

## „Do's“ und „Don'ts“ in der Dekubitusprophylaxe

Neueste Erkenntnisse der Dekubitusprophylaxe in der Pflege  
KDA-Fachtagung zum Nationalen Expertenstandard



Praktische Empfehlungen  
zum Nationalen Expertenstandard



FACHMAGAZIN DES  
KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE  
ISSN 1430-1911 2,50 EURO

Sonderdruck April 2006  
3., akt. Auflage

# PROALTER

Von schlechten Hilfsmitteln und ungeeigneten Interventionen zu effizienter Prophylaxe und Therapie .....	3
Braden-Skala (Kopiervorlage) .....	11
Praktische Empfehlungen zum Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe .....	12
Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe (Kopiervorlage) .....	15

Liebe Leserinnen und Leser,

obwohl es seit nunmehr fünf Jahren den „Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ gibt, ist die Situation in deutschen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern hinsichtlich der Entstehung und Versorgung von Druckgeschwüren immer noch nicht zufriedenstellend. In der Ausgabe PROALTER 1/2002 berichteten wir bereits ausführlich über Hintergründe und über den Nationalen Expertenstandard. In dieser Sonderausgabe möchten wir Ihnen nun konkrete Tipps und Arbeitshilfen mit an die Hand geben, die es möglich machen, schnell und effizient auf *das* „Schreckgespenst der Pflege“ zu reagieren und vielen Menschen durch eine bessere und leicht durchführbare Dekubitusprophylaxe und -versorgung großes Leid zu ersparen.

Ihre PROALTER-Redaktion

**IMPRESSUM**

PROALTER wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegeben und erschien zuvor (bis zum 28. Jahrgang) als „Presse- und Informationsdienst“. ANSCHRIFT: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Referat Öffentlichkeitsarbeit, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Telefon 02 21 / 93 18 47-0, Fax 02 21 / 93 18 47-6, E-Mail: publicrelations@kda.de, Internet: www.kda.de REDAKTION: Klaus Großjohann (V.i.S.d.P.), Ines Jonas, Volker Kowitz, Harald Raabe, Monika Reuß REDAKTIONELLE MITARBEIT BEI DIESEY SONDERAUSGABE: Heiko Fillibeck, Christine Sowinski, Britta Wilken TEXTKORREKTUR: Karin Bergmann, Köln SATZ: typeXpress, Köln

TITEL: Heidi Bitzer, Köln TITELFOTO: Kerstin Zillmer DRUCK: farbo print + media, Köln COPYRIGHT: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. PROALTER, Sonderdruck/3., akt. Auflage April 2006 ISSN 1430-1911

## VON SCHLECHTEN HILFSMITTELN UND UNGEEIGNETEN INTERVENTIONEN ZU EFFIZIENTER PROPHYLAXE UND THERAPIE

VON CHRISTINE SOWINSKI UND BRITTA WILKEN

Obwohl es seit nunmehr fünf Jahren den „Nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe“ gibt, ist die Situation in deutschen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern hinsichtlich der Entstehung von Druckgeschwüren immer noch nicht zufriedenstellend. Dabei gibt es viele schnell und leicht durchführbare Handlungsmöglichkeiten, die weder mehr Personal- noch Zeitaufwand bedeuten. Vor allem aber existiert eine Vielzahl ungeeigneter, aber immer noch eingesetzter Hilfsmittel und Pflege-Interventionen, deren Abschaffung sogar Zeit sparen würde. Dies war das bemerkenswerteste Ergebnis der KDA-Fachtagung „Nationaler Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ am 6. März 2002 in Köln.

Als „Schreckgespenst in der Pflege“ bezeichnete Klaus Großjohann, Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, zum Auftakt der Fachtagung das Pflegeproblem „Dekubitus“. In der öffentlichen Meinung gelte ein Dekubitus als Synonym für schlechte Pflege bzw. für Pflegefehler. „Der schlechte Ruf der Altenpflege ist teils auf diese Problematik zurückzuführen“, erklärte Großjohann gegen-

über den 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung. Seit Mai 2000 gäbe es zwar den „Nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe“, der Pflegefachpersonen verpflichtet, nach seinen Vorgaben zu arbeiten. Aber immer noch wüssten viel zu wenige Mitarbeiter über diesen Standard Bescheid und hielten an Mythen und falschen Behandlungsmethoden fest (siehe dazu auch PROALTER 1/2002, S. 21–23).



Klaus Großjohann, Geschäftsführer des KDA.  
Foto: Harald Raabe

### „WANDERSAGEN“ IN DER PFLEGE

Gerhard Schröder, Lehrer für Pflegeberufe, Lehrbeauftragter für Dekubitusprophylaxe an der Universität Witten/Herdecke und Hauptreferent, berichtete während der Tagung von einer Patientin mit Hemiplegie (halbseitige Lähmung), die nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause gepflegt wurde: „Erst nach acht Wochen wurden die ersten Hilfsmittel zur Dekubitusbehandlung zur Verfügung gestellt.“



Gerhard Schröder, Lehrbeauftragter an der Universität Witten/Herdecke. Foto: Harald Raabe

Bis dahin waren aber schon beide Fersen weggefault.“ Für Schröder steht fest: Ursache für viele Druckgeschwüre sind nicht nur zu spät einsetzende Pflege-Interventionen, sondern falsche Methoden, die wissenschaftlich nicht gesichert sind.

Einige Teilnehmer bestätigten diese Aussage und berichteten von ihren eigenen Erfahrungen mit haarsträubenden Prophylaxe- und Behandlungsmethoden. So würden in einigen Einrichtungen offene Dekubitalgeschwüre mit einem Gemisch aus dem Blut des betroffenen Menschen und Betaisodona®-Lösung bzw. Mercuchrom®-Lösung behandelt. Solche Methoden tauchen als „Wandersagen“ in den Einrichtungen auf, ohne dass sie je belegt wurden oder einer der Mitarbeiter weiß, woher sie eigentlich stammen.

Solche Wandersagen sind also Geschichten, die viele kennen, ohne aber ihre Herkunft oder den Wahrheitsgehalt genau bestimmen zu können. Insbesondere in Krisenzeiten blühen solche Gerüchte und verbreiten sich schnell. Eine Wandersage beruht darauf, dass gruselige Schauergeschichten, verblüffende Vorfälle, skurrile Merkwürdigkeiten in geselligen Runden, am Stammtisch, beim Kaffeeklatsch oder auch bei Übergabegesprächen in Pflegeeinrichtungen zum besten gegeben werden.

Das Prinzip der Wandersage am Beispiel der Dekubitusprophylaxe ist, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin Erlebnisse oder Tipps zur Prophylaxe und Therapie von einem anderen Mitarbeiter gehört hat, der wiederum von einer anderen Person „aus erster Hand“ gehört hat, bei der diese Maßnahme „hundertprozentig geholfen“ hat.

## TYPISCHE IRRTÜMER IN DER DEKUBITUSPROPHYLAXE

Über diese skurrilen Pflege- und Behandlungsmethoden hinaus machte der Dekubitus-Experte Schröder auf drei typische Fehler im Umgang mit dem Phänomen Dekubitus aufmerksam:

- **Das Wort „Dekubiti“ gibt es nicht:** Das Wort Dekubitus leitet sich vom lateinischen Wort „decumbare“, also: „darniederliegen“, ab. Der heute übliche Plural „Dekubiti“ ist deshalb falsch, richtig wäre „Druckgeschwüre“ bzw. „Dekubital-Ulcera“ (Schröder 1997, S. 5).

- **Der Dekubitus am Steißbein kommt so gut wie nie vor (falsch auch in PROALTER 1/2002, S. 12):** Wenn man vom Dekubitus am Steißbein spricht oder schreibt, meint man meistens das Kreuzbein.

- **Seit Jahrzehnten wird das zweistündige Umlagern als „die“ Methode zur Dekubitusprophylaxe angewandt. Diese Methode geht aber auf einen Überlieferungsfehler zurück und ist heute nicht mehr haltbar, denn die zweistündige Umlagerung kann zu selten, oder aber auch zu häufig sein:** Die „Empfehlung“ des zweistündigen Umlagerns geht auf die Krankenschwester Florence Nightingale zurück, die im Krimkrieg (1853–56) mit ihren Mitarbeiterinnen zwei Stunden brauchte, um alle verletzten Soldaten im Lazarett einmal zu drehen. Nach zwei Stunden fingen die Krankenschwestern wieder von vorne an (M. Clark 1998). Deshalb gilt: Für jeden dekubitusgefährdeten Klienten sollte ein individueller Bewegungsplan entwickelt werden.

## PFLEGEHILFSMITTEL, DIE UNTER KEINEN UMSTÄNDEN MEHR EINGESETZT WERDEN SOLLTEN

Einige Teilnehmer der KDA-Fachtagung hatten die Befürchtung, dass durch den neuen Nationalen Expertenstandard mehr Arbeit und Stress auf sie zukomme. Dies ist aber nicht der Fall. Denn viele ungeeignete Methoden zur Dekubitusprophylaxe können endgültig ad acta gelegt werden. Dadurch bleibt mehr Zeit für effiziente Maßnahmen.

Der Nationale Expertenstandard bringt Handlungssicherheit. Nach den Aussagen Schröders, der auch Mitglied der Expertengruppe „Nationaler Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe“ ist, sind folgende Hilfsmittel nicht mehr up to date und sollten nicht mehr eingesetzt werden:

- **Echte und künstliche Felle**

Nach einer Untersuchung von Marchand und Lidowski aus dem Jahr 1993 und den Aussagen des „Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe“, der in Großbritannien gilt, haben Felle keine ausreichende druckreduzierende Wirkung.

Auf der anderen Seite bewahren die Felle allerdings beim Herunterrutschen im Bett vor den gefürchteten Scherkräften. Durch die Scherung kommt es zur Verschiebung im Unterhautfettgewebe und die Blutzirkulation wird behindert. Ein Dekubitusrisiko entsteht (Braun 1997, S. 44). Die einzelnen Haare eines Fells ermöglichen die Reduzierung von Scherkräften immer dann, wenn der Klient sozusagen über das Fell „gleiten“ kann (Schröder 1997, S. 116). Dies gilt aber nicht für Felle, die zu oft gewaschen wurden und deren Haare stark verklumpt sind.

Zu beachten ist auch, dass ein Fell, das über einer Antidekubitus-Matratzenauflage liegt, die Wirkung der Matratze erheblich behindert bzw. aufhebt. Wird keine Antidekubitus-Auflage eingesetzt, dann muss man den Einsatz des Fells genau abwägen, vor allem vor dem Hintergrund, dass das Fell selbst nicht zur Druckentlastung führt.



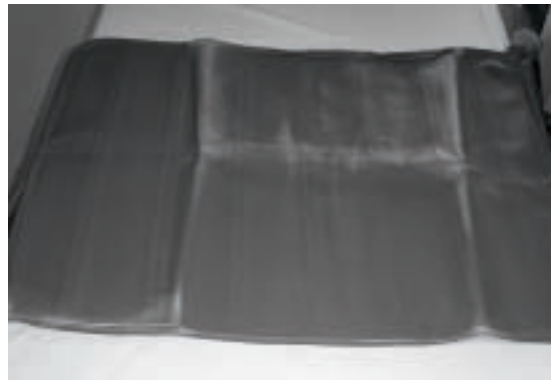
Künstliche Felle bewirken keine ausreichende Druckreduzierung. Foto: Gerhard Schröder

- **Fersen-, Hacken- und Ellenbogenschoner aus Fell**

Diese Schonere haben nach Schröder (1997, S. 116) und der CBO (Centraal Begeleidingorganisorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Zentralinstitut für Qualitätssicherung in den Niederlanden, Utrecht) keinerlei Effekte.

- **Wasserkissen (gilt nicht für Wassermatratzen oder Wasserbetten)**

Wasserkissen sind aufgrund ihrer geringen Größe in Relation zum menschlichen Körper ungeeignet, eine Druckentlastung durchzuführen (Gadomski 1978).



Das (gute) alte Wasserkissen ist nicht gut. Foto: Gerhard Schröder

- **Watteverbände**

Watteverbände zum Weichpolstern – beispielsweise der Fersen – sind aufgrund der Anatomie und äußeren Form der Ferse immer ineffizient, so Schröder, und sollten deshalb



Ein Watteverband der Ferse reicht nicht aus, da das Fersenbein ein konvexer Knochen ist. Nur die alleinige Freilagerung ist richtig zur Druckreduzierung. Foto: Gerhard Schröder

nicht angewendet werden. Mehrere Studien (zum Beispiel Groth 1942 oder Le 1984) haben gezeigt, dass es an den konvexen (nach außen gewölbten) Knochenvorsprüngen zu einer Druckerhöhung um den Faktor 3 bis 5 kommt. Mit anderen Worten: Auch trotz Einsatzes von Watteverbänden kommt es zu so genannten dekubitugenen, das heißt: dekubitusauslösenden Drücken. Schröder empfiehlt deshalb, Fersen immer frei zu lagern.

- **Gummiringe**

Gummiringe führen zu einer zirkulären Abbindung an den betroffenen Hautstellen.



Der Luftring bewirkt Fixation und führt zu einer zirkulären Abbindung. Foto: Gerhard Schröder

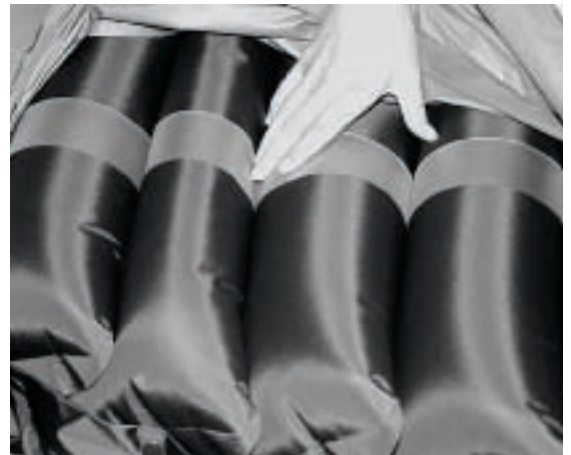
Dies wurde 1988 von Christel Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke, mit thermografischen (mittels Wärmestrahlung) Untersuchungsmethoden nachgewiesen. Deshalb sind auch Gummiringe nicht mehr zu empfehlen.

- **Kleinzellige Antidekubitusauflagen**

Nach Schröder gibt es zu kleinzelligen Auflagen leider nur wenige Studien. Eine Studie (Houle 1969) besagt, dass diese Systeme bzw. Auflagen den Druck gegenüber einer Standard-Matratze um den Faktor 2 bis 3 erhöhen. Damit schadet eine kleinzellige Antidekubitusauflage mehr, als sie nützt. Das Problem ist, dass es bis heute an einer klaren Definition der kleinzelligen und großzelligen Systeme mangelt. Die kleinzelligen Matratzen werden oft deshalb bevorzugt, weil sie ca. 400 bis 500 Euro kosten, während hingegen die großzelligen oft ab 1.000 Euro aufwärts kosten. Man kann großzellige Antidekubitusauflagen auch leasen. Auf jeden Fall aber sind Antidekubitusauflagen mit großen Zellen unbedingt zu bevorzugen.



Kleinzellige Systeme reichen nach Studien nicht aus. Foto: Gerhard Schröder



Großzellige Systeme gelten als effektiv. Foto: Gerhard Schröder

## INEFFIZIENTE PFLEGE- UND BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

- **Hautpflege führt nicht zur Druckentlastung**

Leider, so Schröder, werde der Schwerpunkt der Dekubitusprophylaxe noch immer auf falsche Maßnahmen gelenkt, wie beispielsweise die Hautpflege. Unumstritten ist: Hautpflege ist insbesondere für ältere Menschen mit trockener Haut sehr wichtig. Dennoch kann sie nicht den Druck und vor allem nicht die Druckzeit verändern. Auf keinen Fall sollten zur Hautpflege Produkte angewendet werden, die zu einer Okklusion (Verschließen) der Haut führen. Also: Produkte wie Melkfett o. Ä. schaden der Haut eher, weil es durch sie zu einer Mazeration (Aufweichung von Gewebe durch Flüssigkeit) kommt. Bereits 1985 hat deshalb die Bundesärztekammer vor der Anwendung solcher Produkte dringend gewarnt.

- **Massagen und der Einsatz von durchblutungsfördernden (hyperämisierenden) Substanzen und Maßnahmen (ätherische Öle, Eisen und Fönen, Finalgon®-Creme etc.)**

Schröder warnte davor, geschädigtes Gewebe durch Massagen und hyperämisierende Substanzen stärker zu durchbluten. Die dadurch vermehrt anfallenden Schlackenstoffe könnten aufgrund der Vorschädigung des Gewebes nicht mehr abtransportiert werden und verschlimmerten nur den Zustand der Haut (s. Grieshaber 2002, S. 15).

- **Auch ein durch die Harnröhre führender (transurethraler) Blasenkatheter hilft nicht bei der Prophylaxe von Dekubitalgeschwüren**

Die schwedische Pflegewissenschaftlerin Anna Christina Ek hat sich bereits Anfang der achtziger Jahre mit dem Phänomen der Inkontinenz in Verbindung mit Dekubitus auseinandergesetzt. Sie stellte fest, dass Patienten mit einem transurethralen Blasendauerkatheter mehr Dekubitalgeschwüre entwickelten als die Kontrollgruppe, die inkontinent war, aber keinen Katheter hatte. Bisher konnte aber lediglich in Tierexperimenten gezeigt werden, dass der transurethrale Katheter bereits nach acht Stunden zu einer so genannten sterilen Infektion führt, also einer Reizung der Harnröhre und der Blase. Dadurch kommt es zu einer vermehrten Durchblutung in diesem Bereich. Das Blut wird aus dem Bereich des Sakrums (Kreuzbein) und des Gesäßes abgezogen, wodurch die Durchblutung in diesem Bereich schlechter wird. Gerade im Krankenhaus wird standardmäßig ein transurethraler Katheter gelegt, um einen Dekubitus zu verhindern. Die vorangegangenen Aussagen gelten aber nicht für suprapubische – d.h. oberhalb der Schamgegend – angelegte Katheter.

## EMPFOHLENE HILFSMITTEL

Es gibt zwar eine Vielzahl von Studien über Lagerungshilfsmittel, die Qualität dieser Untersuchungen ist jedoch zum Teil unzureichend. Deshalb sagt der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe auch nichts darüber aus, welches Hilfsmittel nun das beste ist. „Wir haben die vorliegenden Guidelines bzw. Standards im europäischen und amerikanischen Raum mit unseren Erkenntnissen abgeglichen –

dort ist die Studienlage leider nicht erheblich besser. Entsprechende eindeutige Aussagen gibt es eigentlich nur zu Schaumstoffmatratzen, so dass man dazu – bisher – eine Empfehlung aussprechen kann“, erklärte Schröder während der KDA-Fachtagung. Ebenso deuten die Untersuchungen darauf hin, dass großzellige Antidekubitusmatratzen und -auflagen eine druckreduzierende Wirkung haben, sofern sie richtig angewendet werden. Wichtig dabei ist das Körpergewicht des Klienten, auf das die Matratze eingestellt werden muss. Außerdem muss darauf geachtet werden, dass keine weiteren Lagerungsmittel auf die Auflage gelegt werden, denn sonst wird ihre Wirkung gefährdet.

## EINFÜHRUNG UND UMSETZUNG EINES STANDARDS

Eine von Schröder durchgeführte Untersuchung machte deutlich, dass es in der Pflege oft an der Umsetzung eines schon vorhandenen, selbst entwickelten Standards mangelt: Von 3.439 Heimbewohnern in 38 Heimen waren 619 immobil (gemessen nach der Braden-Skala, siehe Seite 11). Von diesen 619 Menschen litt immerhin jeder fünfte an einem Dekubitus. Ein großer Anteil, wenn man bedenkt, dass immerhin mehr als 75 Prozent der untersuchten Einrichtungen einen Standard zur Dekubitusprophylaxe besaßen. Ein lediglich vorhandener Standard, der nicht umgesetzt wird, nutzt also niemandem. „Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Qualität der Prophylaxe und Therapie sowie dem Vorhandensein von Standards. Die Standards nutzen deshalb nur so viel, wie sie praktisch genutzt werden“, betonte Schröder. Das Prinzip „Kni-loab“ – „Knicken, Lochen, Abheften“ – helfe ganz sicher nicht bei der Einführung eines Standards. Seit August 2000 sollte man einrichtungsinterne Standards auf der Basis des Nationalen Standards erstellen.

## TIPPS FÜR EINE GELUNGENE DEKUBITUS-PROPHYLAXE UND -THERAPIE

Der Dekubitus-Experte Schröder betonte während der Tagung immer wieder, dass schon viele einfache und leicht durchführbare Maßnahmen den Weg zu einer effizienten Dekubi-

tusprophylaxe ebnen können. Mit seinen konkreten Tipps wollte er den Teilnehmern Mut machen und sie zur umgehenden Umsetzung anregen.

### **1. Ernennen Sie einen Mitarbeiter zum Dekubitus-Beauftragten!**

Nach Schröders Erfahrungen gibt es in fast allen Pflegeeinrichtungen mindestens einen Mitarbeiter, der mehr Wissen über das Thema Dekubitus hat als andere Mitarbeiter. Dieses Wissen sollten sich die Einrichtungen zu Nutzen machen, indem sie den betreffenden Mitarbeiter zunächst zum Dekubitus-Beauftragten ernennen und ihn später als Dekubitus-Experten für die gesamte Einrichtung einsetzen. Diese Pflegefachperson sollte während der Arbeitszeit alles zum Thema Dekubitus sichten und sammeln, Fortbildungen dazu besuchen und selber langfristig einrichtungsinterne Schulungen durchführen.

### **2. Führen Sie regelmäßig Pflegevisiten oder Pflegebesuche durch!**

Die Bezeichnung „Pflegevisite“ ist gerade in der Pflege alter Menschen umstritten. Gemeint ist damit, dass sich zum Beispiel die Pflegedienstleitung, die verantwortliche Pflegefachkraft, die Wohnbereichsleitung oder die betreffende pflegerische Bezugsperson mit dem Klienten in dessen Wohnung bzw. in dessen Zimmer unterhält, sich vom Zustand des Klienten ein Bild macht und pflegerische Probleme mit dem Betroffenen selbst, seinen Angehörigen und Betreuern vor Ort bespricht. Vorteil dieser Besprechung ist, dass man nicht vom „grünen Tisch“ aus oder aufgrund der Aktenlage pflegerische Entscheidungen trifft, sondern sich auftretende Probleme (zum Beispiel einen Dekubitus) direkt ansieht.

Umstritten ist die „Pflegevisite“ deshalb, weil ethische Probleme – wie auch bei einer

Visite im Krankenhaus – entstehen können. Denn eine „Pflegevisite“ oder ein „Beratungsbesuch“ sollte die Privatsphäre des Klienten und seiner Angehörigen schützen, sie sollte hilfreich und unterstützend für den Betroffenen sein. Er darf sich dabei nicht wie ein „Stück Vieh“ fühlen, das begutachtet wird.

### **3. Wenden Sie Prävalenz- und Inzidenzmessungen in Ihrer Einrichtung an!**

Unter Prävalenz versteht man die Gesamtzahl der an einem bestimmten Leiden erkrankten Menschen in einer definierten Personengruppe. Inzidenz hingegen benennt die Neuerkrankungsrate.

Eine Prävalenzmessung lässt sich an einem Arbeitstag in einer Einrichtung durchführen, indem alle Menschen, die an einem Dekubitus ab Stadium/Grad I leiden, mit einem selbstentwickelten Erhebungsbogen erfasst werden. Dabei sollten auch die Prophylaxe- und Behandlungsmaßnahmen mitaufgenommen und ein Schwerpunkt auf mögliche Schwachstellen in der Dekubitusbehandlung gelegt werden (zum Beispiel: Fehlen druckentlastende Lagerungsmaterialien?). Wenn die Prävalenzrate bezüglich des Dekubitusvorkommens in einer Einrichtung hoch ist, muss das nicht immer von schlechter Pflegequalität zeugen. Denn häufig kommt es vor, dass Menschen aus dem Krankenhaus oder von einem ambulanten Pflegedienst bereits mit einem Dekubitus übernommen werden.

Über die Pflegequalität selbst sagt die Inzidenzrate mehr aus. Denn sie beschreibt, wie viele Menschen, die in einer Einrichtung leben oder von einem Pflegedienst betreut werden, einen Dekubitus entwickeln. Wenn ein Pflegedienst oder ein Wohnhaus für ältere Menschen Aussagen zur Prävalenz- und zur Inzidenzrate machen kann, zeugt das von pflegerischer Sorgfalt und von Führungsqualitäten.



Christine Sowinski,  
Fachbereichs-  
koordinatorin  
für Pflege und  
Soziales.  
Foto: Uli Kreifels



Britta Wilken.  
Foto: Almut  
Wilms-Schröder

#### 4. Führen Sie Vor-Ort-Schulungen durch!

Einrichtungsinterne Schulungen bieten sich laut Schröder deshalb an, weil sie effizienter sind und ihre Wirkung länger anhält als externe Schulungen. So kann bei einer Vor-Ort-Schulung zum Beispiel erklärt werden, wie man eine Dekubitus-Risikoskala ausfüllt. Ebenso kann man an konkreten „Fällen“ den Sinn verschiedener Interventionen besser erklären: „Bei Frau X wenden wir die A-Lagerung an, weil...“ Man schlägt damit zwei Fliegen mit einer Klappe: Die Mitarbeiter werden allgemein geschult, erhalten dabei aber auch Tipps für die Behandlung von konkret Betroffenen.

#### 5. Benutzen Sie die Braden-Skala zur Erfassung des Dekubitusrisikos!

Im Nationalen Standard werden neben der Braden-Skala auch die Norton- und Waterlow-Skala zur Erfassung des Dekubitusrisikos empfohlen. Nach den Einschätzungen Schröders eignet sich die Braden-Skala am besten für die Pflege alter Menschen (siehe Seite 11).

#### 6. Vermeiden Sie ritualisierte Lagerungspläne und nutzen Sie immer den Fingertest!

Das zweistündliche Umlagern als effiziente Dekubitusprophylaxe ist ein Mythos, der um 1853 entstand und bis heute Wirkung zeigt (siehe Seite 4). Statt ritualisierter Lagerungspläne sollte ein individueller Bewegungsplan mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen erstellt werden (siehe zur praktischen Umsetzung des Nationalen Standards PRO ALTER 1/2002, S. 24–27 und PRO ALTER 3/2000, S. 49–51). Ganz wichtig dabei ist der so genannte Fingertest, mit dem Hautrötungen gedeutet werden können und ein Druckgeschwür von einer Mazeration unterschieden werden kann. Bei einer Mazeration, die zum Beispiel bei Inkontinenz oder Verbrennungen vorkommen kann, sind die geschädigten Hautbezirke häufig Ausgangspunkt für Infektionen mit Mikroorganismen. Eine solche Schädigung geht von „außen nach innen“. Dekubitalgeschwüre entstehen im Gegensatz dazu von „innen nach außen“ bei konstantem Druck auf ein längere Zeit minderdurchblutetes Gewebe. Drückt man auf die verdächtig rote Stelle und es bleibt rot, muss die Prophylaxe dringendst intensiviert werden. Bei einer Mazeration hingegen lässt sich das Rot „wegdrücken“.

#### 7. Legen Sie Ihr Hauptaugenmerk auf die Förderung von Mikrobewegungen!

Gesunde Menschen führen sehr häufig so genannte Mikrobewegungen (zum Beispiel Herumrutschen auf einem Stuhl) durch. Ein bewegungseingeschränkter Mensch, wie beispielsweise ein Rollstuhlfahrer, kann dies unter Umständen kaum noch tun und ist dadurch dekubitusgefährdet. Eine Hilfe zur Mikrobewegung kann ein Kissen oder ein Tuch sein, das zum Beispiel einmal pro Stunde jeweils unter eine Gesäßhälfte gelegt wird, um den Druck auf eine bestimmte Körperstelle zu nehmen. Das sei sehr viel leichter durchzuführen als die so genannten Makrobewegungen, bei denen ein Mensch zum Beispiel komplett hochgehoben und umgelagert wird, so Schröder. Man sollte dieses Verfahren unbedingt den Angehörigen zeigen. In der Regel greifen sie diese Maßnahme bereitwillig auf, da sie gerne etwas für das Wohlbefinden und die Gesundheit des pflegebedürftigen Menschen tun möchten.

#### 8. Lassen Sie alle ineffizienten Pflegehilfsmittel und Pflegemaßnahmen im Bereich Dekubitusprophylaxe und -therapie weg!

Das KDA empfiehlt, die ineffizienten Pflegehilfsmittel und Pflegemaßnahmen (siehe Seite 5 f.) als Dienstanweisung regelrecht zu „verboten“. Denn die Erfahrungen zeigen, dass einzelne Mitarbeiter – trotz ausführlicher Mitarbeiterbesprechung und Beratungen seitens der leitenden Pflegemitarbeiter – immer wieder diese Methoden forcieren. Die Anwendung falscher Pflegemethoden gefährdet nicht nur den Klienten, sondern trägt auch zur Zeitvergeudung bei.

#### LITERATUR

- Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997
- Bienstein, C.: Dekubitus. Verlag Krankenpflege, Frankfurt 1990
- Braun, M.: Anatomische, physiologische und physikalische Aspekte der Dekubitusentstehung. In: Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997, S. 42–70
- Bundesärztekammer: Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt am 25. März 1985

- Clark, M.: Repositioning to prevent pressure sores – what is the evidence? *Nursing Standard*, 13. Jg. 1998, H. 3, S. 58–64
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. ISBN 3-00-009033-9, 14,- €. Bestelladresse: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück, Postfach 19 40, 49009 Osnabrück, Fax 05 41/9 69-29 71, E-Mail: j.schemann@fh-osnabrueck.de, Internet: www.dnqp.de
- Ek, A.-C. [et al.] (1993): The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. In: *Scand J. Rehab. Med* 17, S. 81–86
- Gadomski, M.; Raichura, B.: Prophylaxe und Therapie des Dekubitusgeschwürs. *Med. Klin.* 73 (1978) 1633–1693
- Grieshaber, U.: Zwei Jahre Experten-Standard Dekubitusprophylaxe: Der Pflege wunder Punkt. In: *Forum Sozialstation*, Nr. 115/April 2002, S. 14–15
- Groth, K.-E.: Klinische Beobachtungen und experimentelle Studien über die Entstehung des Dekubitus. *Almqvist & Wikrells*, Uppsala 1942
- Houle, R. (1969): Evaluation of seat devices designed to prevent ischaemic ulcers in paraplegic patients. *Arch. Phys. Med.* No. 50, 587–594
- Le, K. M. [et al.] (1984): An in-depth look at pressure sore using monolithic pressure sensors. *Plast. Reconstr. Surg.*, 74, 745–754
- Marchand, A. C.; Lidowski, H.: Reassessment of the use of genuine sheepskin for pressure ulcer prevention and treatment. *Decubitus*, 6. Jg. 1993, H. 1, S. 44–47
- Schröder, G.: Geschichtliche Aspekte des Dekubitus. In: *Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997, S. 4–11
- Schröder, G.; Neander, K.-D.; Bienstein, C.: Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe. In: *Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997, S. 105–129
- Sowinski, C.: Erster Nationaler Expertenstandard in der Pflege: Endlich Schluss mit Mythen und Ritualen bei der Dekubitusprophylaxe. In: *PROALTER* 1/2002, S. 21–23
- Sowinski, C.: Dekubitus-Gefahr – Was ist zu tun? In: *PROALTER* 1/2002, S. 24–27
- Sowinski, C.: Praktische Empfehlungen zum Anti-Dekubitus-Standard. In: *PROALTER* 3/2000, S. 49–51
- Standard Großbritannien: RCN (2000), London. Internet: [http://www.rcn.org.uk/professional/professional\\_clinical\\_guidelinesrcn\\_guidelines.html](http://www.rcn.org.uk/professional/professional_clinical_guidelinesrcn_guidelines.html)

#### LITERATUR ZUM THEMA „WANDERSAGEN“

Der Germanist und Volkskundler Prof. Dr. Rolf Brednich hat einige Bücher zum Thema „Wandersagen“ veröffentlicht, in denen er bekannte Wandersagen gesammelt und analysiert hat.

- Brednich, R. W.: *Das Huhn mit dem Gipsbein. Neueste und sagenhafte Geschichten von heute.* Verlag C. H. Beck, München 2000
- Brednich, R. W.: *Die Spinne in der Yucca-Palme. Sagenhafte Geschichten von heute.* Verlag C. H. Beck, München 1999
- Brednich, R. W.: *Der Dauerbrenner. Sagenhafte Geschichten von heute.* Bertelsmann Verlag, München 1999
- Brednich, R. W.: *Die Ratte am Strohalm. Aller-neueste und sagenhafte Geschichten von heute.* Verlag C. H. Beck, München 1996
- Brednich, R. W.: *Sagenhafte Geschichten von heute.* Verlag C. H. Beck, München 1994
- Brednich, R. W.: *Die Maus im Jumbo-Jet. Neue sagenhafte Geschichten von heute.* Verlag C. H. Beck, München 1991

#### WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Phillips, J.: *Dekubitus und Dekubitusprophylaxe verstehen – verhindern – verändern.* Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Gerhard Schröder. Verlag Hans Huber, Bern 2001 (Einschätzung der Dekubitusgefährdung [Skalen], Seite 86 ff.)

#### INFO-SERVICE

Die MDS-„Grundsatzstellungnahme Dekubitus – Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegerfehlerwürfen“ (Stand 2001) kann bestellt werden bei: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, z. Hd. Frau Jakubeit, Lützowstraße 53, 45141 Essen, Tel. 02 01/83 27-1 09, Fax 02 01/83 27-1 00. Bitte einen mit 1,53 Euro frankierten, an sich selbst adressierten DIN-A4-Briefumschlag beilegen.

Falls Sie einen Dozenten für eine Fortbildung in Ihrer Einrichtung suchen, empfiehlt das KDA:

Gerhard Schröder  
Mitglied der Expertengruppe Dekubitusprophylaxe  
Kuhort 2  
37170 Uslar-Sohlingen  
Telefon 0 55 71/62 07  
Fax 0 55 71/62 09

## BRADEN-SKALA (KOPIERVORLAGE)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
<b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b> Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	<b>fehlt</b> – keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli <i>mögliche Gründe:</i> Bewusstlosigkeit Sedierung  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, die den größten Teil des Körpers betreffen (z. B. hoher Querschnitt)	<b>stark eingeschränkt</b> – eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize – Beschwerden können kaum geäußert werden (z. B. nur durch Stöhnen oder Unruhe)  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	<b>leicht eingeschränkt</b> – Reaktion auf Ansprache oder Kommandos – Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z. B. dass die Position geändert werden soll)  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	<b>vorhanden</b> – Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden  oder – keine Störung der Schmerzempfindung
<b>Feuchtigkeit</b> Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>ständig feucht</b> – die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot – immer, wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	<b>oft feucht</b> – die Haut ist oft feucht, aber nicht immer – Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	<b>manchmal feucht</b> – die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	<b>selten feucht</b> – die Haut ist meist trocken – neue Wäsche wird selten benötigt
<b>Aktivitäten</b> Ausmaß der physischen Aktivität	<b>bettlägerig</b> – ans Bett gebunden	<b>sitzt auf</b> – kann mit Hilfe etwas laufen – kann das eigene Gewicht nicht allein tragen – braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	<b>geht wenig</b> – geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen – braucht für längere Strecken Hilfe – verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	<b>geht regelmäßig</b> – geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht – bewegt sich regelmäßig
<b>Mobilität</b> Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	<b>komplett immobil</b> – kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen	<b>Mobilität stark eingeschränkt</b> – bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) – kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	<b>Mobilität gering eingeschränkt</b> – macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	<b>mobil</b> – kann allein seine Position umfassend verändern
<b>Ernährung</b> Ernährungsgewohnheiten	<b>sehr schlechte Ernährung</b> – isst kleine Portionen nie auf, sondern etwa nur 1/3 – isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) – trinkt zu wenig – nimmt keine Ergänzungskost zu sich  oder – darf oral keine Kost zu sich nehmen oder – nur klare Flüssigkeiten oder – erhält Infusionen länger als 5 Tage	<b>mäßige Ernährung</b> – isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung – isst etwa 3 Eiweißportionen – nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich  oder – erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen	<b>adäquate Ernährung</b> – isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen – nimmt 4 Eiweißportionen zu sich – verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich  oder – kann über Sonde oder Infusion die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	<b>gute Ernährung</b> – isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf – nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich – isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten – braucht keine Ergänzungskost
<b>Reibung und Scherkräfte</b>	<b>Problem</b> – braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel – Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich – rutscht ständig im Bett oder im (Roll-)Stuhl herunter, muss immer wieder hochgezogen werden – hat spastische Kontraktionen oder – ist sehr unruhig (scheuert auf dem Laken)	<b>potenzielles Problem</b> – bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe – beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) – kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) – rutscht nur selten herunter	<b>kein Problem zurzeit</b> – bewegt sich in Bett und Stuhl allein – hat genügend Kraft, sich anzuheben – kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen	

Zählen Sie die Punkte zur Bewertung des Dekubitusrisikos Ihres Klienten zusammen. Der Cut-off-Punkt bei dieser Skala (der Punkt, ab dem ein Mensch dekubitusgefährdet ist) liegt bei 18 Punkten und weniger. Wenn diese Punktzahl erreicht wird, sollte der Nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe angewandt werden.

Geringes Risiko: 18–15 Punkte  
Mittleres Risiko: 14–13 Punkte  
Hohes Risiko: 12–10 Punkte  
Sehr hohes Risiko: 9 Punkte bzw. weniger als 9 Punkte

(Vgl. Braden-Skala in Potter, P. A. A. G. Perry: *Basic Nursing*. Mosby, St. Louis 1994) zitiert nach: Zegelin, A.: *Skalen zur Ermittlung des Dekubitusrisikos*. In: Bienstein, Christel [et al.] (Hrsg.): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende*. Thieme, Stuttgart 1997, S. 81–93

# PRAKTISCHE EMPFEHLUNGEN ZUM NATIONALEN EXPERTENSTANDARD DEKUBITUSPROPHYLAXE

VON CHRISTINE SOWINSKI UND HEIKO FILLIBECK

Auf Seite 15 ist der „Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ abgedruckt. Jede der einzelnen Standardaussagen (von S1 bis E7) wird in einer Kommentierung zum Standard (siehe Seite 14) ausführlich erläutert.

Am einfachsten ist es für die Nutzer, sich vorab an der Spalte „Ergebnis“ zu orientieren. Zunächst geht es hier darum, dass eine Pflegefachperson entscheidet, ob bei einem Klienten eine Dekubitusgefährdung vorliegt. Dabei sollte die Fachkraft selbst beurteilen, ob dazu der Einsatz einer Dekubitusskala notwendig ist. Wenn dieser Einsatz in Pflegeeinrichtungen stets vorgesehen ist, sollte man es auch weiterhin so machen.

Es werden (in P1) drei Skalen zur Dekubitus-Einschätzung genannt. Die bekannteste davon ist die Norton-Skala, die zum Beispiel ausführlich in dem Buch „Dekubitus – Die Herausforderung für Pflegendе“ (siehe Literatur Seite 14) erläutert wird. Wichtig ist auch, dass die Dekubitusgefährdung immer wieder neu eingeschätzt werden muss.

## INDIVIDUELLER BEWEGUNGSPLAN

Ist ein Dekubitusrisiko erkannt worden, muss ein schriftlich nachvollziehbarer Bewegungsplan erstellt werden. Denn selbst kleine Bewe-



Ein Wundgeschwür bedeutet immer Schmerzen und Einschränkung der Lebensqualität. Foto: Kerstin Zillmer

gungen, so genannte Mikrobewegungen, tragen zur Druckverlagerung bei und entlasten damit Körperpartien (siehe „Expertenstandard“, Seite 36 f.). Bei dieser zweiten Standardaussage geht es insbesondere um die Förderung der Eigenbewegungsmöglichkeiten eines Betroffenen.

## DRUCKREDUZIERENDE HILFSMITTEL

Da bei dekubitusgefährdeten Personen schon zehn bis 20 Minuten Sitzen oder Liegen mit hohem Druck zur Entstehung von Geschwüren führen kann (siehe „Expertenstandard“, Seite 38 f.), sollte eine sofortige Druckentlastung mit geeigneten Hilfsmitteln eingeleitet werden. In der stationären und ambulanten Pflege werden hierfür häufig Weichlagerungskissen bevorzugt. Spezialbetten – wie Luftkissenbetten, die innerhalb von zwölf Stunden zugänglich sein sollten (was zurzeit in Deutschland noch ein großes Problem ist) – werden nach den Erfahrungen des KDA hier seltener eingesetzt. Sie spielen insbesondere in der Intensivpflege und bei Menschen mit schweren Verbrennungen und Verletzungen eine größere Rolle.

## WEITERE INTERVENTIONEN

Zur vierten Standardaussage steht in der „Expertenstandard“ (Seite 41 f.), dass in den Dekubitus-Risiko-Skalen neben Mobilität und Aktivität weitere so genannte Risiko-Parameter erfasst werden. So sollte zum Beispiel für jeden gefährdeten Betroffenen das individuelle Ess- und Trinkverhalten beurteilt werden, um Fehl- und Mangelernährung zu vermeiden. Es wird auch ausdrücklich davon abgeraten, Pasten, Salben und Cremes, die die Haut verschließen (zum Beispiel Vaseline, Zinkpaste, Melkfett), aber auch Alkohol und Franzbranntwein sowie „Eisen und Fönen“ anzuwenden. In die Pflegeplanung für dekubitusgefährdete Menschen

müssen unter Umständen Aussagen zur Unterstützung bei der Körperpflege, zu hautpflegerischen Maßnahmen, zur Förderung von Ess- und Trinkverhalten und zum Kontinenzverhalten aufgenommen werden.

## BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE INFORMIEREN

Untersuchungen zeigen: Wenn Betroffene und ihre Angehörigen über die Ursachen der Dekubitusgefährdung und die geplanten Maßnahmen informiert werden, vermindert sich das Dekubitusrisiko. (Ältere) Menschen, die die Gefährdung selbst erkennen können, werden alles Mögliche tun, um sich selbst mehr zu bewegen. Auch die Angehörigen werden bei ihren Besuchen versuchen, die Beweglichkeit des Betroffenen zu erhöhen und öfters eine Druckentlastung durchzuführen.

## DAS PFLEGETEAM INFORMIEREN

Da viele Pflegefehler Kooperationsprobleme sind, ist auch die 6. Standardaussage nachvollziehbar: Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen müssen allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten bekannt sein. Schwere Kooperationsfehler in der Pflege können für die älteren Menschen tödlich ausgehen (siehe Dokumentation „Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (K)ein Problem?“). Bei Besprechungen im Pflegeteam muss deshalb jedes Teammitglied über die Dekubitusgefährdung eines Menschen informiert werden. Dass diese Information auch in der Pflegedokumentation schriftlich festgehalten werden muss, versteht sich von selbst.

## „DER PATIENT/BETROFFENE HAT KEINEN DEKUBITUS“

Mit dieser 7. Standardaussage wird das Ziel der prophylaktischen Maßnahmen beschrieben: die Verhinderung eines Dekubitus. „Dieses Ziel kann in der Regel auch erreicht werden“, heißt es in der Kommentierung. Einschränkungen bestehen allerdings für Personen, bei denen die gesundheitliche Situation gegen eine conse-

## Tipps für Pflegekräfte

1. Besorgen Sie sich den nationalen Expertenstandard beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. online unter [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de))
2. Führen Sie eine „Kick-Off-Veranstaltung“ für alle Pflegefachpersonen durch, auf der Sie:
  - über den Expertenstandard und dessen Implementierung informieren (ggf. verbunden mit einer Fortbildung durch eine Expertin/einen Experten aus der Arbeitsgruppe des DNQP);
  - die Tabelle des Expertenstandards und die Kommentierungen als Kopie verteilen.
3. Lassen Sie die ausgegebenen Texte lesen und sich nach ausreichender Zeit per Unterschrift quittieren, dass alle Pflegefachpersonen die Tabelle und die Kommentierungen gelesen haben.
4. Gründen Sie für jeden Pflegebereich eine Arbeitsgruppe, die den Expertenstandard an Ihre Einrichtung anpasst.
5. Lassen Sie die Pflegeplanungen von Ihren Pflegeteams an den entwickelten haus-eigenen Standard anpassen.
6. Sorgen Sie dafür, dass alle in der Pflege tätigen Personen in die überarbeiteten Pflegeplanungen eingewiesen werden.
7. Sehen Sie es als ein positives Zeichen für die Lebendigkeit an, wenn die Einführung eines Expertenstandards reges Interesse und auch Unruhe in Ihrer Einrichtung hervorruft. Wenn Sie einen Expertenstandard einführen, werden Sie auch andere Qualitätsverbesserungen (zum Beispiel eine verbesserte Kooperation mit Angehörigen) mit erreichen können.
8. Lassen Sie nach einem vorher festgelegten Zeitraum die Modifikationen der Pflegeplanungen und der Arbeitsabläufe durch die Arbeitsgruppen kritisch evaluieren und, falls nötig, von den Pflegeteams erneut anpassen.

quente Anwendung der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen spricht, zum Beispiel bei lebensbedrohlichen Zuständen. Auch bei Menschen, die sich in der Sterbephase befinden, kann es sein, dass die Dekubitusprophylaxe nicht an erster Stelle der Pflegeprioritäten steht. Auch bei bester Pflege lässt sich ein Dekubitus also manchmal nicht verhindern.

Damit Pflegekräfte aber bei eventuell auftretenden Druckgeschwüren vor haftungsrechtlichen Konsequenzen geschützt sind, ist es wichtig, dass sie nachweisen können, dass

- eine aktuelle systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung vorlag;
- es einen individuellen Bewegungsplan gab;
- der Betroffene sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage befand und druckreduzierende Hilfsmittel unverzüglich angewandt wurden;
- Interventionen zu Risikofaktoren wie Ess- und Trinkverhalten, Inkontinenz oder Hautpflege-Problemen durchgeführt und dokumentiert wurden;
- der Betroffene und seine Angehörigen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Gegenmaßnahmen kennen und sich dadurch im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Umsetzung beteiligen konnten (das Datum des Beratungsgesprächs und die Ergebnisse sollten in der Pflegedokumentation festgehalten worden sein);

- die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen im Team bekannt (auch durch Eintragung in die Pflegedokumentation) waren.

Ist dies alles erfolgt und ist trotzdem ein Dekubitus entstanden, kann man den Pflegenden keinen Vorwurf machen.

#### LITERATUR-TIPPS

- Kommentierung zum Standard: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. ISBN 3-00-009033-9, 14,- €. Bestelladresse: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück, Postfach 19 40, 49009 Osnabrück, Fax 05 41 / 9 69-29 71, E-Mail: j.schemann@fh-osnabrueck.de, Internet: www.dnqp.de
- „Gefährliche Druckgeschwüre sind auch bei Älteren zu verhindern“. Interview mit der Pflege-Expertin Christine Sowinski, in: PROALTER 1/99
- Christel Bienstein u.a.: „Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997, ISBN 3-13-101951-4
- Aktion gegen Gewalt in der Pflege (AGP): Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (K)ein Problem? Dokumentation 1999 (Bezug über das KDA)
- Sowinski, Christine u.a.: Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA-Reihe „Forum“, Nr. 36, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2000

### PRO ALTER-Bestellcoupon

Bitte ausgefüllt senden an: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit,  
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Fax 02 21/93 18 47-6

Ich/Wir bestelle(n) \_\_\_\_\_ Exemplar(e) der letzten Ausgabe/der Ausgabe \_\_\_\_\_ von PRO ALTER.

Ich/Wir möchte(n) PRO ALTER ab der Ausgabe \_\_\_\_\_ abonnieren.

Name \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Die Bezugsgebühr für das Jahresabonnement (4 Hefte) beträgt 16,- € (inkl. Porto und Inlandsversand). Ein Einzelheft kostet 4,80 € (zzgl. Porto- und Versandkosten). Gebühren für Bezieher im Ausland: Jahresabo 32,50 €, Einzelheft 8,46 € (jeweils inkl. Porto und Versand). Ältere Ausgaben sind lieferbar, solange der Vorrat reicht. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn es nicht mindestens acht Wochen vor dem Ende des Kalenderjahres gekündigt wurde.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

## Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe (Stand: Mai 2000)

**Standardaussage: Jeder dekubitusgefährdete Patient/Betroffene erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.**

**Begründung: Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/Betroffener. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. Von herausragender Bedeutung ist, dass das Pflegefachpersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Betroffenen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.**

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Die Pflegefachkraft</b> S1 – verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.</p>	<p><b>Die Pflegefachkraft</b> P1 – beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patienten/Betroffenen, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u. a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala, z. B. nach Braden, Waterlow oder Norton.</p>	<p>E1 – Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.</p>
<p>S2 – beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfer Techniken.</p>	<p>P2 – gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Betroffenen, z. B. 30° Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und scherkräftearmer Transfer, und fördert soweit als möglich die Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen.</p>	<p>E2 – Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.</p>
<p>S3a – verfügt über die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen. S3b – Druckreduzierende Hilfsmittel (z. B. Weichlagerungskissen und -mattzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z. B. Luftkissenbetten) innerhalb von 12 h.</p>	<p>P3 – wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Betroffenen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zulässt.</p>	<p>E3 – Der Patient/Betroffene befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet.</p>
<p>S4 – kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.</p>	<p>P4 – leitet auf der Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen.</p>	<p>E4 – Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.</p>
<p>S5 – verfügt über Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Betroffenen und seiner Angehörigen zur Förderung der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen und zur Druckreduktion.</p>	<p>P5 – erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen, plant diese individuell mit dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen.</p>	<p>E5 – Der Patient/Betroffene 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>S6 – Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen, und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.</p>	<p>P6 – informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten/Betroffenen Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z. B. Personal in Arztpraxen, OP- und Röntgenabteilungen oder Transportdiensten).</p>	<p>E6 – Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten bekannt.</p>
<p>S7 – verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P7 – begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Betroffenen in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.</p>	<p>E7 – Der Patient/Betroffene hat keinen Dekubitus.</p>

# PROALTER



## PROALTER

Das Fachmagazin des  
Kuratoriums Deutsche Altershilfe

Viermal im Jahr  
fundierte und kompetent  
informiert über

- Gesundheit und Pflege
- Altengerechtes  
Bauen und Wohnen
- Politik und Soziales
- Neues aus dem KDA

Für alle, die aktuelles Wissen  
aus erster Hand erfahren müssen

Lernen Sie  
PROALTER kennen –  
fragen Sie uns nach  
einem kostenlosen Pro-  
beexemplar!

publicrelations@kda.de  
www.kda.de



Für mehr  
Lebensqualität  
im Alter