



**Romanstraße 67, 80639 München**

## **Arbeitshilfe für ambulante Pflegedienste**

*zur Umsetzung des*

*Nationalen Expertenstandards  
Dekubitusprophylaxe in der Pflege*

**der Fachgruppe „Ambulante Pflege“**

## **Arbeitshilfe**

### ***Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in einem ambulanten Pflegedienst***

Die Fachgruppe „Ambulante Pflege“ im DBfK LV Bayern e.V. möchte Sie mit dieser Arbeitshilfe dabei unterstützen, den nationalen Expertenstandard in Ihrer Einrichtung zu implementieren. Die Arbeitshilfe stellt keine wissenschaftliche Ausarbeitung dar und erhebt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Vielmehr haben wir uns bei der Ausarbeitung an den realen Gegebenheiten und Bedingungen ambulanter Pflege orientiert. Anstelle des fachlich Wünschenswerten ist das unter realen Arbeitsbedingungen und knappen Ressourcen Machbare Inhalt dieser Arbeitshilfe.

Die Umsetzung des Nationalen Expertenstandards benötigt Ressourcen wie Zeit, Material und Personal in ausreichender Anzahl und Qualifikation. Sie ist nicht zum Nulltarif möglich.

Wir weisen daher an dieser Stelle sehr deutlich darauf hin, dass ohne konkreten Pflegeauftrag des Patienten und ohne dessen Bereitschaft, finanzielle Mittel für diese Pflegeleistung aufzuwenden, **keine** Leistungserbringung möglich ist. Lehnen Patienten ein entsprechendes pflegerisches Angebot ab, sind evtl. entstehende Schäden nicht dem Pflegedienst anlastbar. Hier herrscht seitens der Politik und der Kostenträger noch großer Wissens- und Handlungsbedarf, damit präventive, gesundheitsfördernde und prophylaktische Pflegeleistungen von der Solidargemeinschaft finanziert werden können.

### ***Vorbereitung:***

Wir empfehlen Ihnen, jede der sieben Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien anhand der nachstehenden fünf Fragen einer Analyse zu unterziehen:

1. Kennen die MitarbeiterInnen den Nationalen Standard und seine Inhalte im Detail ?
2. Verfügen die MitarbeiterInnen über den aktuellen Stand pflegefachlichen Wissens und Könnens zur Umsetzung des Standards ?
3. Wie stellt der Pflegedienst sicher, dass alle MitarbeiterInnen auf dem aktuellen Stand pflegefachlichen Wissens und Könnens bleiben ?
4. Entsprechen die evtl. bereits vorhandenen Regelungen zur Dekubitusprophylaxe den Anforderungen des Nationalen Expertenstandards ?
5. Wie überprüft der Pflegedienst regelmäßig, ob das pflegefachliche Wissen und Können und die einrichtungsspezifischen Regelungen noch dem aktuellen Stand der Erkenntnisse entsprechen ?

### ***Umsetzungsvorschläge:***

Um eine konkrete Transferleistung in Ihrer Einrichtung zu gewährleisten, sind die nachstehenden Ausführungen im Format des Nationalen Standards verfasst. Sie enthalten die konkreten Auswirkungen aus den vorher genannten 5 Fragen.

|          |  |
|----------|--|
| Seite 01 | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe des DNQP Stand Mai 2000 |
| Seite 02 | S.1: Aktuelles Wissen  |
| Seite 03 | Fragebogen zum Wissensstand des Mitarbeiters                 |
| Seite 04 | Modifizierte Braden Skala                                    |
| Seite 05 | Modifizierte Braden Skala                                    |
| Seite 06 | S.2:L Lagerungs- und Transfertechniken                       |
| Seite 07 | Individueller Bewegungsplan                                  |
| Seite 08 | Standard Lagerungen  |
| Seite 09 | S.3: Hilfsmittel   |
| Seite 10 | S.4: Weitere geeignete prophylaktische Maßnahmen             |
| Seite 11 | Hautpflege   |
| Seite 12 | Hautpflege   |
| Seite 13 | S.5: Beratung Betroffener und Angehöriger                    |
| Seite 14 | S.6: Kooperation und Informationsweitergabe                  |
| Seite 15 | S.7: Fähigkeit zur Evaluation                                |
| Seite 16 | Hautanalyse  |

Da die Gegebenheiten und Einflussfaktoren in den Haushalten der Patienten sehr unterschiedlich sind, kann es hilfreich sein, anstelle von konkreten Handlungsanweisungen zu den einzelnen Standardaussagen sog. Richtlinien oder Arbeitshilfen zu verfassen. Diese enthalten eine Beschreibung aller im Pflegedienst zur Anwendung kommenden Methoden und Verfahren sowie deren Wirkungen und Nebenwirkungen und dienen als fachliche Vorschlagsliste zur Problemlösung.

Vor diesem Hintergrund laden wir Sie ein, unsere Ausführungen Ihren Gegebenheiten anzupassen und freuen uns über Ihre Anregungen.

Ihre Fachgruppe Ambulante Pflege im DBfK, LV Bayern:

Falch Wolfgang, Zirndorf

Helbing Stefan, Regensburg

Schrödel Sabine, Bamberg

Vogel Liselotte, Bessenbach

Zaigler Johanna, Nürnberg

Koordinatorin: Silvia Grauvogl

**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><br/> <b>S 1</b> – verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie die Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.</p> <p><b>S 2</b> – beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken</p> <p><b>S 3a</b> – verfügt über die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen.<br/> <b>S 3b</b> – Druckreduzierende Hilfsmittel (z.B. Weichlagerungskissen und -matratzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z.B. Luftkissenbetten) innerhalb von 12 Stunden.</p> <p><b>S 4</b> – kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.</p> <p><b>S 5</b> – 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><b>S 6</b> – 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 gewährleisten die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.</p> <p><b>S 7</b> – verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.</p> | <p><b>Die Pflegefachkraft</b><br/> <b>P 1</b> – 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><b>P 2</b> – 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><b>P 3</b> – wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Betroffenen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zulässt.</p> <p><b>P 4</b> – leitet auf der Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen.</p> <p><b>P 5</b> – erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen, plant diese individuell mit dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen.</p> <p><b>P 6</b> – 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 Transportdienste).</p> <p><b>P 7</b> – begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Betroffenen in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.</p> | <p><b>E 1</b> Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.</p> <p><b>E 2</b> Ein individueller Bewegungsplan liegt vor</p> <p><b>E 3</b> Der Patient/Betroffene befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet.</p> <p><b>E 4</b> Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.</p> <p><b>E 5</b> 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><b>E 6</b> Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten bekannt.</p> <p><b>E 7</b> Der Patient/Betroffene hat keinen Dekubitus.</p> |

| <i>Struktur</i>  | <i>Prozess</i>   | <i>Ergebnis</i>   |
|--|--|---|
| <p>S1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung verfügt über einen Fragebogen, um das Wissen über den Nationalen Standard und den aktuellen Stand des pflegefachlichen Wissens und Könnens zu</li> <li>- Aufbau und Funktion der Haut</li> <li>- Ursachen und Einflussfaktoren zur Dekubitusentstehung</li> <li>- Methoden und Instrumente zur Risikoerkennung bei den Mitarbeitern zu ermitteln.</li> <br/> <li>- Die Einrichtung verfügt über einen Fortbildungsplan, in dem Schulungsmaßnahmen, die aufgrund der Auswertung des Fragebogens zur Auffrischung des aktuellen Wissens und Könnens erforderlich sind, angeboten werden.</li> <br/> <li>- Die Einrichtung hält einen geeigneten Anamnesebogen sowie die Braden-Skala zur Erfassung des Dekubitusrisikos in der Pflegeanamnese vor.</li> </ul> | <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung fragt in regelmäßigen Abständen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements den aktuellen Stand zu dem in S1 genannten pflegefachlichen Wissen und Können bei allen in der direkten Pflege tätigen Mitarbeiter mittels Fragebogen ab.</li> <br/> <li>- Die Mitarbeiter nehmen an den Schulungsmaßnahmen teil.</li> <br/> <li>- Die Einschätzung des Dekubitusrisikos erfolgt im Rahmen der Pflegeanamnese, ist ein Dekubitusrisiko nicht eindeutig auszuschließen oder feststellbar, zusätzlich mittels Braden - Skala.</li> <br/> <li>- Bei Veränderungen in zentralen Risikofaktoren (Mobilität, Herz-, Kreislauf-, Stoffwechselsituation, z.B. bei Fieber und Druck (auch bei Sonden, Kathetern; Schuhe, Kompressionsverbänden etc.) wird die Dekubitusgefährdung unverzüglich erneut überprüft</li> </ul> | <p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Abfrage des aktuellen Wissens ist dokumentiert.</li> <br/> <li>- Eine Dokumentation der Schulungsmaßnahmen liegt vor.</li> <br/> <li>- Das Anamneseformular wird verwendet.</li> <li>- Die Braden-Skala wird bei "Zweifelsfällen" angewandt.</li> <li>- Ein Dekubitusrisiko wird sicher erkannt.</li> <br/> <li>- Veränderungen der zentralen Risikofaktoren sind dokumentiert.</li> <li>- Ein Dekubitusrisiko wird auch bei Veränderungen sicher erkannt</li> </ul> |

Arbeitspapier zur Ermittlung des Wissensstandes der MA zum Thema Dekubitusprophylaxe  
(D = Dekubitus)

1. **Welche Faktoren spielen bei der Dekubitusentstehung eine entscheidende Rolle? Erklären Sie kurz, warum die Faktoren zu einem D. führen können.**
  
2. **Nennen Sie 5 Risikofaktoren, die die Entstehung eines D. beeinflussen können.**
  
  
3. **Welche Lagerung empfehlen Sie den Angehörigen eines decubitusgefährdeten Patienten?**
  
  
- 3a. **Welches ist die wichtigste Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe?**
  
  
- 3b. **Welche unterstützenden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe kennen Sie?**
  
  
4. **Welche Lagerungen führen Sie durch, wenn Sie eine Dekubitusgefahr erkennen?**
  
  
5. **Gibt es in unserer Einrichtung ein Informationsblatt für Angehörige und Pflegebedürftige zur Vorbeugung von Druckgeschwüren?**  
  
 ja  nein  weiß nicht
  
6. **Was empfehlen Sie zur Hautpflege bei einem dekubitusgefährdeten Patienten und warum?**
  
  
7. **Was wissen Sie über Aufbau und Funktion der Haut?**
  
  
8. **Welche Hautpflegemittel empfehlen Sie bei Hautproblemen und Inkontinenz?**

**Braden-Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos für .....**  
 (modifiziert) (Name, Vorname, Geburtsdatum)

| Punktwert   | 1  | 2   | 3   | 4  | Vergebene Punkte |
|---|--|---|---|--|------------------|
| Sensorisches Empfindungsvermögen<br>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren | <b>fehlt</b><br>- keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli<br>mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung<br><b>oder</b><br>- Störung der Schmerzempfindung Durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt) | <b>stark eingeschränkt</b><br>- eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize<br>- Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen) oder Unruhe)<br><b>oder</b><br>- Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist. | <b>leicht eingeschränkt</b><br>- Reaktion auf Ansprache oder Kommandos<br>- Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll)<br><b>oder</b><br>- Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind. | <b>vorhanden</b><br>- Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden<br><b>oder</b><br>- Keine Störung der Schmerzempfindung |                  |
| <b>Hautzustand</b>  | - die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot<br>- die Haut ist durch Allergien oder Risse vorgeschädigt  | - die Haut ist oft feucht, aber nicht immer   | - die Haut ist manchmal feucht<br>- die Haut ist trocken u. schuppig<br>- die Haut ist dünn wie Pergament.  | - <b>die Haut ist intakt</b>   |                  |
| <b>Aktivität</b><br>Ausmaß der physischen Aktivität   | <b>bettlägerig</b><br>- ans Bett gebunden  | <b>sitzt auf</b><br>- kann mit Hilfe etwas laufen<br>- kann das eigene Gewicht nicht allein tragen<br>- braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)  | <b>geht wenig</b><br>- geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen<br>- braucht für längere Strecken Hilfe<br>- verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl   | <b>geht regelmäßig</b><br>- geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht<br>- bewegt sich regelmäßig  |                  |
| <b>Mobilität</b><br>Fähigkeit die Position zu wechseln und zu halten                              | <b>Komplett immobil</b><br>- kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen  | <b>Mobilität stark eingeschränkt</b><br>- bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend lagern   | <b>Mobilität gering eingeschränkt</b><br>- macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten  | <b>Mobil</b><br>- kann allein seine Position umfassend verändern   |                  |

| Punktwert   | 1  | 2   | 3   | 4   | Vergebene Punkte |
|---|--|---|---|---|------------------|
| <b>Ernährung</b><br><b>Ernährungsgewohnheiten</b> | <b>sehr schlechte Ernährung</b><br>- isst kleine Portionen nie auf, sondern etw a nur 2/3<br>- isst nur 2 oder w eniger Eiw eißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch)<br>- trinkt zu w enig<br>- nimmt keine Ergänzungskost zu sich<br><b>oder</b><br>- darf oral keine Kost zu sich nehmen<br><b>oder</b><br>- nur klare Flüssigkeiten<br><b>oder</b><br>- erhält Infusionen länger als 5 Tage | <b>mäßige Ernährung</b><br>- isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im Allgemeinen etw a die Hälfte der angebotenen Nahrung<br>- isst etw a 3 Ew eißportionen<br>- nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich<br><b>oder</b><br>- erhält zu w enig Nährstoffe über Sonderkost oder Infusion | <b>adäquate Ernährung</b><br>- isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen<br>- nimmt 4 Ew eißportionen zu sich<br>- verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich<br><b>oder</b><br>- kann über Sonde oder Infusion die meisten Nährstoffe zu sich nehmen | <b>gute Ernährung</b><br>- isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf<br>- nimmt 4 oder mehr Ew eißportionen zu sich<br>- isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten<br>- braucht keine Ergänzungskost |                  |
| <b>Reibung und Scherkräfte</b>                    | <b>Problem</b><br>- braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagew echsel anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich<br>- rutscht ständig im Bett oder im Rollstuhl herunter, muss immer w ieder hoch-gezogen w erden<br>- hat spastische Kontrakturen<br>- ist sehr unruhig (scheuert auf dem Laken)   | <b>potentielles Problem</b><br>- bew egt sich etw as allein oder braucht w enig Hilfe<br>- beim Hochziehen schleift die Haut nur w enig über die Laken (kann sich etw as anheben)<br>- kann sich längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl)<br>- rutscht nur selten herunter                    | <b>kein Problem zur Zeit</b><br>- bew egt sich in Bett und Stuhl allein<br>- hat genügend Kraft, sich anzuheben<br>- kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen   |   |                  |
| <b>Addition der einzelnen Punktwerte</b>          |  |   |   |   |                  |

Der Zustand des einzuschätzenden Patienten muss in jeder Spalte der Skala einer der vier möglichen Beschreibungen zugeordnet werden. Die einzelnen Punktwerte werden addiert. **Sollte eine Summe von 18 oder weniger Punkten resultieren, besteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko.**

Je weniger Punkte, desto größer das Risiko. Zur Verhinderung eines Druckgeschwürs sind daraufhin die notwendigen pflegerischen Maßnahmen zu planen, einzuleiten und durchzuführen.

**Dekubitusrisiko nach**  ab 19 Punkten, kein Risiko → Einschätzung **vierteljährlich** mit Evaluation der Pflegeplanung  
**Braden-Skala**  15 – 18 Punkte, geringes Risiko → Einschätzung **monatlich**  
 15 Punkte, Risiko → Einschätzung **wöchentlich**

Datum, Unterschrift der Pflegefachkraft

.....

| <i>Struktur</i>   | <i>Prozess</i>   | <i>Ergebnis</i>  |
|---|--|--|
| <p>S 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter werden entsprechend dem Ergebnis des MA-Fragebogens zu den Bewegungs-, Transfertechniken und Lagerungsmethoden nach Bobath und Kinästhetik (V-A-T-I, 30 %, schiefe Ebene, Mikro-Lagerung, HoI- und Weichlagerungsarten), deren Indikationen und Kontraindikationen geschult.</li> <li>- Die Mitarbeiter beherrschen Bewegungs-, Transfertechniken und Lagerungsmethoden, die die Eigenbewegung und selbständige Lageveränderung der Patienten erhalten und fördern und Schwerkkräfte reduzieren.</li> <li>- Die Einrichtung verfügt über ein standardisiertes Formular zur Erfassung der Maßnahmen = „Bewegungsplan“.</li> <li>- Die in der Einrichtung in der Regel zur Anwendung kommenden Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken sind einzeln schriftlich beschrieben und im Qualitätshandbuch hinterlegt.</li> <li>- Die Mitarbeiter vertiefen das Wissen durch kollegiale Beratung, Fallbesprechungen und praktische Übungen.</li> </ul> | <p>P 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgrund der in der Pflegeanamnese erhobenen Probleme und Ressourcen in den Bereichen Bewegung, Schmerz, Hautzustand erhält der Patient ein pflegerisches Angebot über für ihn geeignete Lagerungs- und Bewegungsmethoden zur Förderung von Eigenbewegungen und zur Reduzierung des Auflagedruckes und der Druckverweildauer auf den dekubitusgefährdeten Stellen.</li> <li>- Die mit dem Patienten konkret getroffenen Leistungsvereinbarungen werden handlungsanleitend im Maßnahmenplan der Pflegedokumentation festgehalten.</li> <li>- Wird die "Gesamtversorgung" im Bereich Lagern und Bewegen vereinbart, wird ein individueller Bewegungsplan erstellt.</li> <li>- Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes wird das pflegerische Angebot entsprechend angepasst.</li> <li>- Die Mitarbeiter nutzen die Aufzeichnungen als Nachschlagewerk.</li> <li>- Kopien einzelner Maßnahmenbeschreibungen können beim Patienten in der Akte hinterlegt werden.</li> </ul> | <p>E 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das pflegerische Angebot und die Entscheidung des Patienten über die Annahme bzw. Ablehnung ist im Verlaufsbericht der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert.</li> <li>- Der Patient erhält die mit ihm individuell vereinbarten Leistungen.</li> <li>- Die Kontinuität der Versorgung des Patienten ist gewährleistet.</li> <li>- Ein Bewegungsplan liegt bei Übernahme der Gesamtversorgung vor.</li> <li>- Das pflegerische Angebot entspricht dem aktuellen Gesundheitszustandes des Patienten.</li> <li>- Alle Mitarbeiter wenden das Erlernte sicher an.</li> </ul> |



## **Arbeitshilfe Lagerungen:**

### **Ziel:**

Die Lagerungen werden von allen Mitarbeitern des Pflegedienstes sicher beherrscht und angemessen eingesetzt.  
Der Auflagedruck wird durch Vergrößerung der Auflagefläche vermindert.

Maßnahmen:

### **1. 30°-Lagerung**

Material:

2 Kissen ca. 40 x 80 cm groß

Durchführung:

siehe Skizze

### **2. 30°-Schiefe Ebene**

Material:

entweder gerollte Decke, in der Länge der Matratze oder drei Kissen 40 x 80 cm

Durchführung:

die gerollte Decke wird auf einer Seite über die gesamte Länge der Matratze unter die Matratze geschoben

### **3. Weich- Hohllagerung in Rückenlage:**

Material

3 Kissen ca. 40 x 80 cm

oder 5 Kissen ca. 40 x 80 cm

Durchführung:

siehe Skizze

(Literatur: Dekubitus, Thieme-Verlag, 1997)

Stand:

Datum, Unterschrift

überprüft: Datum, Unterschrift

| <i>Struktur</i>  | <i>Prozess</i>  | <i>Ergebnis</i>   |
|--|---|---|
| <p>S 3a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter kennen die aktuell im Handel angebotenen Lagerungs- und Bewegungshilfsmittel, deren Indikation und Kon-traindikation.</li> <li>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, Lagerungs- und Bewegungshilfsmittel entsprechend dem Gewicht des Patienten, der individuellen Pflegeziele (z.B. Schmerzreduzierung, Druckreduzierung, Vergrößerung der Auflagefläche, Stabilisierung von Gelenken, Reduzierung der Körperspannung, Förderung der Körperwahrnehmung, Verminderung von Scherkräften) und der Kosten-Nutzenanalyse auszuwählen.</li> </ul> <p>S 3b</p> <p>-Die Mitarbeiter werden im Rahmen der IBF einmal jährlich durch den örtlichen Fachhandel über neue Lagerungs- und Bewegungshilfsmittel informiert, können das geeignete Hilfsmittel auswählen und können eine entsprechende Hilfsmittelverordnung beim Hausarzt veranlassen</p> | <p>P3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Patient erhält sofort ein pflegerisches Angebot über für ihn geeignete Lagerungs- und Bewegungshilfsmittel sowie über deren Beschaffung.</li> <li>- Vorhandene geeignete Hilfsmittel werden nach Auftragserteilung entsprechend den Herstellerhinweisen sofort eingesetzt und im Maßnahmenplan der Pflegedokumentation festgehalten.</li> <li>- Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes wird das pflegerische Angebot entsprechend angepasst.</li> <li>- Beim Hilfsmiteleinsatz werden die Vorschriften zu Hygiene und Anwendung berücksichtigt.</li> </ul> <p>P 3b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter informieren Patient/ Hausarzt.</li> <li>- Die Mitarbeiter beraten und dokumentieren bei der Auswahl von Pflegehilfsmitteln und bei der Antragstellung bei der zuständigen Pflegekasse an Hand des Leitfadens.</li> </ul> | <p>E 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das pflegerische Angebot und die Entscheidung des Patienten über die Annahme bzw. Ablehnung ist im Verlaufsbericht der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dokumentieren.</li> <li>- Der Patient erhält die mit ihm individuell vereinbarten Leistungen.</li> <li>- Das angebotene Hilfsmittel entspricht dem aktuellen Gesundheitszustandes des Patienten.</li> <li>- Das MPG und die Hygienevorschriften sind bei der Hilfsmittelanwendung erfüllt.</li> </ul> <p>E 3b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Fortbildung ist dokumentiert.</li> </ul> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, bei dekubitusgefährdeten Patienten in dessen Haushalt sofort geeignete Hilfsmittel, Kissen, Decken, Handtücher, Nackenrollen, Schaumstoffplatten usw.) auszuwählen und diese bis zum Eintreffen anderer geeigneter Hilfsmittel entsprechend einzusetzen und die Lagerungs- und Bewegungsintervalle entsprechend anzupassen.</p> <p>- Hält die Einrichtung selbst Hilfsmittel vor, werden diese in einem Verzeichnis erfasst. -</p> <p>- Die Hygienerichtlinien sowie die Medizinproduktebetriebsverordnung finden Anwendung.</p> <p>- Die Einrichtung verfügt über eine Arbeitshilfe zur Verordnung bzw. Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln (Kontaktaufnahme zu Arzt, Kranken-Pflegekasse, Sanitätshandel).</p> | <p>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, eine sofortige druckreduzierende Lagerung mit im Haushalt vorhandenen Mitteln durchzuführen.</p> | <p>- Druckreduzierende Mittel werden unverzüglich angeboten, bei erteiltem Pflegeauftrag unverzüglich angewendet und entsprechend nachvollziehbar dokumentiert.</p> <p>- Das Verzeichnis entspricht den Anforderungen des MPG.</p> <p>- Die Arbeitshilfe steht allen in der Pflege tätigen Mitarbeitern zur Verfügung.</p> |
|---|---|--|

| <i>Struktur</i>   | <i>Prozess</i>  | <i>Ergebnis</i>  |
|---|---|--|
| <p>S 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, Störungen im sensorischen Empfindungsvermögen der Patienten zu erkennen.</li> <li>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, den Haut- und Ernährungszustand einzuschätzen und entsprechende Risiken zu erkennen.</li> <li>- Die Mitarbeiter sind in der Lage, bei vorliegender Stuhl- und Urinkontinenz geeignete hautschützende Hilfsmittel vorzuschlagen.</li> <li>- Die Mitarbeiter kennen Angebote der Ernährungs- und Kontinenzberatung im Einzugsbereich des ambulanten Pflegedienstes.</li> <li>- Die Einrichtung verfügt über eine Arbeitshilfe zur Verordnung bzw. Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln zur Ernährung und Inkontinenzversorgung (Kontaktaufnahme zu Arzt, Kranken-Pflegekasse, Sanitätshandel).</li> </ul> <p>Die Einrichtung führt entsprechend den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung Fortbildungen zur Einschätzung und Verbesserung des Haut- und</p> | <p>P 4</p> <p>Der Patient erhält ein pflegerisches Angebot zur Erhebung seines Haut- und Ernährungszustandes und der Inkontinenzprobleme. Entsprechend der Ergebnisse werden Angaben zur Hautpflege, Verbesserung der Ernährungssituation und Inkontinenzversorgung gemacht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das pflegerische Angebot und die Entscheidung des Patienten über dessen Annahme oder Ablehnung werden im Verlaufsbericht der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert.</li> <li>- Die Maßnahmen, für die eine konkrete Pflegevereinbarung getroffen werden, werden in Rahmen des Pflegeprozesses geplant, durchgeführt und evaluiert.</li> <li>- Bei Bedarf ist die Einrichtung bei der Kontaktaufnahme mit einer Fachkraft für Kontinenz- bzw. Ernährungsberatung behilflich.</li> <li>- Die Mitarbeiter wenden das erlernte Wissen an.</li> </ul> | <p>E 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das pflegerische Angebot und die Entscheidung des Patienten darüber sind nachvollziehbar dokumentiert.</li> <li>- Der Patient hat die vereinbarten Leistungen erhalten, dies ist aus der Dokumentation zweifelsfrei nachzuvollziehen.</li> <li>- Der Patient kennt das Angebot.</li> <li>- Die Fortbildungsinhalte sind in einer Arbeitshilfe dokumentiert.</li> </ul> |

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| Ernährungszustandes durch. |  |  |
|----------------------------|--|--|

## Arbeitshilfe Hautpflege

### Ziel:

Jeder Patient erhält entsprechend seinem Hauttyp und seiner Hautbeschaffenheit die geeignete Hautpflege.

### Grundsätze:

Die individuellen Pflegegewohnheiten der Patienten werden erfragt und berücksichtigt, soweit diese den Patienten keinen Schaden zufügen.

Bei jeder Pflegehandlung findet, soweit möglich, eine gründliche Beobachtung der Haut, insbesondere der dekubitusgefährdeten Körperstellen und der Hautfalten, im Hinblick auf Veränderungen statt.

*Zur Hautreinigung:* Seifen und Syndets trocknen die Haut aus und greifen den Hydrolipidmantel an (dieser Schutzfilm ist Barriere für Bakterien und Pilze), deshalb **Waschpräparate immer mit klarem Wasser abspülen!**

Lipidhaltige Badezusätze können Verlust teilweise kompensieren.

Wassertemperatur: kühles Wasser (max 35 C) entzieht der Haut weniger Fett.

*Zur Hautpflege:* auf hochwertige Inhaltsstoffe in Hautpflegeprodukten achten.  
( pflanzliche Öle, Ceramide, Panthenol, Urea, Aloe vera, Glycerin)

Wasser in Öl (W/O) Emulsionen gehören auf trockene Haut.

Zinkhaltige Präparate können zum Hautschutz auf entzündete, nässende Hautareale eingesetzt werden  
( Intertrigo, Inkontinenz, Wundumgebung)

Auf gutes Einziehvermögen in die Haut und Auswaschbarkeit aus Kleidern und Wäsche achten.

Eincremetechnik: unter leichtem Druck in kreisenden Bewegungen sanft einreiben.  
Scherkräfte vermeiden.

Bei allergischen Reaktionen kein Parfüm oder ätherische Öle benützen.

### **Hauttyp trockene Haut:**

ggf. Beratung der Patienten und deren Angehörigen.

Wassertemperatur max 35 C, wenn es von den Patienten toleriert wird.

Keine Waschzusätze verwenden.

Hautstabilisierende Waschung mit 2-3 EL Essig auf 5 Liter Wasser.

Rückfettende Badezusätze ( max 3x wöchentlich) nach ärztlicher Rücksprache.

Hautpflege mit W/O Präparaten.

### ***Hauttyp fettige Haut***

ggf. Beratung der Patienten und Angehörigen

Wassertemperatur kann über Körpertemperatur liegen, da warmes Wasser Haut entfettet.

Waschzusätze nach Wunsch der Patienten.

Hautpflege auf Wunsch der Patienten, nach Möglichkeit mit Öl- in Wasser-Präparaten, da diese der Haut Feuchtigkeit zuführen und nur leicht rückfettend sind.

### ***Hauttyp normale Haut***

Keine besonderen Maßnahmen erforderlich.

( Literatur: Dekubitus, Thieme-Verlag 1997  
Pfleger Band 1, Thieme-Verlag 2000  
Broschüre dlineHautpflege 1/2004)

Stand: Datum.....Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft oder QM-Beauftragten

überprüft: Datum, Unterschrift

| <i>Struktur</i>  | <i>Prozess</i>   | <i>Ergebnis</i>   |
|--|--|---|
| <p>S 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung setzt zur Beratung und Anleitung Pflegefachkräfte ein, die über methodisch - didaktisches Rüstzeug für die pflegerische Beratung und Anleitung von Einzelpersonen und Gruppen verfügen (z.B. durch eine Fortbildung zum Praxisanleiter, Mentor, Kursleiter) .</li> <li>- Die Einrichtung hält für Laien verständliches Informationsmaterial zur Hautpflege, Ernährung, Druckentlastung, Inkontinenzversorgung und Förderung der Eigenbewegung vor.</li> <li>- Die Einrichtung gewährleistet, dass eine mögliche Dekubitusgefährdung auch bei den Pflegeeinsätzen gem. § 37 Abs.3 SGB XI erkannt wird.</li> <li>- Die Einrichtung hält das Standardformular, das kostenlos beim Paul Albrechts Verlag (Postfach 1120, Fax: 04154-799133 Tel: 04154-7990 ) bestellt werden kann, zur Meldung des Pflegeeinsatzes an die Pflegekassen vor.</li> </ul> | <p>P 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter nehmen während der Beratung und Anleitung die individuellen Bewegungsmöglichkeiten der Patienten und die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Pflegepersonen wahr und stellen das pflegerische Angebot bezüglich einer Pflegesachleistung, der Anleitung in der eigenen Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI, der Teilnahmemöglichkeit an einem Hauspflegekurs sowie über geeignete Hilfsmittel und deren Verordnung bzw. Beschaffung darauf ab.</li> <li>- Die Mitarbeiter des Pflegedienstes setzen das Infomaterial gezielt ein und erläutern Patienten und Pflegepersonen die Inhalte.</li> <li>- Wird während des Pflegeeinsatzes eine Dekubitusgefährdung festgestellt, erhält der Patient ein pflegerisches Angebot bezüglich einer Pflegesachleistung, der Anleitung in der eigenen Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI, der Teilnahmemöglichkeit an einem Hauspflegekurs sowie über geeignete Hilfsmittel und deren Verordnung bzw. Beschaffung. Mit Einverständnis des Patienten werden die Empfehlungen auf dem Standardformular dokumentiert und an die Pflegekasse weitergeleitet.</li> </ul> | <p>E 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Patient und ggf. dessen Pflegeperson sind in der Lage</li> <li>- Art und Ausmaß der Dekubitusgefährdung zu erkennen</li> <li>- Entscheidungen bezüglich des pflegerischen Angebotes zu treffen</li> <li>- bzw. Selbstversorgungskompetenzen zu entwickeln</li> <li>- sich weitere Informationen zu beschaffen</li> <li>- Entscheidet sich der Patient für eines der pflegerischen Angebote, wird er bzw. seine Pflegeperson in die Planung und Durchführung der Maßnahmen entsprechend seiner Fähigkeiten einbezogen.</li> </ul> |

| <i>Struktur</i>  | <i>Prozess</i>   | <i>Ergebnis</i>  |
|--|--|--|
| <p>S 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung stellt sicher, dass bei einer Dekubitusgefährdung</li> <li>- der Patient</li> <li>- dessen Pflegepersonen</li> <li>- alle Mitarbeiter des Pflegeteams</li> <li>- der behandelnde Arzt</li> <li>- ggf. weitere beim Patienten im Einsatz befindliche Personen (z. B. PhysiotherapeutIn, Hauswirtschafterin) wissen, welche Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe in welcher Art und Weise und Häufigkeit angewendet werden müssen, damit diese wirksam sind.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei einem Transport des Patienten, z.B. in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (Arztpraxis, Kurzzeitpflege, Krankenhaus, Altenheim etc.) werden alle für den Transport relevanten Informationen mündlich bei Abholung des Patienten weitergegeben.</li> <li>- Bei einem vorübergehenden oder dauernden Aufenthalt erfolgt die Informationsweitergabe ggf. entweder unverzüglich nach Kenntnis telephonisch oder mittels standardisiertem Überleitungsbogen.</li> </ul> | <p>P 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es liegt zu den individuell vom Patienten in Auftrag gegebenen Pflegemaßnahmen ein Pflegeplan vor Ort, aus dem Art und Häufigkeit der prophylaktischen Maßnahmen eindeutig hervorgehen.</li> <li>- Mit Einverständnis der Patienten ist diese Pflegeplanung für alle Beteiligten zugänglich in der Wohnung des Patienten aufbewahrt.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Falle einer Überleitung in eine andere Pflegeeinrichtung wird der Transportdienst die Durchführung entsprechender Maßnahmen auf dem Transport und die Weitergabe des Überleitungsbogens veranlassen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die übernehmende Einrichtung wird mittels beiliegendem Überleitungsbogen über das Dekubitusrisiko und die bisher durchgeführten Maßnahmen in Kenntnis gesetzt.</li> </ul> | <p>E 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Patient,</li> <li>- dessen Pflegepersonen,</li> <li>- alle Mitarbeiter des Pflegeteams,</li> <li>- der behandelnde Arzt,</li> <li>- ggf. weitere beim Patienten im Einsatz befindliche Personen (z. B. PhysiotherapeutIn, Hauswirtschafterin),</li> <li>- ggf. der Transportdienst</li> <li>- ggf. übernehmende Pflegeeinrichtungen wissen um die Dekubitusgefährdung und welche Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe in welcher Art und Weise und Häufigkeit angewendet werden bzw. wurden</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Patient hat auch während des Transportes die entsprechenden Maßnahmen erhalten.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die übernehmende Einrichtung ist nahtlos informiert.</li> </ul> |

| <i>Struktur</i>  | <i>Prozess</i>   | <i>Ergebnis</i>   |
|--|--|---|
| <p>S 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter verfügen über das fachliche Wissen, einen beginnenden Dekubitus von anderen Hauterkrankungen wie z.B. Intertrigo, Mazerationen und Pilzinfektionen, unterscheiden zu können</li> </ul> | <p>P 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiter begutachten den Hautzustand des Patienten bei jeder Pflegesituation, bei der die gefährdeten Körperteile frei sichtbar sind.</li> <li>- Bei Hautveränderungen informieren die Mitarbeiter unverzüglich den Patienten, ggf. die Pflegeperson sowie den behandelnden Arzt und unterbreiten ein Angebot zur Behebung der Hautprobleme bzw. des Dekubitusrisikos.</li> </ul> | <p>E 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trotz bestehender Dekubitusgefährdung nehmen die Mitarbeiter in Ausnahmesituationen, z.B. im akut lebensbedrohlichem Zustand, starken Schmerzen, oder bei Patienten im Sterbeprozess eine andere Prioritätensetzung zugunsten der aktuellen Situation und Bedürfnislage des Patienten vor.</li> </ul> |

Arbeitshilfe

## **Hautanalyse zur Unterscheidung Dekubitus - Hautprobleme**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b><i>Hautstruktur</i></b> | Blasen<br>schuppene Rötung<br>Entzündung, z.B. als Intertrigo bei Hautfalten<br>Verdünnung der Haut, Blutgefäße schimmern durch<br>Geschwüre, z.B. Ulcus cruris<br>Rhagaden, Fissuren |
| <b>Hautfarbe</b>           | Blässe – chronisch, z.B. Anämie<br>- akut, z.B. bei Fieber oder Schock<br>Rötung -Lokalisation<br>Zyanose   |
| <b>Hautfeuchtigkeit</b>    | trocken, trocken und schuppig<br>starke Schweißsekretion  |
| <b>Hautturgor</b>          | vermindert bei Dehydration, Hautfalten bleiben stehen<br>erhöht durch Ödeme   |
| <b>Sensibilität</b>        | reagiert auf Schmerz , Druck, Berührung, Temperatur<br>Juckreiz   |

## ***Unterscheidungsmerkmale***

### ***Dekubitus Grad 1***

Haut ist nach Umlagern gerötet. Rötung bleibt auch nach 3-5 Minuten nach der Lagerung bestehen. Fingerdruckmethode, auf Druck entsteht keine weiße Stelle, sondern die Rötung bleibt.

### ***Intertrigo***

Hauptsächlich in Hautfalten kommt es zu Rötung, Pustelbildung oder Fissuren. Diese Symptome gehen oft in einen Dekubitus über. Entstehung durch Ansammlung von Feuchtigkeit (Schweiß, Urin, Stuhl), häufig in Verbindung mit krümeligen Substanzen (Puder-, Salbenreste).

### ***Candiosen***

Schuppung, Rötung der Haut, weißlich aufgequollene Hornschicht, Fissuren, Rhagadenbildung. Abschälung der Haut und starker Juckreiz.

Candida albicans: meist im Genitalbereich oder in aufeinander reibenden Hautfalten: rote, entzündete meist feucht glänzende Hautpartien. Evtl. kleine Pusteln im Randbereich, juckende und schmerzhaft Hautrisse