

chronische Wunden

Dekubitus



2. Auflage / Juni 2008 / Vers. 2.05



das Altenpflegemagazin im Internet

Tel: (039 037) 95 62 40

Fax: (039 037) 95 62 43

www.pqsg.de · info@pqsg.de

Alles wunde(rbar)!

Dank der „objektiven“ Dauerberichterstattung in Fernsehen, Zeitungen und Zeitschriften wissen heute selbst Laien, was ein Dekubitus ist – und wer dafür verantwortlich ist. Die Altenpflegekräfte natürlich. Wer sonst?

Bei so prächtigen Vorurteilen können Fakten nur stören. Etwa dass sich ein Dekubitus selbst bei bester Pflege nicht immer vermeiden lässt. Oder dass die ungesunde Lebensweise vieler Senioren mitverantwortlich für ein Druckgeschwür ist. Und natürlich, dass viele Pflgeteams heute hoffnungslos überlastet sind.

Dass unsere Politiker ihr Fähnchen in den Wind hängen, kann dann auch niemanden überraschen. Da werden mehr unangemeldete Kontrollen des MDK gefordert und ein „hartes Durchgreifen“ der Heimaufsicht.

Was also tun?

- Einerseits gilt es, die vorhandenen Ressourcen der eigenen Einrichtung so gut wie möglich zu nutzen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen.
- Zudem hat sich in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Wundversorgung viel getan. Viele beliebte Pflgetechniken sind nicht „bewährt“, sondern inzwischen schlichtweg veraltet.
- Und bei aller Sorge um die Senioren sollten Pflgekräfte auch immer an die eigene rechtliche Absicherung denken. Wenn es um fünfstelligen Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche geht, können Sie von Krankenkassen, Heimaufsicht, MDK und privaten Anwälten keine Nachsicht erwarten.

Dieses Buch kann und wird keine Wunder bewirken. Aber vielleicht den einen oder anderen Fehler verhindern und das Arbeitsleben erleichtern. Denn eigentlich ist es ein schöner Beruf, Menschen zu helfen und sie zu pflegen. Oder nicht?

Ihre Annika Klugkist



Redaktion: Annika Klugkist
(verantwortlich im Sinne vom § 10 Abs. 3
MDStV); Buchenweg 9, 29416 Pretzier;
Telefon: (039 037) 95 62 40; Fax (039
037) 95 62 43; E-Mail: info@pqsg.de

Jede Weiterveröffentlichung im Rahmen
einer Zeitung, einer Zeitschrift, einem
Online-Magazin und ähnlichen
journalistischen oder publizistischen
Produkten ist untersagt

Wir sind das pqsg-Magazin!

Erstklassiges Autorenteam: Die pqsg-Redaktion ist spezialisiert auf die Fachrichtungen Medizin, Pflegewissenschaft und Rechtskunde. Die meisten unserer Fachautoren schreiben exklusiv für das pqsg-Magazin.

Immer auf dem neusten Stand des Wissens: Das pqsg-Magazin wird zweimal in der Woche aktualisiert und erweitert. Wir können damit jederzeit auf neue Urteile, aktuelle Gesetzgebung und wissenschaftliche Erkenntnisse reagieren. Ebenso wichtig wie die wissenschaftliche Kompetenz ist für uns die praktische Umsetzbarkeit. Die zahlreichen Rückmeldungen unserer Leser erlauben es uns, die Qualität der Artikel permanent auf dem höchsten Niveau zu halten.

Riesige Themenauswahl: Rund 450 Standards, Checklisten, Stellenbeschreibungen und Musterdokumente finden Sie bei pqsg.de. Sie können alle Dokumente in wenigen Minuten in Ihr QM-Handbuch übernehmen und an Ihre Bedürfnisse anpassen. Und falls Sie bei pqsg doch nicht fündig werden sollten, schreiben Sie uns. Unsere Redaktion wird Ihren Themenwunsch so schnell wie möglich umsetzen.

Service fast rund um die Uhr: Die Altenpflege kennt kein Wochenende und keinen Feierabend. Wir auch nicht. Unsere Hotline ist jeden Tag von 8 Uhr bis 22 Uhr für Sie erreichbar. Auch am Wochenende und an Feiertagen.

Erstklassige Preise: Ein 6-Monats-Abo kostet bei uns 15,75 Euro. In diesem Pauschalbetrag sind alle weiteren Downloads bereits enthalten. Das pqsg-Abo läuft nach einem halben Jahr automatisch aus. Sie müssen also nicht kündigen. Wenn Sie nach Ablauf des Abos unser Magazin weiter nutzen möchten, registrieren Sie sich einfach erneut. Übrigens: Im Jahr 2007 verlängerten vier von fünf Lesern ihr pqsg-Abo.



Besuchen Sie uns im Internet unter www.PQSG.de

Inhaltverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| • Ist-Analyse "Dekubitusbehandlung und -prophylaxe" | Seite 5 |
| • Stellenbeschreibung Wundmanager / Wundbeauftragter | Seite 13 |
| • Standard Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" | Seite 19 |
| • Protokoll für die Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" | Seite 21 |
| • Pflegestandard "Ermittlung des Dekubitusrisikos" | Seite 26 |
| • Standard "Mobilitätsförderung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe" | Seite 32 |
| • Standard "Dekubitusprophylaxe: Hautpflege" | Seite 37 |
| • Standard "Dekubitusprophylaxe: Hautbeobachtung" | Seite 41 |
| • Standard "Hautschutz bei Inkontinenz" | Seite 48 |
| • Standardpflegeplan "Dekubitusprophylaxe (gemäß Expertenstandard)" | Seite 52 |
| • Standard "Dekubitusprophylaxe: Mikrolagerung / Weichlagerung / Superweichlagerung" | Seite 66 |
| • Standard "Pflege von Senioren mit Sensibilitätsstörungen" | Seite 71 |
| • Checkliste: Die passende Wechseldruckmatratze | Seite 76 |
| • Standard "Wundbehandlung Dekubitus" | Seite 78 |
| • Standard "Dekubitusbehandlung: Ernährung" | Seite 87 |
| • Standard "Wundspülung" | Seite 94 |
| • Standard "Vakuumversiegelung" | Seite 97 |
| • Standard "Schmerzmanagement" | Seite 103 |
| • Schnelltest: Wunddokumentation | Seite 106 |
| • Standard Wunddokumentation / Wundfotografie | Seite 109 |
| • Informationsblatt + Einverständniserklärung "fotografische Wunddokumentation" | Seite 113 |
| • Schon gewusst? So erkennen Sie eine Wundinfektion! | Seite 114 |
| • Standard "Vermeidung, Erkennung und Pflege von septischen Wunden" | Seite 115 |
| • Standard "Pflege von Senioren mit einem diabetischen Fußsyndrom" | Seite 119 |
| • Wundbehandlung Ulcus cruris venosum | Seite 126 |

Wichtige Hinweise:

- **Zweck unserer Muster ist es nicht, unverändert übernommen zu werden. Diese Pflegestandards müssen in einem Qualitätszirkel diskutiert und an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden.**
- **Unverzichtbar ist immer auch eine inhaltliche Beteiligung der jeweiligen Haus- und Fachärzte, da einzelne Maßnahmen vom Arzt angeordnet werden müssen. Außerdem sind etwa einige Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern kontraindiziert.**
- **Diese Standards eignen sich für die ambulante und stationäre Pflege. Einzelne Begriffe müssen jedoch ggf. ausgewechselt werden, etwa "Bewohner" gegen "Patient".**
- **Die Inhalte dieses Buches haben wir mit großer Sorgfalt zusammengetragen. Wir übernehmen aber keine Haftung für die Richtigkeit der Informationen.**

Ist-Analyse "Dekubitusbehandlung und -prophylaxe"

- Eine Frage kann nur dann mit "ja" beantwortet werden, wenn das Kriterium erfüllt worden ist und dieses gleichzeitig auch dokumentiert wurde. Ohne einen schriftlichen Beleg gilt die Maßnahme als "nicht geleistet". Als Nachweise kommen in Frage:
 - Pflegedokumentation
 - Pflegestandards
 - Standardpflegepläne
 - Dienstanweisungen
 - Protokolle (z.B. über Dienstbesprechungen)
 - Stellenbeschreibungen
 - Schulungsnachweise
- Sie finden in unserem Magazin zu sämtlichen erforderlichen Pflegemaßnahmen und Organisationsvorgaben einen entsprechenden Standard und darauf aufbauend die passenden Protokolle und Standardpflegepläne.

| Kriterium | erfüllt | | Anmerkung |
|-----------|---------|------|-----------|
| | ja | nein | |

Information und Organisation

Qualifikation

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| Ist in Ihrer Einrichtung ein Wundbeauftragter benannt? Ist er entsprechend fortgebildet? Sind seine Aufgaben in einer Stellenbeschreibung dokumentiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind der Expertenstandard und seine Inhalte in einer internen Schulung dem Pflegeteam vorgestellt worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird das Wissen der Pflegekräfte in regelmäßigen Seminaren stets auf dem aktuellen Stand des Wissens gehalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Verfügt Ihr Pflegeteam über Kenntnisse zur Entstehung eines Dekubitus? Sind insbesondere die zentralen Risikofaktoren bekannt, wie Druck, Reibung, Kachexie, Polyneuropathie usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist das Team neben Dekubitus auch mit weiteren chronischen Wunden vertraut? Etwa mit Ulcus cruris venosum, mit pAVK oder mit dem diabetischen Fußsyndrom? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind jeder Pflegekraft die Anzeichen einer Wundinfektion bekannt? Etwa vermehrte Exsudation, ödematische Wundränder, übler Geruch usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kann jede Pflegefachkraft einen Fingertest durchführen und die Ergebnisse korrekt auswerten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennen Ihre Mitarbeiter die typischen Lokalisationsmöglichkeiten eines Dekubitus (Fersen, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| Achillessehnen, Kreuzbein usw.)?) | | | |
| Organisation | | | |
| Wurde in der Einrichtung die Bezugspflege umgesetzt? Ist sichergestellt, dass die Risikoeinschätzungen möglichst nur von der Bezugspflegekraft durchgeführt werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Dekubitusprophylaxe und -behandlung von der PDL durch Pflegevisiten begleitet? Führen festgestellte Mängel in der Qualifikation oder der Organisation zeitnah zu entsprechenden Korrekturmaßnahmen, etwa zu Nachschulungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist die Pflegedokumentation dafür geeignet, alle Maßnahmen zur Dekubitusbehandlung und -prophylaxe festzuhalten? Gibt es folgende Bögen: Dekubitusrisikoerkennung, Bewegungsplan, Schmerzerfassung, Wunddokumentation und Behandlungspflege? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden gefährdete Senioren regelmäßig im Rahmen der Fallbesprechungen im Team vorgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Anzahl der Dekubitusfälle in der Einrichtung einmal im Jahr statistisch aufbereitet? Wird diese Statistik im Team diskutiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind die zentralen Pflegemaßnahmen im Rahmen der Dekubitusbehandlung und -prophylaxe in Form von Pflegestandards fixiert und im QM-Handbuch hinterlegt? Wurden die Mitarbeiter an deren Erstellung beteiligt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist für alle Mitarbeiter aktuelle Fachliteratur verfügbar? Wird das Pflegeteam animiert, diese Bücher zu lesen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beratung | | | |
| Gibt es in der Einrichtung Informationsmaterial, mit dem Bewohner, deren Betreuer und Angehörige über das Krankheitsbild Dekubitus informiert werden? Werden alle Beteiligten außerdem über die Wichtigkeit der Eigenbewegung und der Druckreduktion informiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden der Bewohner und seine Angehörigen in die Planung der Pflegemaßnahmen einbezogen? Können diese Wünsche äußern und Vorschläge machen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden die Angehörigen entsprechend sensibilisiert? Werden sie aufgefordert, jede verdächtige Hautrötung den Pflegekräften umgehend zu melden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Risikoeinschätzung | | | |

| Skalen | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| Ist jeder Mitarbeiter mit der Anwendung von Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos vertraut? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist sichergestellt, dass innerhalb der Einrichtung stets die gleiche Skala genutzt wird, es also z.B. keinen Mix aus Norton- und Braden-Skala gibt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird das Ausfüllen der Skala im Team regelmäßig geübt? Gibt es begleitende kollegiale Pflegevisiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist jeder Mitarbeiter mit der Anwendung von Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos vertraut? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Einschätzung | | | |
| Ist sichergestellt, dass das Dekubitusrisiko aller gefährdeten Bewohner regelmäßig eingeschätzt wird? Werden bei der Festlegung der Intervalle zentrale Faktoren berücksichtigt, wie etwa Mobilität, Ernährungszustand, Hautzustand oder etwa Diabetes mellitus? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden alle Informationsquellen für die Risikobeurteilung genutzt, insbesondere Gespräche mit dem Bewohner, Angehörigen, dem Betreuer und dem Hausarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden alle Bewohner nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus sehr sorgfältig auf Dekubitus untersucht? Werden der Krankenhaus- und der Rehabericht (soweit verfügbar) ebenfalls routinemäßig ausgewertet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden routinemäßig Hautinspektionen vorgenommen, insbesondere bei allen Maßnahmen zur Körperpflege? Etwa: Beim Toilettengang, bei der Inkontinenzversorgung, beim Kleidungswechsel oder bei der Lagerung des Senioren? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Bewegung | | | |
| Ist jeder Mitarbeiter in der Lage, einen Bewegungs- bzw. Lagerungsplan auszufüllen? Ist die Dokumentation vollständig, also: Datum, Uhrzeit, Handzeichen, verwendete Lagerungsart oder Art der Mobilisierung, Lagerungsintervall, verwendete Hilfsmittel usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird routinemäßig die Bewegungsfähigkeit des Bewohners eingeschätzt, etwa das Maß an vorhandenen Bewegungsressourcen, verwendete Hilfsmittel, Schmerzbelastung bei Bewegungen usw. Werden diese Informationen genutzt, um die passenden Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken auszuwählen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden mit gefährdeten Bewohnern aktive und passive Bewegungsübungen durchgeführt? Werden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| diese Bewegungsübungen in andere Pflegeabläufe integriert, etwa im Rahmen der Körperpflege? | | | |
| Werden zentrale Bewegungsabläufe mit dem Bewohner trainiert, etwa der Transfer aus dem Bett in den Stand mit Rollator? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden in der Einrichtung die Konzepte "Basale Stimulation" und "MiS Micro-Stimulation" verwendet? Gibt es ein Konzept, um die Eigenbewegungen des Bewohners zu fördern? Etwa ein häufiges Freilagern des Schultergürtels, um Oberkörperbewegungen zu erleichtern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Druckentlastung | | | |
| Lagerung | | | |
| Wird das Lagerungsintervall unter Berücksichtigung der individuellen Dekubitusgefährdung festgelegt? Ist allen Mitarbeitern bewusst, dass die 2-Stunden-Grenze kein allgemeingültiger Wert ist, sondern individuell angepasst werden muss? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden alle zur Verfügung stehenden Lagerungsarten genutzt? Wird der Bewohner dazu motiviert, seine bevorzugte Lage (= "Lieblingsposition") zu verlassen, wenn dieses zur Druckentlastung notwendig ist? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist jede Pflegefachkraft in der Lage, die wichtigsten Lagerungen durchzuführen? Insbesondere die 30°-Lagerung, die 135°-Lagerung, die Bauchlagerung, die Hohl- und Freilagerung, die 3- und die 5-Kissen-Lagerungen, die V-A-T-I-Lagerungen oder die sog. "schiefe Ebene"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden die Bewohner engmaschig befragt, ob die aktuelle Lagerungsposition unbequem ist? Werden die Bewohner animiert, sich bei Lagerungsschmerzen sofort an die Pflegekräfte zu wenden? Und resultiert aus einer solchen Schmerzäußerung eine sofortige Umlagerung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Hilfsmittel | | | |
| Ist sichergestellt, dass Spezialmatratzen und Spezialbetten spätestens 12 Stunden nach einer ärztlichen Anordnung verfügbar sind? Ist sichergestellt, dass bis zum Eintreffen der Lagerungshilfsmittel die Bewegungsintervalle deutlich verkürzt werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Besitzt das Pflegepersonal die fachliche Kompetenz, um das passende Druck reduzierende Hilfsmittel auszuwählen? Kann Ihr Team die gängigen Hilfsmittel fachgerecht einsetzen? Insbesondere: Superweichmatratzen, Gelaufagen, Gelkissen, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| groß- und kleinzellige Wecheldruckmatratzen, Schaumstoffauflagen und Luftkissenauflagen. Gibt es eine entsprechende Kooperation mit Vertreibern von Lagerungshilfsmitteln? Führen diese ggf. Einweisungen in unserer Einrichtung durch? | | | |
| Sind die als unwirksam klassifizierten Hilfsmittel ausrangiert? Etwa: Kunstfelle, Wasserkissen, Luftringe usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden Lagerungshilfsmittel bedürfnisorientiert genutzt, also nur dann, wenn diese zwingend erforderlich sind? Geht der Auswahl der genutzten Lagerungshilfsmittel eine Prüfung voraus, in der etwa die Pflege- und Therapieziele hinterfragt werden? Werden die Möglichkeiten zur Eigenbewegung geprüft? Wird das Gewicht des Bewohners bei der Auswahl der Lagerungshilfsmittel berücksichtigt? Stehen Kosten und Nutzen in einem sinnvollen Verhältnis? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird einmal im Jahr an alle Mitarbeiter ein Fragebogen zum Einsatz der Lagerungsmaterialien und zur Bedarfsermittlung ausgegeben? Sind die Ergebnisse maßgeblich bei der Materialbeschaffung? (nur stationär) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Werden neue Produkte vor der Einführung in der Einrichtung getestet und ihre Anwendung im Team diskutiert? (nur stationär) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Haut- und Körperpflege | | | |
| Werden geeignete Maßnahmen getroffen, um die Hautfeuchtigkeit zu reduzieren? Etwa: Kleidungswechsel bei schwitzenden Senioren, atmungsaktive Matratzenschutzbezüge, konsequente Inkontinenzversorgung usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Hautpflege dem Dekubitusrisiko angepasst, etwa durch die Nutzung von rückfettenden Präparaten? Wird zusätzlich die Hautbeschaffenheit überprüft und die Ergebnisse bei der Wahl der Pflegeprodukte berücksichtigt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Unterbleiben unwirksame Maßnahmen zur Körperpflege? Etwa: Mineralöle, alkoholische Einreibungen, Massagen, Zinkpaste, Babypuder, hyperämisierende Präparate usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ernährung | | | |
| Ist die Flüssigkeitsversorgung von gefährdeten Bewohnern sichergestellt? Sind allen Mitarbeitern die klassischen Symptome des Flüssigkeitsmangels bekannt, etwa geringer Turgor, rissige Haut, trockene Schleimhäute, niedriger Blutdruck usw.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird der Kalorien- und Eiweißbedarf eines | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| gefährdeten Bewohners korrekt ermittelt? Wird die Ernährung an diese Ergebnisse angepasst? | | | |
| Wird konsequent nach Ursachen gesucht, die die Nahrungsaufnahme eines gefährdeten Senioren beeinträchtigen? Etwa: schlechter Mund- und Zahnstatus, Schluckstörungen, motorische Einschränkungen, Medikamentennebenwirkungen? Ist sichergestellt, dass der Bewohner ggf. einem Arzt oder Facharzt vorgestellt wird? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird das Essverhalten des Bewohners dokumentiert? Wird das Körpergewicht des Bewohners regelmäßig ermittelt? Wird als letzte Option parenterale Ernährung in Betracht gezogen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist sichergestellt, dass gefährdete Bewohner ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt werden, insbesondere mit Vitamin A, C und K sowie dem Spurenelement Zink? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schnittstellen | | | |
| Gibt es Regelungen zum Informationsaustausch innerhalb des Hauses (mit der Hauswirtschaft) und mit externen Partnern (Ärzten, Logopäden, Ergotherapeuten usw.)? Ist sichergestellt, dass alle an der Pflege beteiligten Personen über den Gesundheitszustand und die aktuelle Dekubitusgefährdung informiert sind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird auch das Begleitpersonal bei notwendigen Krankentransporten über das Dekubitusrisiko informiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist sichergestellt, dass alle ärztlichen Anweisungen schriftlich vorliegen? Dieses ist insbesondere dann wichtig, wenn die angeordneten Maßnahmen im Widerspruch zum Expertenstandard stehen. Können Sie nachweisen, dass Sie den Hausarzt über die Diskrepanzen informiert haben, ohne dass dieser danach die Therapie anpasste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wundversorgung | | | |
| Ist Ihr Pflegeteam in der Lage, die vier Stadien der Dekubituseinteilung nach H. Seiler zu benennen und zu beschreiben? Ist jeder Mitarbeiter z.B. in der Lage, Nekrosen zu erkennen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt Ihr Team die Wundheilungsphasen? Kann jeder Mitarbeiter beschreiben, welche Pflegemaßnahmen jeweils indiziert / kontraindiziert sind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt jeder Mitarbeiter die Methoden zur Wundausschneidung und Wundreinigung? Etwa: chirurgische Abtragung, enzymatische Wundreinigung, physikalische Entfernung, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| autolytische Wundreinigung oder biologische Entfernung? | | | |
| Ist jeder Mitarbeiter mit dem Einsatz von Antiseptika vertraut? Sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Präparate bekannt? Etwa: Antiseptika auf alkoholischer Basis oder auf wässriger Basis, Wasserstoffperoxyd und Farbstoffe auf Triphenylmethanbasis? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt jeder Mitarbeiter die zentralen Anwendungsparameter für Antibiotika? Sind die Gefahren durch die Nutzung von Breitbandantibiotika sowie von einer lediglich lokalen Anwendung bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind alle Pflegefachkräfte in der Lage, einen Wundverband zu wechseln und zu erneuern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt Ihr Pflegeteam die Funktion, die Vorteile und die Grenzen der gängigen Wundauflagen? Etwa: Alginate, Hydrokolloide, Hydrogele, Polyurethane, Hydrofaser-Verbände? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind dem Pflegeteam die Kostenvorteile einer modernen Wundversorgung im Vergleich zur herkömmlichen Wundversorgung bewusst? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt das Pflegeteam die weiteren Behandlungsmethoden in der Dekubitustherapie? Etwa: Vakuumversiegelung, elektrische Stimulation usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Unterlässt das Pflegeteam alle Behandlungsmethoden, die als schädlich klassifiziert wurden, etwa Honig- oder Zuckertherapie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt das Pflegeteam die gängigen Techniken zur Schmerztherapie bei chronischen Wunden? Sind die Techniken zur Erfassung der Schmerzintensität bekannt, etwa eine Schmerzskala oder ein Schmerztagebuch? Werden vor schmerzhaften Eingriffen (z.B. Verbandswechsel) prophylaktisch Schmerzmedikamente verabreicht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kennt das Team die schmerzverstärkenden Faktoren (z.B. einschnürende Bandagen oder schlecht fixierte Wundauflagen)? Sind den Mitarbeitern schmerzlindernde Strategien bekannt (atraumatische Wundauflagen, Anwärmen der Reinigungslösung usw.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Achtet jeder Mitarbeiter auf eine lückenlose Händehygiene und die strikte Nutzung von Einmalhandschuhen? Ist jede Pflegefachkraft in der Lage, eine Wunde per Non-Touch-Technik zu versorgen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| Ist jeder Pflegefachkraft die Bedeutung einer korrekt geführten Pflegedokumentation bewusst? Sind die Mitarbeiter über die juristischen Konsequenzen von Dokumentationsmängeln informiert, insbesondere über Fragen der Haftung und die mögliche Zahlung von Schmerzensgeld? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist jede Pflegefachkraft dazu qualifiziert, eine fachgerechte Wunddokumentation anzufertigen? Sind die zentralen Parameter stets vermerkt? Etwa: Erstdiagnose der Wunde, Wundart, Wundumgebung, Wundrand, Wundexsudat, Wundgrund und Wundverlaufsbericht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist sichergestellt, dass alle Unterlagen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung 30 Jahre archiviert werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird fehlende Kooperationsbereitschaft des Bewohners dokumentiert? Wird mit dem Bewohner ein Beratungsgespräch geführt, in dem er über die möglichen gesundheitlichen Konsequenzen informiert wird? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist jede Pflegefachkraft in der Lage, eine Wunde zu vermessen und ihr Volumen festzustellen? Werden dafür die jeweils passenden Verfahren genutzt? Etwa: Wundschablonen, Sondierung von Wundtaschen, Ausliterung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Wundfotografie genutzt, um den Wundverlauf zu dokumentieren? Sind alle Mitarbeiter in der Lage, den Fotoapparat zu nutzen? Wird jeder Bewohner vor der Nutzung der Wundfotografie schriftlich um Zustimmung gebeten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird eine Wunde vor der Wundbeurteilung gespült, um Zelltrümmer, überflüssiges Sekret und Medikamentenreste zu entfernen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Effektivität aller Maßnahmen regelmäßig ausgewertet und kritisch hinterfragt? Ist sichergestellt, dass unwirksame Maßnahmen zeitnah eingestellt und durch wirksame Techniken ersetzt werden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Stellenbeschreibung Wundmanager / Wundbeauftragter

Bezeichnung der Einrichtung:

Seniorenheim XYZ
Blumengasse 1
12345 Neustadt

Stellenbezeichnung / Stelleninhaberin

Stelleninhaberin: Gerda Musterfrau
Bezeichnung der Stelle: Wundbeauftragte
Arbeitsbereich: Pflegebereich
Arbeitszeit: xx Stunden pro Woche
Vergütung / Eingruppierung: xxxx € pro Monat

Ziele:

- Sicherstellung einer optimalen Wundprophylaxe
- optimale Versorgung der Wunden der Bewohner nach anerkannten Therapiemethoden und unter modernen Qualitätsprinzipien
- Vermeidung oder Minimierung der Schmerzbelastung des Bewohners
- Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung
- Sicherstellung einer professionellen Überleitungspflege insbesondere durch Erarbeitung und stetige Verbesserung des Überleitungsbogens
- Aufbau einer lückenlosen Informationskette aller an der Behandlung Beteiligten
- Sicherstellung einheitlicher Pflege- und Behandlungsmethoden in der gesamten Einrichtung. Schaffung von einheitlichen Kriterien, die den gesicherten Vergleich von Wundverläufen ermöglichen.
- Kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung der Bewohner mit Wundprodukten.
- Bündelung der Ressourcen, Vermeidung unnötiger Therapien und somit Senkung der Kosten
- Erhaltung einer möglichst selbständigen Lebensgestaltung der Bewohner durch Vermeidung von chronischen Wunden bzw. durch deren optimale Pflege und Versorgung
- Anpassung der Pflege an den jeweiligen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse des Heimbewohners
- Entwicklung und Sicherung der Qualität.
- Beachtung des Pflegeleitbildes der Pflegeeinrichtung
- aktive Förderung des guten Betriebsklimas
- wirtschaftlicher Umgang mit Betriebsmitteln
- Anleitung und Überprüfung von Pflegefachkräften, von Pflegehilfskräften, Schülern und Praktikanten
- Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, sowie der im Qualitätsmanagementhandbuch dokumentierten internen Regelungen
- Abwendung von Haftungsrisiken gegen die Einrichtung durch mutmaßlich mangelhafte Versorgung chronischer Wunden

fachliche Qualifikation:

- Qualifikation als Pflegefachkraft (z.B. staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in oder Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger)
- oder ein als gleichwertig anerkannter Abschluss
- fünf Jahre Berufserfahrung

- Weiterbildung zum Wundmanager, insbesondere Kenntnisse zu folgenden Bereichen
 - Haftungsrecht und Strafrecht
 - Anleitung und Beratung von Bewohnern und deren Angehörigen
 - Anatomie und Physiologie der Haut / Wundheilung
 - Definition, Ursachen, Diagnose und Therapie akuter Wunden sowie chronischer Wunden
 - Dekubitalgeschwüre
 - Techniken der modernen Wundversorgung
 - pflegerische Einschätzung und Dokumentation von Wunden
 - Schmerzmanagement bei Wundpatienten
 - organisationsübergreifendes Wundmanagement
- Fachkenntnisse insbesondere zu folgenden Wundformen:
 - Dekubitus
 - Ulcus cruris
 - Gangrän
 - Verbrennungen oder Erfrierungen
 - Verätzungen
 - Schnitt- u. Stichwunden
 - Quetsch-, Platz-, Riss- und Schürfwunden
 - Kratz- u. Bisswunden
- Fachkenntnisse insbesondere zu folgenden Verbandstoffen
 - Folienverbände
 - Salbenkompressen
 - hydroaktive Wundauflagen
 - Hydrokolloide
 - Hydrogele
 - Alginate
 - Weichschaumkompressen
 - weitere Spezialwundauflagen

persönliche Grundfähigkeiten:

- hohe Resistenz gegen Anblicke, die andere als ekelig empfinden
- körperliche und seelische Stabilität
- Ausgeglichenheit und Geduld
- Kreativität
- Fähigkeit Verantwortung wahrzunehmen
- Initiative und Einsatzbereitschaft
- Teamfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Organisationsfähigkeit
- Fähigkeit zur ständigen und umfassenden eigenen Fortbildung
- Fähigkeit und Interesse nachgeordneten Pflegekräften, Praktikanten und Schülern fachpraktisches Wissen zu vermitteln
- sicheres Auftreten und sprachliche Gewandtheit
- eigene Kritikfähigkeit und Selbstreflexion
- Einfühlungsvermögen
- Urteilsvermögen
- Verschwiegenheit und Vertrauenswürdigkeit

Zuordnung der Stelle:

direkte weisungsbefugte Vorgesetzte:

(Hierbei handelt es sich nur um eine mögliche Aufzählung, bitte legen Sie hier Ihre individuellen Gegebenheiten fest.)

- Geschäftsleitung
- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- behandelnde Ärzte der Heimbewohner/innen (nur hinsichtlich medizinischer Belange)

gleichgestellt:

- Pflegefachkräfte
- hauswirtschaftliche Fachkräfte
- Verwaltungsangestellte

weisungsbefugt:

- Pflegekräfte in der Ausbildung
- Pflegehilfskräfte
- Aushilfskräfte im Pflegebereich
- Laienhelfern der Hospizhilfe
- Zivildienstleistende

wird vertreten von:

- anderen Pflegefachkräften
- Aufgaben und Kompetenzen

Wundvisite

- Planung und Durchführung von Wundvisiten
- Anleitung und Mithilfe beim Wechseln von Verbänden
- Klärung, welche Impfungen ein Bewohner in Folge der Wunde benötigt (z.B. Tetanus)
- Beratung des Bewohners, welche Lebensgewohnheiten den Wundverlauf positiv oder negativ beeinflussen (Nikotin-/Alkoholabusus, Übergewicht usw.)
- Gemeinsame Bestandsaufnahme, welche Medikamente der Bewohner nimmt und Abklärung der Wirkung auf den Wundverlauf
- Beratung des Bewohners hinsichtlich der Nutzung von Analgetika, um den Wundschmerz zu lindern
- Besprechung mit den Bezugspflegekräften über das weitere Vorgehen im Anschluss an die Wundvisite

Wunddokumentation

- Beratung des Bewohners zur fotografischen Wunddokumentation. Einholen der Erlaubnis zum Fotografieren der Wunde.
- Erstellung einer fundierten Wundanamnese insbesondere mit folgenden Kriterien:
 - Welche Symptome und Schmerzen treten auf?
 - Welche Funktionsausfälle treten auf?
 - Größe und Volumen der Wunde
 - Lokalisation der Wunde, insbesondere die Frage, ob sie in einem gut oder schlecht durchbluteten Bereich des Körpers liegt
 - Zustand der Wunde (offen, verhärtet, geschwollen usw.)
 - Zustand der Wundränder
 - Fremdkörper in der Wunde
 - Klassifizierung der Wunde (granulierend, schmierig oder nekrotisch)

- regelmäßige Kontrolle aller Pflegedokumentationen im Hinblick auf die korrekte Vorsorge und Behandlung von chronischen Wunden. Meldung von Fehlern und Schwachstellen in der Pflegedokumentation an die Pflegekräfte.

allgemeine Zusammenarbeit mit der Hausarzt

- gemeinsame Prüfung, welche Behandlungsmethode die besten Resultate erwarten lässt
- Überzeugung der Hausärzte von der Notwendigkeit moderner Wundauflagen, falls diese der klassischen Behandlung überlegen sein sollten.
- Zusammenstellung aller für den Hausarzt wichtigen Informationen
- Kontrolle, ob die verordneten Medikamente und Therapien wirken. Ggf. Information an den Hausarzt

Unterstützung des Hausarztes bei der konventionellen Wundversorgung

- Reinigung der Wunde
- Desinfektion mit Antiseptika
- chirurgische Wundrevision
- enzymatische Wundreinigung
- Versorgung der Wunde mit Verbandstoffen
- regelmäßige Kontrolle des Wundzustandes

Unterstützung des Hausarztes bei der Biochirurgie (Wundheilung durch Fliegenlarven)

- Aufklärung des Bewohners über die Möglichkeiten der Biochirurgie und Abbau von Vorurteilen.
- Unterstützung des Arztes insbesondere bei folgenden Maßnahmen:
 - Reinigung der Wunde
 - Beseitigung ausgedehnter Nekrosen
 - Aufbringen der sterilen Larven
 - Verbinden der Wunde.
 - Reinigung der Wunde nach drei bis fünf Tagen
 - Entfernung der Larven
 - Begutachtung und Dokumentation der Heilungsfortschritte

Schulungen / Hilfestellung

- Unterstützung der Pflegekräfte bei der Durchführung von Prophylaxen zwecks Vermeidung von chronischen Wunden
- Anleitung von Pflegekräften hinsichtlich der optimalen Wundversorgung
- Anleitung von Pflegekräften hinsichtlich einer angemessenen Hygiene und eines optimalen Infektionsschutzes
- regelmäßige Information an alle Pflegekräfte über neue Entwicklungen im Bereich der Wundversorgung
- Unterstützung der Pflegekräfte bei der Erstellung der Pflegeplanung
- Anleitung zur korrekten Führung der Pflegedokumentation insbesondere hinsichtlich der Vermeidung von Haftungsansprüchen gegenüber der Einrichtung.
- Einweisung der Pflegekräfte in die richtige Erstellung von Wundfotos
- Bestimmung des Schulungsbedarfes der Pflegekräfte. Darauf aufbauend
 - eigenständige Durchführung von Schulungen zu den Themen Prophylaxe und Behandlung von Wunden
 - ggf. Planung von Seminaren in Zusammenarbeit mit externen Anbietern
 - Auswertung des Fortbildungserfolges nach Abschluss der Schulungen. Bewertung des Schulungsanbieters

- Beratung von Angehörigen zu allen Fragen rund um chronische Wunden
- Ausbildung von Multiplikatoren innerhalb der Einrichtung
- Beschaffung aktueller Fachliteratur zum Thema chronische Wunden. Aufbau eines Verteilers, damit jede Pflegekraft mit diesen Informationen versorgt wird
- eigene Teilnahme an Weiterbildungen und Messen
- Teilnahme an Fallbesprechungen von Bewohnern, die unter Wunden leiden oder gefährdet sind.

strukturelle Arbeit

- Auswahl eines geeigneten (EDV-gestützten) Wunddokumentationssystems
- Entwicklung, Umsetzung und Kontrolle von Pflegestandards zur Prophylaxe und Behandlung von chronischen Wunden
- Bestimmung von Maßnahmen, die einen umfassenden Eigenschutz der Pflegekräfte garantieren, etwa vor AIDS oder Hepatitis B
- regelmäßige Information der Heimleitung über den aktuellen Stand des Wundmanagements. Erstellung von entsprechenden Statistiken. Beratung über mögliche strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten
- Ausarbeitung eines Ernährungsplanes in Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft und dem Hausarzt
- Beratung bei der Beschaffung geeigneter Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmittel
- Beratung bei der Auswahl geeigneter Matratzen und Lagerungshilfsmittel
- Mithilfe bei der Überprüfung und Anpassung von Hygienestandards

Aufgaben zum Qualitätsmanagement:

- Verpflichtung zur Mitarbeit und Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen, wie z.B. Mitarbeit im Qualitätszirkel
- Mitarbeit beim Fehler- und Beschwerdemanagement sowie dem betrieblichen Vorschlagswesen
- umfangreiche Kenntnisse über das hausinterne Qualitätssystem (Checklisten, Verfahrensstandards etc.)
- Verpflichtung zur Arbeit nach den im Haus geltenden Standards, wie etwa Pflegestandards
- regelmäßiges Informieren über Neuerungen im Qualitätsmanagementhandbuch
- Teilnahme an internen und externen Fortbildungen aller Art

Betriebsbezogene Aufgaben:

- Sicherstellung, dass alle notwendigen Materialien (Verbandsstoffe, Desinfektionsmittel usw.) verfügbar sind. Ggf. Bestellung von Material.
- fachliche Anleitung und Kontrolle von unterstellten Mitarbeitern aus dem Pflegehelferbereich
- Beachtung aller Unfallverhütungsvorschriften

Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen

- Aufbau und Pflege eines Netzwerkes zwischen Heim, Hausärzten, Krankenhaus und Krankenkasse
- Kontaktpflege zu Anbietern von Pflegehilfsmitteln und Verbrauchsmitteln, ggf. Anforderung von Mustern
- ggf. Mitwirkung bei klinischen Studien (etwa zur Wirksamkeit von Verbandstechniken)
- Erstellung von Wundprotokollen für die Krankenkasse, wenn zusätzliche Therapien beantragt werden

Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen:

Der Wundmanager soll zu folgenden Personen und Institutionen eine Kommunikations- und Kooperationsbeziehung aufrechterhalten:

- zu der Heimleitung
- zu der Pflegedienstleitung
- zu der Wohnbereichsleitung
- zu dem Qualitätsbeauftragten
- zu den Heimbewohner/innen
- zu dem Heimbeirat
- zu den Pflegefachkräften
- zu den Pflegehilfskräften
- zu den Aushilfskräften in der Pflege
- zu der Hauswirtschaft
- zu der Verwaltung
- zu den Praktikanten
- zu dem Hygienebeauftragten
- zu den behandelnden Ärzten und Ärztinnen
- zu den ehrenamtlichen Helfern
- zu den Seelsorgern
- zu dem haustechnischen Dienst
- zum Therapiebereich (Beschäftigungstherapie etc.)
- zu den Angehörigen und sonstigen den Heimbewohner/innen nahe stehenden Personen

Klausel:

Im Bedarfsfall sind nach Anordnung von vorgesetzter Stelle zusätzliche Aufgaben und Einzelaufträge zu übernehmen. Die in der Anlage zur Stellenbeschreibungen aufgeführten Aufgabenbereiche, die sich z.B. aus dem Leitbild und Konzept ableiten, können durch den Arbeitgeber ergänzt, verändert und präzisiert werden, soweit dies zur Zielerfüllung der Tätigkeit wesentlich beitragen kann. Dies betrifft auch die laufenden Aktualisierungen und Veränderungen des Qualitätsmanagementhandbuchs.

| Standard Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" | |
|--|---|
| Definition: | Druckgeschwüre sind eine ernsthafte Bedrohung der Gesundheit unserer Bewohner. Wir überprüfen daher regelmäßig, wie sich unsere Maßnahmen zur Behandlung und Vorbeugung dieser Krankheit verbessern lassen. Ein wichtiges Instrument dafür ist die Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung". |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht jeder, aber doch die meisten Druckgeschwüre können mit der richtigen Pflege vermieden werden. • Der Bewohner wird, soweit er dazu in der Lage ist, in die Dekubitusbehandlung und die Prophylaxe eingebunden. • Die Ängste und Sorgen des Bewohners werden ernst genommen. • Wir arbeiten eng mit dem behandelnden Hausarzt zusammen. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflege von dekubituserkrankten und -gefährdeten Bewohnern soll kontinuierlich verbessert werden. • Die Betroffenen sollen durch Aufklärung und Beratung besser in die Dekubitusprophylaxe und -behandlung einbezogen werden. • Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung soll überprüft werden. • Die Einrichtungsleitung soll stets darüber informiert sein, wie häufig Druckgeschwüre aller Schweregrade in der Einrichtung auftreten. • Druckgeschwüre müssen genau erfasst und dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere für solche Schädigungen, die außerhalb unserer Pflegeeinrichtung entstanden sind oder sich dort verschlimmert haben. • Haftungsansprüche von Krankenkassen gegen unsere Einrichtung müssen vermieden werden. • Unsere Mitarbeiter müssen bei möglichen straf- und zivilrechtlichen Verfahren im Zusammenhang mit einer etwaigen Dekubituserkrankung juristisch abgesichert sein. |
| Vorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Für jeden Bewohner mit erhöhtem Dekubitusrisiko soll mindestens einmal im Jahr eine Pflegevisite angesetzt werden. (Diesen Wert können Sie entsprechend Ihrer Personal-Ressourcen anpassen.) • Der "nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe" ist allen Mitarbeitern bekannt. • Alle Mitarbeiter werden regelmäßig zum Thema Dekubitus geschult. • Eine Dekubitus- / Wundbeauftragte wurde benannt und entsprechend fortgebildet. • Vom betroffenen Bewohner oder ggf. dem Betreuer wird vorher schriftlich das Einverständnis zu dieser Pflegevisite eingeholt. Er wird darüber hinaus über die Pflegevisite Dekubitusprophylaxe und -behandlung aufgeklärt und beraten. • Die Pflegevisite wird von der Pflegedienstleitung geplant. Die Dekubitus- / Wundbeauftragte sowie die jeweilige |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>Bezugspflegekraft werden eine Woche vor dem Termin schriftlich informiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Pflegevisite zum geplanten Termin nicht stattfinden kann, so wird kurzfristig ein Ausweichtermin angesetzt. Ein kompletter Ausfall der Pflegevisite ist stets zu vermeiden. |
| Durchführung: | <ul style="list-style-type: none"> • An der Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" nehmen neben der Pflegedienstleitung auch die Dekubitus- / Wundbeauftragte sowie die jeweilige Bezugspflegekraft teil. • Pieper und schnurlose Telefone werden umgeleitet oder ggf. abgestellt. • Die Teilnehmer stellen sich dem Bewohner vor. • Unter Verwendung der Bradenskala (oder anderer Skalen) wird die Dekubitusgefährdung des Bewohners ermittelt. • Die bisherigen pflegerischen Maßnahmen werden bewertet. • Es wird geklärt, inwieweit der Bewohner stärker als bisher an der Behandlung und Prophylaxe beteiligt werden kann. • Die Pflegedokumentation und insbesondere die Pflegeplanung werden kontrolliert. Lücken und Mängel werden aufgelistet. • Die Ergebnisse der Pflegevisite werden im Protokoll für die Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" dokumentiert. |
| Nachbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Sollten bei der Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" Druckgeschwüre gefunden werden, die eventuell von Dritten verursacht oder verschlimmert wurden (etwa während eines Krankenhausaufenthaltes), so wird die Heimleitung informiert. • Die Ergebnisse der Pflegevisiten werden von der Pflegedienstleitung vierteljährlich statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden der Heimleitung vorgestellt. • Die Pflegedienstleitung kontrolliert, ob die ggf. gefundenen Dokumentationsmängel beseitigt wurden. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll für die Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" • Pflegedokumentation |
| Dauer: | 45 bis 60 Minuten |
| Qualifikation / Verantwortlichkeit: | Pflegedienstleitung, Dekubitus-/ Wundbeauftragte, Bezugspflegekraft. |

| Protokoll für die Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" | |
|---|---|
| Allgemeine Daten | |
| Name des Bewohners | |
| Wohnbereich | |
| Datum der Pflegevisite | |
| Dauer der Pflegevisite | |
| Wann erfolgte die letzte Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung"? | |
| anwesende Pflegekräfte | 1. 2. 3. |
| Grund für die Pflegevisite? | <input type="radio"/> Routinekontrolle <input type="radio"/> zusätzliche Prüfung. Grund: |
| Wurde die zuständige Pflegekraft über die Pflegevisite beim Bewohner im Vorfeld informiert? | <input type="radio"/> __ Tage vorher <input type="radio"/> unangekündigte Pflegevisite |
| Bemerkungen : | |
| Bewohnerbefinden | |
| Hat der Bewohner Schmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Fühlt sich der Bewohner allgemein wohl? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |
| Bemerkungen: | |
| Aufklärung, Beratung und Mitwirkung des Bewohners | |
| Ist der Bewohner geistig noch in der Lage, die Dekubitus-Problematik zu erfassen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> eingeschränkt |

| | |
|---|--|
| Fühlt sich der Bewohner umfassend beraten über die Prophylaxemaßnahmen? | <input type="radio"/> Der Bewohner fühlt sich gut und umfassend beraten. <input type="radio"/> Der Bewohner fühlt sich schlecht beraten. <input type="radio"/> Der Bewohner gibt an, überhaupt nicht beraten worden zu sein. |
| Wirkt der Bewohner an den Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung mit (akzeptiert er z.B. die Lagerungen und den Diätplan)? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> eingeschränkt |
| Bemerkungen: | |
| Pflegedokumentation / Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe | |
| Pflegeanamnese | |
| Liegt eine fachlich korrekte Hautbeschreibung vor? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |
| Bemerkungen: | |
| Bradenskala | |
| Wie wurde die Bradenskala angelegt? | <input type="radio"/> ist fachgerecht angelegt <input type="radio"/> Angaben sind nicht aktuell <input type="radio"/> Angaben sind unvollständig <input type="radio"/> Angaben sind fehlerhaft <input type="radio"/> Bradenskala fehlt, ohne dass dieses in der Pflegedokumentation korrekt begründet wurde. |
| Ist die Auswertung inhaltlich korrekt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Auswertung fehlt völlig |
| Bemerkungen / Welche Punkte der Bradenskala fehlen, sind veraltet oder fehlerhaft? | |
| Aus der Bradenskala abgeleitete Maßnahmen | |
| Basieren die abgeleiteten Maßnahmen nachvollziehbar auf der Bradenskala? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |
| Sind alle prophylaktischen Maßnahmen in der Pflegeplanung und im jeweiligen Leistungsnachweis umfassend dokumentiert? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |

| | |
|---|---|
| Wurden die Maßnahmen in Bezug auf das gewünschte Ergebnis regelmäßig ausgewertet? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |
| Werden die abgeleiteten Maßnahmen auch wirklich durchgeführt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> nein |
| Bemerkungen / Schwachpunkte bei den abgeleiteten Maßnahmen: | |
| Lagerungs- und Bewegungsplan | |
| Der Lagerungs- und Bewegungsplan ... | <input type="radio"/> ist vollständig und fachgerecht angelegt <input type="radio"/> ist unvollständig <input type="radio"/> fehlt völlig |
| Bemerkungen: | |
| Antidekubitus-Matratze | |
| Benötigt der Bewohner eine angemessene Antidekubitus-Matratze? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Falls ja: Hat der Bewohner eine angemessene Antidekubitus-Matratze erhalten? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aber zu spät |
| Bemerkungen: | |
| Lagerungshilfsmittel | |
| Benötigt der Bewohner zusätzliche Lagerungshilfsmittel? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Falls ja: Hat der Bewohner die zusätzlichen Lagerungshilfsmittel erhalten? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aber zu spät |
| Bemerkungen: | |
| Pflegedokumentation / bestehender Dekubitus (nur auszufüllen, falls der Bewohner | |

| einen Dekubitus hat) | | |
|--|---|--|
| Wundbehandlungsbogen | | |
| Ist die Position des Dekubitus aus der Pflegedokumentation klar ersichtlich? | O ja O teilweise O nein | |
| Wurde der Dekubitus medizinisch fachlich korrekt beschrieben? | O ja O teilweise O nein | |
| Ist die Wunddokumentation korrekt durchgeführt? | O ja O teilweise O nein | |
| Wurde eine korrekte Fotodokumentation angelegt? | O ja O teilweise O nein | |
| Bemerkungen: | | |
| ärztliches Verordnungsblatt | | |
| Die ärztliche Verordnung zur Versorgung des Dekubitus ist ... | O nachvollziehbar O teilweise nachvollziehbar O nicht nachvollziehbar | |
| Bemerkungen / Schwachstellen im ärztlichen Verordnungsblatt: | | |
| Aus dieser Pflegevisite folgende Maßnahmen | | |
| 1. Maßnahme | Beschreibung der Maßnahme | |
| | für die Umsetzung zuständige Pflegekraft | |
| | Umsetzungsfrist | |
| 2. Maßnahme | Beschreibung der Maßnahme | |
| | für die Umsetzung zuständige Pflegekraft | |
| | Umsetzungsfrist | |
| 3. Maßnahme | Beschreibung der Maßnahme | |

| | | |
|---|---|--|
| | | |
| | für die Umsetzung zuständige Pflegekraft | |
| | Umsetzungsfrist | |
| 4. Maßnahme | Beschreibung der Maßnahme | |
| | für die Umsetzung zuständige Pflegekraft | |
| | Umsetzungsfrist | |
| 5. Maßnahme | Beschreibung der Maßnahme | |
| | Für die Umsetzung zuständige Pflegekraft | |
| | Umsetzungsfrist | |
| Datum, Unterschrift Pflegedienstleitung | | |

| Pflegestandard "Ermittlung des Dekubitusrisikos" | |
|---|---|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Braden-Skala ist ein Instrument zur Einschätzung der Dekubitusgefährdung. Die Ressourcen und Pflegeprobleme werden anhand von sechs Bewertungskriterien erfasst: <ul style="list-style-type: none"> ○ sensorisches Empfindungsvermögen ○ Feuchtigkeit ○ Aktivität ○ Mobilität ○ Ernährung ○ Reibung und Scherkräfte • Je nach Zustand des Bewohners werden jedem dieser Felder ein bis vier Punkte zugeordnet. Ein geringer Punktwert zeigt an, dass der Bewohner im jeweiligen Problemfeld einem Dekubitus wenige Ressourcen entgegensetzen kann. Ein hoher Punktwert hingegen spricht dafür, dass in diesem Bereich wenige Defizite bestehen, die die Entwicklung eines Dekubitus fördern würden. • Die Gesamtsumme erlaubt einen Rückschluss auf die tatsächliche Dekubitusgefährdung: <ul style="list-style-type: none"> ○ geringes Risiko: 18 bis 15 Punkte ○ mittleres Risiko: 14 bis 13 Punkte ○ hohes Risiko: 12 bis 10 Punkte ○ sehr hohes Risiko: 9 Punkte und weniger • Die Braden-Skala wurde 1987 von der amerikanischen Krankenschwester Barbara Braden entwickelt. Verwendet wurde das System zunächst hauptsächlich in den USA. Im Laufe der 90er Jahre wuchs die Popularität der Braden-Skala auch hierzulande. Um das Jahr 2000 wurde die Braden-Skala schließlich zum vorherrschenden System in der Altenpflege in Deutschland. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Skala ersetzt niemals die Erfahrung einer qualifizierten Pflegekraft. Die genaue und tägliche Beobachtung eines gefährdeten Bewohners bleibt auch nach der Einführung einer standardisierten Risikoerfassung unverzichtbar. • Die Anwendung der Braden-Skala dient nicht allein der Risikoerfassung. Sie stellt auch sicher, dass den Pflegekräften die Gefährdungsfaktoren immer wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Nur wer die Gefahren kennt, kann die richtigen Prophylaxemaßnahmen wählen und ein Druckgeschwür verhindern. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Entwicklung eines Dekubitus wird vermieden. • Eine Dekubitusgefährdung wird schnell und korrekt erkannt. • Das Dekubitusrisiko wird systematisch und kontinuierlich dokumentiert. • Geeignete prophylaktische Maßnahmen werden zeitnah eingeleitet. • Die Pflegequalität wird verbessert. • Die Pflegeeinrichtung und die Mitarbeiter sind rechtlich abgesichert. • Lagerungsmittel und Lagerungstechniken werden |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | <p>entsprechend des Risikogrades eingesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Behandlungs- und Pflegekosten werden gesenkt. | |
| <p>Vorbereitung:</p> | <p>Organisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aus unserem Team werden zwei Pflegefachkräfte zu Wundbeauftragten weitergebildet. Diese stehen allen Mitarbeitern beratend zur Seite. Beide vertreten sich jeweils gegenseitig wie etwa in der Urlaubszeit. • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. • Wir erweitern unsere Bibliothek regelmäßig um aktuelle Fachbücher zu diesem Thema. Wir ermuntern unsere Pflegekräfte, diese Bücher zu lesen. • Wir setzen konsequent auf Bezugspflege. Durch den täglichen Kontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner lassen sich Hautschäden schneller finden und beseitigen. Folglich wird die Risikoermittlung per Braden-Skala stets von der Bezugspflegekraft durchgeführt. • Wir führen regelmäßig eine Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" durch. |
| | <p>Einführung der Braden-Skala und Praxisbegleitung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung der Braden-Skala wird durch externe Schulungen begleitet. Wir achten darauf, dass die Seminare einen hohen Praxisanteil haben. Insbesondere sollte in Kleinstgruppen das eigenständige Ausfüllen der Skala anhand von Musterfällen geübt werden. • Im weiteren Verlauf der Einführung wird der Umgang mit der Braden-Skala immer wieder im Team geübt. Wir stellen damit sicher, dass ein möglichst einheitliches Ergebnis erzielt wird. Schwankungen aufgrund subjektiver Eindrücke jeder Pflegekraft sollten minimiert werden. • Die Risikoerfassung mittels Braden-Skala wird durch kollegiale Pflegevisiten begleitet. |
| | <p>Hinweise für</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Rubrik "Reibung und |

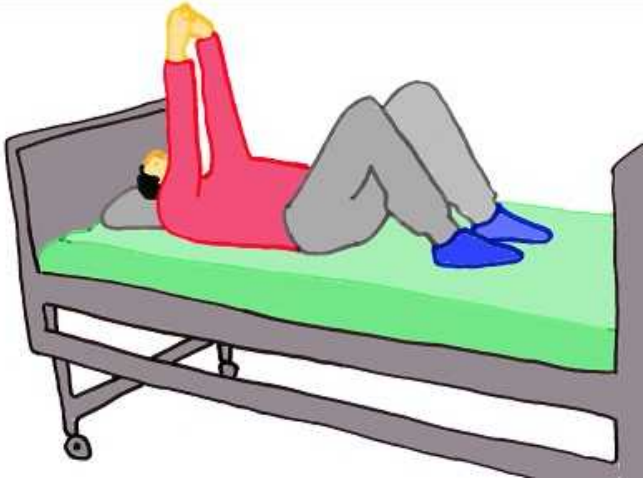
| | | |
|--|--|---|
| | <p>Pflegekräfte, die bislang die modifizierte Norton-Skala nutzen:</p> | <p>Scherkräfte" ist neu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bereich "geistiger Zustand" ist entfallen. Der Grund dafür liegt vor allem in der Unschärfe vieler Begriffe. Es ist schwierig festzulegen, wann ein Bewohner "stuporös" oder "apathisch" ist. • Die Skala ist besser auf die Bedingungen in der Altenpflege angepasst. So ist Demenz (anders als in der Norton-Skala) an sich kein Risikofaktor. Tatsächlich verfügen viele verwirrte Senioren über einen gesteigerten Bewegungsdrang, der das Dekubitus-Risiko minimiert. • Die Kriterien Lebensalter und Multimorbidität werden tendenziell schwächer gewichtet. |
| | <p>Indikation für die Erfassung des Dekubitusrisikos:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bei vielen Senioren kann ein Dekubitusrisiko von vornherein ausgeschlossen werden. Eine Risikoerfassung per Bradenskala erfolgt nur dann, wenn der Bewohner bettlägerig, Rollstuhlfahrer oder vorwiegend sitzend ist. Bei mobilen und körperlich aktiven Senioren besteht keine relevante Dekubitusgefahr. Es sind dann keine weiteren Maßnahmen erforderlich. • Wenn die Mobilität eingeschränkt ist, gilt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine erste Bewertung erfolgt direkt im Anschluss an den Heimeinzug. ○ Bei Bewohnern der Pflegestufen I und II wird das Dekubitusrisiko einmal monatlich erhoben. ○ Bei Pflegestufe III erfolgt die Einschätzung alle zwei Wochen. ○ Eine häufigere Erhebung ist nur bei höchster Pflegebedürftigkeit und vielen existierenden Risikofaktoren notwendig. ○ Wenn sich der Gesundheitszustand des Bewohners ändert, wird das Risiko kurzfristig erneut bewertet. Dieses gilt insbesondere bei einer Abnahme der Mobilität und |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| | | <p>der körperlichen Aktivität.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relevant für die Häufigkeit der Risikoermittlung ist auch die langfristige Tendenz, die aus den bisherigen Untersuchungen abgeleitet werden kann. Wenn also der Zustand eines Bewohners seit Monaten stabil ist, kann eine längere Zeitspanne bis zur nächsten Einschätzung gewählt werden. Verschlechtert sich der gesundheitliche Status des Bewohners zusehends, muss eine engmaschigere Überwachung gewählt werden. |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Informationssammlung</p> | <p>Wir stellen alle relevanten Informationen zusammen, um das Risiko des Bewohners korrekt einschätzen zu können. Wir nutzen dafür sämtliche zur Verfügung stehenden Informationsquellen, etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation • andere Mitarbeiter, etwa die Hauswirtschaft bei Fragen zum Ernährungsverhalten • Hausarzt • externe Therapeuten • Bewohner • Angehörige <p>(Hinweis: Nicht alle hier genannten Risikofaktoren werden in der Bradenskala erfasst. Für ein umfassendes Bild sind sie jedoch unverzichtbar.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psyche eines Bewohners, insbesondere depressive Verstimmungen • reduzierte Mobilität • Abnahme der Skelettmuskulatur • schlechte Lungenbelüftung • verlangsamte Verdauung • Steifwerden der Gelenke • Hautschäden • Inkontinenz • Exsikose • Übergewicht / Untergewicht • Mangelernährung • Diabetes mellitus • Nervenleiden (Neuropathien) |

| | | |
|-----------------------|----------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Gefäßkrankheiten (diabetische Makro- und Mikroangiopathien) • krankhafte Veränderungen der Nieren (Nephropathien) • einseitige Lähmungserscheinungen (Paresen) • bestehende Infektionen, insbesondere wenn diese Fieber auslösen • Feuchtigkeit der Haut, etwa durch das Schwitzen oder durch Urin • Medikamente, insbesondere sedierende Wirkstoffe • fehlende oder übertriebene, unsachgemäße Körperhygiene |
| | Dokumentation | <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegekraft füllt den Bogen aus. Sie beachtet dabei die Grundsätze einer professionellen Dokumentation, etwa den Verzicht auf unleserliche Streichungen. |
| Nachbereitung: | allgemeine Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn es hinreichende Anzeichen für eine Dekubitusgefährdung gibt, werden die entsprechenden Schritte eingeleitet. Etwa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Information des Bewohners über die Gefahren eines Dekubitus ○ konsequente Mobilisierung ○ regelmäßiges Umlagern ○ Beschaffung von Hilfsmitteln, etwa zur Lagerung ○ Optimierung der Hautpflege ○ Ggf. wird der Hausarzt informiert. ○ Ggf. wird der Bewohner bei der nächsten Fallbesprechung thematisiert. ○ Ggf. wird das Ergebnis an die Pflegedienstleitung weitergeleitet. ○ Ggf. wird die Pflegeplanung aktualisiert. |
| | Anmerkungen | <ul style="list-style-type: none"> • Durch einen Übersetzungsfehler kann es im Bereich "Ernährung" zu Missverständnissen kommen. In vielen Publikationen (darunter auch aktuelle Fachbücher) wird es als "sehr schlechte Ernährung" gewertet, wenn der Senior nur |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>zwei(!) Drittel einer Mahlzeit zu sich nimmt. Tatsächlich ist dieser Zustand erst erreicht, wenn er lediglich ein(!) Drittel konsumiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der MDK favorisiert bei seinen Qualitätsprüfungen die Braden-Skala. Dieses wird mit der großen Verbreitung, der wissenschaftlichen Basis und der Ausrichtung auf die Altenpflege begründet. • Der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe legt sich nicht auf ein bestimmtes System (Norton, Braden, Waterlow usw.) fest, sondern fordert lediglich den konsequenten Einsatz einer Bewertungsskala. Die Braden-Skala wird jedoch als die am ausführlichsten gestestete Skala bewertet. • Innerhalb unserer Einrichtung wird ausschließlich die Braden-Skala genutzt. Ein Mix verschiedener Systeme ist zu vermeiden. • Ideal ist die Risikoermittlung durch die Bezugspflegekraft. Dieses ist jedoch nicht immer möglich, etwa in der Urlaubszeit, bei Arbeitsunfähigkeit usw. Tatsächlich kann das Dekubitusrisiko eines Bewohners auch problemlos durch mehrere Pflegefachkräfte gewährleistet werden, wenn das Pflegeteam entsprechend qualifiziert ist. Die Abweichungen durch subjektive Beurteilungen sind in der Praxis relativ gering. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Braden-Skala | |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte | |

| Standard "Mobilitätsförderung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe" | |
|---|--|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Mobilität eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden ist, hat dieses verschiedene negative Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit jedes Senioren. So ist der Bewohner ggf. nicht mehr in der Lage, seine Körperhaltung oder seine Position im Pflegebett zu verändern. Die Folge ist eine permanente Druckbelastung auf immer gleiche Körperregionen. In der Folge wird sich (insbesondere bei zusätzlichen Risikofaktoren) ein Dekubitus ausbilden. • Durch die Mobilisation stellen wir sicher, dass der Auflagedruck nicht über einen längeren Zeitraum hinweg auf gefährdete Körperbereiche einwirkt. Wie lange die Haut des Bewohners diesem Druck ausgesetzt werden kann, ohne Schaden zu nehmen, ist von Bewohner zu Bewohner unterschiedlich. Mit jedem Risikofaktor wird die Zeitspanne kürzer. Vorhandene Restmobilität verlängert den Zeitraum. • Der Bewohner sollte möglichst frühzeitig mobilisiert werden. Dazu zählen nicht nur das Aufstehen aus dem Bett, sondern auch verschiedene Bewegungsübungen. • Wenn der Bewohner deutlich geschwächt ist, führen wir passive Bewegungsübungen durch. Die Bewegungsabläufe werden also von der Pflegekraft geführt. Falls sich der Zustand des Bewohners verbessert, gehen wir Schritt für Schritt zu aktiven Übungen über. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung und Mobilisierung sind die Kernelemente einer fundierten Dekubitusprophylaxe. • Wir nutzen jede Gelegenheit, um den Bewohner zu aktivieren. Dazu zählen insbesondere die Körperpflege, das Ankleiden und das Auskleiden. Dieses Vorgehen erfordert nur einen geringen zusätzlichen Zeitaufwand, bringt aber einen ungleich größeren Nutzen. • Bewohnern mit Restmobilität vermitteln wir die notwendigen Fertigkeiten, um durch die eigenständige Umlagerung eine Druckverminderung bzw. -verlagerung zu erzielen. • Die beste Druckentlastung und Durchblutungsförderung erreicht der Bewohner, wenn er sich außerhalb des Bettes bewegt. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner kann seine Position im Pflegebett ohne fremde Hilfe umfassend ändern. • Der Bewohner kann das Bett eigenständig verlassen. • Ein Dekubitus wird vermieden. |
| Vorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Wir informieren den Bewohner über die Wichtigkeit der Bewegung und die Gefahren, die von einem Dekubitus ausgehen. • Der Bewohner wird immer wieder ermuntert, sich zu bewegen. • Der Bewohner sollte so früh und so umfassend wie möglich aus dem Bett mobilisiert werden. Sofern das Krankheitsbild nicht zwingend dagegen spricht, sollte er sich mindestens 30 Minuten |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| | <p>pro Tag außerhalb des Bettes aufhalten. Ideal ist eine Mobilisierung über den ganzen Tag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir erfassen alle Faktoren, die die Eigenbewegung erschweren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn der Bewohner bei Bewegung Schmerzen verspürt, prüfen wir die Notwendigkeit einer permanenten Analgetikaversorgung. ○ Ist der Bewohner unsicher beim Laufen, beschaffen wir ggf. ein geeignetes Hilfsmittel. Dieses kann z.B. ein Rollator oder zwei Unterarmgehstützen sein. ○ Bei eingeschränkter Sehkraft prüfen wir, ob sich diese durch eine neue Brille steigern lässt. | |
| <p>Durchführung:</p> | <p>eigenständige Verlagerung des Körpergewichtes von einer Körperseite auf die andere</p> | <p>Auch bei Bettlägerigkeit achten wir auf ein Mindestmaß an eigenständiger Bewegung. Nach Möglichkeit sollte der Bewohner seine Position eigenständig wechseln. Wir vermitteln ihm dafür die erforderlichen Bewegungsabläufe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kopfteil des Bettes wird flach gestellt. • Der Bewohner ist in Rückenlage. • Der Bewohner soll die Knie anwinkeln und die Füße aufstellen. <p>weiteres Vorgehen ohne Hilfsmittel</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner streckt seine Arme in Richtung Decke und faltet die Hände. • Er wendet den Kopf nach rechts. • Mit einer schwungvollen Bewegung führt er die Knie und die gefalteten Hände nach rechts. • Der Körper folgt dieser Bewegung und befindet sich in Seitenlage. <p>weiteres Vorgehen mit Patientenaufrichter</p> |

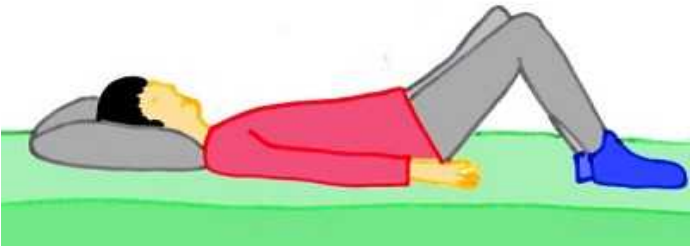
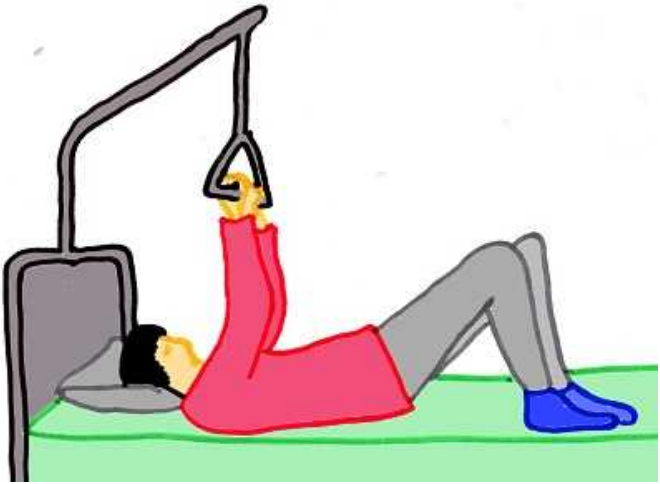


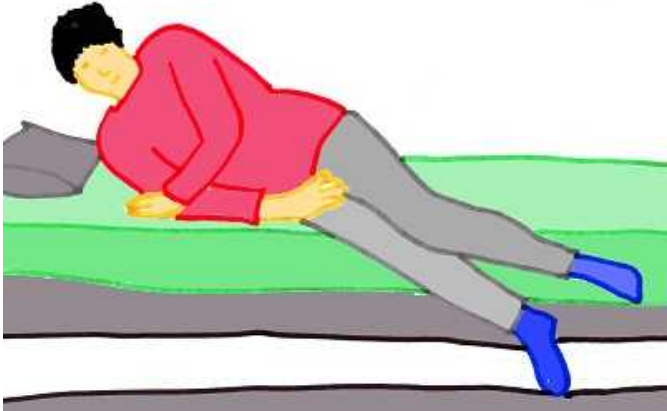
- Der Bewohner umfasst den Patientenaufrichter und hebt sein Gesäß und den Oberkörper etwas an.
- Nun verlagert er sein Gewicht auf die rechte Körperhälfte.
- Der Bewohner bewegt jetzt die angewinkelten Beine nach rechts. Der linke Arm wird über den Oberkörper hinweg ebenfalls nach rechts bewegt. Der Kopf zeigt gleichfalls nach rechts.
- Der Körper befindet sich in der Seitenlage.
- Bei Spastiken oder Apoplexie ist dieser Ablauf nicht möglich. Ansonsten können sich die Spastiken verstärken.

weiteres Vorgehen mit Bettgitter



- Der Bewohner ergreift mit der linken Hand das rechte Bettgitter und wendet den Körper in die Seitenlage.
- Durch das Überlegen der Knie nach rechts und die Seitenlage des Kopfes wird der

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| | | <p>Bewegungsablauf erleichtert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Körper befindet sich nun in Seitenlage. • Bei Spastiken oder Apoplexie ist dieser Ablauf nicht möglich. Ansonsten können sich die Spastiken verstärken. |
| | <p>Höherrutschen im Bett</p> | <p>ohne Aufrichter</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Das Kopfteil des Bettes wird flach gestellt. • Der Bewohner ist in der Rückenlage. • Der Bewohner winkelt die Knie an und stellt die Füße in Gesäßnähe auf der Matratze auf. • Der Bewohner neigt den Kopf in Richtung Brust. • Die Arme werden auf der Matratze aufgelegt. • Der Bewohner hebt mit dem Druck der Arme und der Beine den Körper von der Matratze ab. Er stößt sich dann mit den Beinen ab. <p>mit Aufrichter</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ein Aufrichter verfügbar ist, kann der Bewohner diesen nutzen, um den Körper anzuheben. |
| | <p>drehen und aufsetzen "en bloc"</p> | <p>Diese Technik ist ideal für Bewohner mit Rückenschmerzen, da sie ein kraftschonendes Aufstehen aus dem Bett ermöglicht. Wenn Sturzgefahr besteht, kann eine Pflegekraft</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>assistierend eingreifen.</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Das Kopfteil des Bettes wird flach gestellt. • Der Bewohner ist in der Rückenlage. • Der Bewohner soll die Knie anwinkeln und die Füße aufstellen. • Der Bewohner streckt seine Arme in Richtung Decke und faltet die Hände. • Er wendet den Kopf nach rechts. • Mit einer schwungvollen Bewegung führt er die Knie und die gefalteten Hände nach rechts. • Der Körper folgt dieser Bewegung. Der Bewohner befindet sich in der Seitenlage. • Der Bewohner schiebt die angewinkelten Beine über die Bettkante hinaus. Die Schwerkraftwirkung unterstützt nun das Aufrichten des Körpers in die Vertikale. Die Kraft des unten aufliegenden Arms kann der Bewohner unterstützend einsetzen. |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die eigenständige Positionsverlagerung wird von uns engmaschig überwacht. Wenn der Bewohner seine Lage nicht hinreichend oft wechselt, wird das Umlagern teilweise oder vollständig von uns übernommen. • Alle relevanten Veränderungen der Gesundheit oder des Verhaltens des Bewohners werden dokumentiert. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. | |
| <p>Dokumente:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Berichtsblatt • Pflegeplanung | |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • alle Pflegekräfte | |

| Standard "Dekubitusprophylaxe: Hautpflege" | |
|---|---|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • Bei alten Menschen sind aufgrund der sinkenden Talkproduktion die Rückfettungsmechanismen reduziert. Gleichzeitig nehmen die Belastbarkeit und die Elastizität der Haut ab. • Bei gefährdeten Bewohnern ist eine sorgfältige Hautpflege ein wichtiger Eckpfeiler der Dekubitusprophylaxe. Mit Hilfe von Salben und Lotionen versuchen wir die Haut vor äußeren schädlichen Einflüssen wie etwa Urin, Schweiß oder Stuhl zu schützen. • Äußerliche Anwendungen können allerdings weder die Hautdurchblutung nachhaltig fördern noch den Druck mindern. Dieses ist nur durch konsequentes Umlagern und gesunde Ernährung möglich. <p>Dieser Standard wird kombiniert mit allen Standards zur Körperpflege, etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standard "Duschen" • Standard "Ganzwaschung im Bett" • Standard "Ganzwaschung am Waschbecken" • Standard "Haarwäsche im Bett" • Standard "Voll- und Teilbad" |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Eine gezielte Hautpflege kann das Dekubitusrisiko deutlich senken. Ein Wundermittel gibt es aber nicht. Keine Salbe kann die Haut vor Druck schützen. • Ungeeignete Pflegemaßnahmen können die Haut schädigen. • Jeder Wasserkontakt schwächt den Säureschutzmantel. Daher muss es für jede Waschung einen hinreichenden Grund geben. • Es gibt keine allgemeingültigen Vorgaben für die Hautpflege. Jeder Hauttyp erfordert eine individuelle Pflege. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Ein Dekubitus wird vermieden. • Die Schutzfunktion der Haut wird erhalten bzw. wiederhergestellt. • Ein Wundwerden oder eine Aufweichung der Haut werden vermieden. • Hautveränderungen werden schnell bemerkt. • Persönliche Vorlieben des Bewohners für bestimmte Hautpflegemittel werden berücksichtigt. |
| Vorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Kontakt mit dem Hausarzt und stimmen unsere Pflegemaßnahmen mit ihm ab. • Wenn eine fachärztliche Untersuchung sinnvoll erscheint, bitten wir zeitnah um eine Überweisung. • Wir suchen den Kontakt zu Herstellerfirmen und Lieferanten von Hautschutzmitteln. Wir stehen neuen Produkten stets offen gegenüber, sofern deren Wirkung hinreichend belegt ist. • Wir bilden unsere Mitarbeiter regelmäßig weiter. • Wir beteiligen uns ggf. an wissenschaftlichen Studien, um die |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | <p>Wirksamkeit von Pflegemitteln zu überprüfen und zu verbessern. Voraussetzung dafür ist eine umfassende Information der Bewohner und deren Zustimmung.</p> | |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Beseitigung von Feuchtigkeit</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bei stark schwitzenden Bewohnern muss die Wäsche in einem kürzeren Abstand gewechselt werden. • Durchnässte Vorlagen von harninkontinenten Bewohnern müssen zeitnah gewechselt werden. • Ein Bewohner sollte niemals lange in einem Bett liegen, das (aus welchen Gründen auch immer) feucht ist. • Der Bewohner wird ermuntert, sich bei Nässegefühl umgehend bei der Pflegekraft zu melden. |
| | <p>Körperreinigung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut wird nicht häufiger als notwendig gewaschen. • Sofern der Bewohner nicht sichtbar verschmutzt ist, wird dieser nur mit körperwarmem Wasser gereinigt. Nur bei sichtbarer Verschmutzung wird überhaupt in Maßen Seife zugesetzt. • Bei der Körperpflege waschen wir auch gegen den Strich, um die Körperwahrnehmung zu verbessern. Dem Bewohner fällt es dann häufig leichter, Schmerzen in druckbelasteten Hautarealen richtig einzuordnen und sich selbständig umzulagern. • Nach allen Reinigungsmaßnahmen muss die Haut gründlich getrocknet werden. Dabei sollte nicht "gerubbelt" sondern getupft werden. • Ganzkörperwaschungen sind bei gefährdeten Bewohnern nur als Reinigungsmaßnahme sinnvoll. Als Teil der stimulierenden (basalen) Pflege sind sie zu vermeiden. Bei erfrischenden und anregenden Teilwaschungen sollte klares Wasser ohne Zusätze mit einer Temperatur von rund 25°C verwendet werden. • Desinfizierende Waschungen werden ausschließlich(!) bei Bewohnern mit Immunschwäche oder MRSA durchgeführt. |
| | <p>Problemfall Seife</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Selbst hautfreundliche Waschzusätze sind immer eine Belastung für den Säureschutzmantel. Daher muss der Einsatz von Seife abgewogen werden. Sinnvoll ist die Nutzung etwa unter den Achseln und im Intimbereich. |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Seifenreste müssen sorgfältig von der Haut entfernt werden. • Wir verwenden keine parfümierten Seifen oder Cremes, da deren Inhaltsstoffe unerwünschte Hauteffekte auslösen können. Dies gilt vor allem für "Deo-Seifen". • Flüssigseifen haben die gleiche Wirkung wie feste Seifen und werden ebenfalls besonders sparsam eingesetzt. • Nach Möglichkeit verwenden wir statt Seifen Syndets (zusammen gesetzt aus den Wörtern synthetische Detergenzien, sie sind eine Alternative zu allergieauslösenden und hautunverträglichen Seifen). Diese Reinigungsstoffe können auf jeden beliebigen pH-Wert eingestellt werden und schonen den natürlichen Säureschutzmantel. Syndets sind etwa als Waschstücke oder als Waschlotion verfügbar. Sofern nicht anders verordnet, nutzen wir Syndets mit einem hautneutralen (also leicht saurem) pH-Wert von 5,5 bis 6. |
| | Hautkontrolle | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner und seine Angehörigen werden gebeten, die Haut sorgfältig zu beobachten und etwaige Veränderungen sofort den Pflegekräften mitzuteilen. • Wir kontrollieren gefährdete Hautbereiche mehrmals täglich, insbesondere Hautareale über Knochenvorsprüngen. Wir achten auf Anzeichen für <ul style="list-style-type: none"> ○ Rötungen ○ Einrisse ○ Mazerationen ○ Austrocknung ○ andere Veränderungen • Wir führen regelmäßig einen Fingertest durch. Wir drücken dafür mit einem Finger auf eine bereits gerötete Stelle. Wenn sich der Hautbereich unter dem Druck wieder weißlich verfärbt, liegt eine reversible (also vergleichsweise harmlose) Minderdurchblutung vor. Falls jedoch die Rötung auch unter Druck bestehen bleibt, spricht dieses für einen beginnenden Dekubitus. |
| | kontraindizierte Maßnahmen | <p>Verschiedene traditionell überlieferte Maßnahmen und Wirkstoffe kommen bei uns nicht mehr zur Anwendung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautverschießende Salben und Cremes, wie etwa Vaseline, Zinkpaste oder Melkfett. Durch den Verschluss der Hautporen wird |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>die Wärmeregulation gestört. Aber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Einsatz von Fettcremes ist ggf. bei rissiger Hornhaut etwa an den Füßen kurzzeitig möglich und sinnvoll. ○ Wenn ein Bewohner unter Durchfall und unter wunder Haut im Analbereich leidet, kann Zinksalbe die Schmerzen lindern und Defekte schneller abheilen lassen. Nach jedem Stuhlgang muss die Salbe erneut aufgetragen werden. Die helle Farbe wird die Hautbeobachtung erschweren. <ul style="list-style-type: none"> • Wärme-Kälte-Anwendungen ("Eisen und Föhnen"). Diese Maßnahme ist unwirksam. Zudem verteilt der Föhn zusätzliche Keime auf der Haut. Bei nachlässiger Anwendung drohen Gewebeschäden durch Vereisung und Verbrennungen. • Alkoholische Lösungen wie etwa Franzbranntwein. Diese Wirkstoffe entfetten die Haut und machen sie rissig. Durch die Verletzungen können Keime eindringen. Vor allem einwertige Alkohole sind problematisch. Wenn alkoholische Flüssigkeiten im Sitzen aufgetragen werden, können diese sogar in die Analfalte laufen und dort Hautschäden verursachen. • Ätherische Öle (Fichtennadelöl) oder hyperämisierende Salben (Kampferzusätze) sowie Massagen können die Durchblutung der Haut nicht dauerhaft verbessern. • Ein prophylaktischer Einsatz von Desinfektionsmitteln und Antiseptika kann die physiologische Hautflora beeinträchtigen und zu allergischen Reaktionen führen. |
| <p>Nachbereitung:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Maßnahmen und deren Wirkung werden sorgfältig dokumentiert. • Relevante Beobachtungen werden umgehend dem Hausarzt mitgeteilt. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. |
| <p>Dokumente:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Pflegekräfte |

| Standard "Dekubitusprophylaxe: Hautbeobachtung" | | | |
|--|---|--------------|---|
| Definition: | <p>Eine konsequente Hautbeobachtung ist ein unverzichtbarer Bestandteil jeder Dekubitusprophylaxe. Daher erwarten wir von jeder Pflegekraft, dass sie in der Lage ist, krankhafte Veränderungen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Dieses kann nur gelingen, wenn der Mitarbeiter ausreichende Kenntnisse über Druckgeschwüre und deren Symptomatik hat.</p> <p>Von entscheidender Bedeutung ist eine gute Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Dieser sieht den Bewohner und dessen Haut nur wenige Minuten. Für ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes seines Patienten ist der Arzt auf die Beobachtungen der Pflegekräfte angewiesen.</p> | | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Eine konsequente Beobachtung der Haut ermöglicht es uns, Pflegemaßnahmen fachgerecht zu planen und deren Wirkung korrekt zu erfassen. • Je früher ein Dekubitus erkannt wird, umso geringer ist der Pflegeaufwand, der für die Heilung geleistet werden muss. • Jede Hautveränderung hat eine Ursache. Daher versuchen wir stets, den Auslöser zu finden und dessen Gefährdungspotential einzuschätzen. • Es ist nicht Aufgabe von Pflegekräften, medizinische Diagnosen zu stellen. | | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen der Haut und insbesondere ein einsetzender Dekubitus werden rechtzeitig erkannt. • Ggf. werden zeitnah eine ärztliche Untersuchung und eine Therapie eingeleitet. • Die Wirksamkeit von Therapien und Pflegemitteln wird beurteilt. • Dem Bewohner wird ein fortschreitender Dekubitus erspart. • Alle Maßnahmen und Beobachtungen werden sorgfältig dokumentiert. • Unsere Einrichtung wird vor ungerechtfertigten finanziellen Forderungen geschützt. | | |
| Vorbereitung: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">Organisation</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Aus unserem Team werden zwei Pflegefachkräfte zu Wundbeauftragten weitergebildet. Diese stehen allen Mitarbeitern beratend zur Seite. Beide vertreten sich jeweils gegenseitig wie etwa in der Urlaubszeit. • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. • Wir erweitern unsere Bibliothek regelmäßig um aktuelle Fachbücher zu diesem Thema. Wir ermuntern unsere Pflegekräfte, diese Bücher zu lesen. • Wir setzen konsequent auf </td> </tr> </table> | Organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Aus unserem Team werden zwei Pflegefachkräfte zu Wundbeauftragten weitergebildet. Diese stehen allen Mitarbeitern beratend zur Seite. Beide vertreten sich jeweils gegenseitig wie etwa in der Urlaubszeit. • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. • Wir erweitern unsere Bibliothek regelmäßig um aktuelle Fachbücher zu diesem Thema. Wir ermuntern unsere Pflegekräfte, diese Bücher zu lesen. • Wir setzen konsequent auf |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Aus unserem Team werden zwei Pflegefachkräfte zu Wundbeauftragten weitergebildet. Diese stehen allen Mitarbeitern beratend zur Seite. Beide vertreten sich jeweils gegenseitig wie etwa in der Urlaubszeit. • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. • Wir erweitern unsere Bibliothek regelmäßig um aktuelle Fachbücher zu diesem Thema. Wir ermuntern unsere Pflegekräfte, diese Bücher zu lesen. • Wir setzen konsequent auf | | |

| | | |
|----------------------|----------------------|--|
| | | <p>Bezugspflege. Durch den engen Kontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner lassen sich Hautschäden schneller finden und beseitigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Kontakt mit dem Hausarzt und stimmen unsere Pflegemaßnahmen mit ihm ab. • In jeden Mobilisationsplan wird der Punkt "Fingertest" aufgenommen (siehe unten). • Wir führen regelmäßig eine Pflegevisite "Dekubitusprophylaxe und -behandlung" durch. |
| | weitere Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Die Angehörigen werden entsprechend sensibilisiert. Sie sollen insbesondere jede verdächtige Hautrötung den Pflegekräften umgehend melden. • Schmerzäußerungen des Bewohners sind ein wichtiger Indikator. Es ist uns aber bewusst, dass viele Bewohner Schmerzen nicht mehr spüren können und somit unbemerkt einen Dekubitus erleiden. Dieses ist insbesondere bei Diabetikern und Polyneuropathie-Patienten der Fall. |
| Durchführung: | allgemeine Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Die Hautbeobachtung wird in die tägliche Pflege integriert, insbesondere bei der Körperpflege und bei der Mobilisierung eines Bewohners. • Die Häufigkeit der Hautbeobachtungen ist abhängig vom individuell ermittelten Risiko. (Anmerkung: Die Festlegung erfolgt anhand der Norton-, Braden-, Waterlow- oder Medley-Skala). Bei einem geringen Risiko ist eine einmal tägliche Kontrolle sinnvoll. Bei einem hohen Risiko ist ggf. eine Kontrolle alle drei Stunden notwendig. • Wenn der Bewohner anhand eines Bewegungsplans regelmäßig umgelagert wird, erfolgt eine Hautbeobachtung bei jedem Lagerungswechsel. Anhand der dokumentierten Ergebnisse kann später abgeschätzt werden, ob das Lagerungsintervall dem Risiko angemessen ist. In der Folge wird der Bewohner in Zukunft in anderen Zeitabständen oder in anderen Positionen gelagert. |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | <p>beobachtbare Veränderungen</p> | <p>Bei der Hautbeobachtung registrieren wir jede Abweichung von der Norm und dokumentieren die Beobachtung:</p> <p>Normalzustand Hautstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut ist glatt und elastisch. • Es zeigen sich keine Blasen. • Es gibt keine Verdünnung der Haut. Insbesondere schimmern keine Blutgefäße durch. • Vor allem an den Fußsohlen bilden sich keine weiß gefärbten Hornhautwalle. <p>Normalzustand Hautfarbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut hat eine rosige Färbung. Es gibt keine Rötung. • Es zeigt sich keine Pigmentanhäufung. • Es zeigt sich keine Zyanose (Blaufärbung). <p>Normalzustand Hautfeuchtigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es zeigt sich keine Trockenheit oder Rauheit der Haut. Es gibt keine Schuppenbildung. • Es zeigt sich keine übersteigerte Schweißsekretion. Formen: <ul style="list-style-type: none"> ○ generell, also am gesamten Körper ○ lokal, also etwa an den Händen, Füßen oder Achselhöhlen ○ einseitig, etwa bei Hemiplegie <p>Normalzustand Hautturgor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Haut eingedrückt wird, entsteht keine langanhaltende zurückbleibende Delle. • Es sind keine stehenden Hautfalten sichtbar. |
| | <p>Palpation</p> | <p>Soweit sinnvoll tasten wir die Haut des Bewohners ab. Wir nutzen dabei die unterschiedlich ausgebildeten Empfindungsfähigkeiten der jeweiligen Handregionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Temperatur, also insbesondere Überwärmungen, lassen sich am besten mit dem Handrücken erspüren. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Feuchtigkeit der Haut sowie deren Oberflächenbeschaffenheit kann man zumeist mit den Fingerspitzen erfühlen. • Ödeme und Verhärtungen können mit der Handinnenfläche erspürt werden. • Die Gewebestruktur in tiefer gelegenen Hautbereichen können mit dem Daumen ertastet werden. <p>Einschränkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit wird keine Palpation durchgeführt. In solchen Fälle müssten Einmalhandschuhe getragen werden, die die Sensibilität der Hände beeinträchtigen würden. • Eine Palpation wird nur durchgeführt, wenn diese beim Bewohner keine Schmerzen auslöst. |
| | <p>Fingertest</p> | <p>Per Fingertest stellen wir fest, ob es sich bei einer aufgetretenen Hautrötung bereits um einen Dekubitus handelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegekraft drückt dafür mit einem Finger auf die gerötete Hautstelle. • Nun löst sie den Finger. Wenn sich das Areal weißlich verfärbt, liegt zumeist kein Dekubitus vor, sondern eine lokale Minderdurchblutung. • Wenn nach der Wegnahme des Fingers die Rötung bleibt, ist davon auszugehen, dass sich bereits ein Dekubitus 1.Grades gebildet hat. |
| | <p>Abgrenzung zu ähnlichen Hautveränderungen</p> | <p>Anhand der vorliegenden Informationen und Hautbeobachtungen versuchen wir festzustellen, ob ein Dekubitus vorliegt. Wir sind uns bewusst, dass es viele Krankheiten gibt, die zu ähnlichen Symptomen führen. Die Diagnose wird in jedem Fall vom Hausarzt gestellt.</p> <p>persistierende Rötung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn sich die Rötung eines Hautareals nicht per Fingertest wegdrücken lässt, liegt eine persistierende Rötung vor. Diese ist die Vorstufe sowohl für einen Dekubitus wie auch für eine Hautirritation. • Die Unterscheidung erfolgt durch die Abschätzung der vermuteten Ursache. |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Wenn die Rötung in einem Körperareal liegt, der einem hohem Auflagedruck ausgesetzt ist, dann ist mit einiger Wahrscheinlichkeit von einem einsetzenden Dekubitus auszugehen. Beispiel: Die Rötung befindet sich am Kreuzbein eines immobilten Bewohners.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls die Rötung in einem Körperbereich liegt, der keinem Druck dafür aber dem Kontakt mit Urin und Stuhl ausgesetzt ist, ist eine Hautirritation wahrscheinlicher. |
| | | <p>Hautirritation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Haut starken mechanischen oder chemischen Einwirkungen ausgesetzt ist, kann dieses zu einer Hautirritation führen. • Diese macht sich bemerkbar durch eine Hautrötung oder den Verlust der obersten Epidermisschichten. Wenn seröse Flüssigkeit austritt, kann diese die Haut feucht glänzen lassen. |
| | | <p>Mazeration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperregionen mit einem ungünstigen Mikroklima, etwa Zehenzwischenräume oder große Hautfalten, können leicht aufweichen. • Vor allem bei inkontinenten Bewohnern kann der ständige Kontakt mit Urin die Haut schädigen. • Bei einer Mazeration kommt es zu Blutungen, Schmerzen und Hautnässen. Die Hautschädigung kann sich bis in tiefe Hautschichten ausweiten. • Eine Mazeration kann zusätzlich zu einem Dekubitus auftreten. |
| | | <p>Intertrigo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwischen aneinander liegenden Hautbereichen kann es schnell zur Reizung kommen, etwa als Folge ständiger Reibung, Feuchtigkeit und Wärme. Dieses ist vor allem in den Achselhöhlen, unter den Brüsten sowie zwischen den Oberschenkeln der Fall. • Es bilden sich zumeist keine Borken oder Krusten. Allerdings können |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Bläschen sichtbar werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewohner berichten häufig über ein brennendes Missempfinden an den betroffenen Arealen. |
| | | <p>Schuppenflechte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese häufig verbreitete chronische Hauterkrankung zeigt sich durch klar abgegrenzte rote Flecke. Diese sind bedeckt mit trockenen, silberweißen Schuppen. • Werden die Schuppen entfernt, kann es zu punktförmigen Blutungen kommen. • Die Erkrankung tritt auf an den Streckseiten der Extremitäten, knöchernen Vorsprüngen, der Kopfhaut, den Ohren, den Genitalien und im Analbereich. |
| | | <p>Hauterosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene äußere Einflüsse können die Haut allmählich abtragen oder zerstören, etwa entzündliche Prozesse oder Kratzwunden. • Die Schäden sind zumeist nur oberflächlich und führen zu keinen Blutungen. |
| | | <p>Candidose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Pilzinfektion mit <i>Candida albicans</i> kann vor allem in der Haut und auf Schleimhäuten auftreten. Dieses führt zu Juckreiz und zur Bildung von weißem Exsudat. Es kann zu Hautschuppungen und Blutungen kommen. • Bei abwehrgeschwächten Bewohnern kann die Infektion auf innere Organe übergreifen und zu einer Pilzsepsis führen. |
| | | <p>Verbrennung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Kontakt mit Hitze, Elektrizität, Chemikalien oder Strahlung kann zu Verbrennungen führen. • Bei einer leichten Verbrennung kommt es zu Schwellungen, Schmerzen und Rötungen. Schwere Schädigungen |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>führen dazu, dass sich Blasen bilden und sich die Epidermis von der Dermis abhebt.</p> |
| | | <p>allergisches Kontaktekzem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ein Bewohner mit einem Stoff in Kontakt kommt, auf den er allergisch reagiert, kann es zur Bildung eines Ekzems kommen. • Ein bis zwei Tage nach dem Kontakt zeigen sich Rötungen oder Ödeme. Häufig entstehen auch Bläschen, die platzen und nässen können. • Schließlich verkrusten die Herde oder bilden Schuppen. • Bei akuten Verläufen bildet sich das Ekzem nur an der Hautstelle, die mit dem Allergen in Berührung gekommen ist. Bei chronischen Verläufen können auch weitere Hautbereiche diese Symptomatik zeigen. |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Beobachtungen der Haut werden sorgfältig dokumentiert. • Im Zweifel wird unsere Wundbeauftragte um eine Einschätzung gebeten. • Falls notwendig wird der Bewegungs- und Lagerungsplan angepasst. • Wenn relevante Hautveränderungen bemerkt werden oder bereits ein Dekubitus vorliegt, wird umgehend der Hausarzt gerufen. | |
| <p>Dokumente:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • alle Pflegekräfte | |

| Standard "Hautschutz bei Inkontinenz" | |
|--|---|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • Inkontinenz bedeutet für die Haut der Intimregion eine enorme Belastung. Problematisch ist insbesondere die Schädigung des Säureschutzmantels der Haut. Dieser schützt die Haut vor Austrocknung und liegt mit einem pH-Wert von 4,6 bis 5,0 im sauren Bereich. • Bedingt durch Harnwegsinfektionen und Bakterien in der Vorlage liegt der pH-Wert des Urins oftmals allerdings im alkalischen Bereich. Kommt der Urin nun mit der Haut in Kontakt, wird der Schutzmantel geschwächt. Die Haut trocknet aus, wird rissig und spröde. Das feuchtwarme Milieu durch das Tragen von Inkontinenzvorlagen begünstigt zusätzlich die Infektionsanfälligkeit der Haut. • Fast jeder zweite inkontinente Senior leidet an Hautauffälligkeiten. Häufigste Schädigungen sind entzündliche Erytheme (Rötungen der Haut), Pilzinfektionen sowie allergische Ekzeme. Aufgeweichte und vorgeschädigte Haut kann Druckeinwirkung kaum noch verkraften. Eine normalerweise harmlose Druckbelastung kann bei diesem Personenkreis bereits einen Dekubitus auslösen. • Besonders gefährdet sind Bewohner mit Diabetes mellitus. Hier gibt es häufig Folgeerscheinungen wie Juckreiz, Entzündungen an der Afterschleimhaut und den Genitalien sowie Pilzerkrankungen. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Inkontinenz ist ein sensibles Thema, das mit dem gebotenen Fingerspitzengefühl angegangen werden muss. • Inkontinenz kann schnell zu kleinen Hautschädigungen führen. Diese begünstigen die Entstehung eines Dekubitus. • Hautschädigungen müssen bereits in der Entstehung gestoppt und zur Abheilung gebracht werden. Wenn die Verletzungen bereits fortgeschritten sind, ist ein ungleich größerer Aufwand erforderlich. • Entscheidend für die Hautpflege sind die konsequente Kontrolle der Inkontinenzmaterialien sowie deren rechtzeitiger Wechsel. • Bereits der alleinige Kontakt mit Wasser hat Auswirkungen auf den Säureschutzmantel. Wir waschen nur, wenn dieses notwendig ist. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Der natürliche Säure- und Fettschutzmantel der Haut bleibt erhalten. • Keime finden keine Eintrittspforten. • Der Bewohner erleidet keinen Dekubitus. • Bakterielle Infektionen und Pilzerkrankungen werden vermieden. |
| Vorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Kontakt mit dem Hausarzt und stimmen unsere Pflegemaßnahmen mit ihm ab. • Wenn eine fachärztliche Untersuchung sinnvoll erscheint, |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | <p>bitten wir zeitnah um eine Überweisung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Kontakt zu Herstellerfirmen und Lieferanten von Hautschutzmitteln. Wir stehen neuen Produkten stets offen gegenüber, sofern deren Wirkung hinreichend belegt ist. • Wir bilden unsere Mitarbeiter regelmäßig weiter. | |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Reinigung</p> | <p>Die entsprechenden Standards werden sorgfältig umgesetzt, also etwa "Ganzwaschung im Bett" oder Standard "Ganzwaschung am Waschbecken". Zusätzlich müssen folgende Parameter beachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Intimbereich wird nach jeder Ausscheidung mit lauwarmem Wasser gereinigt. Heißes Wasser wird vermieden, da es mehr Hautfett entfernt als kühleres. • Seife wird dem Waschwasser nicht zugegeben, da diese sehr alkalisch ist. Ggf. können eine pH-neutrale Waschlotion oder Syndets genutzt werden. • Ggf. kann dem Wasser etwas Essig oder Zitronensaft zugegeben werden (1 Esslöffel auf 5 Liter Wasser). • Es wird keine Waschlotion verwendet, wenn diese den Hinweis "wirkt desinfizierend" trägt. • Wenn Waschzusätze genutzt werden, muss die Haut danach sorgfältig mit klarem Wasser gesäubert werden. Auch kleine Reinigungsmittelrückstände müssen entfernt werden. Nach dem Abspülen wird die Haut sorgfältig abgetrocknet. • Angetrockneter Stuhl muss besonders schonend entfernt werden. Wir nutzen dafür Feuchtpflegetücher. Eine aggressive Reinigung kann Hautläsionen verursachen. Bei einer erneuten Verschmutzung würde dann die Schädigung verstärkt oder es könnte zu einer Infektion der Hautregion kommen. • Bei der Intimpflege sollte die Pflegekraft vom Bauchnabel in Richtung Steißbein wischen, um eine Keimverschleppung zu vermeiden. • Problematisch sind häufig Hautfalten. Diese werden sorgfältig getrocknet. Die Haut wird trocken getupft und nicht gerieben. • Bei einer Harn- und Stuhlinkontinenz lässt sich eine Verschmutzung des Waschwassers, des Waschlappens und des Handtuches nicht immer vermeiden. • Sinnvoll kann dann die Nutzung von Einmalwaschlappen sein, die nach der Nutzung nicht wieder im Waschwasser |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| | | <p>ausgespült werden.</p> |
| | <p>Hautpflege</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Für die Hautpflege nutzen wir sog. "Wasser-in-Öl"-Präparate ("W/O"). Wir nutzen keine Pflegemittel mit dem Hinweis "zieht schnell ein". "Öl-in-Wasser"-Produkte trocknen die Haut tendenziell eher aus. • Pflegeprodukte, die ursprünglich für Babys entwickelt wurden, werden nur nach genauer Abwägung eingesetzt. Die Präparate sind häufig stark parfümiert. • Wir nutzen kein Puder. • Einreibungen mit Franzbrandwein und andere austrocknende Maßnahmen schädigen die Haut. • Wenn die Haut noch nicht geschädigt ist, werden keine abdeckenden Pasten, Salben oder Öle angewendet, also etwa Präparate mit Melkfett, Vaseline oder Zinkpastezusätze. • Bestehende Hautrötungen können ggf. mit Pflegemitteln wie etwa Wollwachs zum Abklingen gebracht werden. • Bei besonders gefährdeten Bewohnern nutzen wir ggf. sog. "Hautprotektoren". Das Schaumspray bildet in der Hornschicht einen Schutzfilm, der bis zu 6 Stunden verbleibt. Während dieser Schutzzeit kann die Haut sogar gewaschen werden. • Salben und Cremes dürfen nicht zu dick aufgetragen werden, da sonst die Hautporen verschlossen werden. • Die Pflegeprodukte dürfen nur auf die zuvor sorgfältig getrocknete Haut aufgebracht werden. |
| | <p>Inkontinenzmittel</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn eine Hautschädigung sichtbar ist oder der Bewohner dazu neigt, sollten besonders leistungsfähige Vorlagen genutzt werden. • Wichtig sind Puffersubstanzen sowie Rücknässeschutz. • Geeignet sind insbesondere sog. "Gelbildner", da diese die Haut gut vor Feuchtigkeit schützen. • Es gibt zusätzlich auch Vorlagen, die mit Hautpflegemitteln imprägniert sind. • Bei Männern sollten Einlagen in Taschenform genutzt werden. • Die Vorlagen werden nach jeder Verschmutzung gewechselt. Ein Austausch ist spätestens notwendig, wenn die Aufnahmekapazität erreicht wird. • Wir achten auf einen rechtzeitigen Wechsel des Hilfsmittels, da es bei zu langen |

| | | |
|--|-------------|--|
| | | Tragezeiten zur Vermehrung von hautschädigenden Bakterien kommen kann. |
| | Allgemeines | <ul style="list-style-type: none"> • Viele inkontinente Bewohner begrenzen den Flüssigkeitskonsum mit dem Ziel, die Ausscheidungsmenge zu reduzieren. Wir erläutern dem Bewohner, dass durch dieses Verhalten die Haut austrocknet und somit zusätzlich geschädigt wird. • Der Hautzustand eines inkontinenten Bewohners wird mehrmals täglich inspiziert. • Der Bewohner und seine Angehörigen werden gebeten, die Haut sorgfältig zu beobachten und etwaige Veränderungen sofort den Pflegekräften mitzuteilen. • Bei relevanten Krankheitszeichen wird der Bewohner umgehend dem Hausarzt vorgestellt. |
| Nachbereitung: | | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Maßnahmen und deren Wirkung werden sorgfältig dokumentiert. • Relevante Beobachtungen werden umgehend dem Hausarzt mitgeteilt. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. • Bei bakteriellen Infektionen wird zumeist ein Abstrich vorgenommen und dann das passende Antibiotikum verschrieben. • Bei Kontaktallergien ist es erforderlich, den Auslöser zu finden und die Exposition zu unterbinden. Dieses ist allerdings zumeist sehr langwierig. • Die Wirkungsweise der verwendeten Salben, Cremes und Lotionen wird immer wieder kritisch hinterfragt. Wichtig ist eine ausreichende Rückfettung. Wenn Hautirritationen oder Mazerationen über einen längeren Zeitraum auftreten, prüfen wir einen Wechsel des Präparates. |
| Dokumente: | | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Pflegekräfte |

Standardpflegeplan "Dekubitusprophylaxe (gemäß Expertenstandard)"

Ein Dekubitus ist eine Entzündung oder ein Geschwür in der Haut. Er wird ausgelöst durch Druck und Reibung zwischen der Haut und einem darunter liegenden Knochen. In der Folge verschlechtert sich die Durchblutung, und Gewebe wird abgebaut.

Anmerkung:

- Standardpflegepläne geben für spezielle Pflegeprobleme die typischen pflegerischen Maßnahmen vor, so etwa wie in diesem Beispiel für Dekubitus. Standardpflegepläne umfassen generelle und potentielle Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.
- Aus diesem Grund erleichtert ein Standardpflegeplan zwar die Pflegedokumentation, aber er ersetzt auf keinen Fall eine individuelle auf den Bewohner / Patienten bezogene Pflegeplanung.
- Jede Pflegefachkraft ist gehalten, diese generellen Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf Relevanz zu überprüfen und auf die individuellen Einschränkungen und Ressourcen des jeweiligen Bewohners / Patienten anzupassen. Wichtig ist auch beim Einsatz von Standardpflegeplänen, diese in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten, da sie immer auf dem aktuellen Stand sein sollten.

| Pflegeproblem | Pflegemaßnahmen | Pflegeziel |
|---|---|---|
| Sich bewegen | | |
| Der Bewohner ist immobil. Dieses führt zu einer erhöhten Dekubitusgefahr. | Wir führen mit dem Bewohner aktive und passive Bewegungsübungen durch. Diese werden nach Möglichkeit in andere Pflegetätigkeiten eingebunden, wie etwa in die morgendliche Ganzkörperwaschung. Dazu zählen: <ul style="list-style-type: none"> • bewegen im Bett • aufsetzen im Bett • sitzen am Bettrand • sitzen im Sessel • sitzen im Rollstuhl • aufstehen • gehen mit Unterstützung durch die Pflegekraft • gehen mit Unterstützung etwa durch ein Gehrad | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird wieder mobil. |
| Das Umlagern ist für den | <ul style="list-style-type: none"> • Wir setzen auf das | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Bewohner belastend. Reibung und Scherkräfte können trotz aller Vorsichtsmaßnahmen nicht immer konsequent vermieden werden.</p> | <p>kinästhetische Konzept. Dieses ermöglicht ein schonendes Umlagern, fördert die Eigenbewegung des Bewohners und schont den Rücken der Pflegekräfte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir nutzen Mikrolagerungen, also kleine und einfach zu realisierende Positionswechsel, die zu einer Gewichtsverlagerung führen. • Wir nutzen dafür weiche Tücher, Kissen oder Sitzkeile. Die Mikrolagerung ersetzt die generelle Umlagerung zwar nicht, verlängert aber die Abstände zwischen den Umlagerungen. | <p>wird schonend umgelagert.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner ist immobil aufgrund verschiedener Grunderkrankungen, etwa <ul style="list-style-type: none"> ○ körperliche Behinderung ○ tragen einer Schiene oder eines Verbandes ○ hohes Lebensalter ○ allgemeine Erschöpfung ○ Infektionen ○ hohe Schmerzbelastung ○ Bewusstlosigkeit ○ Lähmung ○ Einzelne Hautregionen des Bewohners sind einem zu großen Druck ausgesetzt. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir erstellen einen individuellen Bewegungsplan und lagern den Bewohner in kurzen Abständen um. • Wir fordern den Bewohner auf, im Rahmen seiner Fähigkeiten die Lage eigenständig zu wechseln. • Wir führen eine Weichlagerung durch. • Wir nutzen Freilagerungen. • Wir nutzen spezielle Anti-Dekubitusmatratzen. • Gefährdete Körperstellen werden gepolstert. • Nach überstandenen Krankheiten wird der Bewohner schnell wieder mobilisiert. • Wir nutzen die gesamte Bandbreite | <ul style="list-style-type: none"> • Die gefährdeten Hautbereiche des Bewohners werden vor zu hoher Druckbelastung geschützt. |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>an Lagerungsmöglichkeiten, also etwa 30°-Lagerung, 135°-Lagerung, Rückenlage, Bauchlage, schiefe Ebene, 3-Kissen- und 5-Kissen-Lagerung. Wir nutzen keine 90°-Lagerung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir bieten Bewegungsanreize an (etwa: Telefon rechte Bettseite, Fernseher linke Bettseite). • Die Gelenke werden frei und in physiologischer Stellung gelagert. Dieses ist vor allem bei den großen Gelenken zwingend geboten. • Nach jedem Lagewechsel wird die Haut inspiziert. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner verbringt viel Zeit in sitzender Position. Der anhaltende Druck belastet seine Haut. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir fördern regelmäßige Positionsveränderungen im Sitzen durch die Nutzung von kleinen Keilkissen oder anderen Hilfsmitteln. • Wir nutzen ein Gesäßkissen, um den Druck gleichmäßiger zu verteilen. • Der Bewohner wird aufgefordert, beim Sitzen die Füße auf den Boden zu stellen. Er verbessert damit den Halt und verhindert Scherkräfte, falls der Bewohner aus dem Stuhl zu rutschen droht. • Der Bewohner sollte nicht länger als zwei Stunden auf einem Stuhl sitzen. Danach sollte er sich körperlich bewegen, also etwa | <ul style="list-style-type: none"> • Durch das Sitzen wird die Haut nicht unnötig belastet. |

| | | |
|--|--|---|
| | einmal den Flur auf und ab gehen. | |
| Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat einen Blutdruck von unter 100 mmHg systolisch und 60 mmHg diastolisch. Die Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff ist eingeschränkt, da schon ein relativ geringer Außendruck ausreicht, um das Blutgefäß zu verschließen. | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit dem Hausarzt prüfen wir, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Hypotonie zu kompensieren. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Blutdruck normalisiert sich. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner leidet unter ... <ul style="list-style-type: none"> ○ Hautirritationen, also sichtbar anhaltende Rötungen der Haut, deren oberste Epidermisschicht bereits zerstört wurde ○ Mazeration (Aufweichung von Gewebe). ○ Intertrigo (Wundreiben, Wundwerden) ○ Candidose (Infektion mit Sprosspilzen) ○ Verbrennungen ○ allergischen Kontaktekzemen • Durch diese Krankheiten steigt das Risiko des Bewohners, einen Dekubitus zu erleiden. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Erkrankungen werden umgehend behandelt. Sobald sich relevante Symptome zeigen, wird der Bewohner spätestens jetzt dem Hausarzt vorgestellt. Etwa: <ul style="list-style-type: none"> ○ starkes Nässen ○ feuchter Glanz der Haut ○ starkes Juckgefühl ○ starkes Brennen ○ Blutungen ○ Schmerzen ○ Bläschen oder Papeln • Die in den entsprechenden Pflegestandards beschriebenen Maßnahmen werden sorgfältig umgesetzt. • Bis zum Abklingen der Krankheiten werden die betroffenen Hautregionen besonders sorgfältig inspiziert, da es hier jederzeit zu einem Dekubitus kommen kann. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Grunderkrankungen werden behandelt, bevor die Hautregion durch einen Dekubitus geschädigt wird. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner leidet unter Diabetes mellitus. Die | <ul style="list-style-type: none"> • Die Grunderkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> • Die Grunderkrankun |

| | | |
|---|--|---|
| <p>körper eigene Immunabwehr ist geschwächt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner leidet unter Durchblutungsstörungen. Diese lösen zusätzlich zur Druckeinwirkung ebenfalls Ischämie (Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung) aus. • Der Bewohner leidet unter einer Insuffizienz des Herzens. Die reduzierte Pumpleistung stört die Sauerstoffverteilung durch das Gefäßsystem. | <p>werden konsequent behandelt.</p> | <p>gen werden behandelt, bevor der Bewohner einen Dekubitus erleidet.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner führt keine oder nur wenige druckentlastende Bewegungen aus. • Der Bewohner leidet unter sensorischen Beeinträchtigungen, wie etwa Neuropathie, Bewusstseinsminderung oder Querschnittlähmung. • Der Bewohner leidet unter Multipler Sklerose. • Der Bewohner nimmt starke Tranquilizer oder Sedativa. • Erste Vorläufer eines Dekubitus bilden sich, insbesondere Ödeme und kleine Blutgerinnsel. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Intervalle, in denen die Pflegekräfte die gefährdeten Hautbereiche inspizieren, werden verkürzt. • Der Bewohner wird angeleitet, selbständig die Haut zu untersuchen und Veränderungen umgehend zu melden. • Der Bewohner wird gebeten, sich umgehend zu melden, wenn er Schmerzen verspürt. | <ul style="list-style-type: none"> • Entstehende Druckgeschwüre werden rechtzeitig entdeckt. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner nimmt Katecholamine, die eine periphere Vasokonstriktion auslösen können. • Der Bewohner nimmt Glukokortikoide. Diese behindern die Kollagenbildung und die Regeneration von Kapillargefäßen. • Der Bewohner nimmt Betablocker, diese reduzieren die Hautdurchblutung um 20 bis 30 Prozent. • Der Bewohner nimmt Diuretika. Diese führen zu einer Faltenbildung der Haut in den Beinen. Die | <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Dialog mit dem Hausarzt und prüfen, ob es Alternativen zur Medikation gibt. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Entstehung eines Dekubitus wird nicht zusätzlich durch Medikamente gefördert. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Haut ist zudem gerötet, leicht verletzlich und juckt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner nimmt Herzglykoside, Antiarrhythmika oder Antihypertonika. Die Haut ist daher trocken und geschuppt. Es kommt zu Rötungen und Juckreiz. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Zustand des Bewohners ändert sich schnell. Daher ist das aktuelle Dekubitusrisiko nicht immer bekannt. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir nutzen die modifizierte Norton-Skala, um die Gefährdung abschätzen zu können. • Die Einschätzung erfolgt einmal in der Woche. • Bei einer sich abzeichnenden Gefährdung werden die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe intensiviert. • Die gefährdeten Hautbereiche werden täglich inspiziert. Hautveränderungen werden sorgfältig im Pflegebericht dokumentiert. • Wir nutzen den Fingertest und stellen damit fest, ob eine vorhandene Hautrötung bereits von einem Dekubitus ausgelöst wurde. • Die aufgrund der aktuellen Gefährdung gewählten Pflegemaßnahmen werden regelmäßig dahingehend überprüft, ob sie effektiv und noch aktuell sind. Ggf. wird die Planung modifiziert. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Hautzustand des Bewohners ist jederzeit bekannt. • Schädigungen werden umgehend bemerkt und angemessen behandelt. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner raucht stark. Der Nikotinmissbrauch fördert eine Arteriosklerose, | <ul style="list-style-type: none"> • Wir raten dem Bewohner, das Rauchen einzustellen | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut wird nicht durch den Nikotinmissbrau |

| | | |
|---|--|---|
| <p>die wiederum die Blutversorgung einschränkt. Das Gewebe wird nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt.</p> | <p>oder zumindest stark einzuschränken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir binden Freunde und Angehörige in unser Bemühen ein. | <p>ch geschädigt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner ist mit Schläuchen verbunden, etwa aufgrund einer Magensonde. Diese üben Druck auf die Haut aus. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Schläuche müssen so fixiert werden, dass sie keinen Druck auf das gefährdete Hautareal ausüben können. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Entstehung eines Dekubitus wird nicht zusätzlich durch Schläuche gefördert. |
| <p>Sich pflegen</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut des Bewohners ist ungepflegt. • Der Bewohner leidet unter einer Vielzahl kleiner Hautläsionen. • Der Bewohner leidet unter juckenden Hautekzemen. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird frühzeitig einem Hautarzt vorgestellt. • Die verordneten Medikamente werden konsequent verabreicht. • Wir führen einmal täglich eine Ganzkörperwaschung durch, die bei Bedarf durch Teilwaschungen ergänzt werden. • Zur Hautreinigung reichen zumeist klares Wasser und falls notwendig ph-neutrale Waschsätze. • Die Haut wird sorgfältig abgetrocknet. • Wir nutzen schützende Salben. Bei trockener Haut nutzen wir Wasser-in-Öl-Präparate und bei fettiger Haut Öl-in-Wasser-Pflegemittel. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut des Bewohners heilt und hat ausreichend Widerstandskraft. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner greift in Eigenregie zu Pflegemaßnahmen, die nach dem heutigen Wissensstand kontraproduktiv sind. Etwa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Bewohner nutzt Melkfett. Dieses verstopft die | <ul style="list-style-type: none"> • Wir machen den Bewohner auf die Risiken aufmerksam, die von diesen Maßnahmen ausgehen. • Wir suchen gemeinsam nach Alternativen. So kann | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wendet unwirksame oder gar schädliche Pflegemaßnahmen nicht an. |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Hautporen und stört den Wärmeausgleich.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Bewohner nutzt Franzbrandwein. Dieser entfettet die Haut und schafft kleinste Risse, durch die Keime eindringen können. ○ Der Bewohner möchte parfümierte Seifen oder Cremes nutzen. | <p>der gewünschte Erfrischungseffekt auch durch Gels mit rückfettenden Substanzen erreicht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir machen den Hausarzt auf unsere Beobachtungen aufmerksam. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat sehr trockene Haut (sog. "Altershaut") | <ul style="list-style-type: none"> • Bei starken Verunreinigungen nutzen wir zusätzlich zum klaren Wasser Syndets. • Die Wassertemperatur wird tendenziell etwas niedriger gewählt, da dann der Säure-Schutz-Mantel weniger geschädigt wird. • Wir nutzen Wasser-in-Öl-Emulsionen. Das Pflegemittel kann im Sommer gekühlt werden und wirkt dann beim Auftragen sehr erfrischend. • Wir nutzen ggf. einen modernen Hautschutz ("Cavilon®"). Dieser wird alle 48 bis 72 Stunden aufgetragen. Wenn eine häufigere Reinigung erforderlich ist, kann das Mittel auch alle 12 bis 24 Stunden aufgetragen werden. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Altershaut wird angemessen gepflegt. |
| <p>Essen und trinken</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat viel Flüssigkeit verloren, etwa durch starkes Schwitzen oder Erbrechen. Dieses schwächt die Haut. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir achten auf eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung • Der Bewohner sollte mindestens 1,5 bis 2 Liter zu sich nehmen. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut des Bewohners wird ausreichend mit Flüssigkeit versorgt. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Wir führen ein Einfuhrprotokoll. | |
| <ul style="list-style-type: none"> Der Bewohner hat Übergewicht. Die Körpermasse übt eine große Druckbelastung auf die Haut aus. | <ul style="list-style-type: none"> Der Kalorienkonsum des Bewohners wird begrenzt. Der Bewohner soll sich im Rahmen seiner Fähigkeiten körperlich bewegen. Der BMI wird engmaschig überwacht. | <ul style="list-style-type: none"> Das Körpergewicht und die dadurch ausgelöste Druckbelastung werden reduziert. |
| <ul style="list-style-type: none"> Der Bewohner hat Untergewicht. Das Unterhautfettgewebe ist zu schwach ausgebildet. Es gibt keine Polsterung. Die Oberhaut ist trocken, dünn und empfindlich. Der Bewohner leidet unter Eiweiß- und Vitaminmangel. | <ul style="list-style-type: none"> Der Kalorienkonsum des Bewohners wird an den Bedarf angepasst. Wir achten auf eine vitaminreiche Ernährung. Zusätzlich erhält der Bewohner entsprechend angereicherte Säfte und Tabletten. Wir führen eiweißreiche Nahrungsmittel zu, von denen wir wissen, dass sie der Bewohner mag. Etwa Trinkjoghurt oder erfrischende Quarkspeisen. Der Bewohner erhält Nahrungszusätze, um eine ausreichende Eiweißversorgung zu garantieren. Sofern eine ausreichende Versorgung nicht möglich ist, führen wir Proteine intravenös zu. Der BMI wird engmaschig überwacht. | <ul style="list-style-type: none"> Das Subkutangewebe wird wieder aufgebaut und kann den Druck auf die Muskulatur abfedern. |
| Ausscheiden | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Der Bewohner leidet unter Harninkontinenz. Der pH-Wert der Haut wird durch den "sauren" Urin | <ul style="list-style-type: none"> Die Inkontinenz wird konsequent behandelt. Etwa: <ul style="list-style-type: none"> Der Bewohner | <ul style="list-style-type: none"> Die Inkontinenz wird therapiert. Ist diese nicht völlig zu |

| | | |
|---|---|---|
| <p>verändert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf der Haut herrscht ein feuchtwarmes Millieu. Dieses ist ein ideales Umfeld für Bakterienvermehrung. | <p>erhält Beckenboden- und Toiletentraining.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infektionen der harnableitenden Systeme werden konsequent therapiert. • Die Folgen der Inkontinenz werden minimiert. <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Bewohner erhält leistungsfähige Vorlagen. Diese werden nach jeder Verschmutzung umgehend gewechselt. ○ Die Kleidung wird bei jeder Verschmutzung gewechselt. ○ Nach jeder Ausscheidung erfolgt eine gründliche Intimpflege. | <p>beseitigen, werden zumindest die schädlichen Auswirkungen begrenzt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat einen Dauerkatheter. Dieser ist ein Fremdkörper und kann neue Druckstellen auslösen. Zudem läuft der Bewohner Gefahr, dass er einen Harnwegsinfekt erleidet. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir prüfen, ob ein suprapubischer Katheter geeigneter wäre. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Risiken eines Dauerkatheters werden vermieden. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner leidet unter Stuhlinkontinenz. Die Ausscheidungen schädigen die Haut und machen diese anfällig für Druckgeschwüre. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir nutzen ggf. Analtampons. Diese werden zwei- bis dreimal täglich gewechselt. • Bei Durchfall wird diese Technik nicht genutzt. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut in der Sakralregion wird vor Schädigungen durch den Stuhl geschützt. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat viel Flüssigkeit verloren, etwa | <ul style="list-style-type: none"> • Wir achten auf eine ausreichende | <ul style="list-style-type: none"> • Die Haut des Bewohners wird |

| | | |
|--|---|--|
| <p>durch starken Durchfall. Dieses schwächt die Haut.</p> | <p>Flüssigkeitsversorgung . Der Bewohner sollte mindestens 1,5 bis 2 Liter zu sich nehmen. Wir führen ein Einfuhrprotokoll.</p> | <p>ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.</p> |
| <p>Sich kleiden</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner kleidet sich zu warm, etwa im Sommer oder wenn er unter Fieber leidet. Die Kleidung und die Bettwäsche werden durch den Schweiß durchfeuchtet. Zusätzlich erhöht der Stoffwechsel den Sauerstoffbedarf in der Haut. • Der Bewohner trägt einschnürende Kleidung. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir empfehlen dem Bewohner alternative Kleidung und assistieren ggf. beim Wechsel. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner schwitzt nicht und wird nicht überwärmt. |
| <p>Ruhen und schlafen</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner benötigt eine prophylaktische Anti-Dekubitusmatratze. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird über die anstehende Maßnahme informiert und über die Auswirkungen. So ist bei sehr weichen Matratzen damit zu rechnen, dass diese die Bewegungsfähigkeiten eher einschränken. Zudem können Spastiken ausgelöst werden. • Der Bewohner wird nach Erhalt der Matratze regelmäßig zu seinen Erfahrungen befragt. • Sobald das Dekubitusrisiko gesunken ist und dieses auf absehbare Zeit so bleibt, prüfen wir, ob der Bewohner wieder eine reguläre Matratze nutzen sollte. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner erhält rechtzeitig eine prophylaktische Anti-Dekubitusmatratze. • Sobald die Indikation für die Nutzung dieser Spezialmatratze nicht mehr besteht, wird die reguläre Matratze genutzt. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Superweichlagerung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Notwendigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner |

| | | |
|--|--|--|
| <p>schränkt die Mobilität und die Körperwahrnehmung des Bewohners ein.</p> | <p>einer Superweichlagerung wird streng hinterfragt. Zumeist ist bei einem leichten bis mittleren Risiko eine normale Matratze ausreichend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinnvoll ist die Superweichlagerung vor allem bei völlig bewegungsunfähigen Menschen. | <p>wird nur dann superweich gelagert, wenn dieses notwendig ist.</p> |
| <p>Für eine sichere Umgebung sorgen</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Im Bett des Bewohners finden sich Fremdkörper, auf denen der Bewohner mitunter liegt. Die Druckeinwirkung schädigt das Gewebe. | <ul style="list-style-type: none"> • Das Bett des Bewohners wird regelmäßig kontrolliert. Wir suchen insbesondere nach Falten, Krümeln, Kämmen, Haarnadeln usw. • Wir achten konsequent darauf, dass bei unseren Pflegemaßnahmen keine Gegenstände im Bett vergessen werden, etwa Kanülenschutzkappen nach Blutentnahmen. | <ul style="list-style-type: none"> • Im Bett des Bewohners liegen keine Fremdkörper. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat Angst, dass er durch bestimmte Lagerungstechniken aus dem Bett fallen könnte. Dieses etwa bei der sog. "Lagerung auf einer schiefen Ebene". | <ul style="list-style-type: none"> • Wir fahren nach Rücksprache mit dem Bewohner das Bettgitter hoch. • Der Bewohner stimmt dieser Maßnahme zu und zeichnet dieses in der Dokumentation kurz ab. • Wir stellen sicher, dass der Bewohner uns jederzeit rufen kann, um das Bettgitter wieder herunter fahren zu lassen. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner fühlt sich auch bei instabileren Lagerungspositionen sicher aufgehoben. • Die rechtlichen Vorgaben zur Fixierung werden erfüllt. |
| <p>Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner steht unter großem mentalem Stress. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir stehen dem Bewohner immer für | <ul style="list-style-type: none"> • Der Stress wird abgebaut, bevor |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sein Kortisolspiegel ist erhöht. Dieses führt dazu, dass die Kollagenbildung verlangsamt ist. | <p>ein Gespräch zur Verfügung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir regen an, dass sich der Bewohner Freunden oder Angehörigen offenbart. | <p>er sich nachteilig auf den Hautzustand auswirkt.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner hat hinsichtlich seiner Liegeposition bestimmte Vorlieben. Er lehnt verschiedene Lagen ab, etwa die Bauchlage. • Der Bewohner akzeptiert bestimmte Lagerungen nur zum Schein. Sobald die Pflegekraft das Zimmer verlässt, dreht er sich auf seine Lieblingsposition zurück. | <ul style="list-style-type: none"> • Wir machen dem Bewohner eindringlich klar, dass sein Verhalten einen Dekubitus fördern kann. • Wir verdeutlichen, dass es für den Bewohner einfacher ist, einen Dekubitus zu vermeiden, als einen später dann auftretenden Dekubitus zur Abheilung zu bringen. • Wenn sich die Abneigung auf eine bestimmte Lage beschränkt, wägen wir ab, ob wir mit den akzeptierten Positionen einen hinreichend guten Schutz erreichen können. • Fixierungen, um eine bestimmte Lage zu erzwingen, werden strikt unterlassen. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner versteht, dass es sich für ihn lohnt zu kooperieren. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dem Bewohner ist das Risiko nicht bewusst. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird über die Gefahren informiert, die von einem Dekubitus ausgehen. Dieses ist Aufgabe der Bezugspflegekraft und der Wundbeauftragten. • Der Bewohner erhält ein Informationsschreiben. • Wir beziehen ggf. die Angehörigen ein und bitten diese, entsprechend auf den Bewohner einzuwirken. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner kennt die Gefahren. Er ist motiviert, sich im Rahmen seiner Fähigkeiten an der Gesunderhaltung zu beteiligen. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Wenn möglich beziehen wir den Bewohner in die Planung der Maßnahmen ein. Er soll beim Setzen der Prioritäten selbst entscheiden. | |
|--|--|--|

| Standard "Dekubitusprophylaxe: Mikrolagerung / Weichlagerung / Superweichlagerung" | |
|---|--|
| Definition: | <p>Das Prinzip der Weichlagerung basiert auf der Verteilung des einwirkenden Drucks auf eine möglichst große Fläche. Bei einer Weichlagerung sollte der Auflagedruck den Druck in den Kapillaren um nicht mehr als 30 mmHg überschreiten. Die Weichlagerung kann am gesamten Körper durchgeführt werden.</p> <p>Eine Superweichlagerung wird ermöglicht durch die Nutzung von sehr weichen Antidekubitusmatratzen oder einer herkömmlichen Matratze plus einer zweilagigen superweichen Kissenschicht. Ein Material ist dann als "superweich" definiert, wenn ein Stab mit 1 cm Durchmesser unter einem Druck von 250 g mindestens 3 bis 3,5 cm einsinkt.</p> <p>In Superweichmatratzen werden alle Bewegungsimpulse komplett geschluckt. Der Bewohner versinkt völlig in der Matratze und spürt seinen eigenen Körper zumeist nicht mehr. Wenn ein Bewohner auf einer solchen Matratze gelagert wird, ist es unverzichtbar, ihn zur Bewegung zu animieren oder alternativ passive Bewegungsübungen durchzuführen.</p> <p>Eine Mikrolagerung basiert auf dem Einsatz von kleinen Kissen oder alternativ weichen Tüchern, etwa Frotteehandtüchern. Diese werden zusammengefasst und untergelegt. Die Position wechselt alle 30 Minuten von der rechten zur linken Gesäßhälfte, dann zur linken und rechten Schulter. Der Bewohner wird auf diese Weise sanft und druckentlastend bewegt. Als alleinige Maßnahme zur Prophylaxe und Behandlung eines Dekubitus ist diese Maßnahme unzureichend und muss um weitere Lagerungsmaßnahmen ergänzt werden.</p> <p>Die Mikrolagerung wird vor allem in der ambulanten Pflege eingesetzt, da diese Methode mit ein wenig Anleitung auch von pflegenden Angehörigen geleistet werden kann. In der stationären Pflege wird diese Maßnahme gerne in der Nacht durchgeführt, da dafür nur eine Pflegekraft notwendig ist.</p> |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Weichlagerung ist kein Ersatz für die regelmäßige Umlagerung des Bewohners. Insbesondere bietet die isolierte Nutzung von Wechseldruckmatratzen keinen ausreichenden Schutz. • Wir arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen. Alle Anordnungen werden präzise umgesetzt. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Das Gewebe wird uneingeschränkt mit Sauerstoff versorgt. Es kommt zu keinen Gewebeschäden in den gefährdeten Körperzonen. • Der Bewohner liegt bequem und schmerzfrei. • Der Bewohner wird in seiner Bewegungsfreiheit nicht unnötig eingeschränkt. Insbesondere wird eine Entfremdung des Bewohners von seinem eigenen Körper vermieden. • Der Bewohner wird aktiv in alle Maßnahmen zu seiner Gesunderhaltung einbezogen. |

| | | |
|----------------------|--|--|
| Vorbereitung: | Allgemeines | <ul style="list-style-type: none"> • Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. Es steht stets aktuelle Fachliteratur bereit. • Einige unserer Mitarbeiter sind darüber hinaus zu Wundbeauftragten weitergebildet worden. • Es darf niemals auf schon bestehende Rötungen gelagert werden. • Das Bettlaken darf nur lose auf der Matratze liegen. Stecklaken, Krankenunterlagen oder Moltons dürfen nicht verwendet werden. |
| | notwendiges Material für eine Weichlagerung | <ul style="list-style-type: none"> • ein- oder dreiteilige Antidekubitusmatratze, etwa aus Spezialschaumstoff • Antidekubitusauflagen • Wechseldruckmatratzen • Federkissen • Stillkissen • echte Schaffelle (Achtung: deren Einsatz ist umstritten) • Gelkissen (Achtung: deren Einsatz ist umstritten) • ggf. Wasserbett (Achtung: deren Einsatz ist umstritten) |
| | notwendiges Material für eine Superweichlagerung | <ul style="list-style-type: none"> • 15 cm dicke Schaumstoffmatratze • spezielle Antidekubitusmatratze • Doppelschicht superweicher Kissen aufgelegt auf eine normale Matratze |
| | notwendiges Material für eine Mikrolagerung | <ul style="list-style-type: none"> • kleine Kissen oder alternativ weiches Tuch, etwa Frotteehandtuch |
| | Indikation / Kontraindikation | <ul style="list-style-type: none"> • Das Risiko des Bewohners wird eingeschätzt (gemäß des Standards "Dekubitusprophylaxe / Risikoeinschätzung") • Eine Weichlagerung ist ggf. bei verschiedenen Krankheitsbildern erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kachexie ○ starker Bewegungsmangel ○ Kreislaufinstabilität ○ [im Krankenhaus bei therapieindizierten Bewegungseinschränkungen etwa nach Verbrennungen oder ARDS ("Schocklunge", akutes Lungenversagen)] • Eine Superweichlagerung führen wir |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| | | <p>durch, wenn Bewohner hinreichend gefährdet sind, etwa bei völlig fehlender Eigenbewegung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewohner mit vorhandener Eigenbewegung werden nicht superweich gelagert. • Gefährdete Bewohner werden sofort nach Risikoerkennung entsprechend weich gelagert. Keinesfalls dürfen von der Diagnose bis zu den Maßnahmen mehr als 12 Stunden vergehen. |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Lagerung (Beispiel)</p> | <p>Je nach Lage und Ausmaß der zu schützenden Körperregion wählen wir die passende Lagerungstechnik. Hier das Beispiel einer Hohllagerung mit fünf Kissen, die zum Schutz der Schulterblätter, Kreuzbeinregion, Fersen und Ellenbogen genutzt werden kann.</p> <p>Wir legen jeweils ein Kissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • unter den Kopf • unter das rechte und linke Schulterblatt • unterhalb des Kreuzbeins bis zu den Kniekehlen • von den Unterschenkeln bis zu den Fußknöcheln • aufgestellt zwischen die Füße und das Bettende <p>Der Bewohner wird regelmäßig umgelagert (gemäß Standard "Dekubitusprophylaxe: Umlagerung")</p> |
| | <p>Korrekturmaßnahmen</p> | <p>Je nach verwendetem Lagerungshilfsmittel müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt und ggf. korrigiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei lokal genutzten Schaumstoffelementen können die Kanten einen zu hohen Druck auf das Gewebe ausüben. Bei ihrer Nutzung ist also darauf zu achten, dass ein Niveaueausgleich geschaffen wird. Zudem sollte auf einen Überzug verzichtet werden. • Die Schaumstoffmatratze wird mit einer feuchtigkeitsabweisenden Auflage sowie einem lose aufgelegten Bettlaken vor Verschmutzungen geschützt. Weitere Auflagen sind zu vermeiden, da sie die Druckentlastung |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>mindern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Schaumstoffmatratzen ist darauf zu achten, dass diese je nach Modell nur bis zu einem bestimmten Körpergewicht nutzbar sind. Schaumstoffmatratzen unterliegen Alterungsprozessen und sind nur eine begrenzte Zeit nutzbar. • Bei kleinzelligen Wechseldruckmatratzen kann ggf. ein gegenteiliger Effekt eintreten, dass also lokale Hautbereiche unzureichend durchblutet werden. Bei großzelligen Wechseldruckmatratzen ist eine komplette Druckentlastung ganzer Regionen zumeist leichter erreichbar. • Dementiell veränderte Bewohner reagieren mitunter negativ auf Wasserbetten. Gründe dafür sind einerseits die ungewohnte Schaukelbewegung und andererseits die zusätzlich gestörte Körperwahrnehmung. • Der Bezug von Wasserbetten muss ggf. häufiger gewechselt werden, da die Matratze mit einem gummiartigen Kunststoff überzogen ist, der kaum Flüssigkeit aufnehmen kann. • Wasserbetten machen es zumeist möglich, die Umlagerungsintervalle spürbar zu verlängern. Allerdings muss auf eine lückenlose Kontrakturenprophylaxe geachtet werden. • Die Körperwahrnehmung wird regelmäßig überprüft. Schon nach kurzer Weichlagerung kann es passieren, dass der Bewohner seine Wahrnehmung reduziert. In der Folge wird auch die Restmobilität negativ beeinflusst. • Das Obermaterial von Gelkissen kann Falten werfen, insbesondere dann, wenn das Hilfsmittel schon längere Zeit in Benutzung ist. Das Kissen sollte dann nicht mehr genutzt werden. • Gelkissen sind sehr gut geeignet bei stark untergewichtigen Bewohnern, die über eine Restmobilität verfügen. • Künstliche Felle können Feuchtigkeit anstauen, da sie nicht atmungsaktiv sind. Sie sind für Lagerungen zumeist ungeeignet. • Federkissen sind für Lagerungen nur eingeschränkt geeignet, da unter |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>Druck das Volumen und die Stabilität abnehmen. Die Position des gelagerten Körperteils kann sich verändern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Lagerungskissen müssen Pflegekräfte darauf achten, dass sie nur die notwendige Anzahl verwenden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Bewohner "in Zement gegossen" wird, dass also seine verbleibende Restmobilität durch zu viele und zu eng anliegende Lagerungshilfsmittel neutralisiert wird. |
| | <p>ungeeignete Hilfsmittel</p> | <p>Aufgrund der nicht nachgewiesenen Wirksamkeit werden verschiedene Hilfsmittel nicht genutzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gummi- und Luftringe • Watteverbände • Kunstfelle • Wasserkissen |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Wirksamkeit der Lagerung wird regelmäßig überprüft. <ul style="list-style-type: none"> ○ Fingerdrucktest ○ Äußerungen des Bewohners über etwaige Schmerzen und mangelnden Liegekomfort. • Wenn die Schädigung der Haut nicht abnimmt, wird weicher gelagert und/oder häufiger umgelagert. Es muss aber allen Pflegekräften bewusst sein, dass trotz bester Weichlagerung die Entstehung eines Dekubitus niemals ausgeschlossen werden kann. • Wenn der Hautzustand des Bewohners entsprechende Fortschritte zeigt, können die Umlagerungsintervalle Schritt für Schritt gesteigert werden. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. | |
| <p>Dokumente:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte | |

| Standard "Pflege von Senioren mit Sensibilitätsstörungen" | | | |
|--|--|----------------------------|---|
| Definition: | <p>Sensibilitätsstörungen können verschiedene Ursachen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schädigung der Sinnesrezeptoren (etwa in den Fingerspitzen) • Störung der Weiterleitung des Reizes von den Sinnesrezeptoren in Richtung Gehirn • Beeinträchtigungen bei der Verarbeitung des Reizes im Gehirn <p>Es werden verschiedene Formen von Sensibilitätsstörungen unterschieden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperästhesie: Schmerz-, Temperatur- und Berührungsreize werden übersteigert intensiv wahrgenommen. • Hypästhesie: Sinnesreize werden nur herabgesetzt ("gedämpft") wahrgenommen. • Hypalgesie: Die Schmerzempfindlichkeit ist vermindert. • Hyperalgesie: Schmerzen werden übersteigert intensiv wahrgenommen. • Dysästhesie: Sinneswahrnehmungen werden zwar registriert, dann allerdings fehlerhaft verarbeitet und vom Bewusstsein wahrgenommen. So kann ein Bewohner eine leichte Berührung als schmerzhaft empfinden. • Parästhesie: Ohne dass ein auslösender Reiz vorliegt, verspürt der Bewohner subjektive Missempfindungen, also etwa ein Kribbeln, Taubheit, Schmerzen oder Brennen. <p>Gravierendste Folge der Sensibilitätsstörungen ist der Wegfall des Schutzreflexes bei Druck- oder Schmerzwahrnehmungen. Der Bewohner führt also keine druckentlastenden Bewegungen durch. Daraus resultiert ein deutlich gesteigertes Dekubitusrisiko.</p> | | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Empfindungen, auch Missempfindungen, sind für den Bewohner stets real. Wir akzeptieren dieses. Insbesondere unterlassen wir alle Vorhaltungen, dass er sich die Empfindungen lediglich einbilden könnte. • Sensibilitätsstörungen, deren Auslöser nicht bekannt ist, sind ein ernstes Warnsignal etwa für einen Tumor oder Multiple Sklerose. | | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Ursachen für die Sensibilitätsstörungen werden gefunden. • Der Bewohner hat keine Schmerzen. • Folgeerkrankungen werden vermieden, also insbesondere Druckgeschwüre. • Physikalische Anwendungen können risikolos durchgeführt werden. • Der Bewohner entwickelt Strategien, die die Auswirkungen der Sensibilitätsstörungen auf seine Lebensqualität begrenzen. | | |
| Vorbereitung: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Sammlung von Informationen</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Wir sammeln relevante Informationen und stellen diese dem Hausarzt zur Verfügung.</td> </tr> </table> | Sammlung von Informationen | Wir sammeln relevante Informationen und stellen diese dem Hausarzt zur Verfügung. |
| Sammlung von Informationen | Wir sammeln relevante Informationen und stellen diese dem Hausarzt zur Verfügung. | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Wann wurden die Sensibilitätsstörungen erstmalig festgestellt? • Wie wurden die Sensibilitätsstörungen bislang behandelt? Wie erfolgreich war die Therapie? • Welche Strategien hat der Bewohner bislang entwickelt, um mit den Sensibilitätsstörungen umzugehen? • Wo treten die Sensibilitätsstörungen auf? Nur in einzelnen Extremitäten, nur in einer Körperhälfte oder im ganzen Körper? • Treten die Störungen dauerhaft auf oder nur vorübergehend? • Lässt sich die Störung (etwa das "Ameisenlaufen") einer Körperstelle genau zuordnen oder ist der Ausgangspunkt eher diffus? • Welche Vitaldaten hat der Bewohner, wenn die Sensibilitätsstörungen auftreten, insbesondere Puls und Blutdruck? • Spürt der Bewohner ein Kribbeln, "Ameisenlaufen", Taubheit, Kälte, Wärme oder Schmerzen? • Ist die Beweglichkeit der betroffenen Extremität eingeschränkt? • Rutschen dem Bewohner gehäuft Gegenstände aus der Hand, weil er beim Greifen nicht mehr das notwendige Feingefühl in den Fingerspitzen besitzt? • Zeigt der Bewohner Gangunsicherheiten? • Welche Ursachen für die Sensibilitätsstörungen kommen in Frage? <ul style="list-style-type: none"> ○ Leidet der Bewohner unter peripheren Nervenschädigungen? ○ Ist die Durchblutung gestört? ○ Leidet er unter Diabetes mellitus? ○ Hat der Bewohner in der Vergangenheit einen Schlaganfall erlitten? ○ Leidet der Bewohner unter Vitaminmangel? ○ Gibt es sonstige neurologische Erkrankungen? ○ Hat der Bewohner in den letzten Jahren eine tiefe Schnitt- oder Quetschwunde |
|--|--|--|

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| | | <p>erlitten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nimmt der Bewohner Medikamente ein, deren Nebenwirkungen für die Sensibilitätsstörungen verantwortlich sein könnten? Dieses können etwa Schmerz- oder Schlafmittel sein. ○ Ist oder war der Bewohner Raucher? ○ Nimmt oder nahm er Drogen ein? ○ Ist oder war der Bewohner Alkoholiker? ○ Ist der Bewohner depressiv oder leidet er unter Angststörungen? |
| <p>Durchführung:</p> | <p>allgemeine Maßnahmen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird über die Gefahren informiert, die von den Sensibilitätsstörungen ausgehen. • Die Fuß- und Nagelpflege muss besonders vorsichtig erfolgen. • Massagen und Einreibungen können in einigen Fällen die Symptome lindern. • Bei Ataxie sollte der Bewohner krankengymnastische Übungen erhalten. • Auslösende Grunderkrankungen werden behandelt. Wir achten auf eine präzise Einnahme der dafür verschriebenen Medikamente. • Insbesondere bei immobilen Bewohnern müssen alle Prophylaxen sorgfältig durchgeführt werden. Dieses gilt vor allem für die Vermeidung von Druckgeschwüren. • Wenn das Lage- und Bewegungsempfinden ebenfalls gestört ist, besteht ein hohes Risiko für Stürze. Die entsprechenden Vorsorgemaßnahmen müssen sorgfältig durchgeführt werden. • Bei dementiell erkrankten Bewohnern kann die Basale Stimulation© genutzt werden. • Wir beachten den Wunsch eines Bewohners, wenn er nicht (oder nicht auf eine spezielle Weise) berührt werden will. • Wir hören dem Bewohner zu und bagatellisieren seine Ängste nicht. • Wir achten darauf, dass der Bewohner an Gruppenaktivitäten |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| | | <p>teilnimmt. Dieses lenkt von den Sensibilitätsstörungen ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner sollte keine einschnürende Kleidung tragen. Diese könnte die Durchblutung stören. |
| | <p>spezielle Maßnahmen bei Taubheitsgefühl</p> | <p>Wenn der Bewohner unter einem Taubheitsgefühl leidet, muss er vor Schädigungen geschützt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Winter wird der Bewohner vor Kälte geschützt, dieses insbesondere durch eine angemessene Bekleidung. • Die Wassertemperatur etwa beim Baden oder beim Duschen wird sorgfältig überprüft. • Physikalische Anwendungen wie etwa Wärmflaschen oder Wickel werden nur nach vorheriger ärztlicher Anordnung durchgeführt. Die Durchführung wird überwacht. • Wenn das Temperaturempfinden im Mund gestört ist, muss der Bewohner vor heißen Speisen und Getränken geschützt werden. • Die eingebende Pflegekraft muss daher die Temperatur prüfen (Getränkegläser etwa an der Innenseite des Unterarms). • Das Bett und der Rollstuhl des Bewohners werden regelmäßig auf harte und spitze Fremdkörper untersucht. Auf diese sollte sich der Bewohner nicht setzen. |
| | <p>spezielle Maßnahmen bei Missempfindungen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir prüfen, welche Bewegungen oder Pflegemaßnahmen Missempfindungen provozieren. • Wir berühren den Bewohner stets vorsichtig. Ggf. lassen wir die Hand einige Sekunden auf der Haut liegen und lassen den Rezeptoren Zeit, um den Reiz korrekt zu verarbeiten. • Es ist nicht sinnvoll, auf Berührungen zu verzichten. Dieses würde die Symptomatik langfristig nur verschlechtern. |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Maßnahmen und Angebote werden sorgfältig dokumentiert. • Bei relevanten Gesundheitsveränderungen wird umgehend der Hausarzt benachrichtigt. | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Die Pflegeplanung muss regelmäßig an die Fähigkeiten des Bewohners angepasst werden. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none">• Pflegebericht• Pflegeplanung |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none">• alle Mitarbeiter |

| Checkliste: Die passende Wechseldruckmatratze | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------|
| Kriterium | Vorgabe erfüllt? | | Bemerkung |
| | ja | nein | |
| Service | | | |
| Führt der Anbieter eine gründliche Einweisung der Pflegekräfte in das neue System durch? Ist der Anbieter bereit, diese Einweisung zu wiederholen, falls nicht alle Mitarbeiter beim ersten Termin erscheinen können? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Einweisung in das neue AD-System (Anti Dekubitus) schriftlich dokumentiert? (Ggf. müssen Sie nachweisen, dass Ihr Personal das AD-System korrekt beherrscht.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist das Handbuch für das AD-System für alle Mitarbeiter leicht verständlich? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird das System vom Anbieter regelmäßig gewartet und kontrolliert? Ist der Preis dafür bekannt und akzeptabel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Garantiert der Anbieter schnellen Ersatz, falls das AD-System einen Defekt haben sollte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ausstattung und Funktionalität | | | |
| Ist das AD-System leicht zu bedienen (gut erkennbare Piktogramme, Touch-Pad-Bedienfeld usw.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Lässt sich die Druckeinstellung des AD-Systems gut ablesen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wurde das AD-System mit einer Alarmfunktion ausgestattet (z.B. Netzausfallalarm)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sind die Anschlusschläuche stabil und knickfrei? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es verschiedene Modi für Wechseldruck, Statikbetrieb und Pflege? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es verschiedene Zeitzyklen für den Druckwechsel in den Kammern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| | | | |
| Gibt es eine Transportsicherung für einen reibungslosen Patiententransport? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Gibt es eine automatische Tastatursperre (Schutz vor unbeabsichtigten Eingaben)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Praxiswert | | | |
| Ist das System auch für Patienten mit mehr als 100 kg Körpergewicht geeignet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist das System für leichte, mittlere und schwere Druckgeschwüre geeignet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Lässt sich der Kompressor sicher am Bettkasten befestigen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist der Kompressor so leise, dass die Nachtruhe des Bewohners nicht gestört wird? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ist der Kompressor so befestigt, dass sich die Vibrationen nicht aufs Bett übertragen und Wahrnehmungsstörungen auslösen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Stört der Kompressor bei pflegerischen Tätigkeiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Lässt sich das AD-System unkompliziert reinigen? Ist die Oberfläche unempfindlich gegen Reinigungsmittel und Desinfektionsstoffe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Einstiegshöhe des Bettes durch das AD-System erhöht? Gibt es Probleme beim Patiententransfer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird die Lagerung des Bewohners durch das AD-System erschwert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wird der Bewohner durch das AD-System in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| Standard "Wundbehandlung Dekubitus" | |
|--|---|
| Definition: | <p>Ein Dekubitus ist eine Entzündung oder ein Geschwür auf der Haut. Er wird ausgelöst durch Druck und Reibung zwischen der Haut und einem darunter liegenden Knochen. In der Folge verschlechtert sich die Durchblutung, und Gewebe wird abgebaut.</p> <p>Die Geschwüre werden in verschiedene Schweregrade eingeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Stadium: Die Haut ist gerötet, aber äußerlich nicht geschädigt. Die gerötete Fläche ist nicht erwärmt und lässt sich nicht wegdrücken. • 2. Stadium: Eine Blasenbildung und Hautabschürfungen treten auf. Die Epidermis und die Dermis sind geschädigt. Wenn sich diese Hautschichten von der noch gesunden Haut ablösen, entsteht daraus ein leicht erkennbarer aber noch oberflächlicher Hautdefekt. Dieser kann stark nässen, ist infektionsanfällig und bereitet dem Bewohner große Schmerzen. • 3. Stadium: Alle Hautschichten sind geschädigt. Ein offenes, tiefes Geschwür ist entstanden. Sehnen, Muskeln und Bänder können sichtbar werden. Ein gelblicher Belag liegt auf Teilen der Wunde. • 4. Stadium: Das subkutane Fettgewebe ist zerstört, die direkt darunter befindliche Muskelmasse ist entzündet und geschwollen. Zusätzlich zu den Sehnen, Muskeln und Bändern sind nun auch die Knochen sichtbar. Eine Knochenmarkentzündung ist möglich. Nekrotisiertes Gewebe zeichnet sich als schwarze Fläche in der Wunde ab. Dessen Abbauprodukte können jederzeit zu einer lebensgefährlichen Sepsis führen. In tieferen Gewebeschichten können sich Taschen ausbilden. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Selbst mit der besten Pflege kann ein Dekubitus nicht immer verhindert werden. Daher ist ein Druckgeschwür kein Beweis für Pflegemängel. • Ein Dekubitus ist eine schwere Erkrankung, die schon im Frühstadium behandelt werden muss. • Ein Dekubitus darf niemals - auch nicht für kurze Zeit - druckbelastet werden. • Eine genaue Dokumentation der Wunde, der getroffenen Maßnahmen und der damit erzielten Wirkungen ist unverzichtbar. • Keine noch so gute Versorgung mit Lagerungshilfsmitteln oder Spezialmatratzen ersetzt das regelmäßige Umlagern. • Bei der Behandlung eines Dekubitus ist die Beseitigung der körperlichen Schädigungen nur ein Teil des pflegerischen Handelns. Ebenso wichtig ist die psychische Betreuung. • Wir arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen. Alle Anordnungen insbesondere zur Wundreinigung werden präzise umgesetzt, sofern dieses nicht offensichtlich veraltet oder |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | falsch sind. | |
| Ziele: | Allgemeine Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner darf nicht auf der geschädigten Hautregion liegen. • Die Schmerzbelastung ist so gering wie möglich. • Der Bewohner sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten körperlich aktiv bleiben. • Der Bewohner soll um die Gesundheitsgefahr wissen, die wichtigsten Vorsichtsmaßnahmen kennen und diese befolgen. |
| | Ziele bei einem Dekubitus 1. Grades: | <ul style="list-style-type: none"> • Die erste Rötung soll korrekt als Dekubitus 1. Grades erkannt werden. • Die Haut soll besser durchblutet werden und geschmeidiger werden. |
| | Ziele bei einem Dekubitus 2. Grades: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Schweregradveränderung soll korrekt erkannt werden. • Die Wunde muss infektionsfrei gehalten werden. • Die Blasen sollen abheilen. |
| | Ziele bei einem Dekubitus 3. Grades: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Wunde muss möglichst gut durchblutet werden. Sie sollte sauber und frei von Belägen sein. • Die Entzündungszeichen sollen abklingen. • Die Bildung von Granulationsgewebe muss gefördert werden. • Nekrosen sollen ggf. chirurgisch entfernt werden. • Eine Sepsis muss vermieden werden. |
| | Ziele bei einem Dekubitus 4. Grades: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Wunde muss feucht und sauber gehalten werden. • Nekrosen sollen ggf. chirurgisch entfernt werden. • Wundtaschen sollen sich zurückbilden. • Eine Sepsis muss vermieden werden. |
| Vorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Wir führen bei jedem Bewohner eine sorgfältige Dekubitusprophylaxe (laut Standard) durch. • Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. Es steht stets aktuelle Fachliteratur bereit. • Einige unserer Mitarbeiter sind darüber hinaus zu Wundbeauftragten weitergebildet worden. | |
| | Material zur Wundversorgung: | <ul style="list-style-type: none"> • Ringerlösung • Hautdesinfektionsmittel für die Hände |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Wund- und Schleimhautdesinfektionsmittel • sterile Saugkompressen • Knopfkanüle und Spritze zum Spülen der Wunde • Schere • Pinzette • 2 Paar sterile Einmalhandschuhe • Klebevlies zur vollflächigen Verbandsfixierung (sofern durch die Anwendung die umliegende Haut nicht weiter geschädigt wird) • jeweils benötigte Wundaufgabe • sterile Kompressen • Nierenschale • Abwurfbehälter |
| | <p>notwendige Informationen:</p> | <p>Die Pflegekraft stellt sicher, dass sie über alle Informationen verfügt, die sie für die Wundversorgung benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeiner Gesundheitszustand • bestehende Risikofaktoren, wie etwa Stoffwechselerkrankungen, Bewegungsmangel, Tabakkonsum, Übergewicht, Alkoholkonsum usw. • Allergien, etwa gegen Komponenten der Wundaufgaben erstes Auftreten, Ursache und Entwicklung der Wunde bisher eingesetzte Maßnahmen, Verbände und Wundaufgaben sowie die damit erzielten Ergebnisse • bisher aufgetretene Komplikationen wie etwa Entzündungen Schmerzbefinden des Bewohners • Medikamente, die der Bewohner nimmt |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Wundversorgung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ggf. erhält der Bewohner 30 Minuten vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel. • In einem Doppelzimmer wird entweder ein Sichtschutz aufgebaut oder der Mitbewohner für die Zeit nach draußen gebeten. • Der Bewohner wird über die anstehenden Maßnahmen informiert und um Zustimmung gebeten. • Der Bewohner wird bequem gelagert. Die betroffene Hautregion muss leicht zugänglich sein. • Die Pflegekraft führt eine hygienische Händedesinfektion durch. • Die Pflegekraft zieht sterile Schutzhandschuhe an. Darüber streift sie ein weiteres Paar steriler |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| | | <p>Schutzhandschuhe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegekraft entfernt den alten Verband und die Wundauflage. Sie entsorgt diese gemeinsam mit dem ersten Paar Schutzhandschuhe im Abwurfbehälter. • Die Pflegekraft zieht Ringerlösung auf und spült damit die Wunde aus. • Aus der Wunde fließende Ringerlösung wird mit einer Kompresse aufgesaugt. • Die Pflegekraft tränkt eine Kompresse mit Wunddesinfektionsmittel und reinigt die Wundumgebung von außen nach innen. • Die neue Wundauflage wird aufgebracht. • Die Wundauflage wird mit einer Saugkomresse abgedeckt. • Die Saugkomresse wird mit Klebevlies abgedeckt. |
| | <p>allgemeine Maßnahmen:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der Dekubitus wird sorgfältig dokumentiert (laut "Standard Wunddokumentation / Wundfotografie") • Wir achten zudem auf eine angemessene Schmerzbehandlung. Dass ein Bewohner nicht über Schmerzen klagt oder klagern kann, bedeutet nicht, dass er keine hat. Insbesondere vor belastenden Verbandswechseln wird vor Beginn der Maßnahme ein Schmerzmittel verabreicht. Wir bitten den Hausarzt um eine entsprechende Bedarfsmedikation. • Alle zur Dekubitusprophylaxe (laut "Standard Dekubitusprophylaxe") gehörenden Ernährungsregeln werden befolgt. Dazu zählen vor allem eine bessere Versorgung des Bewohners mit Flüssigkeit, Eiweißen, Vitamin C und Zink. • Der Bewohner wird konsequent mobilisiert. • Sofern dieses noch nicht im Verlauf der Dekubitusprophylaxe geschehen ist, erhält der Bewohner geeignete Lagerungshilfsmittel und eine Spezialmatratze. • Die Fersen werden frei gelagert. • Wir beachten, dass ein Dekubitus auch eine psychische Belastung für den Bewohner bedeutet. Wir begegnen ihm also mit besonders viel Verständnis und Zuwendung. Zusätzlich wirken wir einer sozialen Isolierung entgegen. • Wir reduzieren mittels geeigneter Maßnahmen und Prophylaxen die schädigenden Einwirkungen von außen auf die geschädigte Hautregion. Etwa: |

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| | | Schweiß, Urin oder Kot. |
| | verwendete Wundauflagen: | <p>Hydrokolloide: Sehr saugstarke Substanzen nehmen bei dieser Wundauflage das Wundsekret auf und binden dieses in einem gallertartigen Gel.</p> <p>Nach und nach bildet dieses Gel sichtbare Blasen, die größer werden und zu einem Gelkissen zusammenwachsen. Wenn das Gelkissen den Rand der Wundauflage erreicht, muss diese gewechselt werden.</p> <p>Wundauflagen auf Hydrokolloid-Basis verkleben nicht mit der Wunde. Dank guter Formbarkeit können damit auch solche Wunden versorgt werden, die aufgrund ihrer Lage sonst nur schwer bedeckt werden können (etwa am Hacken). Sie lassen sich gut mit der Kompressionstherapie vereinbaren.</p> <p>Ungeeignet sind diese Wundauflagen für infizierte Wunden oder Wunden mit starker Exsudation.</p> <p>Hydropolymere: Auch Verbandstoffe auf Hydropolymer-Basis sind in der Lage, Exsudat aufzunehmen. Allerdings bilden diese zumeist kein Gel, sondern geben die Feuchtigkeit durch eine semipermeable Folie an die Luft ab.</p> <p>Die Verbände erhalten ein feuchtes Wundklima und eignen sich für Wunden mit bis zu mittlerer Exsudation. Diese Auflagen gelten als gut verträglich und lassen sich präzise an die Wunde anpassen. Dadurch sind sie ebenfalls gut geeignet, unter dem Kompressionsverband oder -strumpf getragen zu werden.</p> <p>Alginate: Diese Kompressen und Tamponaden sind konzipiert für stark nässende, infizierte und tiefe Wunden. Das Exsudat mitsamt ggf. vorhandenen Keimen wird in einem Gel gebunden.</p> <p>Alginate können ggf. mit Hydrokolloiden kombiniert werden. Hierbei wird die Wunde mit Alginaten tamponiert und schließlich mit Hydrokolloidverbänden abgedeckt.</p> <p>Hydrogele: Hydrogelplatten sind ideale Auflagen für einen trockenen Ulcus cruris. Mittels Hydrogelen aus Tuben lassen sich Fibrinbeläge und nekrotisches Gewebe aufweichen.</p> |
| | Pflege eines Dekubitus 1. Grades: | <ul style="list-style-type: none"> • Die wichtigste Maßnahme ist eine Druckentlastung. Dieses beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> ○ periodisches Umlagern und |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Hilfestellung zur eigenständigen Bewegung. Dafür wird ein individueller Bewegungsplan erstellt, an den sich alle Pflegekräfte genau zu halten haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Freilagern oder Weichlagern der geschädigten Körperregion. Dafür können Lagerungskissen oder spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen verwendet werden. ○ Ggf. führen wir eine Hohllagerung durch. <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird aufgefordert, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten mehr zu bewegen. • Bei der Hautpflege wird darauf geachtet, dass: <ul style="list-style-type: none"> ○ die Haut sauber und trocken ist ○ unnötige Hautbelastungen vermieden oder minimiert werden ○ die Erfordernisse des jeweiligen Hauttyps beachtet werden (fettige Haut, trockene Haut usw.) |
| | <p>Pflege eines Dekubitus 2. Grades:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Bewegungsplan wird überarbeitet und angepasst. Das bedeutet, dass insbesondere die darin enthaltenden Lagerungsintervalle verkürzt werden. • Wir legen einen sterilen Schutzverband an. • Die Hautblasen werden regelmäßig überwacht. Kriterien sind Füllung und Größe sowie Hinweise auf eine Entzündung. • Wenn sich die Blasen entzünden, rufen wir den Hausarzt, damit dieser die Blasen entfernt oder die Flüssigkeit per Punktion abträgt. In keinem Fall öffnen wir die Blasen. Danach wird die Wunde steril und feucht verbunden, etwa mittels eines Hydrokolloidverbandes. |
| | <p>Pflege eines Dekubitus 3. Grades:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Bewegungsplan wird erneut überarbeitet und angepasst. Enthaltene Lagerungsintervalle werden verkürzt. • Lagerungen, die auch nur geringen Druck auf die geschädigte Hautregion ausüben, werden unterlassen. • Nekrosen erschweren die Wundbeobachtung, sind ein idealer Nährboden für Bakterien und hemmen die Bildung von Granulationsgewebe. Daher regen wir beim Hausarzt eine möglichst |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>schnelle chirurgische Entfernung größerer Nekrosen an. Kleinere Nekrosen werden enzymatisch abgebaut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn sich Granulationsgewebe bildet, wird die Wunde feucht gehalten, und es wird auf den weiteren Einsatz von Enzymen verzichtet. Wir nutzen dafür verschiedene Wundauflagen (s.o.). • Wenn die Epithelisierung beginnt, verzichten wir auf verklebende Verbände. • Wir achten auf Hinweise für eine Entzündung der Wunde: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schmerzempfindlichkeit ○ Erwärmung ○ Schwellungen ○ Rötungen ○ schmierige und übel riechende Beläge ○ Verfärbung des Verbandes • Gemeinsam mit dem Hausarzt prüfen wir den Einsatz von Antibiotika, um die Entzündung zu bekämpfen. Oftmals sind diese Wirkstoffe erst dann sinnvoll, wenn alle Nekrosen abgetragen sind. Eine systemische (den gesamten Organismus betreffende) Anwendung der Antibiotika ist vorzuziehen. Bei einem lokalen Einsatz dringen die Medikamente zumeist nicht tief genug in das Gewebe ein. Zudem erhöht sich das Risiko von Allergien. • Wir drängen stets darauf, per Abstrich den genauen Infektionsauslöser zu bestimmen. • Wir prüfen ebenfalls den Einsatz von silberhaltigen Wundauflagen bei infizierten oder infektionsgefährdeten Wunden. • Wir prüfen gemeinsam mit dem Hausarzt den Einsatz von sterilen Fliegenlarven. Diese Insekten sind in der Lage, Nekrosen abzubauen, ohne intaktes Gewebe zu beeinträchtigen. • Eine Auskühlung der Wunde wird vermieden. |
| | <p>Pflege eines Dekubitus 4. Grades:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn sich Wundtaschen bilden, wird der Bewohner möglichst auf der gegenüberliegenden Seite gelagert. Wundtaschen werden vorsichtig austamponiert. • Wenn Knochen und Sehnen freiliegen, ist eine selbstständige Heilung zumeist nicht mehr möglich. Wir prüfen in diesem Fall mit dem Hausarzt, ob eine Hauttransplantation erforderlich ist. • ansonsten wie bei einem Dekubitus 3. |

| | | Grades |
|-----------------------|--|--|
| | kontraindizierte Maßnahmen: | <ul style="list-style-type: none"> • prophylaktische Nutzung von Antiseptika. Diese Wirkstoffe dürfen nur auf ärztliche Anweisung angewandt werden. Es besteht das Risiko von allergischen Reaktionen. • Einsatz von Lokaldesinfektionsmitteln in der Wunde, da diese nicht nur auf die Keime eine toxische Wirkung haben, sondern auch auf das neu gebildete Gewebe. • Eisen und Föhnen, da diese Maßnahmen Keime in die Wunde tragen und die Hautschädigung verstärken. Zudem drohen Gewebeschäden durch Verbrennungen oder Vereisungen. • Baden des Bewohners, da dadurch Keime in die Wunde getragen werden könnten. (Ausnahme: Hydrokollodverband) • Hohllagerung der Fersen oder des Gesäßes mittels Luftring, da dieser zu viel Druck auf die umliegenden Hautregionen ausübt. • Zu weiche Matratzen, da diese die Immobilität fördern und das Körpergefühl stören. • Mercurochrom, da dieses Mittel aufgrund giftiger Bestandteile wie etwa Quecksilber keine Zulassung mehr besitzt. Zudem erschwert die Färbewirkung dieses Mittels die Hautbeobachtung. • Zinkpasten, da diese die Haut austrocknen • keine durchblutungsfördernden Salben oder Massagen, da diese oft zu einer starken Reizung führen. • Fettsalben: diese verstopfen die Hautporen und stören den Wärmeausgleich. Zudem wird oftmals der Säureschutzmantel beeinträchtigt. • Gummilaken, da diese die Feuchtigkeitsregulierung behindern. • veraltete Hausmittel wie Zahncreme, rohe Eier, Quark, Honig, Zucker • Franzbranntwein, da dieser die Haut entfettet. Dadurch entstehen Risse in der Haut, die das Eindringen von Keimen erleichtern. |
| Nachbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird nach dem Befinden und Schmerzen befragt. • Der Bewohner wird bequem gelagert. • Alle Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. | |

| | |
|----------------------------|--|
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none">• Wunddokumentation• Berichtsblatt• ärztliches Verordnungsblatt• Kommunikationsblatt mit dem Arzt• Pflegeplanung |
| Verantwortlichkeit: | <ul style="list-style-type: none">• Pflegefachkräfte |

| Standard "Dekubitusbehandlung: Ernährung" | | |
|--|--|---|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • In allen Wundheilungsphasen ist eine angemessene Ernährung entscheidend für die Gesundheit. Sie sollte stets eiweiß- und vitaminreich sein und ausreichend Mineralstoffe und Spurenelemente enthalten. • Fehlernährung ist etwas anderes als Mangelernährung. Ein Bewohner kann trotz eines guten BMI und eines "gesunden Aussehens" fehlernährt sein. • Der Einfluss der Ernährung auf die Heilung eines Dekubitus ist wissenschaftlich nicht lückenlos erforscht. Teilweise liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, etwa bei der Wirkung von Vitamin C oder bei der Aussagekraft von Blutuntersuchungen. Soweit keine belastbaren Forschungsergebnisse vorliegen, nutzen wir eigene Erfahrungswerte und pflegen unsere Bewohner nach bestem Wissen. • Das statistische Risiko einer Fehlernährung ist bei alten Männern höher als bei alten Frauen. | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Ohne eine Beseitigung von Ernährungsmängeln ist keine sinnvolle Dekubitus-Behandlung möglich. • Ernährungsdefizite werden nach Möglichkeit durch eine ausgewogene Speisewahl kompensiert, also durch die Zubereitung von frischen und hochwertigen Lebensmitteln. Die Nutzung von entsprechenden Ergänzungspräparaten ist nur die zweitbeste Wahl. • Eine parenterale Ernährung kommt nur in Betracht, wenn die Ernährungsdefizite auf keinem anderen Weg behoben werden konnten. • Die Vermeidung und die Behandlung von Dekubiti ist die gemeinsame Aufgabe des Pflegebereiches und der Hauswirtschaft. • Wir beraten den Bewohner zwar, machen ihm aber keine Vorschriften. Letztlich kann jeder Mensch selbst bestimmen, welche Nahrungsmittel er zu sich nimmt. | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Dekubitus heilt in möglichst kurzer Zeit aus. • Es entstehen keine neuen chronischen Wunden. • Der Ernährungszustand gefährdeter Bewohner ist stets bekannt. Ernährungsdefizite werden rechtzeitig festgestellt und behoben. • Der Ernährungszustand spiegelt sich in der Pflegeplanung wider. • Der Bewohner ernährt sich gesund und hat Spaß am Essen. • Angehörige werden in die Maßnahmen einbezogen. | |
| Vorbereitung: | Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft | <p>Wir arbeiten eng mit der Hauswirtschaft zusammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sofern im individuellen Fall sinnvoll nehmen Mitarbeiter der |

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| | | <p>Hauswirtschaft an Fallbesprechungen teil. Dieses insbesondere, wenn Ernährungsdefizite mitursächlich für einen Dekubitus sein könnten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Hauswirtschaft klärt im Dialog mit dem Bewohner, inwieweit dessen Lieblingsgerichte den Ernährungsvorgaben entsprechen. Ggf. ist es möglich, mit wenigen Modifikationen ein Lieblingsgericht deutlich "gesünder" zu gestalten. • Die Hauswirtschaft informiert den Pflegebereich über das Essverhalten des Bewohners. Relevant ist etwa, ob der Bewohner seinen Teller komplett leert oder nur Teile der Mahlzeit verspeist. |
| | <p>Organisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zu diesem Thema fortgebildet. • Wir erweitern unsere Bibliothek regelmäßig um aktuelle Fachbücher zu diesem Thema. Wir ermuntern unsere Pflegekräfte, diese Bücher zu lesen. • Ggf. suchen wir den Kontakt zu einer externen Diätassistentz/-beratung. • Wir setzen konsequent auf Bezugspflege. Durch den engen Kontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner lassen sich Defizite schneller finden und beseitigen. |
| | <p>Informationssammlung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Das Körpergewicht des Bewohners wird engmaschig überwacht. Die Messungen erfolgen nach Möglichkeit stets zur gleichen Tageszeit und unter vergleichbaren Bedingungen. • Der Taillenumfang (er ist ein guter Anhaltspunkt für die intraabdominale Fettmasse) wird regelmäßig ermittelt. • Wenn ein Bewohner gefährdet ist oder bereits unter einem Dekubitus leidet, beurteilen wir sein individuelles Ess- und Trinkverhalten. • Der Bewohner und seine Angehörigen werden von uns ausführlich beraten. Dem Bewohner wird nahe gelegt, ungesunde Ernährungsgewohnheiten abzulegen. Angehörige werden dringend gebeten, auf ungesunde Lebensmittel als Mitbringsel zu verzichten. |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Wir raten dem Bewohner insbesondere zu einer Normalisierung des BMI. Bei Übergewichtigen lastet zu viel Körpermasse auf der Wunde. Bei Untergewichtigen sind polsternde Gewebeschichten nicht vorhanden. • Wir prüfen, ob die Fehlernährung darin begründet liegt, dass der Bewohner eine (heimliche) Diät macht. In diesem Fall wird der Bewohner über die Risiken dieser Handlungsweise aufgeklärt. • Wir prüfen, ob sich der Bewohner "typisch" ungesund ernährt. Eine häufig anzutreffende Fehlernährung besteht aus Gries, Jogurt, Pudding, Keksen, Weißbrot und Marmelade. Der unvermeidliche Proteinmangel kann zur Ödembildung führen, was wiederum dazu führt, dass der Senior fälschlicherweise für adipös gehalten wird. • Wir prüfen mit dem behandelnden Hausarzt, ob eine Blutuntersuchung sinnvoll ist. Abhängig von den Ergebnissen planen wir die weiteren Schritte. • Wenn wir vermuten, dass die Fehlernährung funktionelle Ursachen hat, wird eine fachärztliche Untersuchung angeregt (HNO, Gastroenterologe) |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Entscheidungsfindung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir suchen den Kontakt zum behandelnden Hausarzt. Wenn wir eine gravierende Veränderung der Ernährung des Bewohners planen, muss der Hausarzt die wichtigsten Parameter kennen und diesen zustimmen. • Wir stimmen uns sorgfältig mit den hauswirtschaftlichen Mitarbeitern und ggf. externen Experten ab. • Die endgültige Entscheidung über seine Ernährung trifft der Bewohner. |
| | <p>Flüssigkeitsversorgung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner sollte mindestens 2,5 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen, davon ein Liter durch die Nahrung. Bei tiefen Hautschäden kann dieser Wert ggf. noch höher liegen. • Wenn der Bewohner aufgrund einer Wundinfektion unter Fieber leidet, |

| | | |
|--|-----------------|---|
| | | <p>erhöht dieses den Flüssigkeitsbedarf zusätzlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. führen wir ein Trinkprotokoll oder eine Flüssigkeitsbilanzierung. |
| | <p>Proteine</p> | <p>Ohne eine angemessene Protein- und Aminosäurenversorgung kann der Körper kein ausreichendes Binde- und Granulationsgewebe bilden. Die in der Wunde gebildete Haut reißt aufgrund der gestörten Kollagensynthese schon unter leichten Belastungen ein. Auch die Bildung von Enzymen sowie Hormonen ist von einer konstanten Versorgung abhängig. Aufgrund der verminderten Produktion von Immunglobulinen ist die Körperabwehr geschwächt.</p> <p>Da ein Proteinmangel in allen Wundheilungsphasen die Gewebeneubildung stört, achten wir auf eine angemessene Versorgung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die tägliche Proteinzufuhr sollte bei einem gesunden Menschen rund 0,8 g pro kg Körpergewicht betragen. • Im Rahmen der Dekubitusprophylaxe wird bei entsprechender Risikolage der Wert ggf. auf 1,2 g bis 1,5 g erhöht. • Im Rahmen der Behandlung eines bestehenden Dekubitus sollte die Zufuhr 1,5 g betragen. Bei sehr umfangreichen Wunden kann der Bedarf auf 1,9 g pro kg Körpergewicht ansteigen. • Ein Wert von 2.0 g pro kg Körpergewicht wird nicht überschritten. • Wir decken diesen Bedarf vor allem aus folgenden frischen Lebensmitteln: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fleisch ○ Fisch ○ Käse ○ Quark ○ Jogurt ○ Milch ○ Sojaprodukte ○ Hülsenfrüchte • Bei einem gravierenden Mangel kann Eiweiß u.U. auch als Infusion zugeführt werden. Ggf. erhält der Bewohner zusätzlich eiweißhaltige Trinkkost wie etwa |

| | | |
|--|-----------------|---|
| | | <p>Formitel© oder Meritene©. Diese gibt es in verschiedenen geschmacklichen Varianten und werden zumeist problemlos vom Bewohner akzeptiert. Üblich sind drei Portionen täglich zu jeweils 200 ml.</p> <p>Achtung: Der individuelle Bedarf kann deutlich abweichen. Es ist daher stets notwendig, die Details mit dem behandelnden Arzt zu klären!</p> |
| | <p>Vitamine</p> | <p>Vitamine sind ein wichtiger Faktor in der Wundheilung. Eine Unterversorgung kann die Genesung deutlich verzögern, ggf. sogar verhindern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir prüfen gemeinsam mit dem Hausarzt ob eine Kontrolle der Vitamine im Serum erforderlich ist. • Wir lassen klären, ob eine Respirationsstörung vorliegt. Falls dieses nicht der Fall ist, kann praktisch jeder Vitaminmangel durch geeignete Vitaminpräparate behoben werden. • Die Wahl des richtigen Vitaminpräparates erfolgt in enger Abstimmung mit dem Hausarzt. • Das wichtigste an der Wundheilung beteiligte Vitamin ist das Vitamin C. Ein Mangel schwächt das neu gebildete Gewebe und die Immunabwehr. Da dieses Vitamin über den Harnweg ausgeschieden wird, sollte der Bewohner mehrfach täglich frisches Obst und Gemüse zu sich nehmen und den Bedarf damit decken. (Richtwert 100 mg täglich, bei einem bestehenden Dekubitus bis zu 1000 mg täglich) • Vitamin E wird bei der Wundheilung als Antioxidanz benötigt. (Richtwert 11 bis 13 mg täglich) • Vitamin A ist ebenfalls bei der Gewebeneubildung erforderlich. Ein Mangel verzögert insbesondere die Epithelisierung und schwächt die Belastbarkeit des verletzten Hautareals. Karotten und Paprika sind gute Vitamin-A-Quellen. (Richtwert (0,8 bis 1 mg täglich) <p>Vitamin K normalisiert die Blutgerinnung. Ein Mangel führt zu häufigen Blutungen und somit zu</p> |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| | | <p>Hämatomen. Diese sind ein idealer Nährboden für schädliche Bakterien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sofern eine orale Aufnahme nicht möglich ist, können die Vitamine auch intravenös verabreicht werden. |
| | Spurenelemente | <ul style="list-style-type: none"> • Wir achten auf eine angemessene Versorgung mit Zink, da dieses Spurenelement bei der Wundheilung unverzichtbar ist. Zink wird bei der Proteinsynthese benötigt. Es ist Bestandteil von rund 300 wichtigen Enzymen. Insbesondere bei großflächigen Wunden kann der Bedarf leicht auf das Dreifache des Üblichen steigen, also auf einen Wert von 25 bis 50 mg pro Tag. Achtung: Eine Überdosierung kann die Immunabwehr schwächen und zu Beschwerden im Magen- und Darmbereich führen. • Eisenmangel gefährdet die Kollagenvernetzung sowie die Sauerstoffversorgung im Wundareal, da dieses Element bei der Bildung von Hämoglobin erforderlich ist. Männer sind seltener von einem Mangel betroffen als Frauen. Eisen sollte als Präparat nur dann zugeführt werden, wenn zuvor per Blutuntersuchung ein entsprechender Mangel festgestellt wurde. • Kupfermangel verhindert, dass sich Wunden schließen; es kommt zu einer Wunddehiszenz (auseinander klaffen der Wunde). • Sofern eine orale Aufnahme nicht möglich ist, können verschiedene Spurenelemente (vor allem Zink) auch intravenös verabreicht werden. |
| | Kohlenhydrate / Energie | <p>Wundheilung zwingt den Körper zu einer zusätzlichen Stoffwechsellistung. Diese ist nur möglich, wenn die entsprechend notwendige Energiemenge zugeführt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei kleinflächigen Dekubiti und Bettlägerigkeit liegt der Bedarf bei 25 bis 30 kcal pro kg Körpergewicht. • Bei einer umfangreicheren Wunde steigt dieser Wert auf 30 bis 35 kcal pro kg Körpergewicht. • Bei multiplen und sehr tiefen Wunden müssen 35 bis 45 kcal pro kg |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>Körpergewicht zugeführt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor allem im Vorfeld von geplanten chirurgischen Eingriffen, etwa im Rahmen einer Wundausschneidung, muss der Eiweißmangel beseitigt sein. |
| <p>Nachbereitung:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Wir beurteilen den Erfolg der Maßnahmen. Kriterien dafür sind insbesondere der Wundzustand und die Lebensqualität des Bewohners. • Der Ernährungszustand des Bewohners wird regelmäßig hinterfragt. Die Pflegeplanung wird permanent dem aktuellen Verhalten des Bewohners und seinem BMI angepasst. • Achtung: Mitunter zeigen sich die Erfolge einer gesünderen Ernährung erst verspätet. Dieses liegt daran, dass der Körper zunächst seine entleerten Reserven (etwa die Spurenelemente) auffüllt. • Alle Informationen werden sorgfältig dokumentiert. Dazu zählen insbesondere die Äußerungen des Bewohners und die Reaktionen der Pflegekräfte. • Etwaig aufgetretene Probleme werden ggf. auch im Qualitätszirkel thematisiert. • Die Zufriedenheit unserer Bewohner mit den Mahlzeiten wird regelmäßig in Kundenbefragungen überprüft. |
| <p>Dokumente:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Trink- und Ernährungsprotokoll • Ernährungsplan • Vitaldatenblatt (Gewicht) • Pflegeplanung |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte • Hauswirtschaftskräfte |

| Standard "Wundspülung" | | | |
|-------------------------------|--|----------|---|
| Definition: | <p>Die Wundspülung ist die Reinigung einer Wunde mittels Spüllösung. Damit sollen Eiter, Sekret, Gewebetrümmer oder nekrotisches Gewebe entfernt werden. Zusätzlich kann damit die Wunde feucht gehalten werden.</p> <p>Auch Wunden, die auf den ersten Blick sauber erscheinen, können ggf. mit steriler physiologischer Ringer- oder Kochsalzlösung vorsichtig gesäubert werden. Dieses ermöglicht einen Überblick über die Wundverhältnisse.</p> <p>Als Indikation für eine Wundspülung gilt in unserer Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wundsäuberung in allen Wundheilungsphasen (Granulations- und Epithelisierungsphase zumeist nicht notwendig, Arztanordnung beachten) • bei infizierten und kontaminierten Wunden • bei Verbands- oder Arzneimittelrückständen | | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Wir arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen. Alle Anordnungen insbesondere zur Wundreinigung werden präzise umgesetzt. • Wir verwenden niemals Leitungswasser für die Wundspülung. • Pflegekräfte dürfen Maßnahmen zur Wundreinigung nur dann durchführen, wenn sie entsprechend qualifiziert sind und eine Einweisung durch den Hausarzt durchgeführt wurde. • Fragen zur Delegation ärztlicher Maßnahmen (etwa bei der Wundreinigung) werden mit dem Hausarzt diskutiert. Wir bestehen darauf, dass unsere Pflegekräfte rechtlich abgesichert sind. Wenn nicht klar ist, ob eine durchzuführende Maßnahme delegierbar ist, verweigern wir die Durchführung und lassen die Maßnahme vom Arzt durchführen. | | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Fremdkörper, Zellrückstände und Keime sollen ausgeschwemmt werden. • Nekrosen und Beläge sollen gelöst werden. • Risikofaktoren sollen vermieden werden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Auskühlen der Wunde (unter 28°C findet keine Wundheilung mehr statt) ○ Keimverschleppung ○ Verletzung und Gewebeschädigungen ○ Mazeration | | |
| Vorbereitung: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">Material</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Material zum Verbandswechsel (laut Standard) • Bettschutz • Ringerlösung / NaCL 0,9% • sterile 20ml-Spritze • Kanüle, sterile Knopfkanüle oder Einmalspülkatheter • Nierenschale und Zellstoff </td> </tr> </table> | Material | <ul style="list-style-type: none"> • Material zum Verbandswechsel (laut Standard) • Bettschutz • Ringerlösung / NaCL 0,9% • sterile 20ml-Spritze • Kanüle, sterile Knopfkanüle oder Einmalspülkatheter • Nierenschale und Zellstoff |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Material zum Verbandswechsel (laut Standard) • Bettschutz • Ringerlösung / NaCL 0,9% • sterile 20ml-Spritze • Kanüle, sterile Knopfkanüle oder Einmalspülkatheter • Nierenschale und Zellstoff | | |

| | | |
|-----------------------------|---------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • desinfizierende Lösung, soweit ärztlich verordnet |
| | <p>Organisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Wundversorgung fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit. • Wir benennen einen Wundbeauftragten, der eine entsprechende Weiterbildung erhält. • Wir bitten ggf. den Hausarzt um eine Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung. • ggf. erhält der Bewohner 30 Minuten vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel. • In einem Doppelzimmer wird entweder ein Sichtschutz aufgebaut oder der Mitbewohner für die Zeit nach draußen gebeten. • Der Bewohner wird über die anstehenden Maßnahmen informiert und um Zustimmung gebeten. • Das Bett wird mit einer geeigneten Schutzauflage vor Durchfeuchtung geschützt. • Die Spüllösung wird auf Körpertemperatur erwärmt. • Der Bewohner wird bequem gelagert. Die betroffene Hautregion muss leicht zugänglich sein. • Die Pflegekraft führt eine hygienische Händedesinfektion durch. • Die Pflegekraft zieht sterile Schutzhandschuhe an. Darüber streift sie ein weiteres Paar steriler Schutzhandschuhe. • Die Pflegekraft entfernt den alten Verband und die Wundaufgabe. Sie entsorgt diese gemeinsam mit dem ersten Paar Schutzhandschuhe im Abwurfbehälter. |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Spülung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aseptische Wunden werden immer vor septischen Wunden versorgt, um eine Keimverschleppung zu vermeiden. • Die Wunde wird mit der Spüllösung gesäubert. Eine Benässung der weiteren Wundumgebung ist zu verhindern. • Zum Auffangen der Flüssigkeit wird die Nierenschale oder eine Kompresse unter die Wunde gehalten. • Bei Taschen, Gängen oder tief zerklüfteten Wundbereichen kann die Spritze mit einer Knopfkanüle oder einem Frauenkatheter versehen werden. • Mit der Knopfkanüle kann zudem das Wundareal vorsichtig sondiert werden. Gleichzeitig lässt sich so die Taschentiefe ermitteln. • Bei erheblichen Verschmutzungen sind große Mengen Flüssigkeit für die Säuberung |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>notwendig. In diesem Fall sollte nur Ringerlösung verwendet werden, da diese eine Elektrolytverschiebung im Wundareal verhindert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Granulationsphase sollte ausschließlich Ringerlösung verwendet werden. • Zur Wunddesinfektion kann z.B. Polyvidon-Iod genutzt werden. Dieses bedarf aufgrund des Allergierisikos einer ärztlichen Verschreibung. • Eine Wunde wird immer mit nur mäßigem Druck gespült. Dafür kann ggf. eine kleine Kanüle genutzt werden. Bei zu hohem Druck wird die Wunde zwar deutlich besser gesäubert, gleichzeitig jedoch werden Keime von der Oberfläche in die Tiefe gepresst. • Der Wundrand muss nach der Spülung getrocknet werden, damit die neue Wundauflage haften kann. Die Pflegekraft tupft den Wundrand dafür sorgfältig sauber. |
| | weitere Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Die passende Wundauflage wird aufgebracht und das gesamte Areal verbunden (laut Standard) • Der Wundzustand wird dokumentiert (laut Standard) |
| Nachbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Abfälle werden entsorgt. Spitze Gegenstände wie Kanülen müssen in fest umschlossenen Behältern entsorgt werden, um Stichverletzungen zu vermeiden. • Der Bewohner wird nach dem Befinden und Schmerzen befragt. • Der Bewohner wird bequem gelagert. • Alle Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. • Der Bestand an Verbrauchsmaterial wird überprüft und ggf. eine Nachbestellung eingeleitet bzw. der Arzt um ein Rezept gebeten. • Angebrochene Spüllösungen werden nach spätestens 24 Stunden verworfen. | |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte | |

| Standard "Vakuumversiegelung" | |
|--------------------------------------|---|
| Definition: | <p>Die Vakuumversiegelung ist eine technisch aufwändige aber sehr effektive Behandlung von akuten und chronischen Problemwunden.</p> <p>Ein offenporiger Schaumstoff wird entsprechend der Wundgröße zurechtgeschnitten und in der Wunde platziert. Danach wird das Wundareal mit einer luftdichten Folie abgedeckt. Mittels eines eingelegten Schlauches wird nun in der Wunde ein Unterdruck erzeugt. Überschüssiges Wundsekret, Zelltrümmer und Bakterien werden so aus der Wunde befördert.</p> <p>Unter diesen Bedingungen entsteht ein ideal feuchtes Wundmilieu, das zu einer deutlich schnelleren Wundheilung führt.</p> <p>Die wichtigsten Vorteile gegenüber anderen Methoden sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das System ist auch bei großflächigeren Wunden einsetzbar. • Wundödeme bilden sich zumeist schnell zurück. • Es ist eine flächenhafte Drainage des überflüssigen Wundsekrets möglich. • Die Wundreinigung ist sehr effektiv. • Insbesondere infizierte Wunden lassen sich per Vakuumversiegelung gut therapieren. • Bei inkontinenten Bewohnern droht keine Kot- oder Urinverschmutzung der Wunde. • Die Zellmigration ist deutlich gesteigert. Es bildet sich relativ schnell gut durchbluteter Granulationsrasen. • Das Wundbett wird durch die Kontraktion heilungsfördernd geformt. • Die Schmerzbelastung ist relativ gering. • Eine ambulante Versorgung ist möglich. • Der Bewohner kann schneller mobilisiert werden (eine mobile Pumpe vorausgesetzt). • Der im Vergleich zu anderen Therapien seltenere Verbandswechsel und die schnellere Wundheilung reduzieren die Kosten. <p>Die wichtigsten Nachteile der Methode sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist relativ viel Technik notwendig. Die Apparate und das Zubehör sind entsprechend teuer. • Die Methode ist technisch anspruchsvoll und kann nur von einschlägig fortgebildeten Pflegekräften genutzt werden. • Es entsteht ein höherer Personalaufwand, da eine lückenlose Kontrolle des Vakuums notwendig ist. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Eine falsch angewandte Vakuumversiegelung kann die Gesundheit des Bewohners schädigen, etwa zu Nekrosen führen und die Wunde austrocknen. • Wir arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen. Alle Anordnungen insbesondere zur Wundreinigung werden präzise |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | <p>umgesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte dürfen Maßnahmen zur Wundversorgung nur dann durchführen, wenn sie diesbezüglich qualifiziert sind und eine Einweisung durch den Hausarzt durchgeführt wurde. • Fragen zur Delegation ärztlicher Maßnahmen (etwa bei der Wundreinigung) werden mit dem Hausarzt diskutiert. Wir bestehen darauf, dass unsere Pflegekräfte rechtlich abgesichert sind. Wenn nicht klar ist, ob eine durchzuführende Maßnahme delegierbar ist, verweigern wir die Durchführung und lassen die Maßnahme vom Arzt durchführen. | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Stimulation von Gewebsneubildung • Förderung der Granulation • Verbesserung der Durchblutung im Wundbereich • Reinigung der Wunde • Abtransport von Bakterien und Zelltrümmern • Reduktion der Keimbesiedlung • Vermeidung von Kreuzinfektionen • Reduktion des Wundödems • Vermeidung der häufigsten Komplikationen, insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Druckstellen durch den Drainageschlauch ○ Bildung von feuchten Kammern bei unbemerktem Druckausgleich ○ unbemerktes Absaugen großer Blutmengen | |
| Vorbereitung: | Indikation | <p>Wir prüfen den Einsatz der Vakuumversiegelung, wenn der Bewohner an folgenden Wundarten leidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • traumatische Wunden, etwa offene Frakturen, Kompartmentsyndrom usw. • septische Problemwunden • chronische Wunden, etwa Dekubitus, Ulcus cruris, diabetischer Fuß usw. • Wunden mit Wundheilungsstörungen • Nahtdehiszenz (aufklaffende oder sich spaltende Wunden) • stark sezernierende (absondernde) Wunden • Hauttransplantate, insbesondere "Mesh Graft" (Maschen- oder Netztransplantat) • Verbrennungswunden |
| | Kontraindikation | <p>Bei folgenden Krankheitsbildern ist eine Vakuumversiegelung nicht möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unbehandelte Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung, meist mit Knochenentzündung) • maligne Tumore im Wundareal • Fistelgänge zu Organen • freiliegende Gefäße • Gewebsnekrosen |

| | | |
|----------------------|--------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Antikoagulantientherapie <p>Bei folgenden Krankheitsbildern ist eine Vakuumversiegelung nur eingeschränkt möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktive Blutungen • Gerinnungsstörungen |
| | Material | <ul style="list-style-type: none"> • Material zum Verbandswechsel (laut Standard) • Einwegbehälter zur Aufnahme des Wundsekrets (max. 250 ml Fassungsvermögen) • PVA-Schaum • Drainage • Unterdruck erzeugendes Gerät (Redon-Saugdrainage oder besser Pumpe) • transparenter Filmverband • ggf. Gelstreifen oder Stomamodellierstreifen zwecks Unterpolsterung und Abdichtung des Übergangs Drainageschlauch zur Wundfolie |
| | Organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Wundversorgung fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit. • Wir benennen einen Wundbeauftragten, der eine entsprechende Weiterbildung erhält. • Wir bitten ggf. den Hausarzt um eine Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung. • ggf. erhält der Bewohner 30 Minuten vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel. • In einem Doppelzimmer wird entweder ein Sichtschutz aufgebaut oder der Mitbewohner für die Zeit nach draußen gebeten. • Der Bewohner wird über die anstehenden Maßnahmen informiert und um Zustimmung gebeten. |
| Durchführung: | Vakuumversiegelung | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird bequem gelagert. Die betroffene Hautregion muss leicht zugänglich sein. • Die Pflegekraft legt eine Einmalplastikschürze an. • Die Pflegekraft führt eine hygienische Händedesinfektion durch. • Die Pflegekraft zieht sterile |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Schutzhandschuhe an. Darüber streift sie ein weiteres Paar steriler Schutzhandschuhe.</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Pflegekraft entfernt den alten Verband und die Wundauflage. Sie kontrolliert die alte Wundauflage auf Haftung, Exsudat und Geruch. Danach wird sie im Abwurfbehälter entsorgt gemeinsam mit dem ersten Paar Schutzhandschuhe.• Haftet der Schwamm zu stark, wird er mit NaCl 0,9 % oder Ringerlösung befeuchtet.• Der PVA-Schwamm wird auf die Wundgröße zugeschnitten, dabei ist darauf zu achten dass keine Schwammreste in die Wunde fallen. Der Schwamm sollte etwas kleiner als die Wunde selbst sein. Die Wundränder müssen sichtbar bleiben. Es wird beachtet, dass bei Unterdruck nur die Höhe des Schwamms abnimmt, der Durchmesser aber fast gleich bleibt. Wenn der Schwamm zu groß ist, kann es zu petechialen Blutungen kommen.• Der Schwamm wird in die Wunde gelegt.• Die Wundauflage wird mit einem Filmverband versiegelt. Dieser sollte mindestens 5 cm über den Wundrand hinausragen. Die Folie muss ohne Zug oder Spannung aufgebracht werden, da sich sonst Spannungsblasen bilden können.• Weiterhin ist zu beachten, dass die Folie in maximaler Beugung auf die Wunde aufgelegt wird, da es sonst bei späteren Bewegungen des Bewohners zu Problemen kommen kann. Falten, die sich ggf. später auf der Folie bilden, beeinträchtigen die Wirkungsweise nicht. Das Vorgehen:<ul style="list-style-type: none">○ Die Folie wird 5 cm vom Wundrand entfernt auf die Haut aufgesetzt und locker über den nicht komprimierten Schwamm gelegt.○ Auf dem gegenüberliegenden Wundrand wird die Folie nun ebenfalls so aufgesetzt, dass rund 5 cm Überlappung bleiben.○ Bei großen Wunden kann es zweckmäßig sein, die Folie in Streifen zu schneiden und diese dachziegelartig übereinander zu kleben. |
|--|--|--|

| | | |
|------------------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Drainageschlauch darf keine Wundkanten berühren, da es sonst zu weiteren Druckstellen kommen kann. ○ Die Drainage wird angeschlossen. ○ Die Klemmen werden überprüft. ○ Die Therapie wird gestartet. Der Druck sollte langsam aufgebaut werden, um die Schmerzen zu reduzieren. ○ Der Unterdruck sollte zwischen 0,8 bar (bei einer frischen Wunde) und 0,4 bar (bei einer chronischen Wunde) gewählt werden. ○ Sobald das Vakuum besteht, sollte dieses regelmäßig überwacht werden. Ein unbemerkter Druckausgleich kann zu einem beschleunigten Keimwachstum, Wundtaschen und Sekretstau führen. ○ Der Verband wird alle 48 Stunden gewechselt. Bei infizierten Wunden ist ein Verbandswechsel zumeist alle 12 Stunden notwendig. ● Der Auffangbecher wird spätestens einmal in der Woche gewechselt, unabhängig davon, ob er bereits vollständig gefüllt ist. |
| | <p>weitere Maßnahmen</p> | <p>Wir dokumentieren alle relevanten Informationen. Etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitaldaten wie Körpertemperatur, Puls, Blutdruck ● Schmerzäußerungen ● Entzündungszeichen wie Funktionsstörungen, Überwärmung, Schwellungen usw. ● Zustand der Wundränder, also Spannung, Nekrosenbildung usw. ● Lokalisation der Wunde ● Größe und Tiefe der Wunde ● Sekretion ● Impfzustand des Bewohners, insbesondere Tetanusschutz ● Art der bislang durchgeführten Therapie ● Bereitschaft des Bewohners, sich an der Behandlung zu beteiligen |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Abfälle werden entsorgt. Spitze Gegenstände wie Kanülen | |

| | |
|--|--|
| | <p>müssen in fest umschlossenen Behältern entsorgt werden, um Stichverletzungen zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird nach dem Befinden und Schmerzen befragt. • Der Bewohner wird bequem gelagert. • Alle Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert. • Ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. • Der Bestand an Verbrauchsmaterial wird überprüft und ggf. eine Nachbestellung eingeleitet bzw. der Arzt um ein Rezept gebeten. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte |

| Standard "Schmerzmanagement" | |
|-------------------------------------|--|
| Definition: | <p>Schmerzen sind Sinneswahrnehmungen, die vom Betroffenen als unangenehm oder leidvoll empfunden werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der akute Schmerz ist eine Reaktion des Körpers auf eine Verletzung oder Krankheit und bewirkt ein entsprechendes Schonverhalten. Es handelt sich dabei also um eine wichtige Schutzfunktion des Organismus. • Der chronische Schmerz wird nicht durch eine aktuelle Schädigung des Körpers verursacht, sondern geht zumeist auf eine Fehlfunktion des Zentralen Nervensystems, insbesondere der Schmerzrezeptoren zurück. Der chronische Schmerz hat keine biologisch sinnvolle Funktion. • Eine moderne Schmerzbehandlung beseitigt Schmerzen oder lindert sie soweit, dass die Beschwerden für den Bewohner erträglich sind. |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Jeder Mensch hat einen Anspruch auf ein schmerzfreies oder zumindest möglichst schmerzarmes Leben und Sterben. • Wir arbeiten eng mit den Hausärzten unserer Bewohner zusammen. • Schmerzen sind Warnsignale, die auf potentielle Verletzungen oder Krankheiten hindeuten. Im Interesse der Gesundheit unserer Bewohner sollte jeder Schmerz mit unbekannter Ursache medizinisch überprüft werden. • Schmerzen sind eine subjektive Erfahrung. Wir schenken dem Schmerzempfinden unserer Bewohner Glauben, selbst wenn es scheinbar keine medizinische Ursache für die Beschwerden gibt. • Das Klagen über Schmerzen kann auch ein menschlicher Hilferuf sein, etwa der unterschwellige Wunsch nach mehr Beachtung. Diesem Umstand sind wir uns immer bewusst. • Das Vorenthalten notwendiger Medikamente oder die Verabreichung von Placebos, also unwirksamen Scheinmedikamenten, ist unethisch und wird nicht geduldet. Sollte ein entsprechendes Gespräch zwischen Pflegedienstleitung und Hausarzt kein Ergebnis erbringen, wird dem Bewohner ein Arztwechsel empfohlen. Auch Pflegekräfte dürfen keine Placebos einsetzen. • Wir wissen, dass sich die Schmerzschwelle im Alter keineswegs erhöht. Die häufig vertretene Ansicht, dass alte Menschen weniger schmerzempfindlich sind, ist falsch. • Wir wissen, dass Menschen mit Demenz oder Delir häufig nicht in der Lage sind, ihr Schmerzempfinden mitzuteilen. Daher achten wir bei diesen Bewohnern besonders intensiv auf entsprechende Signale. • Wir beachten kulturelle und religiöse Beschränkungen hinsichtlich der Verwendung von Narkotika. • Wir achten alternative Methoden zur Schmerzbekämpfung, insbesondere wenn diese bereits von den Bewohnern praktiziert werden. Etwa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitze- oder Kälteanwendungen |

| | |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Akupunktur und -pressur ○ therapeutische Berührungen ○ Yoga ○ Hypnose ○ Meditation ○ Heilpflanzen wie etwa Bachblüten ○ Biofeedback |
| <p>Ziele:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • idealerweise Beseitigung des Schmerzauslösers • Vermeidung von Schmerzen • Beseitigung oder - wenn dieses nicht möglich ist - größtmögliche Reduktion des Schmerzes • Sicherung eines selbst bestimmten und lebenswerten Lebens. Insbesondere Erhaltung der Fähigkeit zur Selbstpflege • Vermeidung von Medikamentenabhängigkeiten • möglichst geringe Dosierung der Medikamente • Vermeidung unnötiger Wechselwirkungen von Medikamenten • Schmerzbedingtes Schonverhalten wird vermieden (etwa: Vermeidung von Bewegungen eines arthritischen Gelenkes und daraus resultierende fortschreitende Immobilität) • Beratung der Bewohner, ausräumen unzutreffender Ängste hinsichtlich des Einsatzes von Schmerzmitteln |
| <p>Vorbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Unsere Pflegekräfte werden regelmäßig zum Thema Schmerzen und Schmerzmanagement fortgebildet. • Wir halten stets aktuelle Fachliteratur zum Thema Schmerzen bereit. • Einzelne Pflegekräfte haben am Seminar "Schmerztherapie in der Altenpflege" teilgenommen. • Für Bewohner, die sich nicht verbal äußern können, halten wir eine Schmerzbeurteilungsskala bereit. Diese besteht aus einer Leiste und einem Schieber, der über zehn Stufen zwischen zwei Grundwerten (0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz) bewegt werden kann. |
| <p>Durchführung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bei Schmerzen, die auf Herzinfarkt, Thrombosen o.Ä. hindeuten, wird sofort ein Notarzt gerufen. • Sofern ein Arztbesuch nicht notwendig erscheint, versuchen wir die Schmerzen zu lindern (z.B. Kühlung, druckentlastende Lagerung usw.) • Mit Beginn der Schmerztherapie wird deren Wirksamkeit laufend überwacht und die Ergebnisse dokumentiert. Die Schmerzäußerungen des Bewohners werden im Schmerzprotokoll festgehalten. Die Erfassung erfolgt viermal pro Tag. Die Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ort des Schmerzes (ggf. soll der Bewohner auf die schmerzende Stelle zeigen) ○ Intensität des Schmerzes, ggf. Veränderungen der Intensität (z.B. klopfend, stechend, krampfartig, dumpf, brennend usw.) ○ Häufigkeit des Schmerzes innerhalb eines Monats ○ Dauer der Schmerzzustände ○ tageszeitliche Häufung der Schmerzzustände |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ mutmaßlicher Auslöser des Schmerzes ○ Auswirkung des Schmerzes (z.B.: Bewohner trinkt nicht aufgrund intensiver Schluckbeschwerden) ○ Form der Schmerzäußerung (Stöhnen, verkrampfte Haltung, Schongang usw.) • Weitere Faktoren, die für die Beurteilung des Schmerzes relevant sein könnten, werden erfasst: <ul style="list-style-type: none"> ○ bislang eingesetzte Methoden zur Schmerzbekämpfung und deren Wirksamkeit ○ Akzeptanz bzw. Ablehnung von Narkotika ○ Beurteilung der Gehfähigkeit und des Sturzrisikos ○ mentaler Zustand, ggf. bestehende Depressionen • Bei Bewohnern, die unter Depressionen oder Demenz leiden, wird die Einnahme von Narkotika überwacht. Eine Hortung der Medikamente sollte vermieden werden. • Bewohner werden darauf hingewiesen, dass sie verordnete Medikamente nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt absetzen oder die Dosierung ändern sollten. • Vor ggf. schmerzhaften Prozeduren wird der prophylaktische Einsatz von Schmerzmitteln geprüft. • Wir informieren unsere Bewohner über nicht-pharmakologische Schmerztherapien wie etwa Entspannungsübungen. • Schmerz auslösende oder Schmerz verstärkende Zustände werden vermieden, etwa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Harnverhalt ○ Dekubitus ○ Stuhlverstopfung ○ Unter- und Mangelernährung • Bewohner, die ein starkes Schmerzmittel zum ersten Mal erhalten, werden engmaschiger überwacht. • Bei der Einnahme der Schmerzmittel achten wir darauf, dass die Mittel zu den verordneten Zeiten eingenommen werden. Der Analgetikaspiegel darf die therapeutische Breite nicht verlassen. • Schmerzfreiheit wird als Ziel in der Pflegeplanung vermerkt. |
| Nachbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Bewohner werden regelmäßig zu ihren Schmerzen befragt. Diese Daten werden gesammelt und statistisch aufbereitet. Anhand der Informationen wird der Erfolg des Schmerzmanagements bewertet. • Die im Schmerzprotokoll gesammelten Informationen werden regelmäßig mit dem Hausarzt besprochen. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation • Schmerzprotokoll |
| Qualifikation / Verantwortlichkeit: | <ul style="list-style-type: none"> • alle Pflegefachkräfte |

| Schnelltest: Wunddokumentation | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Name des Bewohners, dessen Wunddokumentation überprüft wurde: | | | |
| Datum der Überprüfung: | | | |
| Anmerkung: | | | |
| Wurden die folgenden Kriterien in der Wunddokumentation erfüllt? | erfüllt | | Anmerkung |
| | ja | nein | |
| Geburtsdatum des Bewohners | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| vollständiger Name des Bewohners | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Blattnummer, Datum der Erstellung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Datum, an dem die Wunde festgestellt und erstmals beurteilt wurde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Vermerk, ob die Wunde schon beim Einzug bestand | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Lokalisation der Wunde. Nutzung einer angemessenen Fachsprache, also etwa "distal", "lateral" usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Art der Wunde (Amputationswunde, Tumorwunde, Dekubitus, Ulcus cruris, postoperative Wundheilungsstörung) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| zusätzliche Einflussfaktoren auf die Wunde wie etwa Rauchen, Alkoholmissbrauch, Immunschwäche, Inkontinenz, Polyneuropathie, Skelettdeformierungen, Frakturen, Hauterkrankungen (Ekzeme), eingeschränkte Mobilität, Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen, arterielle Verschlusskrankungen, chronisch venöse Insuffizienz, Kachexie, Adipositas usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| verwendete Pflegehilfsmittel, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| insbesondere Wechseldruckmatratzen, Lagerungssysteme usw. | | | |
| Schweregrade der Wunde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Größe der Wunde (Länge, Breite, Tiefe) in Zentimeter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wundkriterien wie Nekrosen (trocken / feucht), Fibrinbelag (schmierig / dick), Granulationsgewebe (rot / blass), Epithelisierung (vom Rand / vollständig) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Existenz von Wundtaschen und -höhlen. Tiefe und Ausrichtung der Tasche/Höhle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Zustand des Wundrands, also Rötung, Überwärmung, Schwellungen usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Maßnahmen zur Hautpflege am Wundrand | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Funktionseinschränkungen der Gliedmaße, auf der sich die Wunde befindet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beschreibung der Wundumgebung, also Ekzeme, Mazeration, Schwellungen, Überwärmungen usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beschreibung der Strukturen am Wundgrund, also etwa ob Epidermis, Subkutis, Muskeln oder Knochen zu sehen sind. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beschreibung des Wundexsudats, also Menge und Beschaffenheit (eitrig, wässrig, trübe, blutig usw.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wundschmerzen (ggf. Nutzung einer Skala zur Abschätzung der Schmerzintensität) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wundgeruch, also süßlich, jauchig, faulig usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Wundreinigung (chirurgisch, autolytisch, bioaktiv per Maden, Spülung per Ringerlösung usw.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beschreibung des Verbands (Alginate, Folien, Hydrogele, Hydrokolloide usw.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| eingesetzte Medikamente, etwa systemische Antibiotikagabe, Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung, Cortison usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| zusätzliche Therapien (z.B. Zusatznahrung, Trinknahrung, Physiotherapie, Kompressionstherapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allergien, vor allem auf Verbandsstoffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fotodokumentation (einmal in der Woche sowie bei jeder relevanten Veränderung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zustimmung des Bewohners zur Fotodokumentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Datum der Beurteilung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Name der beurteilenden Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Handzeichen und Unterschrift als Bestätigung der Durchführung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Standard "Wundfotografie" | | |
|----------------------------------|---|---|
| Definition: | <ul style="list-style-type: none"> • Fotografien sind ein geeignetes Mittel, um den Zustand einer Wunde und den Heilungsverlauf zu dokumentieren. Schriftliche Wundbeschreibungen können fehlerhaft und unvollständig sein. Sie bieten zudem Raum für Fehlinterpretationen. • Es fällt mitunter schwer, von Verbandswechsel zu Verbandswechsel eine Entwicklung festzustellen. Der Vergleich zweier Fotos, deren Erstellung sechs oder acht Wochen auseinander liegt, liefert zumeist zuverlässigere Informationen. • Wir nutzen für die Dokumentation ausschließlich Digitalkameras. Die Fotos sind schnell verfügbar, können als Datei archiviert und in hoher Qualität ausgedruckt werden. • Wir nutzen zwei Dateiformate parallel: <ol style="list-style-type: none"> 1. JPEG-Bilder: Dabei handelt es sich um fertige Fotos, die mit jedem PC angezeigt und ausgedruckt werden können. 2. RAW-Dateien: Diese Dateien sind das Gegenstück zum Negativstreifen der alten Schmalfilmkameras. Sie werden von der Kamera zum Zeitpunkt der Aufnahme erstellt. Sie lassen sich nur mit großem Aufwand manipulieren und haben daher einen höheren Beweiswert. RAW-Dateien können nur mit spezieller Software angezeigt und in "normale" Bilder umgewandelt werden. <p>Hinweis: Die Bedienung der Kamera ist von Hersteller zu Hersteller unterschiedlich. In unserem Beispiel beschreiben wir das Vorgehen bei einem Modell des Produzenten Canon.</p> | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Jeder Mensch hat ein Recht am eigenen Bild. In unserer Einrichtung wird kein Bewohner ohne seine Zustimmung fotografiert. • Fotos ergänzen die Wunddokumentation. Sie können die schriftlichen Aufzeichnungen aber nicht ersetzen. Wundfotos ohne erklärende schriftliche Zusatzdokumentation sind wertlos. | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Wundheilungsverlauf ist nachvollziehbar und kann sicher ausgewertet werden. • Die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen kann kontrolliert werden. • Die Pflegekräfte und die Einrichtung sind im Fall rechtlicher Auseinandersetzungen abgesichert. • Die Motivation von Pflegekräften und Senioren wird gesteigert, da die Fortschritte durch die "Vorher-Nachher-Bilder" klar ersichtlich sind. | |
| Vorbereitung: | rechtliche Aspekte und | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner oder seine gesetzlichen Vertreter müssen der Fotodokumentation |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | <p>Organisation</p> | <p>zustimmen. Die Genehmigung sollte schriftlich erteilt werden. Das Dokument wird in der Bewohnerakte hinterlegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner kann die Zustimmung jederzeit widerrufen. • Die Kamera wird im Büro der Pflegedienstleitung gelagert. Sie darf nur für dienstliche Zwecke genutzt werden. • Die Anfertigung von Wundfotos ist Teil der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die Einweisung erfolgt durch die Wundbeauftragte. • Eine Wunde wird alle zwei Wochen sowie nach deutlichen Veränderungen fotografiert. Dieses ist Aufgabe der Bezugspflegekraft. • Das Foto muss 30 Jahre aufbewahrt werden. • Die Fotos dürfen ohne Zustimmung des Bewohners nicht veröffentlicht werden, etwa für Schulungsmaterial, im Internet usw. |
| | <p>Kamera</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir nutzen eine hochwertige Kamera. In Frage kommt entweder eine hochwertige Kompaktkamera ("Bridge-System") oder eine Spiegelreflexkamera ("DSLR"), jeweils ggf. mit externem Blitzgerät. Bei der Beschaffung sind folgende Kriterien wichtig: <ul style="list-style-type: none"> ○ gute Makrofähigkeit (um kleine Objekte scharf ablichten zu können) ○ Option, auch die RAW-Dateien abzuspeichern • Wir schalten die Kamera auf "RAW+JPEG fine". Sie speichert also JPEG-Bilder in bestmöglicher Qualität und RAW-Dateien gleichzeitig. Das JPEG-Bild können wir sofort ansehen; die RAW-Datei dient der Beweissicherung. • Wir schalten auf die Programmautomatik ("P"). Wir nutzen nicht den Makro-Modus, da dieser die RAW-Speicherung unterdrücken würde. • Die ISO-Einstellung wird auf "100" reduziert. |
| | <p>Material</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir nutzen ausschließlich Patronen des Originalherstellers. (Hinweis: Originalpatronen sind zwar überteuert, dafür aber sind die Fotos zumeist länger haltbar. Gemäß § 199 BGB muss die Dokumentation 30 Jahre aufbewahrt werden.) • Wir nutzen ausschließlich Markenfotopapier. • Wir halten jederzeit einen Fotodrucker bereit. |
| <p>Durchführung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Kamera darf nur mit gewaschenen und desinfizierten Händen genutzt werden. (Hinweis: Die Kunststoffoberflächen | |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>moderner Kameras reagieren empfindlich auf Desinfektionsmittel. Ggf. sollten daher sogar Einmalhandschuhe getragen werden.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wunde wird immer nach der Wundreinigung fotografiert, nicht davor. • Wir stellen sicher, dass die Größe der Wunde korrekt eingeschätzt werden kann. Wir nutzen dafür sterile Maßbänder oder ein steriles Lineal, das neben der Wunde liegt. • Bei den Aufnahmen sollten vergleichbare Lichtverhältnisse herrschen. Die Zimmerbeleuchtung wird angestellt, damit der Autofokus funktioniert. Auf den fotografierten Körperbereich sollte keine direkte Sonne fallen. • Die Wunde sollte immer unter gleichen Bedingungen fotografiert werden. Die genauen Vorgaben werden bei der ersten Aufnahme festgelegt und dokumentiert. Alle weiteren Fotos verwenden die gleichen Parameter. <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Kamera sollte stets senkrecht zur Wundfläche stehen. Ansonsten wird die Wunde verzerrt dargestellt. ○ Der Motivabstand sollte stets gleich gewählt werden. ○ Der Bewohner wird immer in der gleichen Position gelagert. ○ Die Brennweite (also die frei veränderbare Einstellung zwischen Weitwinkel- und Telebereich) wird stets gleich gewählt. Die Wunde sollte mindestens ein Drittel der Bildfläche einnehmen. • Als Hintergrund werden grüne OP-Tücher oder ähnliches verwendet (ein weißer Hintergrund irritiert die Kamerabelichtung). • Die Wunde muss schattenlos ausgeleuchtet sein. Schatten könnten als Nekrosen fehl gedeutet werden. • Wenn der Blitz zu stark ist, kann er mit einer Lage weißen Zellstoff abgeschwächt werden. • Die Aufnahme wird auf dem kleinen Bildschirm der Kamera kontrolliert. Unter- oder überbelichtete Aufnahmen werden gelöscht und wiederholt. Eine spätere Korrektur der JPEG-Bilder mittels Bildbearbeitung ist nicht zulässig. (Ein umfassendes Bearbeitungsverbot bietet die größte Sicherheit vor Manipulationsvorwürfen.) Relevante Details einer Wunde können mit zusätzlichen Aufnahmen festgehalten werden. |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Fotos werden umgehend nach der Aufnahme auf den PC überspielt. • Die Pflegekraft überzeugt sich davon, dass die Bilder komplett auf der Festplatte des PCs vorliegen. Sie kontrolliert Schärfe und Helligkeit der Aufnahme. Danach wird die Speicherkarte (wichtig!) in der Kamera formatiert. Ein Formatieren der Karte vom PC aus erhöht das Risiko, dass aus Versehen der falsche Datenträger gelöscht wird, etwa eine Festplatte. • Die Dateien werden am PC umbenannt. Wir nutzen dafür folgendes Schema: Nachname-Vorname-Körperteil-Datum. Beispiel: "gaby-muster-rechte-ferse-25-11-2008.jpg". Auch die dazu passenden RAW-Dateien erhalten einen neuen Namen. (Hinweis: Achten Sie auf die ursprüngliche Nummerierung der |

| | |
|---|---|
| | <p>RAW- und der JPEG-Dateien. Die Dateien "IMG_1234.JPG" und "IMG_1234.RAW" gehören zusammen und zeigen das gleiche Bild.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Bild wird ausgedruckt. Die Pflegekraft und ein weiterer anwesender Kollege unterschreiben auf der Rückseite. Wir räumen auf diese Weise jeden Verdacht aus, dass Bilder vertauscht oder manipuliert wurden. Die Pflegekraft vermerkt auch den Namen des Bewohners, das Datum und das fotografierte Körperteil. • Vom Archiv werden einmal in der Woche mittels DVD-Brenner zwei komplette Sicherheitskopien erstellt. Eine Kopie verbleibt am Computerarbeitsplatz, die zweite wird extern gelagert. (Bei einem etwaigen Brand können also nicht auf einen Schlag alle Daten verloren gehen.) • Wir nutzen für die Archivierung ausschließlich Rohlinge mit der Bezeichnung "DVD-RAM". Nur diese Datenträger-Klasse hat eine ausreichende Lebensdauer. • In keinem Fall nutzen wir "Blue-ray Disc", "DVD-R", "DVD+R", "DVD-RW", "DVD+RW" oder "CD-RW". Diese Rohlinge können schon nach wenigen Jahren Daten verlieren. • Die gebrannten Rohlinge werden mit Datum und fortlaufender Nummer beschriftet. |
| <p>Dokumente:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedokumentation • Anleitung der Digitalkamera |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • alle Mitarbeiter |

Informationsblatt + Einverständniserklärung "fotografische Wunddokumentation"

Sehr geehrte Bewohner unseres Pflegeheimes, sehr geehrte Angehörige,

die Gesundheit unserer Bewohner steht für uns an erster Stelle. Ein wichtiger Baustein dieser Vorsorge ist der Schutz vor Druckgeschwüren. Ein Druckgeschwür (auch Dekubitus genannt) entsteht, wenn über einen längeren Zeitraum Druck auf Hautflächen einwirkt und keine Entlastung der betroffenen Bereiche durch eine Umlagerung des Körpers erfolgt. Besonders anfällig sind alte, schwer kranke und gelähmte Menschen.

Druckgeschwüre können sich an allen Körperstellen bilden, die nicht durch Muskeln oder Fettgewebe gegen den Druck geschützt sind, wie die Kreuzbeinregion, die Fersen, die Oberschenkel und die Knöchel.

Werden bei dekubitusgefährdeten Menschen keine geeigneten Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, kommt es zu einer Rötung der betroffenen Hautregion mit anschließender Bildung von Blasen. Danach stirbt das Gewebe häufig ab. Druckgeschwüre können bis auf die Knochenhaut reichen und insbesondere bei geschwächten Menschen zum Tod führen.

Um unsere Bewohner wirksam davor zu schützen, haben wir schon vor geraumer Zeit damit begonnen, den "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege" umzusetzen. Dieses Dokument wurde von führenden Medizinerinnen und Pflegeexperten entwickelt und ermöglicht eine optimale Vorbeugung und eine effektive Behandlung von Druckgeschwüren.

Ein zentraler Bestandteil unseres Dekubitus-Schutzes ist die Fotodokumentation. Wir fotografieren also in regelmäßigen zeitlichen Abständen Hautbereiche unserer Bewohner, die entweder dekubitusgefährdet sind oder bereits Schäden aufweisen. Mit Hilfe der Aufnahmen können wir den aktuellen Zustand objektiv festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Vorsorgemaßnahmen und unserer Therapien überprüfen und verbessern.

Die Fotos und alle weiteren Daten werden streng vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben. Sie können diese Aufnahmen auf Wunsch jederzeit einsehen. Für die Erstellung dieser Aufnahmen benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte füllen Sie das Formular aus und geben es an uns zurück. Wenn Sie Fragen haben, steht Ihnen unsere Pflegedienstleiterin Gerda Musterfrau jederzeit zur Verfügung. Sie können eine erteilte Zustimmung natürlich jederzeit widerrufen.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation geschädigter oder gefährdeter Hautbereiche erstellt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung widerrufen kann. Das Informationsschreiben zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Name des Bewohners

ggf. Name des Betreuers

Ort, Datum / Unterschrift

Schon gewusst? So erkennen Sie eine Wundinfektion!

Rötung, Schwellung, Schmerzen und Wärme. Anhand dieser Leitsymptome lassen sich die meisten Wundinfektionen erkennen. Aber es gibt noch weitere Anhaltspunkte, bei denen eine Pflegekraft misstrauisch werden sollte.

Wundinfektionen behindern die Wundheilung und können zahlreiche Komplikationen verursachen, wie etwa Sepsis oder großflächige Nekrosenbildung. Daher ist es für das Wohlergehen des Senioren entscheidend, dass eine Infektion rechtzeitig erkannt und fachgerecht behandelt wird.

Aus diesem Grund sollte eine Wunde bei jedem Verbandswechsel auf typische Symptome einer Infektion überprüft werden.

- Die Wunde ist gerötet (sog. "Rubor").
- Die Wundexsudation ist ungewöhnlich stark. Dieses ist besonders verdächtig bei allen Wunden, die eigentlich schon weitgehend abgeheilt sein sollten und folglich auch nicht mehr stark exsudieren dürften.
- Die Wunde verheilt langsamer als dieses aufgrund des Krankheitsbildes zu erwarten wäre.
- Die Farbe des Wundexsudats ändert sich. Es gibt Eiterbeimengungen, deren Färbung ebenfalls relevant sein kann. Staphylokokken etwa produzieren einen goldgelben, rahmigen Abszesseiter. Pseudomonas aeruginosa hingegen verfärbt den Eiter ins Blau-Grüne.
- Die Wunde ist überwärmt (sog. "Calor").
- Der Bewohner leidet unter Fieber, ggf. sogar unter Schüttelfrost.
- Ein übler Geruch ist spürbar. Dieser kann süßlich wirken, etwa bei einer Infektion mit dem Stäbchenbakterium Pseudomonas aeruginosa. Escherichia coli wiederum verströmt einen kotigen Geruch.
- Die Wunde schmerzt (sog. "Dolor"). Der Bewohner klagt über eine in den letzten Tagen zunehmende Schmerzbelastung.
- Es kommt zu Funktionseinschränkungen (sog. "Functio laesa") in den betroffenen Gliedmaßen.
- Die Lymphknoten sind geschwollen.
- Die Wunde selbst ist geschwollen (sog. "Tumor").
- Die Wundränder und die Wundumgebung sind ödematös, also geschwollen.
- Das Gewebe ist sehr verletzlich. Schon ein vorsichtiger Kontakt mit der Haut kann dazu führen, dass diese blutet.
- Es kommt zu einem Wundaufbruch.
- Am Wundgrund bilden sich Taschen.
- Es bilden sich umfassende Nekrosen.
- Das Granulationsgewebe ist dunkel und fast kirschrot.
- Die Wunde wird nicht gleichmäßig vom Wundrand ausgehend mit Granulationsgewebe überdeckt. Es bilden sich stattdessen Brücken oder Inseln von neuem Gewebe, ohne dass es zu einem Wundverschluss kommt.

| Standard "Vermeidung, Erkennung und Pflege von septischen Wunden" | | |
|--|--|---|
| Definition: | <p>Chronische Wunden sind fast durchweg mit Keimen besiedelt, was allerdings in den meisten Fällen zu keiner Entzündung führt. Wenn jedoch die Wunde schlecht durchblutet ist oder sich Taschen ausbilden, können sich die Keime ungehindert vermehren.</p> <p>Die Infektion einer Wunde führt zunächst zu Schwellungen, Rötungen, lokaler Wärmeentwicklung und Schmerzen. Wenn eine Therapie unterbleibt, treten im späteren Infektionsverlauf Allgemein-Symptome auf wie etwa Fieber. Letztlich kann die Infektion auch zu einer Sepsis führen, also einer Allgemeininfektion des Körpers.</p> | |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Jede Entzündung einer Wunde erfordert eine ärztliche Untersuchung. • Keine Wunde ist sicher vor einer Infektion. Selbst zunächst aseptische Wunden können sich entzünden. • Wir legen großen Wert auf eine kollegiale Zusammenarbeit mit den Hausärzten. • Pflegekräfte dürfen Maßnahmen zur Wundreinigung nur dann durchführen, wenn sie entsprechend qualifiziert sind und eine Einweisung durch den Hausarzt durchgeführt wurde. • Fragen zur Delegation ärztlicher Maßnahmen (etwa bei der Wundreinigung) werden mit dem Hausarzt diskutiert. Wir bestehen darauf, dass unsere Pflegekräfte rechtlich abgesichert sind. Wenn nicht klar ist, ob eine durchzuführende Maßnahme delegierbar ist, verweigern wir die Durchführung und lassen die Maßnahme vom Arzt durchführen. • Wenn sich die Wunde in einem Maß verschlimmert, dass sie mit unseren pflegerischen Mitteln nicht mehr kontrolliert werden kann, wird der Bewohner in ein Krankenhaus überwiesen. | |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Wundinfektion soll vermieden werden. • Eine beginnende Wundinfektion soll frühzeitig erkannt und medizinisch behandelt werden. • Eine vorhandene Wundinfektion soll schnellstmöglich ausheilen. • Der Bewohner soll keine Schmerzen haben. • Die Durchblutung der Wunde muss wieder hergestellt werden. • Nekrotisches Gewebe muss entfernt werden. • Die Wunde muss kontinuierlich sauber gehalten werden. • Die Immunabwehr muss gestärkt werden. • Eine Verschleppung des Keimes muss verhindert werden. | |
| Vorbereitung: | Organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Wundversorgung fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit. • Wir benennen einen Wundbeauftragten, der eine entsprechende Weiterbildung erhält. • Wir bitten den Hausarzt um eine |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung.</p> |
| | <p>Beachtung von Risikofaktoren</p> | <p>Wir kontrollieren stets, ob eventuell vorhandene Risikofaktoren eine Wundinfektion begünstigen. Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • schlechte Durchblutung • Nekrosen und Wundbeläge • großflächige Gewebeschäden • Taschenbildung und tiefe Wundhöhlen • Fremdkörper in der Wundhöhle • Mangelernährung, Exsikkose • Lage der Wunde in der Nähe von Ausscheidungsorganen • hohes Lebensalter • bösartige Tumore • bekannte Stoffwechselerkrankungen • schlechter Allgemeinzustand • Immunschwäche |
| | <p>Einteilung der Wunde in Kontaminationsgrade</p> | <p>Wir unterscheiden drei Kontaminationsgrade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseptische Wunden sind frei von Keimbesiedelung. Von einer Asepsis kann ausgegangen werden, wenn die Wunde etwa nach einer Operation unter sterilen Arbeitsbedingungen per Naht verschlossen wurde. Solche Wunden verfügen zumeist über glatte Wundränder und heilen zumeist schnell und komplikationsfrei ab. • Bei möglicherweise kontaminierten Wunden fehlt der Nachweis einer Infektion noch, allerdings kann diese Entzündung jederzeit eintreten. Riskant sind vor allem Verbrennungswunden, suprapubische Blasenfisteln oder Tracheostoma. Solche Wunden werden daher mit der gleichen Sorgfalt versorgt, wie es bei definitiv entzündeten Wunden notwendig wäre. • Septische Wunden sind nachweislich mit Keimen besiedelt. Dieses kann aus der Wundentstehung folgen, etwa bei Bisswunden oder Schnittwunden durch verschmutzte Gegenstände. Häufig jedoch entwickelt sich die Wundinfektion im Rahmen einer Wundheilungsstörung. Eine zunächst noch aseptische Wunde wird also durch Keimbesiedlung zur septischen Wunde. |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | <p>Beobachtung der Wunde</p> | <p>Wir beobachten jede Wunde und kontrollieren, ob sich diese entzündet hat. Anzeichen dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unangenehmer Geruch des Wundsekrets (jauchig und faulend) • dickflüssiges Wundsekret • Farbe des Wundsekrets wechselt zu bräunlich, grünlich oder gelblich. • Bei potentiell kritischen Wunden bitten wir den Hausarzt um eine wöchentliche Wundvisite. • Um Veränderungen objektiv auswerten zu können, legen wir eine Fotodokumentation an. |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Versorgung einer septischen Wunde</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir befolgen die Vorgaben der jeweiligen Standards wie etwa "allgemeine Wundreinigung", "Wundbehandlung Ulcus cruris venosum" oder "Standard Wundbehandlung Dekubitus". • Folgende Besonderheiten sind zu beachten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Damit keine Keime von der infizierten Wunde auf die gesunde Haut übertragen werden, wird das betreffende Areal kreisförmig von außen nach innen desinfiziert (und nicht wie sonst kreisförmig von innen nach außen). ○ Wir prüfen die frühzeitige Versorgung der Wunde mit Silber-Aktivkohle oder Alginaten. ○ Eine Verabreichung von Schmerzmitteln vor jedem Verbandswechsel ist fast immer notwendig. ○ Medikamentengaben und Spülungen erfolgen strikt nach den Vorgaben des Arztes. ○ Wenn die Infektion nach operativen Eingriffen erfolgt, kann es notwendig werden, vor einer Reinigung der Wunde Fäden oder Klammern zu entfernen. Dieses ist aber immer Aufgabe des Arztes. Pflegekräfte haben jede derartige Manipulation zu unterlassen. ○ Wir regen an, einen Abstrich zur mikrobiologischen |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>Untersuchung vorzunehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wir sprechen den Arzt an, ob die Notwendigkeit des Einsatzes von Antibiotika besteht. |
| | <p>Dokumentation der Wundinfektion</p> | <p>Wir dokumentieren alle relevanten Informationen. Etwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaldaten wie Körpertemperatur, Puls, Blutdruck • Schmerzäußerungen • Entzündungszeichen wie Funktionsstörungen, Überwärmung, Schwellungen usw. • Zustand der Wundränder, also Spannung, Nekrosenbildung usw. • Lokalisation der Wunde • Größe und Tiefe der Wunde • Sekretion • ggf. vorliegende Informationen zum Keim, insbesondere bekannte Resistenzen • Impfzustand des Bewohners, insbesondere Tetanuschutz • Zeitpunkt, wann die Infektion der Wunde bemerkt wurde. • Art der bislang durchgeführten Therapie • Bereitschaft des Bewohners, sich an der Behandlung zu beteiligen |
| <p>Nachbereitung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert. • ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. | |
| <p>Dokumente:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| <p>Verantwortlichkeit / Qualifikation:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte | |

| Standard "Pflege von Senioren mit einem diabetischen Fußsyndrom" | |
|---|---|
| Definition: | <p>Eine langjährige Diabeteserkrankung verursacht an den Extremitäten und insbesondere an den Füßen verschiedene krankhafte Veränderungen. Es kommt häufig zu einer arteriellen Verschlusskrankheit der Mikroangiopathie (Verschluss kleiner arterieller Gefäße) und / oder zu einer Makroangiopathie (Erkrankung der größeren Gefäße). Dieses führt zu einer verschlechterten Durchblutung (Ischämie).</p> <p>Zusätzlich leiden viele Betroffene unter einer peripheren Polyneuropathie (Nervenschäden, deren Ursache bis heute nicht genau geklärt ist). Sie können also etwaige kleine Verletzungen am Fuß oder einen Fremdkörper im Schuh nicht spüren. Die daraus entstehenden Läsionen heilen nur langsam ab und infizieren sich leicht.</p> <p>Fast jeder fünfte Diabetespatient erleidet im Verlauf der Erkrankung Fußläsionen. Wenn diese kleineren Verletzungen nicht behandelt werden, können daraus Ulzerationen, Infektionen oder ein Gangrän (Form der Nekrose) entstehen. Bei rund jedem zwanzigsten Diabetiker entwickelt sich ein diabetisches Fußsyndrom, das in der Mehrzahl der Fälle zur Amputation führt.</p> <p>Die Schwere eines diabetischen Fußgeschwürs wird in fünf Grade eingeteilt (Skala "nach Wagner"). Grad 0 steht für einen Fuß, der zwar gefährdet aber unverletzt ist. Grad 5 ist definiert als Nekrose des gesamten Fußes.</p> <p>Typisch für eine solche Wunde ist das "Mal perforans", also ein Geschwür das so aussieht, als wäre ein ganzer Hautbereich komplett herausgestanzt worden. Diese Hautschädigung entsteht vor allem in den Fußarealen, die großen mechanischen Belastungen ausgesetzt sind, also etwa dem Vorfuß.</p> |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Selbst kleinste Fußläsionen sind bei Diabetikern keine Bagatellen, die verharmlost werden können. • Mit einer lückenlosen Früherkennung lassen sich die Beschwerden in vielen Fällen lindern und eine Amputation vermeiden. • Die Normalisierung der Blutwerte ist der beste Schutz gegen das diabetische Fußsyndrom. |
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none"> • Schon kleinste Hautschädigungen werden frühzeitig erkannt. • Die Hautläsionen werden fachgerecht versorgt, bevor es zu einer Infektion kommt. • Der Bewohner hat keine unnötigen Schmerzen und bleibt so mobil wie möglich. • Eine Amputation wird (wann immer es geht!) vermieden. • Der Bewohner beteiligt sich aktiv an seiner Gesunderhaltung. • Es gibt eine gute Zusammenarbeit zwischen unserem Pflorgeteam und den Hausärzten. • Unsere Einrichtung wird vor ungerechtfertigten finanziellen |

| | Forderungen geschützt. | |
|----------------------|------------------------|---|
| Vorbereitung: | Organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Wundversorgung fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit. • Wir benennen einen Wundbeauftragten, der eine entsprechende Weiterbildung erhält. • Wir bitten ggf. den Hausarzt um eine Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung. |
| | Frühwarnzeichen | <p>Wir achten auf Symptome, die auf ein erhöhtes Risiko hinweisen:</p> <p>Ischämischer Fuß:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Fuß ist kalt, blass oder fahl marmoriert • Der Fuß weist eine pergamentartige Haut auf • Es fehlt die Behaarung an den Zehen / dem Unterschenkel • Der Bewohner hat trophisch gestörte Fußnägel • Es sind keine Fußpulse tastbar <p>Neuropathischer Fuß:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trockene warme Haut, gut durchblutet • Die Fußpulse sind regelmäßig und gut tastbar • Unempfindlichkeit gegen Schmerzen • abgeschwächte Fähigkeit, Wärme oder Kälteimpulse zu spüren • Der Achillessehnenreflex und der Patellarsehnenreflex sind nur schwach oder gar nicht mehr auslösbar. • Der Bewohner klagt über Missempfindungen wie brennen, stechen, kribbeln oder Taubheit in den Füßen und Beinen das sog. Burning-feet-Syndrom. • Gangunsicherheit • asymmetrische und ungewöhnliche Abnutzung der Schuhsohlen • Fußdeformation • abnorme Zehenstellung • Muskelschwund • Kallus (Schwielen)- und Rhagadenbildung (spaltförmiger Einriss) |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| | | <p>der Haut)</p> <p>Bei ca. einem Drittel der Betroffenen liegt ein Mischform vor.</p> |
| | <p>allgemeine Vorsichtsmaßnahmen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird aufgefordert, den Alkohol- und Nikotinkonsum einzustellen oder zumindest drastisch zu verringern. • Der Bewohner sollte beim Gehen stets Schuhe tragen. Barfüßiges Laufen oder Laufen in Socken erhöht die Verletzungsgefahr. • Der Bewohner sollte einen normalen BMI anstreben, insbesondere also Übergewicht abbauen. • Wärmflaschen und Heizkissen werden nur mit höchster Vorsicht genutzt, da es schnell zu Verbrennungen kommen kann. • Bei vielen Betroffenen ist die Sturzgefahr erhöht. Wir setzen daher ggf. die im entsprechenden Prophylaxestandard beschriebenen Maßnahmen um. • Wir raten dem Bewohner, die vierteljährlichen ärztlichen Kontrolluntersuchungen wahrzunehmen. • Wir machen den Bewohner eindringlich auf einen wichtigen Faktor aufmerksam: Dass die Wunde nicht schmerzt, bedeutet nicht, dass diese weniger behandlungsbedürftig wäre. • Im Sommer sollte der Bewohner einen Sonnenbrand an den Füßen konsequent vermeiden. Auch barfuss laufen im Sand ist nicht ratsam. |
| <p>Durchführung:</p> | <p>Reinigung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Füße werden einmal täglich mit handwarmen Wasser und neutraler Seife gewaschen. • Nach dem Waschen werden die Füße sorgfältig getrocknet, insbesondere zwischen den Zehen. • Die Füße werden mit einem geeigneten Hautpflegemittel eingecremt. Die Zehenzwischenräume werden davon ausgenommen, da sich dort sonst feuchte Kammern bilden könnten. • Ein Fußbad sollte nicht länger als fünf Minuten dauern. Wir stellen sorgfältig sicher, dass die Temperatur nicht zu hoch ist. |

| | | |
|--|-------------------|---|
| | Fußpflege | <ul style="list-style-type: none"> • Hühneraugen und Hornhaut werden vom Podologen oder vom Hautarzt entfernt. • Die Fußpflege wird - soweit finanziell machbar - nur von speziell geschulten Fußpflegern geleistet. • Bei der Fußpflege sollte bevorzugt gefeilt und nicht geschnitten werden, da dieses die Verletzungsgefahr senkt. • Die Zehennägel werden gerade geschnitten bzw. gefeilt. • Der Nagelfalz wird nicht eingeschnitten. • Um eine Austrocknung der Haut zu vermeiden, nutzen wir weder Puder noch Fußspray. • Wenn es bei der Fußpflege zu einer Verletzung kommt, wird diese mit einer sterilen Kompresse oder einem Pflaster abgedeckt. Der Fuß wird sofort druckentlastet und umgehend eine ärztliche Untersuchung angesetzt. |
| | Schuhe und Socken | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner sollte Socken aus Naturfasern tragen, die den Fuß warm halten, ohne ihn einzuschnüren. Die Socken sollten keine spürbaren Nähte aufweisen. Sie sollten zudem täglich gewechselt werden. • Der Bewohner sollte Schuhe tragen, die nicht einschnüren. Nach Möglichkeit sollte er orthopädische Schuhe kaufen, die mit einem diabetesgerechtem Fußbett ausgestattet sind. Das bevorzugte Material sollte echtes Leder sein. • Ggf. werden Schuhe und Socken regelmäßig desinfiziert. • Schuhe sollte der Bewohner am Nachmittag anprobieren und kaufen, da zu diesem Zeitpunkt die Füße den maximalen Umfang haben. • Bewohnerinnen sollten keine hohen Absätze tragen. • Der Bewohner sollte in der Nacht weiche Bettsocken tragen. |
| | Fußinspektion | <ul style="list-style-type: none"> • Der gesamte Fuß wird regelmäßig kontrolliert. Die Häufigkeit der Untersuchung ist abhängig vom individuellen Risiko. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Diabetikern mit guter Empfindungsfähigkeit wird einmal in der Woche |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | | <p>kontrolliert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn der Bewohner unter Missempfindungen leidet, erfolgt diese Inspektion täglich. <ul style="list-style-type: none"> • Wichtige Kriterien bei diesen Inspektionen sind: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rötungen ○ Druckstellen ○ Verletzungen ○ Hinweise auf Pilzinfektionen ○ übermäßige Hornhautbildung • Wir prüfen, ob der Bewohner noch in der Lage ist, seine Füße selbst zu untersuchen. Maßgebliche Faktoren bei dieser Einschätzung sind die Beweglichkeit des Bewohners, sein mentaler Zustand sowie die Kooperationsbereitschaft. • Bei der Fußinspektion gehen wir wie folgt vor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Fuß mitsamt dem angezogenen Schuh wird kontrolliert. Am Oberleder dürfen sich keine Zehen abzeichnen. Die Fersenkappe darf nicht einschneiden. ○ Nach dem Ausziehen des Schuhs werden die Strümpfe auf Blutverschmutzungen kontrolliert. Die Schuhe des Bewohners werden ebenfalls inspiziert. Wichtig sind insbesondere in den Innenraum ragende Nagelspitzen, Unebenheiten des Leders oder der Schuhsohle. ○ Der nackte Fuß wird auf Hornstellen, Schwellungen und Verletzungen kontrolliert. ○ Die Zehen und die Zehenzwischenräume werden auf Pilzinfektionen überprüft. Diese verraten sich etwa durch nässende Hautstellen. ○ Die Fußnägel werden kontrolliert. Relevant sind insbesondere Verletzungen, die bei der letzten Pediküre aufgetreten sind. |
| | <p>Wundbehandlung</p> | <p>Bei der Wundbehandlung setzen wir die Vorgaben um, die in unserem Pflegestandard für die Versorgung von chronischen Wunden beschrieben sind. Zusätzlich achten wir auf einige spezifische Kriterien:</p> |

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. erhält der Bewohner 30 Minuten vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel. • Wir sorgen für eine konsequente Druckentlastung des betroffenen Areals. Für den Bewohner bedeutet das zumeist Bettruhe. • Nekrosen werden nur vom Arzt abgetragen. • Wir setzen bei infizierten Wunden moderne Auflagen ein, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> ○ Alginate ○ silberhaltige Wundauflagen ○ Nasstherapeutika • Soweit nicht anders verordnet erfolgt der Verbandswechsel bei infizierten Wunden einmal täglich. Dabei wird gleichzeitig die Wunde inspiziert. Bei einer nicht infizierten Wunde erfolgt der Wechsel seltener, um die Wundruhe zu gewährleisten. Die Wechselhäufigkeit ist abhängig vom Risiko einer einsetzenden Infektion. • Bei einer Infektion ist eine Therapie mit Antibiotika erforderlich. • Pilzinfektionen sollten mit einem Breitspektrumantimykotikum bekämpft werden. Zwischen den Zehen verwenden wir keine Salben, sondern schnell trocknende Lösungen. • Bei Diabetikern können die typischen Infektionszeichen ausbleiben. Es kann sich also eine tiefgehende Wundinfektion entwickeln, ohne dass der Betroffene an Fieber, Schüttelfrost oder Leukozytose (krankhafte Vermehrung der weißen Blutkörperchen) leidet. • Bei einer Fußulzeration muss jederzeit mit einer Besiedelung durch MRSA gerechnet werden. Der entsprechende Standard ist zu berücksichtigen. |
| <p>Nachbereitung:</p> | <p>allgemeine Maßnahmen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alle Maßnahmen und Beobachtungen werden lückenlos dokumentiert. • Die Pflegeplanung wird ggf. aktualisiert. • Nicht heilende Wunden oder andere krankhafte Veränderungen werden umgehend dem Arzt gemeldet. • Der Zustand einer Wunde wird in kurzen Intervallen sowie bei jeder Änderung sorgfältig dokumentiert. Der |

| | | |
|--|--|---|
| | | entsprechende Standard ist sorgfältig umzusetzen. |
| | Prognose | <ul style="list-style-type: none"> • Diabetische Fußläsionen heilen zumeist sehr langsam. Sofern der Bewohner diszipliniert und kooperativ ist, bestehen jedoch gute Chancen auf eine deutliche Gesundheitsverbesserung. • Wenn keine konsequente Druckentlastung des geschädigten Fußes erfolgt, wird sich selbst bei bester Pflege und medizinischer Versorgung der Zustand stetig weiter verschlechtern. • Wenn eine Amputation durchgeführt werden muss, steigert dieses deutlich die Gefahr, dass der Betroffene in absehbarer Zeit versterben wird. • Infizierte tiefgehende Läsionen lösen häufig eine Sepsis aus. Wenn der Bewohner ohnehin abwehrgeschwächt ist, besteht Lebensgefahr. |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • Berichtsblatt • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none"> • alle Pflegekräfte | |

| Standard "Wundbehandlung Ulcus cruris venosum" | |
|---|--|
| Definition: | <p>In Deutschland leiden schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen an Ulcus cruris venosum. Den Hauptteil der Betroffenen bilden die über 70-Jährigen.</p> <p>Ulcus cruris (Umgangssprache "offenes Bein") bezeichnet ein Unterschenkelgeschwür mit Gewebedefekten, die mindestens bis zur Lederhaut reichen. Vier von fünf Ulcus cruris treten im Bereich des Knöchels auf. Ein Ulcus cruris wird nur selten durch externe Faktoren ausgelöst, sondern zumeist durch Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes Mellitus) und Bewegungsmangel.</p> <p>In Folge einer tiefen Beinvenenthrombose oder einer Venenklappenunterfunktion steigt der Blutdruck im Venensystem und es kommt zu einer Stauung des Blutes. Dieses fördert die Entstehung von Ödemen und Geschwüren, die zusätzlich die Blutzirkulation beeinträchtigen. Letztlich erleidet der Patient schwere Gewebeschädigungen, die sich nur mit hohem Aufwand behandeln lassen.</p> |
| Grundsätze: | <ul style="list-style-type: none"> • Sobald der Verdacht auf Ulcus cruris venosum besteht, leiten wir eine entsprechende ärztliche und pflegerische Behandlung ein. Jede Verzögerung kann das Krankheitsbild verschlimmern. • Wir legen großen Wert auf eine kollegiale Zusammenarbeit mit den Hausärzten. • Pflegekräfte dürfen Maßnahmen zur Wundreinigung nur dann durchführen, wenn sie entsprechend qualifiziert sind und eine Einweisung durch den Hausarzt durchgeführt wurde. • Fragen zur Delegation ärztlicher Maßnahmen (etwa bei der Wundreinigung) werden mit dem Hausarzt diskutiert. Wir bestehen darauf, dass unsere Pflegekräfte rechtlich abgesichert sind. Wenn nicht klar ist, ob eine durchzuführende Maßnahme delegierbar ist, verweigern wir die Durchführung und lassen die Maßnahme vom Arzt durchführen. • Wenn sich die Wunde in einem Maß verschlimmert, dass sie mit unseren pflegerischen Mitteln nicht mehr kontrolliert werden kann, wird der Bewohner in ein Krankenhaus überwiesen. • Wir versuchen möglichst wirkstofffrei zu arbeiten, da die betroffenen Hautbereiche anfällig für Allergien sind. • Sofern medizinisch nicht anders indiziert, bleiben wir beim einmal gewählten lokaltherapeutischen Mittel. Ein ständiger Wechsel würde es unmöglich machen, die Wirksamkeit eines bestimmten Mittels zu bestimmen. Zudem können ständige Änderungen in der Pflegestrategie das Vertrauen des Bewohners in die Kompetenz der Pflegenden erschüttern. • Ein wichtiger Faktor bei der Auswahl des Desinfektionsmittels ist stets die schmerzfreie oder schmerzarme Anwendbarkeit. • Alternative Heilmethoden (z.B. Akupunktur) sind kein Ersatz für eine medizinische Behandlung. • Eine begleitende Kompressionstherapie ist unabdingbar zur Heilung. |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| <p>Ziele:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Infektionen der Wunden müssen vermieden werden. • Die Ödeme sollen sich zurückbilden. • Eine Sepsis soll verhindert werden. • Schmerzen sollen auf ein Minimum reduziert werden. • Die Lebensqualität des Bewohners soll erhalten bleiben bzw. verbessert werden. | |
| <p>Vorbereitung:</p> | <p>Organisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wir bilden unsere Fachkräfte regelmäßig zum Thema Wundversorgung fort und halten aktuelle Fachliteratur bereit. • Wir benennen einen Wundbeauftragten, der eine entsprechende Weiterbildung erhält. • Wir bitten den Hausarzt um eine Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung. |
| | <p>notwendige Informationen</p> | <p>Die Pflegekraft stellt sicher, dass sie über alle Informationen verfügt, die sie für die Wundversorgung benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeiner Gesundheitszustand • bestehende Risikofaktoren, wie etwa Stoffwechselerkrankungen, Bewegungsmangel, Tabakkonsum, Übergewicht, Alkoholgenuß usw. • Allergien, etwa gegen Komponenten der Wundauflagen • erstes Auftreten, Ursache und Entwicklung der Wunde • bisher eingesetzte Maßnahmen, Verbände und Wundauflagen sowie die damit erzielten Ergebnisse • bisher aufgetretene Komplikationen wie etwa Entzündungen • Schmerzbefinden des Bewohners • Medikamente, die der Bewohner nimmt |
| | <p>verwendete Wundauflagen:</p> | <p>Hydrokolloide: Sehr saugstarke Substanzen nehmen bei dieser Wundaufgabe das Wundsekret auf und binden dieses in einem gallertartigen Gel. Nach und nach bildet dieses Gel sichtbare Blasen, die größer werden und zu einem Gelkissen zusammenwachsen. Wenn das Gelkissen den Rand der Wundaufgabe erreicht, muss diese</p> |

| | | |
|--|---------------------|--|
| | | <p>gewechselt werden.</p> <p>Wundauflagen auf Hydrokolloid-Basis verkleben nicht mit der Wunde. Dank guter Formbarkeit können damit auch solche Wunden versorgt werden, die aufgrund ihrer Lage sonst nur schwer bedeckt werden können (etwa am Hacken). Sie lassen sich gut mit der Kompressionstherapie vereinbaren.</p> <p>Ungeeignet sind diese Wundauflagen für infizierte Wunden oder Wunden mit starker Exsudation.</p> <p>Hydropolymere: Auch Verbandstoffe auf Hydropolymer-Basis sind in der Lage, Exsudat aufzunehmen. Allerdings bilden diese zumeist kein Gel, sondern geben die Feuchtigkeit durch eine semipermeable Folie an die Luft ab.</p> <p>Die Verbände erhalten ein feuchtes Wundklima und eignen sich für Wunden mit bis zu mittlerer Exsudation. Diese Auflagen gelten als gut verträglich und lassen sich präzise an die Wunde anpassen. Dadurch sind sie ebenfalls gut geeignet, unter dem Kompressionsverband oder -strumpf getragen zu werden.</p> <p>Alginate: Diese Kompressen und Tamponaden sind konzipiert für stark nässende, infizierte und tiefe Wunden. Das Exsudat mitsamt ggf. vorhandenen Keimen wird in einem Gel gebunden.</p> <p>Alginate können ggf. mit Hydrokolloiden kombiniert werden. Hierbei wird die Wunde mit Alginaten tamponiert und schließlich mit Hydrokolloidverbänden abgedeckt.</p> <p>Hydrogele: Hydrogelplatten sind ideale Auflagen für einen trockenen Ulcus cruris. Mittels Hydrogelen aus Tuben lassen sich Fibrinbeläge und nekrotisches Gewebe aufweichen.</p> |
| | benötigtes Material | <p>steriles Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-ml-Spritzen • sterile Einmalhandschuhe • Wundverband • Tupfer / Kompressen |

| | | |
|----------------------|---------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • 2 Nierenschalen für die Wundspülung • Wunddesinfektionsmittel <p>unsteriles Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektionsmittel • Schutzkleidung • unsterile Handschuhe • Kompressionsbinden • Heftpflaster • Schere • Abwurfbehälter • Ringerlösung • Einmalunterlage als Schutz für das Bett |
| | weitere Vorbereitung | <ul style="list-style-type: none"> • ggf. erhält der Bewohner 30 Minuten vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel. • Der Bewohner wird über die bevorstehende Maßnahme informiert und um Zustimmung gebeten. • Der Bewohner wird nach Beschwerden befragt, insbesondere nach Schmerzen, die die Wunde auslöst. • Der Bewohner wird bequem gelagert. Die Beine werden hochgelagert. • In einem Doppelzimmer wird entweder ein Sichtschutz aufgebaut oder der Mitbewohner für die Zeit nach draußen gebeten. • Das Bett wird durch eine Einmalunterlage vor Verschmutzungen geschützt. • Wir messen regelmäßig die Fußpulse. |
| Durchführung: | Entfernung des alten Verbandes: | <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegekraft legt die Schutzkleidung an, führt eine hygienische Händedesinfektion durch und legt die unsterilen Einmalhandschuhe an. • Der Kompressionsverband wird entfernt. • Sollte ein Verband an der Wunde haften, so kann er mit Kochsalz- oder Ringerlösung gelöst werden. • Der alte Wundverband wird |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>vorsichtig abgehoben und entfernt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der alte Wundverband wird kurz begutachtet und danach im Abwurfbehälter entsorgt. |
| | Inspektion der Wunde | <p>Sobald die Wunde freiliegt, kann die Pflegekraft die Wunde inspizieren, um die Ergebnisse nach Abschluss der Wundversorgung zu dokumentieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • genaue Position und Größe des Ulcus cruris • Abtastergebnis des Ulcus cruris und der nahe gelegenen Hautregionen • Hautverfärbungen in der Umgebung des Ulcus cruris (etwa braun-gelb) • Beschreibung des Wundzustandes, also ggf. vorhandene Nekrosen, Belege, Entzündungen, Granulierung, Epithelisation usw. • Ggf. bittet die Pflegekraft eine Kollegin um die Fertigung einer Aufnahme für die Fotowunddokumentation. |
| | Versorgung der Wunde während der Reinigungsphase (exsudative Phase) | <ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion durchführen • sterile Handschuhe anlegen • Um eine Heilung der Wunde zu ermöglichen, muss das nekrotische Gewebe sowie schmierige Beläge entfernt werden. Für die Wundausschneidung (Debridement) nutzt der Arzt verschiedene konservative und operative Techniken. • Zusätzlich zur Wundausschneidung in der Reinigungsphase sollten Wundverbände verwendet werden, die sehr saugfähig sind und gleichzeitig aber die Wunde feucht halten. Ein Sekretstau kann eine Wundinfektion auslösen. Zudem sollte eine Aufweichung der Haut vermieden werden. • Nekrosen werden mit feuchten Wundauflagen (etwa Tender Wet©) abgebaut. Tupfer und Kompressen werden immer nur |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>einmal verwendet und danach verworfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlich führen wir mittels der Spritze Wundspülungen mit Ringerlösung durch. • Falls eine chirurgische Entfernung des nekrotischen Gewebes notwendig ist, wird der Hausarzt informiert. Bei Entzündungen der Wunde leiten wir eine Behandlung mit Antibiotika ein. • Die Wunde wird mit Auflagen bedeckt, die eine hohe Absorptionsfähigkeit für Wundexsudat haben. In Frage kommen Hydrofaserverbände, Kalziumalginat, Polyurethanschäume und Saugkompressen. • Bei infizierten oder infektionsgefährdeten Wunden prüfen wir den zusätzlichen Einsatz von silberhaltigen Wundauflagen. |
| | <p>Versorgung der Wunde während der Granulationsphase (proliferative Phase)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion durchführen • sterile Handschuhe anlegen • Während der Granulationsphase ist es sehr wichtig, das nachwachsende Gewebe vor der Austrocknung zu schützen. Um das Aufweichen (Mazeration) der Haut zu vermeiden, muss zusätzlich überschüssiges Wundexsudat gebunden werden. • Tendiert die Wunde zur Trockenheit, sollte sie mit Hydrogelen befeuchtet werden. • Bei Wunden mit starkem Exsudat werden Verbände mit großer Saugkapazität wie z.B. Alginate oder Schaumverbände verwendet. • Das granulierte Gewebe wird mittels hydroaktiver Wundauflagen sorgfältig feucht gehalten, um ein Absterben der nachwachsenden Zellen zu vermeiden. • Die Verbände werden so selten wie medizinisch indiziert gewechselt. Damit werden Gewebeschäden vermieden, da das granulierte Gewebe leicht mit der Wundauflage verklebt. |

| | | |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Die Wunde wird nicht mehr gespült oder gereinigt. Wir verzichten auf Salben und Puder. • Wir nutzen Wundauflagen aus der Gruppe der Hydrokolloide, Hydropolymere und Alginat. • Wenn die Granulation nicht weiter fortschreitet, setzen wir Promogran® ein. • Wir verwenden keine Enzympräparate zur Wundbehandlung. |
| | <p>Versorgung der Wunde während der reparativen Phase (Reepithelisierungsphase)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion durchführen • sterile Handschuhe anlegen • Die Reepithelisierung markiert den Abschluss der Wundheilung. Ebenso wie das Granulationsgewebe ist auch das nachwachsende Epithelgewebe auf feuchte und warme Bedingungen angewiesen. Zusätzlich muss die Wunde vor mechanischen Einwirkungen von außen sowie einer möglichen Traumatisierung beim Verbandswechsel geschützt werden. • Wir nutzen vor allem Wundauflagen auf Hydrokolloid-Basis. • Zusätzlich kommen Hydrogele und selbstklebende Transparentverbände zum Einsatz. |
| | <p>Versorgung von ekzematösen Hautveränderungen in der Umgebung des Ulcus cruris.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Akut nässende Ekzeme werden mittels feuchter Mullkompressen vor dem Austrocknen geschützt. • Chronische Ekzeme werden mit allergenneutralen Salben behandelt. Wir verwenden Ringelblumensalbe statt Zinkpaste (Gefahr der Austrocknung). |
| | <p>Abschluss der Wundversorgung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Hochlagerung der Beine wird noch für einige Minuten beibehalten. Danach legt die Pflegekraft einen Druckverband an. Der Kompressionsdruck wird so gewählt, dass er in Richtung |

| | | |
|--|--|--------------------|
| | | Körpermitte sinkt. |
| Nachbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewohner wird nach dem Befinden und Schmerzen befragt. • Der Bewohner wird bequem gelagert. • Alle Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert. • ggf. wird die Pflegeplanung angepasst. | |
| Dokumente: | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddokumentation • ärztliches Verordnungsblatt • Kommunikationsblatt mit dem Arzt • Pflegeplanung | |
| Verantwortlichkeit / Qualifikation: | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkräfte | |