



Bundesinteressenvertretung für alte
und pflegebetroffene Menschen e.V.

Dekubitusprophylaxe in der Pflege Expertenstandards leicht verständlich

Eine verbraucherfreundliche Darstellung des vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelten und verabschiedeten Standards

BIVA

Die Entwicklung des Expertenstandard wurde vom Bundesministerium für
Gesundheit gefördert (Az: G 18 - 43164-1/578)

Impressum

Herausgeberin:
Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (**BIVA**) e.V.
Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn

Tel.: 0228-909048-0
Fax: 0228-909048-22
E-Mail: info@biva.de
Internet: www.biva.de

Verantwortlich i.S.d.P.:
Der Vorstand der BIVA e.V.
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Dr. Manfred Stegger

Bearbeitung: Katrin Markus

Stand: Februar 2011

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine
Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte
dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung –
auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin erfolgen.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

- Was sind Expertenstandards in der Pflege und welche Bedeutung haben sie?
- Welche Expertenstandards wurden bisher entwickelt?
- Warum sind Expertenstandards notwendig?
- Welche Aussagen machen Expertenstandards
- Können Expertenstandards Maßstab für Haftungsansprüche sein?

DER EXPERTENSTANDARD ‚DEKUBITUSPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘

- Was versteht man unter Dekubitus?
- Wie entsteht ein Dekubitusgeschwür?
- Kann ein Dekubitusgeschwür bei Beachtung des Expertenstandards stets verhindert werden?
- Welche Ziele verfolgt der Standard und wie ist er aufgebaut?

DIE SECHS EBENEN DES EXPERTENSTANDARDS MIT IHREN ERLÄUTERUNGEN

- Ebene 1: Das Wissen über das Entstehen eines Dekubitus und die Einschätzung der Risikogefährdung
- Ebene 2: Die Beherrschung der Techniken zur Vermeidung eines Dekubitus
- Ebene 3: Die Kompetenz zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Ebene 4: Die Befähigung zur Anleitung und Beratung
- Ebene 5: Die Sicherstellung der Kontinuität
- Ebene 6: Die Kompetenz zur Beurteilung des Erfolgs der getroffenen Maßnahme
- Zusammenfassung der sechs Ebenen des Standards für den schnellen Leser/ die schnelle Leserin

AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG DES EXPERTENSTANDARDS ‚DEKUBITUSPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘ AUF DIE QUALITÄT DER PFLEGE AUS VERBRAUCHERSICHT

- Qualitative Verbesserungen im Umgang mit Druckgeschwüren
- Transparenz im Umgang mit Druckgeschwüren

ANHANG

I Expertenstandards des DNQP

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege,
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

II Entstehungsgeschichte des 'Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege'

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Grundlagen des Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘
- Auswirkungen des Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘

III Wiedergabe des 'Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege'

IV Expertenarbeitsgruppe „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

V Bestellhinweis

EINLEITUNG

Expertenstandards dienen dazu, die Pflegequalität zu verbessern. Auf der Basis wissenschaftlich überprüfter Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf bestimmter gesundheitlicher Risikofaktoren enthalten sie Handlungsanweisungen für die Pflege kranker oder pflegebedürftiger Menschen. Qualitätsstandards wenden sich somit nicht nur an die professionell Verantwortlichen in der Pflege, sondern auch an pflegende Angehörige und die Betroffenen selbst.

Expertenstandards legen also fest, welche Voraussetzungen eine qualitativ gute Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und aufgrund der Erfahrung und Erprobung in der fachlichen Praxis erfüllen müssen.

Neben der pflegfachlichen Bedeutung haben Expertenstandards aber auch juristische Bedeutung. Sie gelten als allgemein anerkannter Stand der Pflegeforschung und damit als Maßstab für pflegfachliches Handeln. An ihnen wird gemessen, ob ein bestimmtes Tun oder Unterlassen fehlerhaft ist und somit sowohl zivilrechtlich als auch strafrechtlich geahndet werden kann.

Die Expertenstandards sind in ihrer Sprache und der Art der Darstellung der Thematik in erster Linie auf die Fachkräfte in den Krankenhäusern, in den Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege ausgerichtet. Für pflegfachliche Laien, also die Betroffenen und ihre Angehörigen, ehrenamtliche Helfer und sonstige Vertrauenspersonen, sind sie in ihrem Wesensgehalt nicht so ohne weiteres verständlich.

Mit der vorliegenden Broschüre soll der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe¹ in der Pflege für diesen Personenkreis leicht verständlich dargestellt werden. Er wird für die Betroffenen und ihre Angehörigen inhaltlich wie sprachlich „übersetzt“.

Der Erfolg der Maßnahmen zur Vorbeugung vor einem Wundliegen hängt nämlich gerade bei der häuslichen Pflege von der aktiven Unterstützung durch diesen Personenkreis ab. Sie sind ganz besonders in den Prozess der Anwendung und Umsetzung mit einbezogen und werden tagtäglich hautnah mit Fragen der Pflegequalität konfrontiert. Aber auch bei stationärer und ambulanter Betreuung können die Betroffenen und ihre Angehörigen durch aufmerksame Begleitung des Pflegeprozesses dazu beitragen, die interne Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle durch unmittelbares Tätigwerden zu verbessern.

Somit soll mit dieser Broschüre gleichzeitig auch eine Arbeitshilfe geschaffen werden, die die Verständigung zwischen den Leistungsanbietern und den Pflegedürftigen sowie ihren Angehörigen über pflegerische Standards und deren Umsetzung erleichtert und so zur Qualitätsverbesserung beiträgt.

Für die interessierte Öffentlichkeit soll die Broschüre als Informationsquelle dienen und zur Aufklärung darüber beitragen, was als „anerkannter Stand pflegerischer Erkenntnisse“ im Bereich der Dekubitusprophylaxe anzusehen ist.

¹ Dekubitus (lateinisch) = Druckgeschwür, Wundliegen
Prophylaxe (griechisch) = Schutz, Vorbeugung

Was sind Expertenstandards in der Pflege und welche Bedeutung haben sie?

Ein Expertenstandard legt fest, welche Voraussetzungen eine qualitativ gute Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und aufgrund der Erfahrung und Erprobung in der fachlichen Praxis erfüllen muss.

Sie gelten als „anerkannter Stand pflegfachlicher Erkenntnisse“ und sind somit Maßstab für die Qualität pflegerischen Handelns. Expertenstandards kommt damit auch eine rechtliche Wertigkeit zu. Dies bedeutet, dass die Nichtbeachtung oder Nichtumsetzung des Standards als schuldhaftes Pflichtverletzung gewertet wird mit der Folge, dass die für die Umsetzung der Vorgaben des Standards Verantwortlichen zivilrechtlich und gegebenenfalls auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden können. Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung stehen somit in der Organisationsverantwortung, die Pflegefachkraft in der Durchführungsverantwortung.

Welche Expertenstandards wurden bisher entwickelt?

Bis zum Jahre 2010 wurden Expertenstandards zu den folgenden Pflegeproblemen entwickelt:

- Dekubitusprophylaxe
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Sturzprophylaxe
- Schmerzmanagement
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
- Entlassungsmanagement²

Die vorliegenden Expertenstandards werden regelhaft alle fünf Jahre aktualisiert.

Warum sind Expertenstandards notwendig?

Expertenstandards sind notwendige und nutzbringende Instrumente und Praktiken in der Qualitätsentwicklung. So hat sich gezeigt, dass sich die Pflegequalität spürbar verbesserte, wenn bestimmte interne und externe Bedingungen erfüllt sind, beispielsweise

- eine gestärkte fachliche Sicherheit des Pflegepersonals und
- geeignete Unterstützungssysteme, auf die die Pflegenden zurück greifen können.

Neben der fachlichen Beratung und Begleitung sowie dem Zugang zu Fachliteratur bieten Expertenstandards vor allem Orientierungshilfen für das in dem jeweiligen Fachbereich angestrebte Qualitätsniveau. So führt die Anwendung der Expertenstandards nicht nur zu einem deutlichen Qualitätssprung bei der Entwicklung von betriebsinternen Handlungsanweisungen, Expertenstandards fördern auch den notwendigen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis.

² Näheres zu den bereits verabschiedeten Expertenstandards findet sich im Anhang.

Die wesentlichen Aufgaben von Expertenstandards bestehen darin

- die beruflichen Tätigkeiten und Verantwortungen zu beschreiben und festzulegen,
- Anstöße für Erneuerungen und Veränderungen bei den pflegerischen Maßnahmen zu geben,
- ein einheitliches Niveau des beruflichen Selbstverständnisses und der beruflichen Praktiken zu bilden und
- allen Personen, die mit der Pflege von Menschen befasst sind, Handlungssicherheit zu bieten.

Neben der Beschreibung des professionellen Niveaus bieten die Expertenstandards Handlungsalternativen und Handlungsspielräume an wie beispielsweise bei

- der Förderung von Patientenautonomie und Selbstpflegekompetenzen,
- der Unterstützung beim Abbau von Ängsten oder
- der Anpassung an veränderte Lebensumstände.

Welche Aussagen machen Expertenstandards?

Expertenstandards sind darüber hinaus auch als Instrumente zu verstehen, die Aussagen darüber machen,

- welche Verantwortung die Pflege gegenüber der Gesellschaft, insbesondere den Pflegebedürftigen übernimmt,
- welche Verantwortung die Pflege auch gegenüber der eigenen Berufsgruppe und ihren einzelnen Mitgliedern trägt,
- welche Anforderungen an gesetzliche Rahmenbedingungen zu stellen sind und
- wieweit die Wirkung pflegerischen Handelns kontrollierbar ist.

Aus diesen Funktionen der Expertenstandards lassen sich **zwei wichtige Botschaften** ableiten:

1. Die Entwicklung von Standards auf Experten- und Praxisebene bietet eine gute Chance, Transparenz über den Beitrag der Pflege an der Gesundheitsversorgung insgesamt und über die therapeutische Bedeutung von Pflege im Behandlungsprozess speziell herzustellen.
2. Pflegestandards haben bestimmte fachliche und ethische Inhalte zu transportieren, sodass sie mehr sind als nur Handlungsrichtlinien im Sinne von Arbeitsablaufbeschreibungen oder technischen Anweisungen. Standards geben Zielrichtungen bei komplexen pflegerischen Aufgaben vor.

Können Expertenstandards Maßstab für Haftungsansprüche sein?

Durch die zum 01. Juli 2008 in Kraft getretene Pflegeversicherungsreform haben Expertenstandards eine weitere Aufwertung erfahren:

Nach § 113a SGB XI³ sind die Kostenträger (der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) sowie die Leistungsträger (die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) verpflichtet, „die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege“ sicher zu stellen. Es bleibt abzuwarten, wieweit die bisher entwickelten Expertenstandards hierbei übernommen oder in wesentlichen Teilen einfließen werden.

In jedem Fall werden Expertenstandards künftig eine höhere Verbindlichkeit erhalten als bisher. Durch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger werden sie rechtsverbindlich werden. Dies bedeutet, dass die Pflegebedürftigen einen Rechtsanspruch auf Beachtung der in den Expertenstandards festgelegten Maßnahmen haben und im Falle der Missachtung rechtliche Konsequenzen hieraus ziehen können.

Für die Leistungsanbieter und die von ihnen beschäftigten Pflegekräfte bedeutet das, dass sie gezwungen sind, Vorgaben der Expertenstandards einzuhalten und alles zu tun, um dieser Verpflichtung nachzukommen. Für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind die Expertenstandards Messlatte bei den Qualitätsprüfungen (Pflegequalität) ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet das, dass sie wissen müssen, wie der Stand der Wissenschaft bei den unterschiedlichen Pflegesituationen ist und welche Maßnahmen sie erwarten können. Nur wer seine Rechte kennt, kann sie auch einfordern.

³ SGB XI = Abkürzung für Sozialgesetzbuch 11. Buch, Soziale Pflegeversicherung

DER EXPERTENSTANDARD ‚DEKUBITUSPROPHYLAIE IN DER PFLEGE‘

Was versteht man unter Dekubitus?

„Dekubitus“ ist der lateinische Ausdruck für Druckgeschwür. Man spricht auch von Dekubitusgeschwür oder Wundliegegeschwür. Der medizinische Fachausdruck lautet „Dekubitalulcus“.

Mit diesen Begriffen bezeichnet man einen Bereich der lokalen Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes – üblicherweise über Knochenvorsprüngen, verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkungen von Druck und /oder Scherkräften⁴.

Dekubitusgeschwüre werden in vier Grade eingeteilt:

1. Grad: Die Haut zeigt eine Rötung, die nach Fingerdruck nicht verschwindet, sondern rot bleibt.
2. Grad: Die Haut ist oberflächlich beschädigt. Es zeigen sich Hautabschürfungen, Blasen oder ein flaches Geschwür.
3. Grad: Die Haut ist in allen Hautschichten bis zu den Muskeln beschädigt. Es zeigt sich ein tiefes, offenes Geschwür.
4. Grad: Die Haut ist in allen Schichten zerstört. Muskeln, Sehnen, Knochen oder Gelenkkapseln sind geschädigt.

Wie entsteht ein Dekubitusgeschwür?

Wie der Begriff „Druckgeschwür“ zum Ausdruck bringt, entsteht ein Dekubitus durch Druck auf die Haut. Ist der Druck, der von außen auf die Gefäße (Blutgefäße, Lymphgefäße) einwirkt, größer als der Druck des Blutes und der Lymphe in den Gefäßen⁵ selbst, kommt es zu einer Störung in der Versorgung des Haut- und Muskelgewebes.

Solche Unterversorgungen oder Unterbrechungen der Blutzufuhr können bereits durch das Eigengewicht des jeweiligen Körperteils entstehen, wenn es nicht bewegt wird.

Dauert diese Druckbelastung länger an, kommt es durch die Unterversorgung der Zellen mit Sauerstoff und Nährstoffen zu einer Absenkung des Kapillardrucks, außerdem sammeln sich giftige (saure) Schadstoffe⁶ an. Die Folge davon ist ein Absterben des Hautgewebes und der Nervenzellen.

⁴ Scherkräfte entstehen, wenn Druck und Bewegung zusammenwirken, so beispielsweise wenn jemand, der sich nicht selbst aufrichten kann, im Bett oder Stuhl nach unten gleitet.

⁵ Man nennt dies auch den Kapillardruck in den Gefäßen

⁶ sogenannte toxische Stoffwechselprodukte

Bei gesunden Menschen löst der Anstieg der Schadstoffe einen Reflex aus: Sie bewegen sich oder lagern sich um und entlasten dadurch die gefährdeten Hautstellen bevor es zu Hautschädigungen kommt.

Bei älteren oder kranken Personen sind diese Reflexe oft nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden, so dass es bei diesen Personengruppen nicht mehr zu der notwendigen Entlastung des Gewebes kommt. Die betroffenen Körperstellen reagieren auf die Übersäuerungen des Gewebes mit einer Erweiterung der Gefäße. Sie werden stärker durchblutet, was man durch eine auch bei Druck bleibende Hautrötung erkennt. Ein Dekubitus 1. Grades ist entstanden.

Besonders gefährdet sind Stellen mit geringem Fettgewebe und wenig Muskeln sowie nach außen gewölbte Knochen, da der von außen auftretende Druck wegen des fehlenden Unterhautfettgewebes nicht genügend verteilt werden kann. Dazu zählen z.B. Fersen, Knöchel, Steißbein, seitliche Hüftknochen.

Für die Entstehung eines Druckgeschwürs spielt auch der Zeitfaktor eine Rolle, d.h. wie lange die gefährdeten Stellen dem Druck ausgesetzt sind.

Es gibt unterschiedliche Faktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. Man kann sie in zwei Gruppen einteilen:

1. Faktoren, die von den betroffenen Personen ausgehen wie z.B.

- eingeschränkte Beweglichkeit durch Alter oder Krankheit,
- Ernährungsmängel,
- Austrocknung,
- Körpergewicht,
- Infektionen,
- Harn- oder Stuhlinkontinenz.

2. Faktoren, die das Umfeld der betroffenen Personen betreffen wie z.B.

- Reibungen, die Hautverletzungen verursachen,
- Scherkräfte, die zur Trennung von Hautschichten führen,
- Feuchtigkeit oder Temperaturen, die zur einer Aufweichung der oberen Hautschicht führen.

Kann ein Dekubitusgeschwür bei Beachtung des Expertenstandards stets verhindert werden?

Das zentrale Ziel, das mit dem Standard zur Dekubitusprophylaxe verfolgt wird, lautet: Ein Dekubitus muss verhindert werden.

Dieses Ziel wird allerdings nicht bei allen Personengruppen zu erreichen sein. Bei Menschen,

- die sich in lebensbedrohlichen Situationen befinden, kann deren gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der erforderlichen vorbeugenden Maßnahmen sprechen,

- die in der Endphase ihres Lebens stehen, können andere Prioritäten erforderlich sein,
- die unter gravierenden Durchblutungsstörungen leiden, führen vorbeugende Maßnahmen möglicherweise nicht zum Erfolg.

Wenn in solchen oder vergleichbaren Fällen das pflegerische Ziel nicht erreicht wird, wird man dies den Pflegenden nicht zum Vorwurf machen können.

Wichtig ist, dass alle Berufsgruppen und alle Personen, die in die Betreuung der kranken und pflegebedürftigen Menschen eingebunden sind, bei den Maßnahmen zur Vorbeugung vor einem Wundliegen zusammenwirken. Dabei kann der Einsatz von Technik und Hilfsmitteln eine sinnvolle Unterstützung darstellen, ersetzt aber nicht die notwendige Förderung, Anleitung und Unterstützung bei der körpereigenen Bewegung der Betroffenen.

Welche Ziele verfolgt der Standard und wie ist er aufgebaut?

Die **Zielsetzung** für den Standard lautet:

Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

Die **Begründung** hierzu lautet:

- Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/Bewohner.
- 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 das Pflegefachpersonal die systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Bewohnern, Bewegungsförderung, Druckentlastung und Druckverteilung sowie Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.

Der Standard gliedert sich in **sechs Ebenen**:

1. Das Wissen über das Entstehen eines Dekubitus und die Einschätzung der Risikogefährdung
2. Die Beherrschung der Techniken zur Vermeidung eines Dekubitus

3. Die Fähigkeit zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel
4. Die Befähigung zur Anleitung und Beratung
5. Die Sicherstellung der Kontinuität
6. Die Kompetenz zur Beurteilung des Erfolgs der getroffenen Maßnahmen

Diese sechs Ebenen werden nachstehend in ihren wesentlichen Aussagen beschrieben. Dabei ist das Augenmerk auf die Perspektive der Patienten/Bewohner, ihre Angehörigen und Laienhelfer gerichtet.

Der wesentliche Inhalt der sechs Ebenen wird am Ende des Kapitels zusammengefasst. Eine tabellarische Übersicht zum Standard ist im Anhang abgedruckt.

DIE SECHS EBENEN DES EXPERTENSTANDARDS MIT IHREN ERLÄUTERUNGEN

Ebene 1: Das Wissen über das Entstehen eines Dekubitus und die Einschätzung der Risikogefährdung

Welches Fachwissen kann von den Pflegefachkräften erwartet werden?

Die Pflegefachkräfte müssen über das Fachwissen auf ihrem Fachgebiet verfügen, das dem neuesten Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis entspricht. Das fordert das Gesetz^{7,8}. Dieses Wissen kann folglich auch von jedem Patienten/Bewohner eingefordert werden. Es ist Maßstab bei Haftungsfragen.

Das einmal erworbene Wissen z.B. im Rahmen der Berufsausbildung muss fortlaufend aufgefrischt und dem neuesten Erkenntnisstand angepasst werden.

Die Patienten/Bewohner können also erwarten, dass

- Pflegefachkräfte den Aufbau und die Funktion der Haut kennen,
- über das notwendige Wissen über die Entstehung eines Dekubitus verfügen,
- über die Ursachen und die Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus informiert sind und
- die Methoden und Maßnahmen beherrschen, um das Risiko zu erkennen und einzustufen.

Theoretisches Wissen allein genügt aber nicht. Auch die Umsetzung in die Praxis muss geübt und erprobt werden.

Zu welchen Zeitpunkten muss das Dekubitusrisiko beurteilt werden?

Das Dekubitusrisiko ist anhand der individuellen körperlichen Gegebenheiten der Patienten/Bewohner bei Beginn der Pflege einzuschätzen. Entsprechendes gilt für die nachfolgenden Risikoerhebungen. Da die zentralen Risikofaktoren für die Dekubitusentstehung, nämlich

- eingeschränkte Mobilität,
- fehlende Aktivität und
- andauernder Druck
- einwirkende Scherkräfte

sind, muss besonders bei Veränderungen in diesem Bereich die Dekubitusgefährdung bei jedem Patienten/Bewohner unverzüglich und regelmäßig erneut erhoben und sicher eingeschätzt werden. Diese Erhebungen sind systematisch vorzunehmen, d.h. also gleich zu Beginn der pflegerischen Maßnahmen und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen bei den genannten Risikofaktoren.

⁷ z.B. § 2 Nr.5 HeimG, entsprechende Regelungen in den Heimgesetzen der Länder

⁸ § 11 SGB XI

Können Instrumente zur Einschätzung des Dekubitusrisikos hilfreich sein?

Die Wissenschaft hat verschiedene Skalen entwickelt, um das Dekubitusrisiko leichter einschätzen zu können. Die Pflegekräfte müssen beurteilen können, wieweit diese oder sonstige standardisierte Instrumente zur Einschätzung des Dekubitusrisikos inhaltlich den von ihnen betreuten Patienten- oder Bewohnergruppen genügen. Wenn sie diese nutzen, müssen sie in ihrer Anwendung geübt und in der Lage sein, die ermittelten Ergebnisse mit ihrer eigenen fachlichen Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos in Beziehung zu setzen. Diese individuelle Risikoeinschätzung ist vorrangig zu sehen.

Wird die aktuelle und systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung von den Pflegefachkräften dokumentiert?

Die im individuellen Fall aktuell und systematisch eingeschätzte Dekubitusgefährdung muss von den Pflegefachkräften dokumentiert werden. Diese Dokumentation muss von allen am Pflegeprozess Beteiligten sowie den Bewohnern und den von ihnen Bevollmächtigten beziehungsweise deren gesetzlichen Vertretern eingesehen werden können.

Ebene 2: Die Beherrschung der Techniken zur Vermeidung eines Dekubitus

Kann erwartet werden, dass die Pflegefachkraft die verschiedenen Techniken zur Dekubitusprophylaxe kennt und in deren Anwendung geübt ist?

Pflegefachkräfte müssen erkennen können, wie weit die Patienten/Bewohner noch bewegungsfähig sind und in die Bewegungsabläufe einbezogen werden können. Sie müssen in der Anwendung der verschiedenen Bewegungs- und Lagerungstechniken geübt sein, so dass keine Haut- und Gewebeerletzungen entstehen. Sie müssen außerdem über ausreichende Kenntnisse darüber verfügen, wie unter Anwendung bestimmter Techniken und Methoden bestimmte gefährdete Zonen (z. B. Halswirbelbereich, Schulter, Hüfte) durch eigenständige Umlagerung und Bewegung durch die Betroffenen selbst geschont werden können.

Wurde ein individueller Bewegungsplan aufgestellt, der auch die Fähigkeiten zur Eigenbewegung und die Wünsche der Betroffenen berücksichtigt?

Sobald eine Druckgefährdung festgestellt wird, sind sofort Maßnahmen zur Bewegungsförderung einzuleiten, denn Bewegung bedeutet Druckentlastung. Selbst kleinste Bewegungen tragen zur Druckverlagerung bei und entlasten damit die Körperpartien.

Patienten/Bewohner sollten, damit sie soweit wie möglich von der Hilfe anderer Personen unabhängig sind, alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Eigenbewegung kennen lernen und nutzen. Pflegefachkräfte müssen daher mit ihnen Möglichkeiten zur Eigenbewegung entwickeln, Anreize zur Mobilität anbieten und verwendete Lagerungs-materialien so anbringen, dass die vorhandene Eigenbewegung der Patienten/Bewohner nicht behindert wird.

Die Intervalle zur Bewegungsförderung/Druckentlastung müssen individuell festgelegt und planmäßig durchgeführt werden. Zunächst ist die Umlagerung alle zwei Stunden durchzuführen. Anschließend sind nach Überprüfung des Hautzustands (Fingertest⁹) und Äußerungen des Patienten/Bewohners über Schmerzen und Unbequemlichkeit die Lagerungszeiten für jeden Patienten/Bewohner individuell festzulegen. Wesentlich ist der Einbezug der Patienten/Bewohner, um geeignete Lagerungen zu ermitteln, mit denen sie ihre Situation bewältigen und ihre Fähigkeiten nutzen können.

Da die Druckbelastung im Sitzen höher ist als im Liegen, ist es auch notwendig, bei sitzenden Personen einen Lagewechsel vorzunehmen.

- druckentlastend wirken Stühle mit Armlehnen oder zurückliegender Rückenlehne und erhöhten Unterschenkeln,
- druckbelastend sind Stühle ohne Armlehne, „auf die Seite geknickte“ oder „herunter gerutschte“ Sitzpositionen.

⁹ Der Fingertest wird ausgeführt, indem man mit dem Zeigefinger zwei Sekunden auf einen geröteten Hautbereich drückt und anschließend den Finger wieder wegnimmt. Ist die Haut am Fingereindruck weiß, liegt kein Druckgeschwür vor, bleibt die Haut am Fingereindruck rot, liegt ein Druckgeschwür vor.

Welche Maßnahmen muss ein individueller Plan zur Bewegungsförderung enthalten?

In dem Bewegungsförderungsplan sind die Vereinbarungen mit dem Patienten/Bewohner über die Maßnahmen zur Druckentlastung, die Festlegung der individuell notwendigen Zeitabstände für die Umlagerungen und die Auswertung der durchgeführten Maßnahmen festzuhalten. Er muss von allen am Pflegeprozess Beteiligten, den Betroffenen und ihren Vertretern eingesehen werden können.

Ebene 3: Die Kompetenz zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel

Kann erwartet werden, dass Pflegefachkräfte in der Lage sind, individuell geeignete druckverteilende Hilfsmittel auszuwählen und einzusetzen?

Nach dem Erkennen von Risikofaktoren kommt neben der Bewegungsförderung auch der Einsatz von druckverteilenden Lagerungshilfsmitteln¹⁰ in Betracht. Bei der Auswahl des Lagerungshilfsmittels ist auf den individuellen Nutzen für den Patienten/Bewohner und die angestrebten Pflege- und Therapieziele abzustellen.

Die einzusetzen Lagerungshilfen sind nach folgenden Kriterien auszuwählen:

- vordringliche Pflege- und Therapieziele (z.B. Schmerzreduktion, Ruhigstellung, Bewegungsverbesserung)
- Möglichkeiten der Eigenbewegung des Patienten/Bewohners
- gefährdete Körperstellen
- Gewicht des Patienten/Bewohners
- Abwägung von Kosten und Nutzen (z.B. Verwendung der vorhandenen Finanzierungsmittel für auch anderweit nutzbare Lagerungshilfen)
- Vorlieben und Wünsche des Patienten/Bewohners

Für die auf dem Markt angebotenen unterschiedlichen Lagerungshilfsmittel wie Kissen, Ringe, Felle, Spezialmatratzen gibt es bisher noch keine wissenschaftlich eindeutigen Aussagen zur Effizienz. Daher sollte bei der Auswahl der Hilfsmittel deren Nutzen für den beabsichtigten Einsatz und evtl. Bewegungsdefizite mit den entsprechenden Folgen für den Körper gegeneinander abgewogen werden.

Wann müssen im Einzelfall druckverteilende Lagerungshilfsmittel angewendet werden?

Da Dekubitusprobleme bei hohem Druck bereits nach 10 – 20 Minuten auftreten können, muss sofort reagiert werden. Wenn eine Druckentlastung durch Bewegungsförderung wegen schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht möglich ist, muss sofort eine Druckverteilung mit geeigneten Hilfsmitteln eingeleitet werden.

Lagerringe für eine Freilagerung von Körperstellen können nicht empfohlen werden, weil sie zu einer Druckerhöhung an den Seitenrändern führen. Nicht empfohlen werden auch Felle, Watteverbände und Wassermatratzen, weil der Druck durch sie nicht verringert wird. Nur solche Hilfsmittel sollten zum Einsatz kommen, die den Auflagedruck vermindern. Dagegen belegen Studien, dass beim Einsatz von großzelligen, dynamischen Matratzen, Auflagensystemen oder viscoelastischen Schaumstoffmatratzen¹¹, die Häufigkeit von neu aufgetretenen Druckgeschwüren abgenommen hat.

¹⁰ vgl. Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen, Produktgruppe 11 (Hilfsmittel gegen Dekubitus)

¹¹ Viscoelastische Matratzen bestehen aus bestimmten Polymeren, die dazu führen, dass sich die Matratze den Formen des auf ihr ruhenden Körpers anpasst. Durch die Körperwärme sinkt der Körper in die Matratze ein. Wird die Körperposition gewechselt, bilden sich die entstandenen Vertiefungen zurück.

Ebene 4: Die Befähigung zur Anleitung und Beratung

Kann erwartet werden, dass Pflegekräfte die notwendigen Fähigkeiten besitzen, um Betroffene, ihre Angehörigen und Helfer über vorbeugende Maßnahmen zu beraten und anzuleiten?

Eine wirksame Dekubitusprophylaxe erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Personen, die an der Versorgung des Patienten/Betroffenen beteiligt sind und eine Einbindung des Patienten/Bewohners selbst. Pflegefachkräfte müssen daher über die notwendigen Kompetenzen zur Anleitung und Beratung dieses Personenkreises verfügen. Dazu gehört auch die Verwendung von sinnvollen Informations- und Schulungsmaterialien.

Die Anleitung und Beratung umfasst eine

- systematische Einweisung vor Übernahme der einzelnen Aufgaben,
- Begleitung während der Durchführung der Aufgaben,
- Supervision,
- Überprüfung der Maßnahmen und des Erfolgs der Dekubitusprophylaxe.

Wie wird beurteilt, ob die Betroffenen, ihre Angehörigen oder Helfer nach entsprechender Anleitung und Beratung in der Lage sind, vorbeugende Maßnahmen durchzuführen?

Wenn Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht nur an, sondern mit den Patienten/Bewohnern durchgeführt werden sollen, müssen diese über Art und Ausmaß der Gefährdung aufgeklärt sein. Nur dann können sie zustimmen.

Dazu gehören

- das gemeinsame Besprechen von individuellen Prioritäten und
- die Planung der Pflegehandlungen.

Dadurch wird die Eigenverantwortlichkeit der Patienten/Bewohner gestärkt, ihre Selbstpflegekompetenz erhöht und ihre Abhängigkeit gegenüber den Pflegefachkräften reduziert. Diese Kompetenzen sind zu fördern.

Ob und wie weit die Patienten/Bewohner und ihre Angehörigen nach entsprechender Anleitung und Beratung in der Lage sind, die notwendigen Maßnahmen zu Dekubitusprophylaxe zu unterstützen, muss von den Pflegefachkräften beurteilt werden.

Ebene 5: Die Sicherstellung der Kontinuität

Stellt die Pflegeeinrichtung sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Betroffenen beteiligten Personen den Zusammenhang zwischen der Regelmäßigkeit der Vorbeugemaßnahmen und dem Erfolg kennen?

Dekubitusprophylaxe muss kontinuierlich durchgeführt werden, um wirkungsvoll zu sein. Alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners beteiligten Personen müssen dieses Wissen haben. Dieses Wissen ist ihnen gegebenenfalls durch Schulungen und andere Methoden der Informationsweitergabe zu vermitteln. Dies hat der Einrichtungsträger sicherzustellen.

Kann erwartet werden, dass alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners beteiligten Personen über diese Zusammenhänge informiert werden?

Pflegefachkräfte müssen alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Fortführung vorbeugender Maßnahmen informieren und sicherstellen, dass die geplanten Maßnahmen kontinuierlich fortgeführt werden. Nur durch die Weiterleitung von Informationen zur Notwendigkeit kontinuierlich durchgeführter Vorbeugemaßnahmen wird das Dekubitusrisiko verringert. Fehlende oder nicht vollständige Informationen stellen einen Mangel dar, der ein Haftungsrisiko in sich birgt.

Das gilt insbesondere in stationären Einrichtungen oder Krankenhäusern, wenn unterschiedliche Berufsgruppen an der Versorgung des Patienten/Bewohners beteiligt sind.

Ebene 6: Die Kompetenz zur Beurteilung des Erfolgs der getroffenen Maßnahme

Kann erwartet werden, dass Pflegekräfte die Wirksamkeit vorbeugender Maßnahmen richtig einschätzen?

Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe müssen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Dies setzt voraus, dass die Pflegefachkräfte in der Lage sind, einen entstandenen Dekubitus mindestens Grad 1 oder höher von einer einfachen Hautrötung oder anderen Anzeichen an der Haut abzugrenzen. Hierzu müssen Pflegekräfte gegebenenfalls geschult werden.

Muss der Hautzustand der gefährdeten Patienten/Bewohner innerhalb der festgelegten Zeitabstände regelmäßig begutachtet werden?

Um die Wirksamkeit der durchgeführten Vorbeugemaßnahmen beurteilen zu können, müssen an gefährdeten Körperstellen regelmäßige Überprüfung des Hautzustandes vorgenommen werden.

Zur eindeutigen Feststellung eines Dekubitus Grad 1 eignet sich der so genannte Fingertest: kurzes Eindrücken des Fingers auf eine gerötete Körperstelle:

- bleibt die Haut rot, liegt eine Schädigung der Haut vor,
- wird die Haut weiß, liegt keine Schädigung der Haut vor.

Die Zeitabstände, in denen der Hautzustand zu prüfen ist, richten sich nach dem Grad der Gefährdung und den festgelegten Lagerungsveränderungen.

Vorbeugende Maßnahmen haben das Ziel, einen Dekubitus zu verhindern. Dieses Ziel kann in der Regel auch erreicht werden. Ausnahmen ergeben sich bei Personen,

- deren gesundheitliche Situation eine konsequente Anwendung prophylaktischer Maßnahmen nicht möglich macht (z.B. bei lebensbedrohlichen Zuständen),
- für die andere Betreuungsmaßnahmen Vorrang haben (z.B. in der Sterbephase) oder
- deren Gesundheitszustand die Wirkung vorbeugender Maßnahmen verhindert (z.B. gravierende Durchblutungsstörungen).

Zusammenfassung der sechs Ebenen des Standards für den schnellen Leser/ die schnelle Leserin

1	<p><u>Das Wissen über das Entstehen eines Dekubitus und die Einschätzung der Risikogefährdung</u></p> <p>Das Wissen der Pflegefachkraft über das Dekubitusrisiko muss den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft entsprechen. Die Pflegekräfte müssen von Beginn der Pflege an das Dekubitusrisiko (eingeschränkte Mobilität, fehlende Aktivität, dauernder Druck) fortlaufend einschätzen. Die Erkenntnisse sind zu dokumentieren und allen am Pflegeprozess Beteiligten zugänglich zu machen.</p>
2	<p><u>Die Beherrschung der Techniken zur Vermeidung eines Dekubitus</u></p> <p>Die Pflegefachkräfte müssen die verschiedenen Bewegungs- und Lagerungstechniken kennen und ihre Anwendung beherrschen. Sie lagern die Patienten/Bewohner nach einem individuellen Bewegungsplan und fördern deren Eigenbewegungen. Wichtig ist, dass die Betroffenen mit einbezogen werden, um die geeignete Lagerung zu ermitteln. Plan und Ausführung werden dokumentiert.</p>
3	<p><u>Die Kompetenz zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel</u></p> <p>Der Einrichtungsträger hält druckverteilende Hilfsmittel zum kurzfristigen Einsatz zur Verfügung. Die Pflegefachkräfte wählen die individuell passenden Lagerungshilfsmittel aus und setzen sie zur Druckentlastung ein.</p>
4	<p><u>Die Befähigung zur Anleitung und Beratung</u></p> <p>Die Pflegefachkräfte müssen über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um die Patienten/Bewohner selbst sowie die an ihrer Versorgung beteiligten Personen zu Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen anzuleiten und zu beraten. Sie halten hierfür geeignetes Informationsmaterial zur Verfügung.</p>
5	<p><u>Die Sicherstellung der Kontinuität</u></p> <p>Alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners beteiligten Personen müssen wissen, dass Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe kontinuierlich durchgeführt werden müssen, um erfolgreich sein zu können. Die Einrichtung muss daher sicherstellen, dass die notwendigen Informationen über eine Dekubitusgefährdung unter den Beteiligten ausgetauscht werden.</p>
6	<p><u>Die Kompetenz zur Beurteilung des Erfolgs der getroffenen Maßnahme</u></p> <p>Die Pflegefachkräfte müssen erkennen können, ob beim Patienten/Bewohner Anzeichen eines Dekubitus zu erkennen sind und die angewandten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe Wirkungen zeigen.</p>

AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG DES EXPERTENSTANDARDS 'DEKUBITUSPROPHYLAXE IN DER PFLEGE' AUF DIE QUALITÄT DER PFLEGE AUS VERBRAUCHERSICHT

Aus den Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung des Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘ lassen sich aus Sicht der Patienten/ Bewohner zwei Erkenntnisse festhalten:

Qualitative Verbesserungen im Umgang mit Druckgeschwüren

Ziel der Entwicklung und Einführung des Expertenstandards war es, die Pflegequalität zu verbessern. Die Übertragung von wissenschaftlich überprüften Erkenntnissen in die Pflegepraxis sollte dazu führen, dass die Kompetenz der Pflegekräfte im Bereich der Dekubitusprophylaxe steigt und die Pflege professioneller wird.

Dieses Ziel scheint - wie Statistiken zeigen - erreicht zu sein: Die Zahl der Pflegeheimbewohner und Krankenhauspatienten mit einem Druckgeschwür hat deutlich abgenommen. Dies wird im Wesentlichen auf den inzwischen flächendeckenden Einsatz des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe und damit auf verbesserte Vorbeugemaßnahmen zurückgeführt, was zeigt, dass Prävention in den meisten Einrichtungen ernst genommen wird. Auch führen die meisten Einrichtungen inzwischen eine Dekubitus-Statistik.

Aus Sicht der Patienten/Bewohner hat dies im Wesentlichen folgende Auswirkungen auf die Verbesserung der Pflegequalität:

- Die Auseinandersetzung mit dem Thema Dekubitus und die Fortbildung der Pflegekräfte auf diesem Gebiet fördert die Bewusstseinsbildung für dieses Pflegerisiko und stärkt damit die Sicherheit aller Beteiligten, so insbesondere auch der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Dies gilt sowohl für Diagnose und Therapie wie für die rechtliche Beurteilung pflegerischen Handelns oder Unterlassens.
- Die Umsetzung des Expertenstandards führt zu einer verbesserten Patientenorientierung. Im Mittelpunkt stehen nunmehr die körperlichen, psychischen, sozialen, seelischen und spirituellen Bedürfnisse der jeweiligen Person.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sowie Hilfskräften und Angehörigen wird als unumgänglich erkannt. Sie werden in den Pflegeprozess einbezogen. Schulung und Beratung durch die Pflegefachkraft spielt eine übergeordnete Rolle.
- Eine aussagekräftige Dokumentation des individuellen Pflegeprozesses wird als wichtige Datenquelle für die Qualitätsmessung gewertet. Das Recht auf Einsicht in die Pflegedokumentation fördert die notwendige Transparenz über den Pflegeprozess und den Pflegeerfolg.

Transparenz im Umgang mit Druckgeschwüren

Die Patienten/Bewohner, ihre Angehörigen und die pflegerischen Laien können erwarten, dass Ihnen im konkreten Einzelfall von pflegfachlicher Seite Beratung und Unterstützung bei den wesentlichen Fragen und wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung und Abheilung von Druckgeschwüren zuteil wird.

Solche Fragen sind beispielsweise:

- Gehöre ich/ gehört mein Angehöriger zu dem gefährdeten Personenkreis?
- Welche Anzeichen sollten beachtet werden?
- Welche Vorbeugemaßnahmen sind angezeigt?
- Welche Maßnahmen zu Bewegungsförderung sind geboten?
- Welche Hilfsmittel sind einzusetzen?
- Wie kann ein Lagewechsel über 24 Stunden sichergestellt werden?
- Kann ein aufgetretenes Druckgeschwür wieder geheilt werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen, bei den Vorbeugemaßnahmen mitzuwirken?

Einrichtungsträger wie Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste müssen geschultes Pflegefachpersonal zur Verfügung haben, um Antworten auf diese und vergleichbare Fragen zu geben und geeignete Maßnahmen für die individuelle Pflegesituation zu treffen. Dies fällt unter ihre Organisationsverantwortung. Sie tragen Verantwortung für die fachlich angezeigte Umsetzung der im Expertenstandard ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘ festgelegten und geforderten Inhalte. Mängel sind mit erheblichen Haftungsrisiken belastet.

Neben diesen für pflegerische Laien verständlichen Informationen müssen für die Patienten/Bewohner und ihre Angehörigen folgende Aufzeichnungen einzusehen sein:

- Die aktuelle Einschätzung des Dekubitusrisikos
 - Beurteilung zu Beginn der Pflege
 - regelmäßige und fortlaufende Erhebungen
- Der individuelle Bewegungsplan/Lagerungsplan
 - Zeitpunkt und Abstände der Mobilisierung und der Lageveränderung
 - Absprachen mit dem Patienten/Bewohner
 - Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen
 - Ergebnisse der regelmäßigen Überprüfungen
- Dokumentation der auf der Basis des Bewegungsplans/Lagerungsplans durchgeführten Maßnahmen

Diese Aufzeichnungen dienen dem Nachweis, ob die angeordneten und durchgeführten Maßnahmen ausreichend sind, um einen Dekubitus zu verhindern oder einen vorhandenen zu heilen. Sie sind damit auch Beweismittel bei Haftungsfragen.

Der Expertenstandard ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘ hat für alle Beteiligten - Pflegekräfte wie Verbraucherinnen und Verbraucher - zu mehr Sicherheit durch klare Vorgaben im Umgang mit einem schwierigen Thema beigetragen.

ANHANG

I Expertenstandards des DNQP

Herausgeber: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),

Bezugsadresse:

DNQP, Hochschule Osnabrück
Postfach 19 40, 49009 Osnabrück
Tel.: 0541. 969-2004
Fax: 0541. 969-2971
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: www.dnqp.de/Expertenstandard

Bisher verabschiedete Expertenstandards:

- Expertenstandard **Dekubitusprophylaxe in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2004, 1. Aktualisierung Dez. 2010
- Expertenstandard **Entlassungsmanagement in der Pflege**, 2004, 1. Aktualisierung Juli 2009
- Expertenstandard **Schmerzmanagement in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Mai 2005, 1. Aktualisierung Dezember 2011
- Expertenstandard **Sturzprophylaxe in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Februar 2006
- Expertenstandard **Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, April 2007
- Expertenstandard **Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, Juni 2009
- Expertenstandard **Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, Mai 2010

II Entstehungsgeschichte des Expertenstandard 'Dekubitusprophylaxe in der Pflege'

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Der 'Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege' basiert auf den von der Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 1999 erarbeiteten „Qualitätszielen für das deutsche Gesundheitswesen“¹². Er ist eine Gemeinschaftsarbeit zwischen

- dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück, dem über seinen Lenkungsausschuss die Verantwortung für die methodischen Fragen oblag und
- dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke, das über eine Expertenarbeitsgruppe für die inhaltlichen Aussagen zum jeweiligen Thema zuständig war. Die Leitung der Expertenarbeitsgruppe, die sich aus 12 Personen mit anerkannter Fachexpertise – wissenschaftlich/theoretisch wie praktisch – zum Thema Dekubitusmanagement zusammensetzte, hatte Frau Christel Bienstein.

Diese Arbeitsteilung entspricht dem international anerkannten Vorgehen bei Standard- und Leitlinienentwicklungen.

Zu den Hauptaufgaben der Expertenarbeitsgruppe gehörten:

- Die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Standardentwurfs
- Die Vorstellung des Entwurfs auf der Konsensus-Konferenz sowie
- Die Formulierung der abschließenden Version des Expertenstandards unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Konsensus-Konferenz

Grundlagen des Expertenstandard 'Dekubitusprophylaxe in der Pflege'

In Anlehnung an international anerkanntes Vorgehen bei Standard- und Leitlinienentwicklung wurden im Wesentlichen folgende Schritte unternommen:

- Sichtung und Auswertung der nationalen und internationale Forschungsliteratur
- Auswahl und Festlegung einschlägiger Themenbereiche für den Standard
- Bildung des Expertenurteils
- Formulierung von Aussagen und Kriterien für den Standard

Der von der Expertenarbeitsgruppe zunächst in den Jahren 1999/2000 erarbeitete Entwurf des Expertenstandards und die anschließende Aktualisierung des Standards berücksichtigt 236 Quellen aus der nationalen und internationalen Fach- und Forschungsliteratur zum Stand der Dekubitusthematik.

Er wurde der Fachöffentlichkeit auf einer Konsensuskonferenz¹³ vorgestellt und erläutert. Insgesamt 405 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Pflegepraxis und

¹² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard 'Dekubitusprophylaxe in der Pflege', Entwicklung – Konsentierung - Implementierung, 2. Auflage 2004, Abb 1

Pflegewissenschaft kamen im Februar 2000 zusammen und diskutierten den vorgelegten Entwurf. Vertreter der Gesundheitspolitik, der Spitzenorganisationen und -verbände aus dem Gesundheitswesen sowie Experten anderer Gesundheitsberufe waren als Konferenzbeobachter anwesend.

Ziel der Konferenz war es, einen möglichst hohen Grad an Übereinstimmung zum angestrebten Qualitätsniveau bei der Dekubitusprophylaxe zu erreichen.

Die Ergebnisse der Fachdiskussion auf der Konsensuskonferenz wurden anschließend von der Expertengruppe in den Expertenstandard eingearbeitet.

Man verständigte sich darin auf 7 Ebenen mit 21 messbaren Kriterien zur angestrebten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dabei wurden neben den Erkenntnissen aus der Wissenschaft auch der Stand und die Handlungsbedingungen der Praxis sowie die Bedürfnisse der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen in die Kriterien des Expertenstandards mit einbezogen.

Die erste Veröffentlichung des 'Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege' erfolgte im August 2000. Die 2. Auflage - lediglich erweitert um die aktualisierte Literaturstudie – wurde im Februar 2004 veröffentlicht.

Eine vollständige Aktualisierung des Expertenstandards erfolgte dann im Rahmen des regulären 5-Jahres-Turnus im Jahre 2009. Sie umfasste

- die Einberufung der Expertenarbeitsgruppe aus neuen und ehemaligen Experten aus Pflegewissenschaft und Pflegepraxis,
- die Erstellung einer neuen Literaturstudie unter Berücksichtigung von 148 Quellen aus dem Zeitraum 2002 - 2009,
- die Anpassung von Standard, Kommentierung und standardisiertem Audit-Instrument an den neuen Wissensstand,
- den Abstimmungsprozess mit der Fachöffentlichkeit und dem DNQP-Lenkungsausschuss sowie
- die Neuauflage der Buchveröffentlichung zum aktualisierten Expertenstandard.

Die Experten konnten feststellen, dass im Aktualisierungszeitraum keine grundlegend neuen Erkenntnisse aus der Forschung zu den Kriterienebenen des bisherigen Expertenstandards festzustellen waren, dass inzwischen aber bessere Erfahrungswerte zu den einzelnen Themen vorlagen. Dies galt insbesondere für die Themen „Risikoeinschätzung“ (Kriterienebene 1) und „weitere Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz“ (bisherige Kriterienebene 4). Darüber hinaus wurden zu den Kriterienebenen 1 und 3 sowie zur allgemeinen Zielsetzung und ihrer Begründung inhaltliche und sprachliche Präzisierungen vorgenommen. Die Präzisierungen zeigen sich insbesondere darin, dass die Kriterienebenen von 7 auf 6 Ebenen mit nun 18 messbaren Kriterien zur angestrebten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität reduziert wurden.

¹³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘, Entwicklung – Konsentierung - Implementierung, 2. Auflage 2004, Abb. 2

Präambel und Kommentare mussten daher grundlegend überarbeitet werden.

Die Konsultationsfassung des aktualisierten Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘ wurde während acht Wochen (28. Juni bis 20. August 2010) auf der Webseite des DNQP veröffentlicht. Es gingen 38 schriftliche Rückmeldungen aus allen Bereichen der Pflege mit Anmerkungen und Vorschlägen für die abschließende Fassung des Expertenstandards ein, die vom Expertenteam ausgewertet und über deren Berücksichtigung in mehrstufigen Abstimmungsprozessen entschieden wurde. Im Ergebnis kam es zu Änderungen und Ergänzungen der Konsultationsfassung.

Die abschließende Version des aktualisierten Expertenstandards und die Kommentierung hierzu war das Ergebnis der Abstimmungsprozesse zwischen Expertenarbeitsgruppe, der Fachöffentlichkeit und dem DNQP-Lenkungsausschuss.

In Zusammenarbeit mit Kooperationseinrichtungen in der Praxis erfolgte die Überarbeitung des standardisierten Audit-Instruments. Dies ist auf der Webseite des DNQP veröffentlicht. Da der ursprüngliche Expertenstandard weitgehend bestätigt wurde, bestand keine Notwendigkeit für eine erneute modellhafte Implementierung.

Die Ergebnisse des aktualisierten Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘ wurde im Februar 2011 in Kooperation mit der Charité Universitätsmedizin Berlin der Fachöffentlichkeit vorgestellt und mit den Teilnehmern diskutiert.

Die Standardausgaben liegen als Buchdruck vor¹⁴.

Auswirkungen des Expertenstandards ‚Dekubitusprophylaxe in der Pflege‘¹⁵

Der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe im Jahre 2002 war der erste nationale Expertenstandard in der deutschen Pflege. Er sollte denen, die sich um Qualitätsentwicklung in der Pflege bemühen, Mut machen.

Mit dem Standard konnte gezeigt werden, dass mit der Wahl geeigneter Konzepte und Instrumente die vielfach einschränkenden Rahmenbedingungen in der Pflege gemeistert werden können. Gerade vor dem Hintergrund ständiger Veränderungen im Gesundheitswesen – sowohl ökonomischer als auch struktureller Natur - müssen die Pflegeberufe ihre große Bedeutung für die Versorgung von Patienten gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen darstellen können.

Durch den vielfach beschriebenen gesellschaftlichen Wandel werden Herausforderungen auch an das Gesundheitssystem gestellt, an deren Bewältigung eigenständig vorgehende, am Wohl der Patienten orientierte Pflegeberufe einen hohen Anteil haben. Daher ist Qualitätsentwicklung als Teil der Professionalisierung der Pflege zu betrachten. Diese stellt das Bindeglied zwischen der Pflegewissenschaft mit ihrem zunehmenden Beitrag an patientenorientierten Erkenntnissen einerseits und der Pflegepraxis mit ihrem enormen Problemdruck

¹⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, ISBN: 3-00-009033-9, Bezugsquelle siehe Anhang

¹⁵ Aus dem Vorwort des Lenkungsausschuss des DNQP zum Expertenstandard 2002 und 2004 und dem Vorwort des Vize-Präsidenten des Deutschen Pflegerates zur 1. Aktualisierung 2010

andererseits dar. In diesem Sinne sollen Expertenstandards zur Entwicklung der Pflegepraxis beitragen und einen Qualitätssprung in der Patientenversorgung unterstützen.

Dass dieser eingeschlagene Weg richtig war, um das gesteckte Ziel zu erreichen, zeigt sich an dem überaus großen Interesse nicht nur der Fachöffentlichkeit, sondern auch der Patienten/Bewohner an Qualitätsmaßstäben in der Pflege, für die Expertenstandards stehen. Expertenstandards sind Orientierung für beide Seiten, nicht nur für die pflegerische Praxis, sondern auch für die Gepflegten, denen Expertenstandards zu mehr Lebensqualität und Rechtssicherheit verhelfen. Die Übernahme der Expertenstandards als Indikatoren bei der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sowie als Orientierungspunkte in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts machen dies deutlich.

III Wiedergabe des Expertenstandard ,Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Präambel zum Expertenstandard

Die Vermeidung von Dekubitus stellt nach wie vor eine Herausforderung für die Pflegefachkräfte dar. Dekubitus gehen für die Betroffenen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und der Lebensqualität einher, weshalb ihrer Entstehung entschieden vorgebeugt werden muss. In der Literaturstudie zum Expertenstandard werden Dekubitus in Anlehnung an die internationale Definition der NPUAP/EPUAP (2009) wie folgt definiert:

„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.“

Menschen mit einem Risiko für eine Dekubitusentstehung sind in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu finden. Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte in Einrichtungen der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung. Für druckgefährdete Personen wurde das Begriffspaar „Patient/Bewohner“ gewählt, um Zielgruppen in unterschiedlichen Settings gerecht zu werden. Die Zielgruppe des Standards sind Menschen jeder Altersgruppe, die durch gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit und/oder Einschränkungen in ihrer Aktivität und Mobilität ein erhöhtes Risiko für Dekubitus aufweisen. Der Standard bezieht die Angehörigen ausdrücklich mit ein, denn sie übernehmen insbesondere in der häuslichen Versorgung einen wichtigen Part im Rahmen einer wirksamen Dekubitusprophylaxe.

Der Expertenstandard basiert auf einer umfassenden Literaturanalyse nationaler und internationaler Fachliteratur sowie der Expertise der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe. Auf der Grundlage der aktualisierten Literaturstudie stehen sämtliche Interventionen, die zu einer Druckverteilung führen, im Vordergrund der pflegerischen Dekubitusprophylaxe. Wie in der Vorgängerversion wird der Bewegungsförderung auch in dem aktualisierten Expertenstandard ein zentraler Stellenwert beigemessen.

Übergreifende Zielsetzung des Expertenstandards (siehe auch Ergebniskriterium 6) ist die Verhinderung eines Dekubitus, da der Entstehung eines Dekubitus in der Regel entgegengewirkt werden kann. Dennoch ist zu konstatieren, dass dieses Ziel nicht bei allen Patienten/Bewohnern erreichbar ist. Einschränkungen bestehen für Personen, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine konsequente Anwendung der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen spricht (z. B. bei lebensbedrohlichen Zuständen), eine andere Prioritätensetzung erfordert (z. B. Menschen in der Terminalphase ihres Lebens) oder eine Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen verhindert oder einschränkt (z. B. gravierende Störungen der Durchblutung unter Einnahme zentralisierender Medikamente).

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den originären Beitrag der Pflege zur Dekubitusprophylaxe. Die Versorgung der Patienten/Bewohner findet jedoch in der Regel berufsgruppen- und häufig auch sektorenübergreifend unter Beteiligung von Angehörigen und Hilfskräften statt. Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus sollten daher in enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren einschließlich des Patienten/Bewohners selbst erfolgen. Die Delegation von Aufgaben der Pflegefachkraft an Pflegehilfskräfte erfolgt im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit. Der Einsatz von Technik und Hilfsmitteln bietet eine

sinnvolle Unterstützung, ersetzt aber nicht die notwendige Förderung, Anleitung und Unterstützung bei der körpereigenen Bewegung des Patienten/Bewohners.

Zur Implementierung des Standards bedarf es der gemeinsamen Anstrengung der Betriebsleitung, des Pflegemanagements, der beteiligten Pflegefachkräfte und gegebenenfalls weiterer Gesundheitsberufe. Betriebsleitung und Pflegemanagement tragen Verantwortung für die Bereitstellung von Wissen sowie geeigneten Hilfsmitteln und Materialien. Pflegefachkräfte tragen Verantwortung für den Erwerb von Wissen und die Umsetzung des Standards im klinischen Alltag.

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2010

<p>Zielsetzung: Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.</p> <p>Begründung: Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen pflegebedürftiger Patienten/Bewohner. 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 ist, dass das Pflegepersonal die systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Bewohnern, Bewegungsförderung, Druckentlastung und –verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.</p>		
Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Pflegefachkraft S1 – verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 – beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkungen von externen Faktoren (z.B. Sonden, Kathetern), die zu erhöhten und/oder verlängerten Einwirkungen von Druck oder Scherkräften führen.</p>	<p>E1 - Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S2 – beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P2 – gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Bewohners, Mikrobewegung, scherkräftearmen Transfer und fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners.</p>	<p>E2 - Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.</p>

<p>Die Pflegefachkraft S3a – verfügt über die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilernder Hilfsmittel zu beurteilen.</p> <p>S3b – Dem Risiko des Patienten/Bewohners entsprechende druckverteilende Hilfsmittel (z.B. Weichlagerungskissen und –matratzen, Spezialbetten) sind unverzüglich zugänglich.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P3 – wendet zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen die geeigneten druckverteilenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt.</p>	<p>E3 - Der Patient/Bewohner befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckverteilenden Unterlage.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S4 – verfügt über Fähigkeiten sowie über 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.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P4 – erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation und plant diese individuell mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen.</p>	<p>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.</p>
<p>Die Einrichtung S5 – 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.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P5 – 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 Transportdiensten).</p>	<p>E5 - Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten bekannt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S6 – verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P6 – begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Bewohners in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.</p>	<p>E6 – Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus.</p>

IV Expertenarbeitsgruppe „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ – 1. Aktualisierung 2010

Wissenschaftliche Leitung:	Theo Dassen, Berlin
Moderation:	Doris Schiemann, Osnabrück Petra Blumenberg, Osnabrück
Wissenschaftliche Mitarbeit/Literaturstudie:	Armin Hauss, Berlin Jan Kottner, Berlin Antje Tannen, Berlin
Patientenvertreterin:	Gisela Flake, Rotenburg/Wümme

1. Aktualisierung 2010

Katrin Balzer, Theo Dassen, Johanna Feuchtinger, Gisela Flake, Christa Gottwald, Karla Kämmer, Eva-Maria Panfil, Gerhard Schröder, Thomas Skiba, Eva Steinmetz, Doris Wilborn

V Bestellhinweis

Die vollständige abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 15,00 € schriftlich bestellt werden beim

**Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Hochschule Osnabrück
Postfach 19 40
49009 Osnabrück
Fax: (0541) 9 69-29 71
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: <http://www.dnqp.de>**