies ist z. B. der Fall, wenn die prophylaktischen Maßnahmen nicht konsequent angewendet werden können, weil die gesundheitliche Situation dies nicht zulässt, wie z. B. bei lebensbedrohlichen Zuständen. Hier fordert die Situation des Betroffenen eine andere Prioritätensetzung (z. B. bei Menschen in der Terminalphase) oder wenn die Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen durch gravierende Störungen der Durchblutung z. B. bei der Verabreichung von zentralisierenden Medikamenten verhindert wird.

Welcher Beitrag soll im Rahmen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe hauptsächlich von der Pflege geleistet werden?

- *Die Versorgung der Patienten / Bewohner findet meist berufsgruppen- und häufig auch sektorenübergreifend statt.*
- *Patient / Bewohner, Hilfskräfte und Angehörige sind mit eingebunden und beteili.t.*
- *Die Vermeidung des Dekubitus muss daher in Zusammenarbeit mit allen Akteuren erfolgen.*
- *Die Delegation von Aufgaben von der Pflegefachkraft zur Pflegehilfskraft erfolgt immer im Rahmen der Verantwortlichkeit.*
- *Hilfsmittel und Technik werden zur sinnvollen Unterstützung eingesetzt.*
- *Der Bewohner / Patient erhält die notwendige Förderung, Anleitung und Unterstützung bei der körpereigenen Bewegung.*

Was bedarf es zur Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe?

- *Gemeinsame Anstrengung der Betriebsleitung, des Pflegemanagements, der Pflegefachkräfte und gegebenenfalls weiterer Gesundheitsberufe*
- *Die Betriebsleitung und das Pflegemanagement tragen die Verantwortung für die Bereitstellung von Wissen, geeigneten Hilfsmittel und Materialien.*
- *Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Erwerb von Wissen und die Umsetzung des Standards im klinischen Alltag.*

4.3.2 Inhalte der Präambel

Was beinhaltet die Präambel des Expertenstandards?

Da es in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens Patienten / Bewohner gibt, die druckgefährdet sind, richtet sich der Expertenstandard an alle Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen. Der Standard bezeichnet in seiner weiteren Ausführung die einzelnen Berufsgruppen als Pflegefachkraft. Druckgefährdete Personen oder Personen mit einem Dekubitalulcera werden im Expertenstandard als Patient / Betroffener bezeichnet.

Literatur-recherchen

Für den Expertenstandard wurden umfassende Literaturrecherchen der nationalen und internationalen Fachliteratur herangezogen. Für den Expertenstandard wurden vorrangig randomisierte, kontrollierte Studien recherchiert und einbezogen. Außerdem wurde auf Praxisexpertise der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe zurückgegriffen.

Der Expertenstandard ist in seiner inhaltlichen Gestaltung auf kurze eindeutige Standardaussagen mit einer inhaltlichen Begründung und messbaren Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ausgelegt.

Den allgemeinen Qualitätskriterien und Qualitätszielen kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie richtungsweisend für die Implementierung der Standards in die Pflegepraxis sind. Aus den entsprechenden Zielen und Kriterien lassen sich Anhaltspunkte für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Praxis ableiten.

Die Pflege richtet sich im Rahmen der Edukation an alle in der Pflege Beteiligten. Edukation besagt:

- *Beraten*
- *Informieren*
- *Anleiten*
- *Schulen*
- *Überprüfen*

Orientierung der Pflege

Die Pflege orientiert sich an den körperlichen, psychischen, sozialen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten / Bewohner. Der Pflegeprozess stützt sich auf aktuelles wissenschaftlich belegtes Fachwissen. Die Qualitätsmessung und der Qualitätsnachweis erfolgen, indem der Pflegeprozess klar, präzise und nachvollziehbar und somit aussagekräftig dokumentiert wird. Entsprechend dem Expertenstandard kann die Qualität zum Wohle des Patienten / Betroffenen nur

gestaltet werden, wenn mit anderen Gesundheitsfachberufen zusammengearbeitet wird. Im Expertenstandard wird darauf hingewiesen, dass die Delegation von Tätigkeiten von der Pflegefachkraft an die Pflegehilfskräfte in Form der Verantwortlichkeit erfolgt. Hilfsmittel sollen als sinnvolle Unterstützung gesehen werden, können aber die notwendige Förderung, Anleitung und Unterstützung des Patienten / Betroffenen bei Mobilisation oder Lagewechsel usw. nicht ersetzen.

4.3.3 Grundvoraussetzungen zur Implementierung des Expertenstandards

Notwendige Unterstützung

Das Pflegemanagement und die Betriebsleitung müssen die Umsetzung des Expertenstandards wollen. Ohne das Wollen und die Unterstützung werden Implementierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung nicht möglich sein.

Wer trägt welche Verantwortung?

Management und Betriebsleitung

- *Bereitstellung von Hilfsmitteln und Materialien*
- *Bereitstellung von Wissen*
- *Den Erwerb von aktuellem Wissen ermöglichen*

Pflegefachkräfte

- *Verantwortung für den Erwerb von Wissen (Wissensaktualisierung)*
- *Die Umsetzung des Wissens in die Praxis*
- *Dokumentation*
- *Auswertung der durchgeführten Pflege*
- *Rückmeldung / Darstellung der Ergebnisse an die verantwortlichen Leitungskräfte*

4.3.4 Kriterien des Expertenstandards und ihre Umsetzung

4.3.4.1 Standardaussage

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege beinhaltet folgende Standardaussage:

„Jeder dekubitusgefährdete Patient / Betroffene erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.“ (Stand Dezember 2010)

Die Begründung für diese Aussage:

Gravierendes
Gesundheits-
risiko

„Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten / Betroffener. Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Ausnahmen sind in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätensetzungen oder im Gesundheitszustand der Patienten / Bewohner begründet. Von herausragender Bedeutung für eine erfolgreiche Prophylaxe ist, dass Pflegefachpersonal die systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten / Bewohnern, Bewegungsförderung, Druckentlastung und -verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.“

4.3.4.2 Standardkriterien

Sechs
Kriterien

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe zeigt jeweils sechs Kriterien im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf (siehe Dokumente / Prophylaxen / Dekubitusprophylaxe / Expertenstandard).

Strukturqualität**S1:**

Die Pflegekraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.

Für die Umsetzung heißt dies:

- Die Einschätzung des Dekubitusrisikos beruht auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.
- Dies entspricht den gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Versorgung und das Handeln der Pflegefachkräfte.
- Die Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen muss auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse beruhen.
- Die Pflegekraft kennt die Braden-Skala und ihre einzelnen Kriterien.
- Die Pflegefachkraft kennt die Risiken, die zu einer Dekubitusentstehung führen und die Zusammenhänge dieser Kriterien.
- Die Ätiologie und Prophylaxe von Dekubitus sind beständig Thema der Pflegeforschung und der Forschung benachbarter Disziplinen.
- Einmalig erworbenes Wissen, z. B. in der Ausbildung, ist für eine effektive Dekubitusprophylaxe im Laufe der weiteren Berufsausübung einer Pflegefachkraft nicht ausreichend.
- Pflegefachkräfte müssen über aktuell gültiges Wissen zur Dekubitusentstehung (Pathogenese und Ätiologie) verfügen

- Jede Pflegefachkraft muss in der Lage sein das Dekubitusrisiko systematisch, rechtzeitig und sicher einzuschätzen.

Faktoren für die Entstehung eines Dekubitus

- Eine zentrale Rolle bei der Entstehung des Dekubitus spielen Einschränkungen in Aktivität und Mobilität.
- Ob eine Person, die vermehrten mechanischen Belastungen ausgesetzt ist, einen Dekubitus bekommt, ist abhängig von der Dauer und Stärke der einwirkenden Kräfte und davon, ob weitere Risikofaktoren vorliegen.
- Weitere Risikofaktoren können biologischer Natur sein, wie z. B.: Konstitution, bestimmte Erkrankungen und Gesundheitsprobleme.
- Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind z. B. Nikotinabusus.
- Auch eine medizinische Behandlung kann zu einem Risikofaktor werden z. B. durch die Verordnung und Einnahme bestimmter Medikamente (z. B. Katecholamine).

Die Studienergebnisse zu Dekubitusrisiken variieren in Abhängigkeit von den untersuchten Patientengruppen, den berücksichtigten Personenmerkmalen und der methodischen Güte der zugrunde liegenden Studien. Ein starker Zusammenhang zwischen hoher Pflegebedürftigkeit bzw. reduziertem Allgemeinzustand und einem Dekubitusrisiko wurden belegt. Das Dekubitusrisiko steigt, je stärker der Betroffene in der eigenen Mobilität und Bewegung eingeschränkt und auf pflegerische Unterstützung angewiesen ist. Es hat sich gezeigt, dass ein Dekubitus der Kategorie 1¹ ein Signal für das Risiko der Entstehung von Dekubitus der höheren Kategorie darstellen.

Daraus resultiert die Empfehlung

- Ein Bestandteil der Risikoeinschätzung muss die Beurteilung des Hautzustandes sein.

¹ Die bisher benutzten Ausdrücke Stufe oder Grad / Schweregrad unterstellen ein Fortschreiten von Grad 1 nach Grad 3 oder Grad 4. Es kommt jedoch nicht immer zu einem Fortschreiten eines Dekubitus von Grad 1 bis zu Grad 2, Grad 3 oder Grad 4. Da kein gemeinsames Wort für Stufe oder Schweregrad gefunden werden konnte, wurde der Begriff Kategorie als neutraler Begriff vorgeschlagen. Der Begriff „Kategorie“ hat den Vorteil, dass der Begriff keine hierarchische Beziehung ausdrückt.

Tab. 1: Ursachen für erhöhte / verlängerte Einwirkung von Druck und / oder Scherkräften

Einschränkungen der Aktivität	Einschränkungen der Mobilität	Äußerlich bzw. durch medizinisch / pflegerische Behandlung bedingte Exposition gegenüber Druck und / oder Scherkräften durch (Auswahl):
Definition: Ausmaß, in dem sich ein Patient oder Bewohner von einem Ort zu einem anderen bewegt.	Definition: Ausmaß, in dem ein Patient oder Bewohner seine Körperposition wechselt.	
Einschränkungen (Auswahl): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abhängigkeit von Gehhilfsmitteln oder personeller Unterstützung beim Gehen ➤ Abhängigkeit beim Transfer, z. B. vom Bett auf den Stuhl ➤ Abhängigkeit vom Rollstuhl bei der Fortbewegung im Raum ➤ Bettlägerigkeit 	Einschränkungen (Auswahl): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abhängigkeit von personeller Unterstützung bei Lagewechseln im Bett ➤ Kaum oder keine Kontrolle über Körperposition im Sitzen oder Liegen ➤ Unfähigkeit zu selbständigen kleinen Positionsveränderungen (Mikrobewegungen) im Liegen oder Sitzen. 	Einschränkungen (Auswahl): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auf die Körperoberfläche eindrückende Katheter oder Sonden ➤ Nasale Tuben ➤ Zu feste Schienen oder Verbände ➤ Unzureichende druckverteilende Hilfsmittel für die Lagerung ➤ Länger dauernde Operationen

Tab. 2: Die Braden-Skala

Sensorisches Empfindungsvermögen	Feuchtigkeit	Aktivität	Mobilität	Ernährung	Reibung / Scherkräfte
Fehlt 1 P	Ständig feucht 1 P	Bettlägerig 1 P	Komplett immobil 1 P	Sehr schlechte Ernährung 1 P	Problem 1 P
Keine Reaktion auf schmerzhaft Reize (bewegungslos, Sedierung) Oder: Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung des fast ganzen Körpers	Liegt immer im Nassen durch Urin, Kot oder Schweiß	Liegt immer im Bett	Auch geringe Bewegungen sind nicht alleine möglich	Isst nur 2/3 von kleinen Portionen; isst weniger als 3 Eiweißportionen; trinkt zu wenig, keine Ergänzungskost Oder: Keine orale Ernährung, nur klare Flüssigkeit Infusion >5 Tage	Viel Hilfe bei Lagewechsel; Anheben mit Scheuern über die Unterlage; rutscht aus Bett / Rollstuhl. Muss immer hochgezogen werden. Spastische Kontraktionen; unruhig / scheuern
Stark eingeschränkt 2 P	Oft feucht 2 P	Sitzt auf 2 P	Stark eingeschränkt 2 P	Mäßige Ernährung 2 P	Potenzielles Problem 2 P
Reaktion nur auf starke Schmerzreize; Beschwerden werden fast nicht geäußert (Stöhnen, Unruhe) Oder: Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung einer / zweier Extremitäten	Nicht immer nass, Bettzeug / Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	Braucht Hilfe beim Aufsetzen, läuft etwas mit Hilfe; kann eigenes Gewicht nicht allein tragen	Kann sich nicht alleine regelmäßig ausreichend umlagern, bewegt sich manchmal geringfügig	Isst ca. die Hälfte einer Portion, isst nur selten eine ganze Portion, isst etwa 3 Eiweißportionen; unregelmäßig Ergänzungskost Oder: Zu wenig Nährstoffe über Sondenkost / Infusion	Braucht wenig Hilfe, bewegt sich etwas alleine, Haut schleift nur wenig beim Hochziehen Rutscht nur selten herunter; kann sich länger in einer Lage halten (Rollstuhl, Sessel, Stuhl)
Leicht eingeschränkt 3 P	Manchmal feucht 3 P	Geht wenig 3 P	Gering eingeschränkt 3 P	Adäquate Ernährung 3 P	Kein Problem 3 P
Reaktion auf Schmerzreiz; Beschwerden können nicht immer geäußert werden Oder Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung einer / zweier Extremitäten	Neue Wäsche wird etwa einmal pro Tag benötigt	Verbringt die meiste Zeit im Bett oder auf dem Stuhl, geht tagsüber alleine, aber selten nur kurze Strecken; braucht für längere Distanzen Hilfe	Kann regelmäßig kleine Lagewechsel machen	Isst mehr als die Hälfte einer Portion; isst etwa 4 Eiweißportionen; verweigert gelegentlich die Mahlzeit; nimmt Ergänzungskost Oder: Erhält genügend Nährstoffe über Sondenkost / Infusion	Bewegt sich allein im Bett und auf dem Stuhl / Rollstuhl; kann sich selbst anheben; kann eine Position über längere Zeit halten (Stuhl / Rollstuhl)
Vorhanden 4 P	Selten feucht 4 P	Geht regelmäßig 4 P	Mobil 4 P	Gute Ernährung 4 P	
Reaktion auf Schmerzreiz; Beschwerden werden geäußert	Wäschewechsel normal	Bewegt sich regelmäßig; 2- bis 3-mal pro Schicht	Kann alleine seine Position umfassend verändern	Isst immer auf; >4 Eiweißportionen; keine Ergänzungskost; Zwischenmahlzeiten	

(Siehe Dokumente / Prophylaxen / Dekubitusprophylaxe / Braden-Skala)

Gefährdete Körperstellen

- Alle Mitarbeiter kennen die druckgefährdeten Körperstellen

A	Wangenknochen	A	-----
B	Brustbein, Rippen	B	-----
C	Beckenkamm	C	-----
D	Kniescheibe	D	-----
E	Schienbein	E	-----
F	Innenknöchel	F	-----
G	Zehen	G	-----
H	Ohrmuschel	H	-----
I	Schulter	I	-----
J	Rippen	J	-----
K	Ellbogen	K	-----
L	Wadenbeinköpfchen	L	-----
M	Außenknöchel, Fußkante	M	-----
N	Hinterkopf	N	-----
O	Schulterblatt	O	-----
P	WS – Dornfortsätze	P	-----
Q	Kreuzbein, Steißbein	Q	-----
R	Ferse	R	-----

S2

Weitere
Kriterien der
Struktur-
qualität

Die Pflegefachkraft beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken.

Das bedeutet für die Praxis:

- Befreiung der betreffenden Körperstellen von den äußerlich einwirkenden Druck- und Scherkräften.
- Regelmäßige körperliche Bewegung und / oder Freilagerung gefährdeter Körperstellen.
- Auf bestimmte Körperareale einwirkende Belastungen werden reduziert (aber nicht vollständig aufgehoben).
- Vergrößerung der Auflagefläche durch spezielle Auflagesysteme oder Matratzen.
- Bewegungsförderung des Patienten / Bewohners.

Um eine wirksame und für den Patienten / Bewohner angenehme Bewegungsförderung durchzuführen, sind umfassende Kenntnisse in folgenden Bereichen notwendig:

- Analyse von Bewegungseinschränkungen und -ressourcen.
- Möglichkeiten der Bewegungsförderung.
- Evaluation der Bewegungsförderung.

Bewegungsförderung ist ein Konzept, das an unterschiedliche Bereiche anknüpft. Dazu gehören:

- Biografisch verankerte Ressourcen des Patienten / Bewohners.
- Gestaltungsmöglichkeiten in der Makro- und Mikrobewegung.
- Motivation zur Bewegung (intrinsische und extrinsische Faktoren) – Mobilitätsanreize sind vorhanden und werden unterstützt, gefördert oder werden gegeben.
- Die Umgebungsgestaltung wird individuell mit einbezogen, um Beweglichkeit zu fördern oder zu ermöglichen.
- Musik zur Förderung der Mobilität wird mit einbezogen.
- Weitere Anreize zur Förderung der Mobilität werden mit eingesetzt, z. B. Getränke- und Speisebuffet, individuelle Betreuungs- und Gestaltungsangebote.
- Aktivierende Pflege (nach dem Prinzip: Soviel wie nötig, so wenig wie möglich).
- Bei der Planung der bewegungsfördernden Maßnahmen werden grundsätzlich die Bedürfnisse des Patienten / Bewohners einbezogen.
- Zusätzliche Lagerungsmaßnahmen.
- Techniken, die Haut- und Gewebeschädigungen z. B. durch Scherkräfte verhindern helfen. Dazu gehören:
 - Einsatz von Bobath- und Kinästhetik
 - Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Pflegeassistenten, Praktikanten und Auszubildenden durch die Pflegefachkräfte hinsichtlich der Bewegungsförderung sowie Dokumentation dieser Maßnahmen (Qualitätsnachweis)

S3a

Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen.

Die Anforderungen an die Hilfsmittel sehen wie folgt aus:

- Die Qualität des Hilfsmittels richtet sich nach dem individuellen Nutzen.
- Sie sind abgestimmt auf die körperliche, pflegerische und psychische Konstitution des Patienten.
- Sie sind abgestimmt auf die Therapie- und Pflegeziele sowie die individuellen Ziele des Betroffenen (z. B. Schmerzreduktion, Bewegungsverbesserung).
- In den Entscheidungsprozess zur Auswahl und / oder zum Einsatz eines Hilfsmittels müssen die baulichen Gegebenheiten, wie Raumgröße, Statik und notwendiger Platz für das Hilfsmittel, einbezogen werden.

- Hilfsmittel sollen für die jeweilige Pflegesituation praktikabel einsetzbar sein.
- Das Ergebnis der prophylaktischen Wirkung eines Hilfsmittels muss die Kosten rechtfertigen

Beim Einsatz von Hilfsmitteln zur Druckverteilung müssen überdies folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Dienen sie den prioritären Pflege- und Therapiezielen?
- Erhalten sie die Möglichkeit der Eigenbewegung beim Patienten / Bewohner?
- Bieten sie eine Druckverteilung insbesondere an gefährdeten Körperstellen?
- Sind sie dem Gewicht des Patienten / Bewohners angepasst?
- Wurden Kosten und Nutzen abgewogen?

Die Pflegefachkraft muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Sie muss über ausreichende Kenntnisse zum Umgang mit den ausgewählten Hilfsmitteln verfügen und in der Lage sein, die Hilfsmittel anzuwenden.
- Die Pflegefachkräfte sind nicht nur dem Patienten / Bewohner für eine sichere und seiner Situation entsprechenden Pflege verpflichtet, sie müssen auch die betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten bedenken.

S3b

Druckreduzierende Hilfsmittel (z. B. Weichlagerungskissen und -matratzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z. B. Luftkissenbetten) innerhalb von 12 h.

Welche Kriterien und Voraussetzungen müssen dazu erfüllt werden?

- Dekubitusgefährdete Patienten / Bewohner müssen unverzüglich nach der Risikoerkennung eine entsprechende Prophylaxe, primär eine Druckentlastung (z. B. Positionswechsel oder Bewegungsförderung) erhalten.
- Ist eine Druckentlastung nicht möglich bzw. nicht ausreichend, dann sollten druckverteilende Hilfsmittel eingesetzt werden.
- Studien belegen: Die Anwendung von großzelligen dynamischen Matratzen, Auflagesystemen oder viscoelastischen Schaumstoffmatratzen reduziert das Auftreten von Druckgeschwüren.
- In der Einrichtung stehen entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung oder können unverzüglich beschafft werden.
- Die Pflegefachkraft sorgt bis zur Beschaffung der Hilfsmittel und im Anschluss daran für eine individuell angepasste Mikro- und wenn möglich Makrobewegung, um eine Druckentlastung / Druckverteilung zu erreichen.

S4

Die Pflegefachkraft verfügt über Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten / Bewohners und seiner Angehörigen zur Förderung der Bewegung des Patienten / Bewohners, zur Hautbeobachtung, zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden Hilfsmitteln.

Bedeutung für die Praxis:

- Kompetenz der Pflegefachkraft zur Anleitung, Beratung der Patienten / Bewohner und ggf. ihrer Angehörigen unter Einbindung entsprechend geeigneter Informations- und Schulungsmaterialien.
- Zielorientierte Anleitung und Schulung, um die Eigenbewegung des Patienten / Bewohners zu fördern.
- Die Pflegefachkraft hat die Kompetenz, den Patienten / Bewohner und / oder seine Angehörigen bei der Hautinspektion, der Durchführung druckentlastender Maßnahmen und beim Einsatz von passenden Hilfsmitteln anzuleiten.
- Die Pflegefachkräfte können die Patienten / Bewohner je nach deren Bedürfnissen und der individuellen Situation gezielt zu einer wirksamen Förderung der Eigenbewegung und Druckverteilung anleiten.
- Die vermittelten Prophylaxestrategien sind auf die funktionellen Fähigkeiten und das individuell bestehende Dekubitusrisiko abgestimmt.
- Die Anwendung entsprechender Maßnahmen und Strategien sowie die Informationen und Schulungen orientieren sich an der jeweiligen Zielgruppe.

S5

Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten / Bewohners Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.

Empfehlung für die Praxis:

- Kontinuierliche Durchführung der Dekubitusprophylaxe
- Alle an der Versorgung des Patienten / Bewohners Beteiligten benötigen das Wissen über die Bedeutung der kontinuierlichen Anwendung dekubitusprophylaktischer Maßnahmen.
- Wissen um die Auswirkungen und Folgen einer Diskontinuität der Dekubitusprophylaxe
- Wie die Informationsweitergabe für andere Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt sind, sichergestellt und gewährleistet ist, ist durch die Einrichtung und das Management geregelt.

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

- Eine hausinterne Verfahrensregelung, aus der die Koordinationsverantwortung hervorgeht, wird empfohlen.
- Die Verfahrensregelung beinhaltet genaue Anweisung, wann welche Schritte zu erfolgen haben.
- Somit kann per Verfahrensanweisung auch festgelegt werden, dass bei Verlegung und / oder Überleitung aus den Unterlagen des Patienten / Bewohners hervorgeht, welche Dekubitusgefährdung bei diesem Patienten / Bewohner vorliegt.
- Durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit soll ein Dekubitus wirksam verhindert werden.
- Durch Schulungen und andere Methoden der Informationsweitergabe, tragen die Einrichtung und das Management dazu bei, dass alle an der Versorgung Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität, Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen.
- Es empfiehlt sich, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Schulungen mit dem Schwerpunkt der druckentlastenden und druckverteilenden Maßnahmen durchzuführen.

S6

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.

Anwendungshinweise für die Praxis:

- Ziel der prophylaktischen Maßnahmen ist die Vermeidung eines Dekubitus.
- Die Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe müssen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.
- Die Pflegefachkraft kann durch entsprechende Verfahren eine Dekubitusgefährdung und einen Dekubitus frühzeitig erkennen und beurteilen.
- Die Maßnahme der Hautinspektion kann die Pflegefachkraft sicher anwenden.
- Das Ergebnis der Dekubitusdiagnostik kann die Pflegefachkraft sachgerecht dokumentieren.
- Für eine Wundbeurteilung und die weitere Risikoeinschätzung ebenso wie die Absprache, Beratung und Durchführung professioneller Maßnahmen wird auf den Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ verwiesen.

Prozessqualität

Im Rahmen der Prozessqualität werden folgende Anforderungen an die Pflegefachkräfte und / oder an die Einrichtung gestellt:

P1

Die Pflegefachkraft beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten / Bewohner, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und / oder verlängerten Einwirkung von Druck und / oder Scherkräften führen.

Mit systematischen Vorgehen ist gemeint, dass bei Bewohnern oder Patienten, bei denen ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden kann, regelmäßig eine differenzierte Risikoeinschätzung vorgenommen wird.

In der Umsetzung bedeutet dies: Bei jedem Patienten / Betroffenen wird bei der Aufnahme eine Risikoeinschätzung durchgeführt. Dies geschieht am ersten Tag der Aufnahme, um bei Gefährdung adäquat mit entsprechenden prophylaktischen Maßnahmen reagieren zu können.

Die Erfassung und Durchführung der prophylaktischen Maßnahmen, die jeweils individuell auf den Patienten / Betroffenen abgestimmt sind, werden bei der Pflegevisite und / oder der Überprüfung der Dokumentation mit überprüft.

Bei der Risikoeinschätzung ist unter Umständen auch eine differenzierte klinische Einschätzung der Pflegekraft notwendig. Wird die Risikoeinschätzung vorgenommen, so wird der Gesundheitszustand und somit auch Erkrankungen / Symptome mit einbezogen. Um eine professionelle und differenzierte Risikoeinschätzung vornehmen zu können, müssen Informationen und Beobachtungen erfasst und dokumentiert werden.

Differenzierte Risikoeinschätzung

Wenn ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden kann, muss eine differenzierte Risikoeinschätzung mittels klinischer Einschätzung erfolgen.

Das bedeutet:

- Vorliegende Risikofaktoren werden durch Beobachtungen der Pflegekraft erhoben
- Subjektive Angaben des Patienten z. B. Schmerz, wahrgenommene Druckeinwirkung usw. werden mit beachtet
- Durchführung einer Hautinspektion
- Bestehende Läsionen werden erkannt und beurteilt
- Patienten / Bewohner, die bereits einen Dekubitus aufweisen, sind generell als gefährdet einzustufen (bereits ab Kategorie 1)
- Unverzögliche Druckentlastung und Druckverteilung

- Assessmentinstrumente wie standardisierte Beobachtungsprotokolle, Risikoskalen oder andere Instrumente werden zur Erfassung von Pflegeabhängigkeit und relevanten Problemen eingesetzt. Hierzu gehören: Barthel Index, Functional Independence Measure (FIM). Alle Ergebnisse werden zur Beurteilung des Risikos einbezogen.
- Das Ausmaß der Gefährdung ergibt sich aus den vorliegenden Risikofaktoren. Diese sind bei der Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Wann erfolgt eine Risikoeinschätzung?

- Die Beurteilung des Dekubitusrisikos erfolgt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags.
- Wird hierbei ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen, so muss sich eine unverzügliche Folgebeurteilung anschließen
- Eine Einschätzung des Dekubitusrisikos ist zu wiederholen, sobald die betreffende Person aufgrund von Veränderungen von Mobilität, Aktivität oder aus anderen Gründen vermehrt Druck- und / oder Scherkräften ausgesetzt ist.
- Wurde bei der differenzierten Einschätzung ein Dekubitusrisiko festgestellt, so ist die Einschätzung in individuell festgelegten Intervallen zu wiederholen. Die Festlegung der Einschätzungsintervalle richtet sich nach dem Ausmaß der Gefährdung und dem zu erwartenden Verlauf der vorliegenden Risikofaktoren.
- Bestehen Veränderungen der Mobilität evtl. nur für kurze Zeit durch Krankenhausaufenthalt, Operation usw., so ist unabhängig von der Dauer des Bestehens die Risikoeinschätzung zu wiederholen.
- Eine Risikoeinschätzung ist auch nach festem Intervall vorzunehmen für Patienten / Bewohner, bei denen sich eine Gefährdung zunächst nicht bestätigt hatte.

P2

Die Pflegefachkraft gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten / Bewohners, Mikrobewegung, scherkräftearmen Transfer, und fördern soweit als möglich die Eigenbewegung des Patienten / Bewohners.

In der Umsetzung bedeutet dies: Die Pflegefachkraft wendet den vorhandenen Lagerungsplan an und lagert den Patienten / Betroffenen in vorher abgesprochenen und festgelegten Zeitabständen. Die Lagerung erfolgt unter Einbindung der Kinästhetik, von Bobath und der Basalen Stimulation. In Schulungen und praktischen Übungen hat die Pflegefachkraft das notwendige Fachwissen erworben (Strukturqualität) und kann es nun individuell auf den jeweiligen Patienten / Bewohner anwenden (Prozessqualität).

Folgende Maßnahmen werden empfohlen und begründet:

- Sofortige Druckentlastung durch Bewegungsförderung.
- Makrobewegungen („große Bewegungen“), die zu einer Druckentlastung z. B. durch Freilagerung der vorher belasteten Region führt. So kann z. B. das Os sacrum (Kreuzbein) durch eine 30-Grad-Lagerung entlastet werden.
- Mikrobewegungen bewirken eine Druckverteilung oder eine Druckreduzierung, indem kleinste Positionsveränderungen vorgenommen werden. Dies kann z. B. mittels gefaltetem Hand- oder Gästetuch unter einer Gesäßhälfte erfolgen. Der Patient / Bewohner wird aufgefordert ,sein Gewicht immer wieder zu verlagern (Patienten- und Bewohneredukation ebenso wie Angehörigenedukation). Durch Mikrobewegungen ist der Druck nicht aufgehoben, aber an den betroffenen Körperregionen wird die Druckstärke verändert, daher werden diese Bewegungen unterstützend und ergänzend durchgeführt.
- Da der Mensch häufiger Mikrobewegungen als Makrobewegungen durchführt, sind diese dementsprechend häufiger von Pflegefachkräften durchzuführen.
- Zusätzlich ist die Förderung der Eigenbewegung zu unterstützen. Das bedeutet für die Umsetzung, die Eigenbewegung zu ermöglichen und Gelenke nicht mit Hilfsmitteln wie Kissen usw. zu unterpolstern und so die Beweglichkeit zu hemmen oder gar unmöglich zu machen. Gelenke, die hiervon häufig betroffen sind, sind das Schultergelenk, die Halswirbelsäule, Taille usw.
- Das Angebot von Mobilitätsreizen ist individuell einzusetzen.
- Durch die Lagerungen sollen Ernährung, Atmung, Ausscheidung und Kommunikation nicht behindert, sondern gefördert werden.
- Durch das „Hochziehen“ von Patienten / Bewohnern wirken massive Reibungs- und Scherkräfte. Diese sind zu vermeiden durch den Einsatz entsprechender Techniken, z. B. Kinästhetik usw.
- Unterliegen die Eigenbewegung und die Möglichkeit des „Bewegt-Werdens“ Einschränkungen, so sind diese im Vorfeld abzuklären und möglichst zu beseitigen z. B. Schmerz.
- Die Abhängigkeit von Pflegenden, gerade im Bereich der Bewegung und Bewegungsfähigkeit, ist eine individuelle existenzielle Erfahrung des Betroffenen und erfordert von den an der Pflege Beteiligten viel Einfühlungsvermögen und Verständnis.

Die Intervalle zwischen den Bewegungsförderungen bzw. Lagerungen sind von folgenden Faktoren abhängig:

- Der Dekubitusgefährdung, die sich aus dem individuellen Dekubitusrisiko des Patienten / Bewohners ergibt;
- den mit dem Patienten / Bewohnern unter Einbindung der Betreuung festgelegten therapeutischen und pflegerischen Zielen sowie
- den individuellen Möglichkeiten und der Eigenbewegung des Patienten/ Bewohners.

Wichtige Hinweise zur Lagerung:

- Es kann kein starres Lagerungsschema empfohlen werden.
- Die Überlegung nachts weniger zu lagern als tagsüber ist nicht korrekt. Hier ist es wichtig eine individuelle Anpassung durchzuführen. Dies kann evtl. durch Mikrolagerungen erfolgen.
- Die Häufigkeit der Lagerung muss somit der Gefährdungssituation angepasst werden. So kann die Gabe von Sedativa oder eine nachts stärker eingeschränkte Mobilität das Angebot einer häufigeren Bewegungsmöglichkeit oder Lagerung erforderlich machen.
- Die Einschätzung der notwendigen Häufigkeit ist immer aktuell von der Pflegefachkraft vorzunehmen. Für jeden dekubitusgefährdeten Patienten / Bewohner wird dann, dem individuellen Risiko angepasst, ein auf ihn abgestimmtes und individuelles Lagerungs- und Bewegungsintervall festgelegt.

Was soll während der Bewegungsförderung und Lagerung berücksichtigt werden?

- Kontrolle des Hautzustandes
- Subjektive Äußerungen des Betroffenen zu Schmerzen und / oder Unbequemlichkeiten werden erfasst
- Entsprechend der Ergebnisse dieser Beobachtungen wird die Bewegungsförderung und / oder Lagerung verändert und das Bewegungs- und / oder Lagerungsintervall verkürzt oder verlängert.
- Eine solche Evaluation muss engmaschig vorgenommen werden, da Veränderungen plötzlich eintreten können.
- Aus diesem Grund erfolgt eine laufende Überprüfung des zu erstellenden Bewegungsplans und bei Veränderungen des Dekubitusrisikos wird der Plan sofort angepasst.
- Die Einbindung des Patienten / Bewohners nimmt einen hohen Stellenwert ein, um für ihn geeignete Bewegungen und Lagerungen zu identifizieren. Dies ermöglicht dem Patienten / Bewohner seine Situation besser zu bewältigen und seine Ressourcen einzusetzen.

- Selbst bei einer kompletten oder fast kompletten Immobilität wird durch diese Maßnahmen ermöglicht, dass der Patient / Bewohner seine Lagerung / Position als angenehmer empfindet und damit z. B. besser einschlafen oder schlafen kann.
- Ein Wechsel der Positionen von der liegenden Position in die sitzende Position ist anzustreben und individuell zu planen.
- Eine sitzende Position ermöglicht dem Patienten / Bewohner eine Verbesserung der Mobilität und Aktivität.
- So erleichtert das Sitzen z. B. das selbständige Essen oder das Anreichen von Speisen und verringert die Aspirationsgefahr. Das Waschen und die Ausscheidung werden erleichtert und auch hier wird die Eigenmobilität gefördert.
- Da der Druck auf das Gesäß im Sitzen erheblich höher ist als im Liegen, sollten Dekubitus gefährdete Patienten / Bewohner nicht länger als 1 Stunde ununterbrochen sitzen.
- Hierbei ist ebenfalls die individuelle Risikogefährdung des Patienten / Bewohners zu berücksichtigen.
- Druckreduktion kann durch ein Aufstützen der Beine / Füße erfolgen und eine leichte schräge Sitzposition (z. B. Mikropositionsveränderung)
- Ein Herunterrutschen aus der sitzenden Position muss verhindert werden, da die entstehenden Scherkräfte einen Druckgeschwür entstehen lassen kann.
- Im Sitzen soll der Patient / Bewohner ebenfalls zu Mikrobewegungen aufgefordert werden – die Pflegefachkraft unterstützt bei Bedarf.

P3

Die Pflegefachkraft wendet zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen die geeigneten druckverteilenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten / Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt.

Umsetzungsempfehlung für die Praxis:

- Unverzögliche, d. h. ohne zeitliche Verzögerung eingeleitete Druckverteilung bzw. -entlastung.
- Ist die Bewegungsförderung allein nicht ausreichend (z. B. bei Kachexie, fehlender Eigenmobilität usw.), so muss unverzüglich eine Druckverteilung mit den geeigneten Hilfsmitteln erfolgen.
- Zusätzlich hat die Bewegungsförderung als wesentlicher Bestandteil einer effektiven Dekubitusprophylaxe immer oberste Bedeutung.
- Ungeeignet sind Lagerungsringe, da sie am Rand zu einer Druckerhöhung führen.

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

- Nicht empfohlen wird der Einsatz von Fellen, Watteverbänden und Wassermatratzen, da es hierzu keine belegten Studien für die Wirksamkeit gibt.
- Die Anwendung von feuchtigkeitsspendenden Hydrokolloidpflastern mit einer reibungskraftreduzierender Außenfläche kann aufgrund methodisch unzureichender Forschungsergebnisse nicht zur Druckentlastung empfohlen werden.

P4

Die Pflegefachkraft erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation und plant diese individuell mit dem Patienten / Bewohner und seinen Angehörigen.

Voraussetzung zur Durchführung der Prozesskriterien:

- Information des Patienten / Bewohners und Beratung mit dem Patienten / Bewohner über die Art und das Ausmaß der Gefährdung und über die aus fachlicher Sicht notwendigen Interventionen.
- Die Einwilligung des Patienten / Bewohners für die Durchführung der prophylaktischen Maßnahmen.
- Das Setzen von Prioritäten nach Absprache mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen.
- Die Pflegefachkraft plant die Pflegehandlungen entsprechend dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten / Bewohners.
- Die Eigenverantwortlichkeit des Patienten / Bewohners wird gestärkt und seine Selbstpflegekompetenz erhöht und unterstützt.
- Die Abhängigkeit von den Pflegekräften soll hierdurch reduziert werden.
- Die Patienten- und Bewohnerreduktion sowie die Angehörigenreduktion werden durchgeführt und einbezogen.
- Entsprechend notwendiges Schulungsmaterial wird den Beteiligten zur Verfügung gestellt.
- Bei der gemeinsamen Planung und Durchführung der Maßnahmen mit dem Patienten / Bewohner und den Angehörigen, wird auch die Wichtigkeit der Hautinspektion besprochen und angeleitet.
- Die Kompetenzen des Patienten / Bewohners und seiner Angehörigen müssen realistisch eingeschätzt werden, um entsprechend den Fähigkeiten und Ressourcen planen zu können.
- Vorhandene Kompetenzen und Ressourcen sollen weiter gefördert und unterstützt werden.

- Eine regelmäßige Evaluation der durchgeführten Maßnahmen, der Ressourcen und der Ergebnisse der Edukation wird dokumentiert und die Maßnahmen entsprechend angepasst.

P5

Die Pflegefachkraft informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten / Bewohners Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z. B. Personal in Arztpraxen, OP-, Dialyse- und Röntgenabteilungen oder Transportdienste).

Bedeutung für die Praxis:

- Die Versorgung findet berufsgruppen- und sektorenübergreifend unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen, pflegerischer Laien und Hilfskräfte statt.
- Die Pflegefachkräfte informieren alle an der Versorgung Beteiligten über die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen.
- Die Kontinuität der Prophylaxe wird entsprechend der Verfahrensanweisung durch die Informationsweitergabe sichergestellt.
- Die Pflegefachkraft trägt Sorge dafür, dass die notwendigen Hilfsmittel für eine Fortführung der Maßnahmen zur Verfügung stehen.

P6

Die Pflegefachkraft begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten / Bewohners in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.

Hautzustand

In der Umsetzung bedeutet dies: Die Pflegefachkraft kann gesunde Haut beurteilen. Sie kennt die Gradeinteilung eines Dekubitalulceras (Strukturqualität) und kann Veränderungen den einzelnen Gradeinteilungen zuordnen (Prozessqualität).

Praktische Umsetzung des Standardkriteriums P6

Wo und wie wird eine Hautinspektion vorgenommen?

- Die Hautinspektion erstreckt sich auf die gesamte Körperoberfläche des Patienten / Bewohners.
- Den vorrangig betroffenen Stellen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Besonders gefährdete Stellen wie Kreuzbeinregion usw. sind besonders zu berücksichtigen.
- Weiterhin müssen Regionen besonders berücksichtigt werden, die aufgrund medizinischer Hilfsmittel (Schienen, Sonden usw.) erhöhtem Druck und / oder Scherkräften ausgesetzt sind.

Wie wird ein Dekubitus beurteilt?

- Ein Dekubitus gehört zu den chronischen Wunden, daher gilt für die Beurteilung das Kriterium P1b aus dem Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- Die Pflegefachkraft muss einen vorhandenen Dekubitus entsprechend der aktuell gültigen EPUAP – Klassifikation und hinsichtlich der Lokalisation, Größe und Schmerzen beurteilen
- Bei einem Dekubitus der Kategorie 2 bis 4 beinhaltet die Wunddiagnostik auch die Beurteilung der beteiligten Gewebeschichten, das Aussehen von Wundrand und Wundumgebung, das Vorliegen von Exsudat / Transsudat und deren Beschreibung, den Wundgeruch und Infektionszeichen.
- Handelt es sich um eine unklare oder andere Genese (z. B. Pilzinfektion, inkontinenzbedingte Wunden usw.), unklare Abgrenzung von Läsionen, schwer zu klassifizierenden Dekubitus oder um einen Dekubitus der Kategorie 3 oder 4, so wird empfohlen einen pflegerischen Fachexperten und / oder ärztliche Kompetenz in die Dekubitusdiagnostik einzubeziehen.
- Tritt ein Dekubitus auf, gleich welcher Kategorie, sind das Dekubitusrisiko und die angewandten Maßnahmen zu prüfen.
- Die Hautinspektion dient der Überprüfung der Effektivität eingeleiteter Prophylaxemaßnahmen und ist Teil der Risikoeinschätzung.
- Bei Patienten / Bewohnern, die als dekubitusgefährdet eingestuft sind, richten sich die Intervalle der Hautinspektion nach den Intervallen der differenzierten Dekubituseinschätzung.
- Hat sich das Dekubitusrisiko erhöht, sind die bisherigen Maßnahmen möglicherweise nicht ausreichend.
- Eine Überprüfung der aktuellen Maßnahmen muss auch dann erfolgen, wenn das Risiko verringert worden ist.
- So können auch Belastungen durch gegebenenfalls nicht mehr erforderlichen Maßnahmen vermieden werden.
- Um die Auswirkungen der initiierten prophylaktischen Maßnahmen beurteilen zu können, muss die Pflegefachkraft kontinuierlich und aktiv auch auf mögliche unerwünschte Wirkungen wie Schmerzen oder beeinträchtigten Komfort achten und die Prophylaxe dementsprechend anpassen.
- Es kann sein, dass auftretende Nebenwirkungen ein Grund dafür sind, dass Patienten / Bewohner eingeleitende Maßnahmen nicht akzeptieren. In einer solchen Situation ist gemeinsam mit dem Patienten / Bewohner und den Angehörigen oder der Bezugsperson des Patienten / Bewohners nach alternativen Lösungen zu suchen.

Die Pflegefachkraft kann folgende Kriterien beurteilen:

Welcher Hauttyp liegt vor?

- Fettige Haut (seborrhoische Haut): Die Haut ist feucht, dick, grobporig und glänzt.
- Trockene Haut (sebostatische Haut): Die Haut ist spröde, reißt leicht ein, ist manchmal schuppig und fühlt sich rau an.
- Mischhaut: Typisch ist ein fettig glänzender Teil der Gesichtsmitte. Die Wangen erscheinen trockener. Bei manchen Betroffenen treten Pickel und Mitesser auf.

Welche Hautfarbe hat der Patient / Betroffene?

- Normale Hautfarbe ist blassrosa. Die Dicke der Epithelschicht, die Durchblutungsintensität und die Pigmentierung können die Hautfarbe beeinflussen. Muttermale und Pigmentveränderungen sind zu berücksichtigen.

Wie ist die Hautspannung?

Hautspannung

- Die Hautspannung (Hautturgor) wird beeinflusst durch den Flüssigkeitsgehalt der Haut.

Mangelnde Flüssigkeitszufuhr oder Flüssigkeitsverluste führen zur Austrocknung (Exsikkose). Diese ist durch das Abheben einer Hautfalte nachweisbar. Die Hautfalte bleibt bei Austrocknung einige Sekunden stehen. Bei älteren Menschen sieht die Haut häufig faltiger aus, da die Haut weniger Talg produziert und Oberhaut und Bindegewebe dünner geworden sind (dies kann die Pflegefachkraft beurteilen und dokumentiert ihre Beurteilung bei Veränderungen in der entsprechenden Wunddokumentation).

Tab. 3 Anwendung der Ödemskala und Beurteilung der Haut

Einschätzungsskala

Skala (Einteilung)	Grad	Reaktion
1+ Hinweis	gering	schnell
2+ leicht	0 – 0,6 cm	10 – 15 sec
3+ moderat	0,6 – 1,3 cm	1 – 2 min
4+ schwer	1,3 – 2,5 cm	2 – 5 min

Anwendung des Tests

- Mit der Fingerkuppe drücken Sie auf das Schienbein des Patienten.
- Halten Sie diesen Druck für ein paar Sekunden.
- Beobachten Sie, dass sich eine „Delle“ bildet?
- Wie tief ist die Delle?

- Messen Sie die Zeit, die vergeht, bis die Delle wieder ausgeglichen ist!
- Beidseitige Unterschenkelödeme lassen eine Herz- und / oder Veneninsuffizienz vermuten.

(Literatur: Tucker S. M., Pflegestandards in der Kardiologie, Verlag Hans Huber, Bern)

Ergebnisqualität

Im Rahmen der Ergebnisqualität werden folgende Anforderungen an die Pflegefachkräfte und / oder an die Einrichtung gestellt:

E1

Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.

Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt als Ergebnis der Risikoeinschätzung vor. Somit ist für alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen einsehbar dokumentiert, ob ein Dekubitusrisiko besteht. Es geht daraus hervor, welche Risikofaktoren festgestellt wurden und worauf sich diese begründen.

E2

Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.

Hierbei handelt es sich um einen individuellen Bewegungsplan bzw. einen Bewegungsförderungsplan und nicht um ein strenges Lagern nach fest vorgegebenen starren Positionswechselschemata. Somit sind Pläne, auf denen bereits feste Zeiten und Lagerungen vorgegeben sind, nicht zu empfehlen, da sie der Individualität, den Präferenzen und den Ressourcen des Patienten / Bewohners nicht gerecht werden. Der Bewegungsplan orientiert sich an den Ressourcen des Patienten / Bewohners und bedarf gleichzeitig einer laufenden Evaluierung und Anpassung. Der Bewegungsplan wird regelmäßig aktualisiert. Die Ziele der Bewegungsförderung müssen allen an der Pflege und Behandlung Beteiligten bekannt sein, damit der Bewegungsplan eine gemeinsame Vorgehensweise sicherstellt.

E3

Der Patient / Bewohner befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckverteilenden Unterlage.

Umsetzungsempfehlung für die Praxis:

- Durch das Wort *unverzüglich* wurde dem Zeitfaktor Rechnung getragen. Das heißt, dass die Handlung unmittelbar eingeleitet werden muss.

- Die Hilfsmittel müssen individuell ausgewählt werden. Die Auswahl richtet sich nach dem Grad der Mobilität und Aktivität und / oder nach der Größe und dem Gewicht des Patienten / Bewohners.
- Über den geplanten Einsatz der Hilfsmittel ist der Patient / Bewohner informiert und einverstanden.

E4

Der Patient / Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.

Das Selbstbestimmungsrecht von Patienten / Bewohnern und ihrer Angehörigen stehen hierbei im Vordergrund. Dies beinhaltet:

- den Anspruch auf umfassende Information zu Risiken und zum möglichen Umgang mit diesen Risiken,
- die freie Entscheidung, in welchem Umfang an der Umsetzung von Maßnahmen mitgewirkt wird;
- eine Einbindung in die Informationsvermittlung, sodass Patienten / Bewohner und / oder Angehörige an der Umsetzung mitwirken können, ohne dass dies zu einer psychischen und / oder physischen Überforderung führt.

E5

Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten / Bewohners Beteiligten bekannt.

Der pflegerische Expertenstandard kann nur Aussagen zu den Aufgaben von Pflegefachkräften treffen. Daher kann nicht das Maß der Kontinuität dekubitusprophylaktischer Maßnahmen durch die Beteiligung anderer Berufsgruppen und die Versorgung in anderen Sektoren als Ergebniskriterium formuliert werden. Ein wichtiges Ergebniskriterium ist, dass die Pflegefachkraft die notwendigen Informationen an die Sektionen / Bereiche weiter gegeben hat. So muss eine Röntgenabteilung nicht den gesamten Maßnahmenplan des Patienten / Bewohners kennen, sondern es genügt zum Beispiel die Information, dass der Patient / Bewohner bei der Untersuchung weich gelagert werden muss, oder dass er in einer bestimmten Position gar nicht gelagert werden kann bzw. darf.

E6

Der Patient / Bewohner hat keinen Dekubitus.²

Ausnahmen

Die Verhinderung eines Dekubitus wird in dem Ergebniskriterium E6 als Ziel definiert. Einem Dekubitus kann in der Regel entgegengewirkt werden. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe trifft auch die Aussage, dass dieses Ziel nicht bei allen Personengruppen erreichbar ist. Für Personengruppen, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen spricht, erfordert dies eine andere Prioritätensetzung. Dies gilt auch, wenn die Wirkung prophylaktischer Maßnahmen durch z. B. gravierende Störungen der Durchblutung trotz der Einnahme von zentralisierender Medikamente, ausbleibt.

Dies entbindet keine Einrichtung des Gesundheitswesens oder eine Pflegefachkraft davon, nicht alles Mögliche für den Patienten / Betroffenen zu tun und dies auch prozesshaft durch die entsprechende Dokumentation nachzuweisen.

² Die einzelnen Punkte der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität sind dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe entnommen.

Bestellmöglichkeiten



Sofort einsetzbare Pflege- und Expertenstandards auf CD-ROM

Für weitere Produktinformationen oder zum Bestellen hilft Ihnen unser Kundenservice gerne weiter:

Kundenservice

☎ **Telefon: 08233 / 381-123**

✉ **E-Mail: service@forum-verlag.com**

Oder nutzen Sie bequem die Informations- und Bestellmöglichkeiten zu diesem Produkt in unserem Online-Shop:

Internet

🌐 **<http://www.forum-verlag.com/details/index/id/5741>**