



Simone Schmidt

# Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchs- anleitung

*3. Auflage*

 Springer

# **Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung**

Simone Schmidt

# Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 35 Abbildungen

 Springer

**Simone Schmidt**  
Ladenburg

ISBN 978-3-662-47726-7  
DOI 10.1007/978-3-662-47727-4

ISBN 978-3-662-47727-4 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009, 2012, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © fotolia/leno2010  
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

## Vorwort zur 3. Auflage

---

- » Herzlichst Glückwunsch zu gemutlicher Weihnachtskerze Kauf.  
 Mit sensationell Modell GWK 9091 Sie bekommen nicht teutonische Gemutlichkeit fuer trau-  
 tes Heim nur, auch Erfolg als moderner Mensch bei anderes Geschlecht nach Weihnachts-  
 ganz aufgegessen und laenger, weil Batterie viel Zeit gut lange.  
 Auspack und freu.  
 Slippel A kaum abbiegen und verklappen in Gegenstippel B für Illumination von GWK  
 9091.  
 Mit Klamer C in Sacco oder Jacke von Lebenspartner einfräsen und lächeln für Erfolg mit  
 GWK 9091.

Diese Gebrauchsanleitung einer japanischen Weihnachtskerze macht deutlich, dass Ge-  
 brauchsanweisungen im Alltag nicht immer hilfreich sind.

Eine »Gebrauchsanweisung« für die Implementierung von Expertenstandards in den Pfl-  
 gealltag erscheint mir jedoch unverändert notwendig. Im Pflegebereich wurde die Ein-  
 führung von Expertenstandards auch skeptisch gewertet. Trotz der zum Teil berechtigten  
 Kritik an den bisher veröffentlichten Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qua-  
 litätsentwicklung in der Pflege DNQP überwiegen aus meiner Sicht die positiven Effekte  
 deutlich.

- **Wenn Expertenstandards »alltagstauglich« in die Pflege integriert werden, erreicht  
 man dadurch eine individuelle, aktivierende und bedarfsgerechte Betreuung unter Be-  
 rücksichtigung von aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Aus-  
 schluss möglicher Gefährdungen für Patient, Bewohner und Pflegefachkraft.**

Ziel dieses Buches ist es deshalb, eine sinnvolle und praktische »Gebrauchsanweisung« für  
 die Implementierung von Expertenstandards zu geben. Aufgrund der Gültigkeit der Ex-  
 pertenstandards in allen Einrichtungen der Pflege soll diese »Gebrauchsanleitung« die ver-  
 schiedenen Sektoren der Pflege berücksichtigen.

### »Gebrauchsanweisung« für Expertenstandards

---

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie die Umsetzung von Expertenstandards mithilfe die-  
 ses Buchs erleichtert werden soll. Für jeden veröffentlichten Expertenstandard existiert ein  
 eigenes Kapitel, das zunächst die inhaltlichen Anforderungen erläutert.

- **Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien wurden für jedes Standardkriterium zusam-  
 mengefasst, um häufige Wiederholungen zu vermeiden und eine bessere Übersicht zu  
 ermöglichen.**

Im Anschluss werden die einzelnen Standardkriterien auf den Pflegeprozess übertragen,  
 wobei die spezifischen Aspekte verschiedener Pflegeeinrichtungen hervorgehoben werden.  
 Die Einarbeitung beruht auf der Systematik der Expertenstandards.

**Systematik:**

- Screening, Assessment
- Verfahrensregelung
- Maßnahmenplan
- Beratung, Schulung
- Evaluation

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt auf der praktischen Berücksichtigung von Expertenstandards im Pflegealltag und beruht grundsätzlich bei den Ergänzungen durch Tipps auch auf Erfahrungswerten im Pflegealltag.

Für die Umsetzung in den einrichtungsinternen Standard werden verschiedene Formulare benötigt, die beispielhaft im Anhang vorgestellt werden. Der Anhang beinhaltet außerdem ein Risikoformular, in dem alle Expertenstandards berücksichtigt werden. Dadurch soll im Rahmen der Pflegeanamnese auf einen Blick ein Risikoprofil ermöglicht werden, das dann ohne großen Aufwand in die Pflegeplanung übernommen werden kann.

**Praxistipp**

Das Formular ist in der Darstellung im Anhang sehr umfangreich, um alle Bereiche zu integrieren. Es kann jedoch entweder im Format oder durch das Herausnehmen einzelner Seiten an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst werden.

Jeder Expertenstandard ist von der Struktur her ähnlich aufgebaut und erfordert die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans. Aus diesem Grunde wurde in einigen Kapiteln eine beispielhafte Pflegeplanung erstellt, die die wichtigsten Pflegemaßnahmen für das jeweilige Problem beschreibt.

- **Um eine inhaltlich sinnvolle Evaluation zu erreichen, wird in der Planung differenziert zwischen den individuellen Zielen des Betroffenen und den allgemeinen Pflegezielen. Außerdem erfolgt nach Möglichkeit eine Unterteilung in Nah- und Fernziele.**

Wenn eine beispielhafte Pflegeplanung nicht sinnvoll erschien, wurden die einzelnen Pflegemaßnahmen genauer erklärt.

Die Umsetzung von Expertenstandards ist auch unter juristischen Aspekten wichtig. In diesem Buch werden zusätzlich andere relevante Vorgaben berücksichtigt, etwa die MDK Grundsatzstellungen und die Publikationen des BMFSFJ oder der BUKO-QS beziehungsweise die Empfehlungen von Fachgesellschaften. Dadurch soll eine umfassende Einarbeitung in den Pflegestandard ermöglicht und doppelte Arbeit vermieden werden.

Ich wünsche mir, dass Mitarbeiter in allen Bereichen der Pflege durch dieses Buch Sicherheit im Umgang mit den Expertenstandards erlangen und dadurch die Pflegequalität erreichen, die ihren Ansprüchen entspricht, um eine Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit zu empfinden, die meines Erachtens trotz enormer Belastungen in diesem Beruf oberstes Ziel bleiben muss und nur dann möglich wird, wenn eine bedürfnisorientierte Pflege im täglichen Kontakt mit Patienten oder Bewohnern realisiert werden kann.

- » Auch aus Steinen, die dir in den Weg gelegt werden, kannst du etwas Schönes bauen.  
(Erich Kästner)

## Danke

---

Frau Sarah Busch vom Springer Verlag danke ich für ihre Unterstützung und den effektiven Austausch bei der dritten Auflage. Für die gute Zusammenarbeit während des Lektorats bedanke ich mich bei Frau Ute Villwock. Frau Ulrike Niesel vom Springer Verlag war, wie immer in den vergangenen Jahren, eine kompetente Ansprechpartnerin und Beraterin. Danken möchte ich auch dem DNQP, besonders Herrn Heiko Stehling und Frau Petra Blumenberg, die für mich mit fachlichen Anregungen und konstruktiver Kritik zur Verfügung standen und mich dabei unterstützten, aktuelle Inhalte in dieser Neuauflage darzustellen. Auch meine Familie hat wieder dazu beigetragen, dass die Überarbeitung des Manuskripts reibungslos verlaufen konnte.

Das Interesse von Ihnen als Leser hat diese Neuauflage ermöglicht. Darüber freue ich mich genauso, wie über Ihre Meinung und Ideen.

**Simone Schmidt**

Ladenburg, Mai 2015

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Expertenstandards des DNQP</b> .....	1
	<i>Simone Schmidt</i>	
1.1	<b>Bedeutung von Expertenstandards</b> .....	2
1.2	<b>Auswirkungen</b> .....	4
1.3	<b>Implementierung</b> .....	6
1.4	<b>Pflegeberatung</b> .....	8
1.5	<b>Pflegedokumentation</b> .....	10
1.6	<b>Zukunft von Expertenstandards</b> .....	10
	<b>Literatur</b> .....	11
2	<b>Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege</b> .....	13
	<i>Simone Schmidt</i>	
2.1	<b>Grundlagen der Dekubitusprophylaxe</b> .....	15
2.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	15
2.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	20
2.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	26
2.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	28
2.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	29
2.7	<b>Standardkriterium 6</b> .....	30
2.8	<b>Dokumentation</b> .....	30
2.9	<b>Organisation</b> .....	30
2.10	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	31
2.11	<b>Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004</b> .....	31
2.12	<b>Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2010</b> .....	36
	<b>Literatur</b> .....	39
3	<b>Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege</b> .....	41
	<i>Simone Schmidt</i>	
3.1	<b>Besonderheiten bei der Entlassung</b> .....	43
3.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	44
3.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	49
3.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	50
3.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	51
3.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	52
3.7	<b>Standardkriterium 6</b> .....	53
3.8	<b>Dokumentation</b> .....	54
3.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	54
3.10	<b>Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 1. Aktualisierung 2009</b> .....	55
	<b>Literatur</b> .....	58
4	<b>Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen</b> .....	59
	<i>Simone Schmidt</i>	
4.1	<b>Grundlagen des Schmerzmanagements</b> .....	61
4.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	62



4.3	Standardkriterium 2.....	70
4.4	Standardkriterium 3.....	73
4.5	Standardkriterium 4.....	73
4.6	Standardkriterium 5.....	75
4.7	Pflegedokumentation.....	76
4.8	Organisation.....	76
4.9	Auswirkungen des Expertenstandards.....	78
4.10	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 1. Aktualisierung 2011.....	79
	Literatur.....	83
5	<b>Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege</b> .....	85
	<i>Simone Schmidt</i>	
5.1	Grundlagen und Folgen des Sturzes.....	87
5.2	Standardkriterium 1.....	88
5.3	Standardkriterium 2.....	88
5.4	Standardkriterium 3.....	92
5.5	Standardkriterium 4.....	98
5.6	Standardkriterium 5.....	100
5.7	Standardkriterium 6.....	100
5.8	Pflegedokumentation.....	101
5.9	Organisation.....	101
5.10	Auswirkungen des Expertenstandards.....	101
5.11	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2013.....	102
	Literatur.....	105
6	<b>Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege</b> .....	107
	<i>Simone Schmidt</i>	
6.1	Grundlagen der Kontinenz.....	109
6.2	Standardkriterium 1.....	109
6.3	Standardkriterium 2.....	112
6.4	Standardkriterium 3.....	115
6.5	Standardkriterium 4.....	116
6.6	Standardkriterium 5.....	125
6.7	Standardkriterium 6.....	126
6.8	Pflegedokumentation.....	126
6.9	Organisation.....	127
6.10	Auswirkungen des Expertenstandards.....	127
6.11	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 1. Aktualisierung 2014.....	127
	Literatur.....	131
7	<b>Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden</b> .....	133
	<i>Simone Schmidt</i>	
7.1	Grundlagen der Versorgung.....	135
7.2	Standardkriterium 1.....	137
7.3	Standardkriterium 2.....	141
7.4	Standardkriterium 3.....	145

7.5	Standardkriterium 4.....	146
7.6	Standardkriterium 5.....	146
7.7	Dokumentation .....	147
7.8	Organisation .....	147
7.9	Auswirkungen des Expertenstandards .....	148
7.10	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – 1. Aktualisierung 2015 .....	148
	Literatur.....	152
8	<b>Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege .....</b>	<b>153</b>
	<i>Simone Schmidt</i>	
8.1	Grundlagen der Ernährung.....	155
8.2	Standardkriterium 1.....	156
8.3	Standardkriterium 2.....	161
8.4	Standardkriterium 3.....	164
8.5	Standardkriterium 4.....	169
8.6	Standardkriterium 5.....	170
8.7	Standardkriterium 6.....	171
8.8	Dokumentation .....	172
8.9	Organisation .....	172
8.10	Auswirkungen des Expertenstandards .....	173
8.11	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege.....	173
	Literatur.....	177
9	<b>Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen.....</b>	<b>179</b>
	<i>Simone Schmidt</i>	
9.1	Chronische Schmerzen .....	181
9.2	Standardkriterium 1.....	182
9.3	Standardkriterium 2.....	185
9.4	Standardkriterium 3.....	186
9.5	Standardkriterium 4.....	188
9.6	Standardkriterium 5.....	190
9.7	Dokumentation .....	191
9.8	Organisation .....	191
9.9	Auswirkungen des Expertenstandards .....	192
9.10	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen... Literatur.....	192 197
10	<b>Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege ....</b>	<b>199</b>
	<i>Simone Schmidt</i>	
10.1	Pflegeweiterentwicklungsgesetz .....	200
10.2	Standardkriterium 1.....	201
10.3	Standardkriterium 2.....	203
10.4	Standardkriterium 3.....	205
10.5	Standardkriterium 4.....	205
10.6	Standardkriterium 5.....	206

10.7	Dokumentation .....	207
10.8	Organisation .....	207
10.9	Auswirkungen des Expertenstandards .....	207
10.10	Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Abschlussbericht 13. Juni 2014 (ENTWURF) .....	208
	Literatur.....	213

## Serviceteil

<b>Anhang</b> .....	216
<b>Anhang 1 Risikoassessment</b> .....	216
<b>Anhang 2 Braden Skala</b> .....	233
<b>Anhang 3 Waterlow Skala</b> .....	235
<b>Anhang 4 Medley Skala</b> .....	236
<b>Anhang 5 Bewegungsförderungsprotokoll</b> .....	237
<b>Anhang 6 Barthel Index</b> .....	238
<b>Anhang 7 Das FIM Funktionaler Selbstständigkeitsindex mit Zusatzkriterien des FAM</b> .....	239
<b>Anhang 8 Leitfaden für das Telefoninterview</b> .....	241
<b>Anhang 9 ECPA</b> .....	243
<b>Anhang 10 BPI Brief Pain Inventory (Schmerzskala zur Erfassung von tumorbedingtem Schmerz)</b> .....	245
<b>Anhang 11 ZOPA© Zurich Observation Pain Assessment</b> .....	247
<b>Anhang 12 Beispiele für wahrnehmbare Schmerzindikatoren</b> .....	248
<b>Anhang 13 Messinstrument für häusliche Stürze und Unfälle Home FAST</b> .....	251
<b>Anhang 14 Miktionsprotokoll</b> .....	255
<b>Anhang 15 Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden</b> ....	256
<b>Anhang 16 Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus – Nutritional Risk Screening</b> .....	257
<b>Anhang 17 Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen</b> .....	258
<b>Anhang 18 Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich – Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene</b> .....	259
<b>Anhang 19 Kalorienbedarf und Flüssigkeitsberechnung</b> .....	260
<b>Anhang 20 Ernährungs- und Trinkprotokoll</b> .....	262
<b>Anhang 21 Ethische Fallbesprechung</b> .....	263
<b>Anhang 22 Beispielpflegeheim – Ethische Fallbesprechung</b> .....	264
<b>Anhang 23 Mobilisierungsprotokoll</b> .....	265
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	266

# Expertenstandards des DNQP

*Simone Schmidt*

- 1.1 Bedeutung von Expertenstandards – 2**
  - 1.1.1 Entstehung – 2
  - 1.1.2 DNQP – 3
- 1.2 Auswirkungen – 4**
  - 1.2.1 Juristische Bedeutung – 5
  - 1.2.2 Vorteile – 5
  - 1.2.3 Nachteile – 6
- 1.3 Implementierung – 6**
  - 1.3.1 Voraussetzungen für die Implementierung – 7
- 1.4 Pflegeberatung – 8**
  - 1.4.1 Kompetenz – 8
- 1.5 Pflegedokumentation – 10**
- 1.6 Zukunft von Expertenstandards – 10**
  - 1.6.1 Verfahrensordnung Expertenstandards – 11
- Literatur – 11**

Expertenstandards haben sich in den letzten Jahren fest in der Pflege etabliert, wobei der Nutzen in den Pflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich bewertet wird. Ursache hierfür sind vor allem Probleme bei der Implementierung in den Alltag. Um die Bedeutung von Expertenstandards zu ermessen, ist es sinnvoll, sich zunächst mit der Entstehung der Expertenstandards und deren juristischer Bedeutung zu beschäftigen. Dadurch werden Vor- und Nachteile erkennbar, die durch die Veröffentlichung der Expertenstandards entstanden sind. Die Aufgaben des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP als Gremium, das bisher Expertenstandards entwickelt und veröffentlicht hat, werden ebenfalls erläutert, da alle bisher veröffentlichten Standards nach einem einheitlichen Prinzip erarbeitet wurden und deshalb auch eine einheitliche Struktur aufweisen. Die Kenntnisse dieser Strukturen erleichtert die Umsetzung in die Praxis.

Die Erarbeitung der Expertenstandards unter Berücksichtigung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ist ein weiterer wichtiger Faktor. Das Bundesministerium für Gesundheit BMG hatte im Rahmen der Pflegereform 2008 durch das »Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung« einschneidende Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen, so dass sich für die weitere Erstellung von Expertenstandards deutliche Veränderungen ergeben. Im Januar 2015 wurde der erste Expertenstandard nach der neuen Vorgehensweise veröffentlicht, der sich mit der Mobilitätsförderung beschäftigt.

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Vorgaben und Zielsetzungen der Expertenstandards beschrieben. Gleichzeitig sollen grundlegende Vorgehensweisen bei der Implementierung in Form einer »Gebrauchsanweisung« für dieses Buch erklärt werden.

## 1.1 Bedeutung von Expertenstandards

Den meisten Mitarbeitern ist die Wichtigkeit der Expertenstandards bewusst, dennoch fehlt es gelegentlich an der Bereitschaft, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Ursache für diese Diskrepanz

ist die zentrale Frage, warum man sich überhaupt an den Expertenstandards orientieren muss. Um dies zu erläutern, wird zunächst die Entstehung der Expertenstandards beschrieben.

### 1.1.1 Entstehung

Jedes Jahr treffen sich Vertreter der Ministerien und Senatoren für Gesundheit mit Vertretern des Bundes in der Gesundheitsministerkonferenz GMK, um gesundheitspolitische Themen zu besprechen und die weitere fachliche und politische Entwicklung festzulegen. Im Jahre 1999 wurde von der 72. GMK der Länder in Trier eine große Qualitätsoffensive beschlossen. Unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entwicklung in Europa wurde festgelegt, dass eine einheitliche Qualitätsstrategie entstehen soll, die dazu beiträgt, folgende Ziele zu erreichen:

- Einführung von Qualitätsmanagement ab dem 1.1.2005
- Konsequente Patientenorientierung
- Entwicklung einer integrierten, bürgernahen europäischen Gesundheitspolitik
- Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und Erhöhung der Transparenz zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger, insbesondere durch Strukturvergleiche und Erfahrungs- und Informationsaustausch
- Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards zur Qualitätsentwicklung
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Die Gesundheitsministerkonferenz hat somit durch ihr Entschließungspapier zur »Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen« die Grundlagen für die Entwicklung von Expertenstandards beschlossen.

Um diese Vorgaben umzusetzen, wurde 1999 das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat DPR und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit BMG als Pilotprojekt gegründet. Das DNQP ist ein

bundesweiter Zusammenschluss von Pflegefachleuten, die sich auf Praxis- und Wissenschaftsebene mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Diesem Gremium aus Fachkollegen der Pflege wurde die Entwicklung, Konsentierung und Veröffentlichung von evidenzbasierten Expertenstandards übertragen. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht außerdem ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung.

## 1.1.2 DNQP

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP hat bisher folgende Expertenstandards erarbeitet, veröffentlicht und aktualisiert:

### Veröffentlichte Expertenstandards:

1. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2010)
2. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (1. Aktualisierung 2009)
3. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung Dezember 2011)
4. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013)
5. Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung 2014)
6. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Juni 2009)
7. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Mai 2010)
8. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (Sonderdruck März 2014)
9. Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (Abschlussbericht Juni 2014)

Von und für Hebammen bzw. Entbindungspfleger wurden außerdem im Rahmen eines an der Hochschule Osnabrück angesiedelten Forschungsschwerpunktes »Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua« der Expertenstandard »Physiologische Geburt« erstellt.

Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wurde aktualisiert. Berücksichtigt werden deshalb auch die Inhalte der Aktualisierung. Außerdem soll Anfang 2016 mit der Erstellung eines Expertenstandards »Pflege von Menschen mit Demenz« begonnen werden.

Die zentralen Funktionen der Expertenstandards in der Pflege wurden vom DNQP formuliert.

### Ziele von Expertenstandards:

- Übergreifendes Ziel ist die Förderung der Pflegequalität
- Darstellung eines professionell abgestimmten Leistungsniveaus
- Kriterien zur Erfolgskontrolle sind eingeschlossen
- Aktiver Theorie-Praxis-Transfer
- Beitrag zur Professionalisierung

Das Vorgehen bei der Erstellung eines Expertenstandards orientierte sich bisher immer an einem einheitlichen Schema, bei dem das Ergebnis als professionell abgestimmtes Leistungsniveau betrachtet wurde. Um dies zu erreichen, wurde nach der Auswahl des Themas eine unabhängige Expertenarbeitsgruppe von 8 bis 12 Experten gebildet, die etwa zu gleichen Teilen aus Pflegepraktikern und Pflegewissenschaftlern mit Fachexpertise bestand.

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche der nationalen und internationalen Fachliteratur wurde ein Entwurf erarbeitet, der in der sich anschließenden Konsensuskonferenz vorgestellt und diskutiert wurde. Die Ergebnisse dieser Konferenzen flossen in die endgültige Version des Expertenstandards ein, der dann nach etwa drei Monaten den Praxiseinrichtungen mit Kommentierungen und umfassender Literaturstudie zur Verfügung stand.

Schließlich erfolgte die modellhafte Implementierung des Expertenstandards mit wissenschaftlicher Begleitung durch das Team des DNQP. Über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten wurde der neue Expertenstandard in allen Bereichen der Pflege eingeführt, wobei Einrichtungen der stationären Krankenpflege und Altenhilfe sowie ambulante Pflegedienste als Referenzeinrichtungen an der Implementierung teilnehmen konnten.

Bei der Aktualisierung des Expertenstandards »Dekubitusprophylaxe«, »Entlassungsmanagement« und »Schmerzmanagement bei akuten

**Tab. 1.1** Grundlegende Struktur eines Expertenstandards

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Risikoehebung, Screening, Assessment	P1	E1
S2 Erforderliche Kompetenz	P2	E2
S3 Maßnahmenplanung	P3	E3
S4 Schulung und Beratung	P4	E4
S5 Kooperation	P5	E5
S6 Evaluation	P6	E6

Schmerzen« wurde außerdem die Fachöffentlichkeit über das Internet einbezogen. Der Entwurf konnte für sechs bis acht Wochen auf der Homepage des DNQP eingesehen und kommentiert werden. Dieses Vorgehen ist im aktualisierten Methodenpapier zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege festgelegt.

### Struktur

Alle bisher veröffentlichten Expertenstandards sind nach einer einheitlichen Struktur aufgebaut (Tab. 1.1). Nach einer Einführung, der Beschreibung der Konsensuskonferenz, der Vorstellung der Arbeitsgruppe und der Präambel folgt eine Übersicht über den Standard, die in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilt ist.

Die jeweiligen Unterpunkte werden mit S, P und E bezeichnet und nummeriert. Sie beinhalten immer Aussagen zur Verantwortlichkeit und Qualifikation für das Kriterium.

**➤ In den folgenden Kapiteln zu den einzelnen Expertenstandards werden diese Aussagen zur Vermeidung von Wiederholungen zusammengefasst, etwa S1, P1 und E1. Anschließend erfolgen eine gemeinsame Erläuterung des gesamten Kriteriums und Hinweise für die praktische Umsetzung im Pflegealltag der stationären und ambulanten Pflege.**

Alle Standardkriterien werden in der Folge vom DNQP kommentiert und genauer beschrieben. Nach dem Literaturverzeichnis und Glossar folgt ein Abschnitt über die Phasen der Implementie-

rung, der sich vor allem mit der Auditierung des Standards beschäftigt.

**➤ Das Auditinstrument ist ebenfalls Bestandteil der Veröffentlichung jedes Expertenstandards. In der Praxis kann dieses Instrument genutzt werden, um die Implementierung in der eigenen Pflegeeinrichtung zu überprüfen.**

Die einheitliche Gliederung der Standards, die auch inhaltlich beibehalten wird, erleichtert bisher die Orientierung und das Verständnis für den Leser und Nutzer.

#### Praxistipp

In allen Expertenstandards spielen die Risikoehebung, die erforderliche Kompetenz, die Maßnahmenplanung, die Schulung und Beratung auch der Angehörigen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Evaluation eine entscheidende Rolle.

## 1.2 Auswirkungen

Expertenstandards haben weitreichende Folgen im Pflegealltag. Zum einen sind insbesondere die Vorteile in der Praxis festzustellen und zum Teil sogar nachweisbar, wenn eine erfolgreiche Implementierung stattfand, zum anderen hat die Veröffentlichung von Expertenstandards auch eine juristische Wertigkeit.

### 1.2.1 Juristische Bedeutung

Nach bisheriger Auffassung der Rechtsprechung beinhalten Expertenstandards den allgemein anerkannten, aktuellen Stand der Pflegeforschung.

➤ **Expertenstandards gelten deshalb als ein antizipiertes, also vorweggenommenes Sachverständigengutachten.**

Dadurch entsteht eine strafrechtliche und zivilrechtliche Wertigkeit der Expertenstandards, deren Nichtbeachtung oder Nichtumsetzung aus haftungsrechtlicher Sicht in jedem Fall eine Fahrlässigkeit und folglich ein Verschulden darstellt. Dabei trägt die Pflegefachkraft die Durchführungsverantwortung, Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung übernehmen die Organisationsverantwortung und somit die Haupthaftungsverantwortung für die korrekte Umsetzung der in den Expertenstandards geforderten Inhalte.

Im Schadensfall kann es dadurch zur Beweislasteasenerleichterung oder -umkehr kommen, wobei die Pflegeeinrichtung anhand der Dokumentationen beweisen muss, dass eine korrekte Leistungserbringung erfolgte.

#### Praxistipp

Aus diesem Grund ist es für die Leitung einer Pflegeeinrichtung unerlässlich, eindeutige Dokumentationsvorgaben festzuhalten und deren Umsetzung durch die Mitarbeiter zu kontrollieren.

### 1.2.2 Vorteile

Ziel der bisher erarbeiteten und veröffentlichten Expertenstandards ist eine Verbesserung der Pflegequalität durch den Transfer von wissenschaftlich überprüften Erkenntnissen in die Pflegepraxis. Dadurch kommt es zur Kompetenzsteigerung der Mitarbeiter und somit zu einer Professionalisierung der Pflege im Allgemeinen. Die Verknüpfung von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis durch die Vermittlung von evidenzbasiertem Wissen aber auch umgekehrt durch den Praxis-Theorie-Trans-

fer ist ein nachhaltiger Schritt auf dem Weg der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Durch die Auseinandersetzung mit wichtigen Pflegeproblemen und durch die Fortbildung der Mitarbeiter soll die Sicherheit aller Beteiligten, also sowohl der Mitarbeiter als auch der Patienten, Bewohner und Angehörigen, gestärkt werden. Sicherheit bedeutet in diesem Zusammenhang sowohl die Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit als auch eine juristische Absicherung des Pflegebedürftigen. Außerdem führt die Umsetzung dieser gesicherten Erkenntnisse auch zu einer verbesserten Patientenorientierung, da in allen Kriterien der Expertenstandards eine individuelle Pflege gefordert wird.

#### Praxistipp

Alle bisher veröffentlichten Expertenstandards beschäftigen sich mit Pflegeproblemen, die weit verbreitet sind und außerdem hohe Kosten verursachen können. Die consequente Beachtung der Expertenaussagen könnte deshalb bei sinkenden Kosten zu einer verbesserten Pflegequalität bzw. Lebensqualität führen.

Von Vorteil für den Patienten, den Bewohner und seine Angehörigen ist außerdem die immer wiederkehrende Forderung nach Schulung und Beratung durch die Pflegefachkraft, die in allen Expertenstandards eine übergeordnete Rolle spielt. Dadurch wird die Bedeutung der Pflegeberatung (► Abschn. 1.4) unterstrichen, die in der allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklung eine immer stärkere Position einnimmt. Die Vermeidung von Krankheiten, Folgeerkrankungen und Komplikationen und die Stärkung der Prophylaxe durch Patientenedukation sollen von allen Beteiligten im Gesundheitswesen unterstützt werden und stellen deshalb eine interdisziplinäre Aufgabe dar.

➤ **In diesem Zusammenhang ist es für alle Einrichtungen im Pflegesektor unerlässlich, durch Beratung zu einer Verbesserung der Situation des Patienten oder Bewohners beizutragen und die Inhalte und Ergebnisse dieser Beratung auch zu dokumentieren.**



### 1.2.3 Nachteile

An den bisher veröffentlichten Expertenstandards wurde immer wieder Kritik geäußert, da die Pflegeeinrichtungen große Probleme bei der praktischen Umsetzung haben und dadurch der Nutzen von Expertenstandards insgesamt in Frage gestellt wurde.

Probleme bei der Implementierung der Expertenstandards ergeben sich aus der Zielsetzung, Gültigkeit für alle Einrichtungen im Pflegebereich zu besitzen und eine evidenzbasierte Berufspraxis zu erreichen.

➤ **Folglich sind die Formulierungen sehr allgemein gehalten und zum Teil schwer verständlich. Durch die Begrifflichkeiten und die Fachsprache wird die Umsetzung an der Basis behindert.**

Um eine allgemeine Gültigkeit zu erreichen, wurden die Standardaussagen aus der Sicht der Kritiker sehr vage formuliert. Gerade im ambulanten Bereich, wo ein Patientenkontakt sich oftmals auf wenige Minuten pro Tag beschränkt, gestaltet sich die Implementierung schwierig. Probleme zeigen sich aber auch in Einrichtungen mit einer kurzen Verweildauer, etwa Ambulanzen oder Intensivstationen bzw. in Pflegeeinrichtungen mit einem speziellen Schwerpunkt, z. B. Hospize oder Tagespflegeeinrichtungen.

#### Praxistipp

Die Implementierung von Expertenstandards muss auf die besonderen Gegebenheiten jeder einzelnen Einrichtung zugeschnitten werden. In den folgenden Kapiteln finden sich zu den jeweiligen Standards Einzelheiten für die Umsetzung.

Aus diesem Grund ist die Einführung von Expertenstandards in der Pflegepraxis mit hohen Ressourcen verbunden.

#### Ressourcen bei der Einführung:

- Personal
- Zeit
- Qualifikation
- Finanzielle Mittel

Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter und die Arbeitsstunden bei der Einführung Kosten verursacht, sondern auch die Beschaffung des Expertenstandards an sich. Im Internet wird zwar die jeweilige Übersicht über den Standard auf der Homepage des DNQP zum Download zur Verfügung gestellt, für eine erfolgreiche Umsetzung ist es jedoch unbedingt notwendig, dass alle Mitarbeiter oder zumindest alle Fachkräfte den genauen Inhalt kennen.

#### Praxistipp

Die Anschaffung aller bisher veröffentlichten Expertenstandards ist deshalb zu empfehlen.

Von Nachteil bei der Implementierung ist außerdem die Tatsache, dass in den Expertenstandards auch Instrumente untersucht und zum Teil empfohlen werden, die nur mit Genehmigung des Verfassers kommerziell verwendet werden dürfen. Viele Einrichtungen sind sich nicht bewusst, dass anderenfalls eine Urheberrechtsverletzung vorliegt.

Immer wieder kritisiert wird auch die Tatsache, dass die Wirksamkeit der Expertenstandards nicht eindeutig untersucht ist. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alleine durch die Tatsache der Veröffentlichung einer allgemein gültigen Expertenmeinung mit entsprechender juristischer Tragweite eine höhere Sensibilität für das jeweilige Thema entsteht und dadurch eine Verbesserung der Problematik erreicht wird. Allerdings sind diese Veränderungen sehr langwierig und deshalb erst im Verlauf von mehreren Jahren zu beobachten. Am Beispiel der Dekubitusprophylaxe kann eine derartige Entwicklung gut beobachtet werden.

## 1.3 Implementierung

Die oben erwähnten Nachteile führen bei der Implementierung der bisher veröffentlichten Expertenstandards immer wieder zu Problemen, da die Einrichtungen sich teilweise unsicher fühlen, wie sie bei der Umsetzung vorgehen sollten. Deshalb wird im folgenden Abschnitt der praktische Verlauf der Implementierungsphasen erläutert.

**Phasen der Implementierung:**

1. Fortbildung aller Mitarbeiter
2. Aktualisierung und Anpassung des einrichtungsinternen Standards
3. Überprüfung der Formulare, ggf. Aktualisierung
4. Verfahrensanweisung im Qualitätsmanagement-Handbuch QMHB
5. Implementierung
6. Kontrolle durch die Leitung, z. B. bei der Pflegevisite

Der Kenntnisstand der aktuellen pflegewissenschaftlichen Grundlagen aller Mitarbeiter oder zumindest aller Pflegefachkräfte ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung.

**Praxistipp**

Die Wissensvermittlung durch Fortbildung und Literatur erleichtert die Implementierung. Entsprechende Angebote durch die Einrichtungsleitung sind auch unter Berücksichtigung der Organisationsverantwortung zu empfehlen.

Anschließend erfolgt die Erstellung oder Überarbeitung des einrichtungsinternen Standards. Dabei ist es sinnvoll, die Ressourcen der Mitarbeiter zu nutzen und diese im Rahmen einer Projektgruppe an der Standarderstellung oder Aktualisierung zu beteiligen. Besonders interessierte oder fortgebildete Mitarbeiter können ihr Wissen in die Gruppe einbringen.

Für diese Arbeit sollte ein genauer Zeitrahmen vorgegeben werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Außerdem sollte die Projektgruppe nicht zu groß sein, da sonst das Vorankommen durch unnötige Diskussionen beeinträchtigt wird. Für die Arbeit der Projektgruppe sollte ein strukturierter Ablaufplan vorliegen.

Sobald der einrichtungsinterne Pflegestandard an die Anforderungen des Expertenstandards angepasst wurde, müssen die vorhandenen Formulare überprüft werden. Auch diese Implementierungsphase kann durch die Projektgruppe übernommen werden.

Schließlich wird eine Verfahrensanweisung für das Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt, da-

mit alle Mitarbeiter wissen, welche Vorgaben zu berücksichtigen sind. In der letzten Phase der Implementierung wird festgelegt, ab wann der neue Standard gültig ist.

➤ **Zur Evaluation der Umsetzung sollte durch die Leitungsebene der Pflegeeinrichtung eine Kontrollfunktion eingerichtet werden, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter sich an den Vorgaben des Expertenstandards orientieren.**

Dadurch wird die juristische Wertigkeit der Expertenstandards berücksichtigt, da die Einrichtungsleitung die Organisationsverantwortung tragen muss. Gut geeignet für die Evaluation ist unter anderem das Instrument der Pflegevisite.

### 1.3.1 Voraussetzungen für die Implementierung

Die Implementierung von Expertenstandards ist effektiver, erfolgreicher und einfacher, wenn die notwendigen Rahmenbedingungen beachtet werden. Die beiden wichtigsten Faktoren sind, neben dem aktuellen, pflegewissenschaftlich fundierten Fachwissen, folgende Grundvoraussetzungen.

**Voraussetzungen:**

- Beratung
- Dokumentation

In Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag spielt die Beratung eine erhebliche Rolle bei der korrekten Umsetzung der Expertenstandards (► Abschn. 1.4). Gerade in Einrichtungen, in denen keine 24-Stunden-Versorgung stattfindet, etwa in der ambulanten Pflege, in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen aber auch in Rehabilitationseinrichtungen, müssen der Patient und seine Angehörigen gezielt beraten werden.

➤ **Inhalte und Ergebnisse der Beratung müssen eindeutig aus der Pflegedokumentation hervorgehen.**

Insofern kommt auch der Pflegedokumentation (► Abschn. 1.6) eine entscheidende Rolle zu, deren

Bedeutung allen Mitarbeitern jederzeit bewusst sein sollte. Auch hier obliegt der Einrichtungsleitung die Haupthaftungsverantwortung und somit die Kontrolle der Umsetzung.

### 1.4 Pflegeberatung

Durch die Gesetze über die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege aber auch durch verschiedene Ausführungen in den Sozialgesetzbüchern SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII wurde der Stellenwert der Beratung und Gesundheitsvorsorge deutlich erhöht. Für die Gesundheitsberufe ergibt sich hieraus eine Verpflichtung, den Patienten oder Bewohner und seine Angehörigen zu beraten, anzuleiten und zu schulen.

Im SGB XI wird darüber hinaus der Beratungseinsatz in § 37,3 und die Schulung von Angehörigen in § 45 gesetzlich definiert.

Eine Übersicht über die Veränderungen durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, das am 01.07.2008 in Kraft trat, wird in der folgenden Tabelle dargestellt (■ Tab. 1.2).

Die praktische Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben wird erleichtert, wenn Mitarbeiter für Beratungsaufgaben gezielt qualifiziert werden. Eine Ausbildung zum Pflegeberater ist derzeit lediglich für Berater in Pflegestützpunkten erforderlich, sinnvoll ist jedoch für alle Einrichtungen die Schulung geeigneter Mitarbeiter in den Bereichen Kommunikation und Gesprächsführung bzw. die Fortbildung in speziellen Pflegebereichen, etwa Diabetes, Ernährung, Wundversorgung, Palliativpflege und andere fachliche Zusatzqualifikationen. Auch Mitarbeiter mit fundierten Kenntnissen im Bereich der Sozialversicherung können beratend tätig werden.

**Praxistipp**

Besonders geeignet für Beratungs- oder Schulungsmaßnahmen sind Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen, beispielsweise Case Manager, Stationsleitungen, Qualitätsmanager, Mitarbeiter mit Weiterbildungen zu speziellen Krankheitsbildern oder auch Praxisanleiter.

■ Tab. 1.2 Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Paragraph	Inhalt
§ 7a	Einsatz von Pflegeberatern
§ 12	Koordination durch die Pflegekassen
§ 37,3	Beratungseinsatz zur Qualitätssicherung (Abrechnung)
§ 45	Pflegekurse, Schonung von Angehörigen
§ 45a	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz PEA
§ 92c	Pflegestützpunkte

Dabei richtet sich das Ziel der Beratung auf folgende Aspekte.

**Beratungsziele:**

- Gesundheitsförderung
- Vermeidung von Krankheiten
- Dadurch Senkung von Behandlungskosten
- Beratungseinsatz nach SGB XI, § 37,3:

1. Zur Sicherung der Qualität
2. Zur regelmäßigen Hilfestellung
3. Zur praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden

Pflegeberatung kann allerdings bei jedem Patientenkontakt stattfinden, etwa im Anamnesegespräch, während der Pflegevisite oder im Rahmen der Körperpflege. Inhalte dieser Informationsweitergaben sollten möglichst präzise dokumentiert werden.

#### 1.4.1 Kompetenz

Das DNQP verbindet mit der Beratung ein zentrales ethisches Prinzip, das verpflichtet, Patienten umfassend zu beraten und ihnen Entscheidungs- und Handlungsfreiraum zu eröffnen. Mehrere Handlungsalternativen sollten dem Betroffenen vorgestellt werden und die Folgen und Gefahren diskutiert werden. Um eine gute Beratung durchführen zu können, sollte die beratende Fachkraft über spezielle Kompetenzen verfügen.

**Beratungskompetenz:**

- Fundiertes Fachwissen
- Ggf. Spezialwissen

■ **Tab. 1.3** Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung

Selbsteinschätzung durch die Pflegefachkraft	Fremdeinschätzung durch Patient und Angehörige
Individueller Dialog	Ignoranz, fehlende Wertschätzung
Professionelle Beratung	Zufällige Alltagsgespräche
Gemeinsame Entscheidungen	Entscheidung nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien
Kooperation	Kaum Zusammenarbeit
Prozesssteuerung	Man muss alles selbst machen
Individuelles Versorgungsangebot	Nicht bedarfsgerechtes Angebot

Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung NRW (Sieger u. Kunstmann 2003, Schönlau u.a. 2005, Uhlmann u.a. 2005, Bräutigam u.a. 2005)

- Intuition
- Kommunikationsfähigkeit
- Problemlösungskompetenz
- Erkennen der Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen

Die Selbstkompetenz des Patienten und seiner Angehörigen ist ein entscheidender Faktor bei der Realisierung der Beratungsinhalte. Kognitive Fähigkeiten des Patienten und die Bereitschaft zur Verhaltensänderung spielen eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung, welcher Beratungsstil gewählt wird.

#### **Beratungsstile:**

1. Coachender Stil
2. Werbender Stil
3. Erlaubnis einholender Stil

Je größer die Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen desto intensiver werden sie in die Entscheidungsfindung einbezogen. Von Stufe zu Stufe wird die Kompetenz des Betroffenen größer und er entscheidet selbstständiger, welche Maßnahmen er durchführen möchte.

- **Durch die Berücksichtigung dieser Tatsachen und die Auswahl des geeigneten Beratungsstils wird die Compliance des Patienten und der Angehörigen verbessert.**

Der Berater sollte jedoch nicht nur die Selbstkompetenz des Betroffenen eruieren, sondern auch seine Selbstvertrauensängste wahrnehmen. Dabei empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen.

#### **Ablauf der Beratung:**

1. Situation analysieren
2. Gemeinsam Verständnis für die Situation entwickeln
3. Gemeinsam Lösungsansätze erarbeiten

Diese Lösungsansätze müssen persönliche, soziale und materielle Ressourcen berücksichtigen. Im Verlauf der Beratung sollte zwischen fachlichem und psychosozialen Beratungsbedarf unterschieden werden. Dabei zeigen sich immer wieder ähnliche Beratungsthemen.

#### **Beratungsthemen:**

- Probleme und schwierige Lebensthemen
- Prozess des Krankseins
- Akute Krisen und Konflikte
- Akzeptanz von unabwendbaren Veränderungen und Einschränkungen
- Treffen von Entscheidungen
- Erreichen einer befriedigenden Lebensweise trotz Krankheit, Behinderung oder Alter

Interessanterweise unterscheiden sich Bewertungen der Beratungsqualität durch den Patienten oder seine Angehörigen und die durchführende Pflegefachkraft deutlich. Ein Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen machte dies deutlich (■ Tab. 1.3).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen als »Experten« ihres Patienten eine wichtige Rolle spielen. Belastungen der Angehörigen müssen deshalb als psychosoziale Faktoren in der Beratung wahrgenommen und bearbeitet werden. Die häu-

figsten Probleme der Angehörigen stellen die folgenden Faktoren dar.

#### **Belastung der Angehörigen:**

- Beziehung zwischen Patient und Angehörigen
- Finanzielle Belastung
- Schuldgefühle
- Unzureichende Wahrnehmung der Angehörigen durch Pflegenden

Eine Unterstützung der Angehörigen führt somit indirekt zu einer Verbesserung der Pflegesituation des Betroffenen.

## 1.5 Pflegedokumentation

Die Dokumentation von Pflegemaßnahmen und Beratungsinhalten wird in jedem einzelnen Expertenstandard aufgeführt. Für jede Pflegeeinrichtung ist es deshalb unerlässlich, zu überprüfen, welche Elemente der Pflegedokumentation und Pflegeplanung an die Anforderungen der Expertenstandards angepasst werden müssen.

#### **Wichtige Elemente der Dokumentation:**

- Pflegeanamnese
- Risikoassessment
- Pflegeplanung und Evaluation
- Einrichtunginterne Pflegestandards
- Spezielle Formulare, z. B. Bewegungsförderungspläne und -protokolle, Flüssigkeits- oder Ernährungsprotokolle
- Leistungsnachweise
- Pflegebericht, z. B. Beratung, Verweigerung, begründete Abweichung

Ein sicherer Umgang aller Mitarbeiter mit der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung sowie genaue Vorgaben von Seiten der Einrichtungsleitung sind deshalb für die Umsetzung der Expertenstandards dringend notwendig.

#### **Praxistipp**

Hilfreich bei der Berücksichtigung der Anforderungen an die Pflegedokumentation sind gezielte Fortbildungen der Mitarbeiter, eindeutige Anweisungen im Qualitätsmanagement-Handbuch und die Bereitstellung einer »Musterkurve« bzw. einer Testperson in der EDV.

Eine Kontrolle der Dokumentation bzw. im Idealfall eine statistische Auswertung der Inhalte durch die Einrichtungsleitung oder den Qualitätsmanagement-Beauftragten trägt dazu bei, Defizite frühzeitig zu erkennen und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

- **Im Rahmen der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde eine neue Form der Dokumentation entwickelt. Ausführliche Informationen, Formulare und eine Erläuterung des Strukturmodells findet man auf der Homepage des Pflege- und Patientenbeauftragten der Bundesregierung ► <http://www.patientenbeauftragter.de/>**

Dort ist auch erklärt, wie die Anforderungen der Expertenstandards in der integrierten strukturierten Informationssammlung SIS berücksichtigt werden können.

## 1.6 Zukunft von Expertenstandards

Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde die Bedeutung von Expertenstandards noch einmal betont, da die Umsetzung von Expertenstandards für alle Einrichtungen in § 113a als unmittelbar verbindlich beschrieben wird. Dieser Paragraph wurde zur Qualitätssicherung und zum Schutz der Pflegebedürftigen erlassen und regelt außerdem das Vorgehen bei der Erarbeitung der Expertenstandards.

Allerdings wurde in diesem Zusammenhang die Verantwortung für die Entwicklung von Expertenstandards in den institutionellen Rahmen und den rechtlichen Zusammenhang des SGB XI gestellt.

- **Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und von privaten Versicherungsunternehmen getragen werden.**

Dabei wurde von den Vertragspartnern eine Verfahrensordnung beschlossen, die den Ablauf der Standardentwicklung beschreibt. Zum 1.7.2008 wurde der GKV Spitzenverband gegründet, der

unter anderem für die Steuerung der Standardentwicklung zuständig ist.

- **Eine entsprechende Regelung im SGB V wurde noch nicht formuliert, die bisher erstellten Expertenstandards gelten in diesem Bereich unverändert weiter.**

## 1.6.1 Verfahrensordnung Expertenstandards

Auf Vorschlag der beteiligten Institutionen wird die Entwicklung eines Standards beschlossen und ausgeschrieben. Das beauftragte pflegewissenschaftliche Institut erarbeitet den Entwurf für einen Expertenstandard. Dieser wird dann mit den verschiedenen Akteuren diskutiert. Dabei werden die Betroffenen ebenso wie die Praxis und Fachöffentlichkeit einbezogen. Auf dieser Grundlage erfolgt eine modellhafte Implementierung.

Anschließend entscheiden die Vertragspartner (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband) gemeinsam über die Einführung des Expertenstandards. Es erfolgt außerdem eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

- **Damit ist er verbindlich für alle Institutionen und gilt als Mindeststandard, an den sich alle halten müssen. Gemeint sind in diesem Zusammenhang momentan Einrichtungen, die nach SGB XI abrechnen, eine entsprechende Anpassung des SGB V steht noch aus.**

## Literatur<sup>1</sup>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege, Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Deutscher Pflegerat e.V. DPR (2008) Pflegepositionen 11/2008, in Heilberufe Pflegemagazin, Urban & Vogel, München

Gesundheitsministerkonferenz (1999): Entschließungspapier der GMK zur »Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen«, Trier

Höfert R (2011) Von Fall zu Fall – Pflege im Recht, 3.A. Springer Verlag, Heidelberg

Heilberufe (2008) Heilberufe spezial Expertenstandards, Urban & Vogel, München

- ▶ [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- ▶ [www.buko-qs.de](http://www.buko-qs.de)
- ▶ [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)
- ▶ [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org)
- ▶ [www.patientenbeauftragter.de/](http://www.patientenbeauftragter.de/)
- ▶ [www.ein-step.de/downloads/](http://www.ein-step.de/downloads/)

1 Die Literaturverzeichnisse der einzelnen Expertenstandards werden nicht separat berücksichtigt.

# Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 2.1 Grundlagen der Dekubitusprophylaxe – 15**
- 2.2 Standardkriterium 1 – 15**
  - 2.2.1 Implementierung – 16
  - 2.2.2 Dekubitusrisiko – 16
  - 2.2.3 Klassifikation des Dekubitus – 16
  - 2.2.4 Screening und Risikoassessment – 17
- 2.3 Standardkriterium 2 – 20**
  - 2.3.1 Implementierung – 20
  - 2.3.2 Mobilisation und Transfer – 20
  - 2.3.3 Lagerung – 20
  - 2.3.4 Lagerungstechniken – 21
  - 2.3.5 Lagerungsintervalle – 22
  - 2.3.6 Sitzen – 24
  - 2.3.7 Mikrobewegungen – 25
  - 2.3.8 Maßnahmenplan – 25
- 2.4 Standardkriterium 3 – 26**
  - 2.4.1 Implementierung – 26
  - 2.4.2 Hilfsmittel – 26
  - 2.4.3 Verfügbarkeit von Hilfsmitteln – 27
- 2.5 Standardkriterium 4 – 28**
  - 2.5.1 Implementierung – 28
- 2.6 Standardkriterium 5 – 29**
  - 2.6.1 Implementierung – 29

<b>2.7</b>	<b>Standardkriterium 6 – 30</b>
2.7.1	Implementierung – 30
<b>2.8</b>	<b>Dokumentation – 30</b>
<b>2.9</b>	<b>Organisation – 30</b>
<b>2.10</b>	<b>Auswirkungen des Expertenstandards – 31</b>
<b>2.11</b>	<b>Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004 – 31</b>
2.11.1	Risikoskalen – 31
2.11.2	Ursprüngliches Standardkriterium 4 – 32
2.11.3	Implementierung – 32
2.11.4	Pflegemaßnahmen – 33
<b>2.12</b>	<b>Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2010 – 36</b>
2.12.1	Präambel zum Expertenstandard – 36
2.12.2	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2010 – 37
	<b>Literatur – 39</b>



Der Dekubitus ist auch durch Medienberichte in den vergangenen Jahren zum »Schreckgespenst der Pflege« geworden. Immer wieder wurde die Entstehung eines Druckgeschwürs als Pflegefehler gewertet und in etlichen Fällen sogar gerichtlich verfolgt. Seit der Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP erarbeitet wurde, ist die Anzahl der Druckgeschwüre in Heimen und Kliniken von Jahr zu Jahr gesunken, wie eine jährlich stattfindende Studie der Charité in Berlin zeigte. In diesem Kapitel wird zunächst der Inhalt des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege anhand der einzelnen Standardkriterien dargestellt und erläutert. Die einzelnen Abschnitte beschreiben jeweils ein Standardkriterium des Expertenstandards sowie wichtige Maßnahmen und Hilfestellungen für die Implementierung. Berücksichtigt wird der aktualisierte Expertenstandard aus dem Jahr 2010 aber auch relevante Inhalte des ursprünglichen Standards von 2004. Um eine Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden diese Inhalte am Ende des Kapitels separat aufgeführt.

Den Schwerpunkt der Kommentierung stellt die Implementierung in den Pflegeprozess dar, wobei die einzelnen Schritte Informationssammlung, Risikoerhebung, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation als Richtschnur dienen.

Für die Implementierung in den einrichtungsinternen Pflegestandard werden Anregungen gegeben, die zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen unterscheiden. Bei diesen Informationen wurden auch die Inhalte der »Grundsatzstellungnahme Dekubitus« des Medizinischen Dienstes Spitzenverband Bund der Krankenkassen MDS und die Veröffentlichung des Handbuchs »Pflegedokumentation stationär« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ mitberücksichtigt, um Doppelarbeit zu vermeiden und eine umfassende Anpassung des einrichtungsinternen Pflegestandards zu ermöglichen.

Die erforderlichen Formulare, z. B. Risikoskalen, Bewegungsförderungsplan oder Ernährungsanamnese, befinden sich im Anhang, da sie für

mehrere Expertenstandards notwendig sein können.

Schließlich beschäftigt sich dieses Kapitel mit organisatorischen Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Expertenstandard, etwa der Erstellung einer Dekubitusstatistik.

## 2.1 Grundlagen der Dekubitusprophylaxe

Schon in der ursprünglichen Version des Expertenstandards aus dem Jahr 2002 und der Aktualisierung 2004 wurde die Bedeutung der Dekubitusprophylaxe für die Pflege und die dafür erforderliche Implementierung eines geeigneten Qualitätsmanagements beschrieben. Die gesundheitspolitische Relevanz des Dekubitus ergibt sich aus der Häufigkeit des Auftretens, die zwar von Jahr zu Jahr gesunken ist, für den jeweils betroffenen Patienten oder Bewohner dennoch Einschränkungen der Selbstständigkeit, Schmerzen, soziale Isolation und eine Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeutet.

Druckgefährdete Personen sind in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens anzutreffen.

➤ **Eine separate Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe bei Kindern kann auf der Homepage des DNQP heruntergeladen werden.**

## 2.2 Standardkriterium 1

**S1** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen. **P1** Die Pflegefachkraft beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkungen von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen. **E1** Eine

aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.

## 2.2.1 Implementierung

Das DNQP betonte in seiner Kommentierung zunächst die Notwendigkeit von aktuellem Fachwissen und lebenslangem Lernen. Der Zusammenhang zwischen Schulungsprogrammen und dem reduzierten Auftreten von Dekubitalulzera in Pflegeeinrichtungen wird durch die praktische Anwendung von theoretischen Kenntnissen erklärt.

- **Theoretische Kenntnisse über die Entstehung eines Dekubitus sind für alle Pflegefachkräfte unerlässlich: Die Einwirkung von Druck in Form von vertikalem Druck und Scherkräften und der Zusammenhang zwischen Druck und Zeit bedingt einen Sauerstoffmangel mit der Folge des Kollabierens der Kapillargefäße.**

Eine verminderte Druckverteilungskapazität des Gewebes findet man beispielsweise bei Dehydration, bei Eiweißmangel, bei Vitaminmangel und bei Stress. Eine veränderte Gewebetoleranz bezüglich eines Sauerstoffmangels liegt bei Ödemen vor, kann aber auch durch Medikamente oder Krankheiten mit vaskulären Veränderungen hervorgerufen werden.

Auf den Beginn dieser Schädigung reagiert der Körper normalerweise mit Schmerzen, die zur Entlastung der betroffenen Körperzone durch Lageränderung führen. Infolge altersbedingter Veränderungen der Haut oder Immobilität kann der Druck-Schmerz-Mechanismus beeinträchtigt sein.

## 2.2.2 Dekubitusrisiko

Die deutsche Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation benennt verschiedene Risikofaktoren, die zur Druckbelastung führen.

### Mögliche Risikofaktoren:

- Immobilität (totale Immobilität besteht, wenn der Patient im Schlaf pro Stunde keine einzige Spontanbewegung durchführt)
- Zu langes Sitzen ohne Druckentlastung

- Bewusstlosigkeit und gravierende Störungen der Vigilanz, z. B. Depression, Katatonie und andere psychiatrische Erkrankungen
- Sedierung
- Hohes Lebensalter
- Neurologische Störungen, z. B. Lähmungen mit Sensibilitätsstörungen
- Kachexie
- Durchblutungsstörungen, vor allem aVK
- Exsikkose, Dehydratation, Fieber
- Anämie mit einem Hb < 8 g/l
- Große chirurgische Eingriffe

Angeführt wird außerdem die Inkontinenz, wobei nach Ansicht des DNQP kein direkter Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Dekubitusentstehung vorliegt, sondern ein Dekubitus indirekt über die durch Hautfeuchtigkeit ausgelöste Mazeration der Haut entsteht.

Allerdings ist nicht eindeutig geklärt, welche Faktoren nachweislich eine Dekubitusgefährdung verursachen.

- **Wissenschaftlich belegt ist ein starker Zusammenhang zwischen hoher Pflegebedürftigkeit bzw. reduziertem Allgemeinzustand und dem Dekubitusrisiko. Zusätzlich ist ein vorhandener oder bereits abgeheilter Dekubitus Grad I ein Warnzeichen für eine Gefährdung.**

Diese Faktoren sind deshalb Bestandteil der initialen Einschätzung durch die Pflegefachkraft ▶ Abschn. 2.2.4.

## 2.2.3 Klassifikation des Dekubitus

Dekubitalgeschwüre wurden im ursprünglichen Expertenstandard nach W. O. Seiler in vier Grade und drei Stadien eingeteilt. Im aktualisierten Expertenstandard von 2010 wird empfohlen, die internationale Leitlinie des NPUAP National Pressure Ulcer Advisory Panel und des EPUAP European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009 als Grundlage der Klassifizierung zu verwenden. (■ Tab. 2.1).

Die Klassifizierung sollte vor allem unter dem Aspekt der Druckeinwirkung betrachtet werden,

■ **Tab. 2.1** Klassifizierung des Dekubitus nach der Leitlinie des NPUAP und EPUAP 2009

Kategorie/Stufe/Grad	Ausprägung und Symptome
Kategorie/Stufe/Grad I	<b>Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung</b> bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Verblässen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-)Gefährdung hinweisen.
Kategorie/Stufe/Grad II	<b>Teilverlust der Haut.</b> Teilzerstörung (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreißen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.  *Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
Kategorie/Stufe/Grad III	<b>Verlust der Haut.</b> Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III-Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III-Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.
Kategorie/Stufe/Grad IV	<b>Vollständiger Haut- oder Gewebeerlust.</b> Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV-Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knöchelvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV-Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Faszien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

die schon in Kategorie I explizit erwähnt wird. In der Pflegepraxis wird eine Hautrötung jeglicher Ursache als Dekubitus Grad I wahrgenommen, auch dann, wenn diese durch völlig andere Faktoren entstanden ist. Besonders häufig werden Hautirritationen durch Feuchtigkeit, etwa bei der Verwendung von Inkontinenzmaterial, aber auch Pilzinfektionen mit einem Dekubitus verwechselt.

➤ **Nicht jede Hautrötung ist ein Dekubitus und tatsächlich durch Druckeinwirkung oder Scherkräfte entstanden.**

Bei der Beurteilung ist es hilfreich zu überdenken, ob ein knöcherner Vorsprung vorhanden ist, der

einen Gegendruck auf das Gewebe ausübt, außerdem gibt der Finger-Test genauer Auskunft.

## 2.2.4 Screening und Risikoassessment

Das Fachwissen und die Einschätzungskompetenz der Pflegefachkraft werden von den Experten als wichtiges Kriterium betrachtet. Für Berufsanfänger kann eine Skala eventuell weiter hilfreich sein ► Abschn. 2.10.

Zunächst schätzt die Fachkraft mithilfe ihrer Kompetenz ein, ob eine Gefährdung ausgeschlossen werden kann, im Anschluss folgt eine differenzierte Einschätzung, falls ein Risiko nicht auszuschließen ist.

**Kriterien zum Ausschluss der Dekubitusge-  
fährdung**

**Initiale Einschätzung**

- Anamnese
- Beobachtung
- Klinischer Zustand:
  - Erhebliche Einschränkung des Gesundheitszustands
  - Erhebliche Pflegebedürftigkeit
- Dekubitus Grad/Kategorie I vorhanden

**Initialer Ausschluss eines Dekubitusrisikos**

Durch Beobachtung und unter Berücksichtigung der Anamnese wird hinterfragt, ob der Patient möglicherweise dekubitusgefährdet sein könnte. Hilfreich für dieses Screening sind die wissenschaftlich belegten Kriterien in der folgenden Tabelle (► Kriterien zum Ausschluss der Dekubitusge-  
fährdung).

Wenn die erfahrene Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der genannten Risikofaktoren eine Gefährdung annimmt, folgt die genauere Überprüfung im Assessment sowie die ausführliche Hautinspektion. Alle Ergebnisse sollten in einem Formular dokumentiert werden. Im Anhang befindet sich hierfür ein Beispiel, das Risikoformular (► Anhang 1).

**Differenzierte Risikoeinschätzung**

Durch Beobachtung und Hautinspektion wird das festgestellte Risiko im Assessment genauer überprüft, auch unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben des Patienten oder seiner Angehörigen.

**Praxistipp**

Für die Hautinspektion eignet sich der Finger-Test ► Abschn. 2.3.5 oder die Beobachtung der Haut mithilfe einer kleinen, durchsichtigen Plastikscheibe oder einem Kunststoffspatel. Dadurch kann die Durchblutung der darunterliegenden Haut sehr gut festgestellt werden.

Für die differenzierte Einschätzung sollten die Faktoren Aktivität, Mobilität und extrinsische Faktoren überprüft und dokumentiert werden.

- **Aktivität:** die Fähigkeit, sich von einem Ort zum anderen zu bewegen. **Mobilität:** Fähigkeit, die Körperposition zu verändern. **Extrinsische oder iatrogene Faktoren:** Einflüsse von außen oder durch ärztliche bzw. Pflegemaßnahmen, die die Bewegungsfähigkeit des Patienten hemmen oder Druck bzw. Scherkräfte ausüben.

Diese Faktoren finden sich in der folgenden Tabelle (► Differenzierte Risikoeinschätzung), sowie als Beispiel für die mögliche Dokumentation im Risikoformular ► Anhang 1.

- **Der Zeitpunkt der Einschätzung wird von der Expertenarbeitsgruppe »unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags« festgelegt, also im Erstgespräch.**

Das bedeutet, dass in der Informationssammlung der Pflegeanamnese das Dekubitusrisiko erhoben werden muss, wenn ein Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, was wahrscheinlich bei den wenigsten Patienten oder Bewohnern der Fall ist. Die Pflegeanamnese muss deshalb ein Risikoassessment beinhalten (► Anhang 1).

- **Im Strukturmodell der entbürokratisierten Pflegeplanung wird in der Risikomatrix der SIS (Strukturierte Informationssammlung) ein vorhandenes Dekubitusrisiko mit einem Kreuz markiert und anschließend festgelegt, ob ein differenziertes Assessment notwendig ist.**

Außerdem hat die Arbeitsgruppe beschlossen, dass das Risiko danach in »individuell festzulegenden Abständen« kontrolliert werden muss. In der Praxis zeigen sich bei der Umsetzung dieser Anforderung allerdings Probleme. In fast allen Pflegeeinrichtungen wird für alle Betroffenen ein allgemeines Intervall festgelegt, nach dem eine Wiederholung der Einschätzung erfolgt. Dadurch wird eine Einschätzung des Risikos bei plötzlich auftretenden Veränderungen des Gesundheitszustands erschwert.

Legt man individuelle Abstände fest, besteht die Gefahr, dass die Wiederholung vergessen wird. Einige Einrichtungen orientieren sich deshalb beispielsweise an der Pflegestufe oder an dem

### Differenzierte Risikoeinschätzung

#### Ursachen für erhöhte und oder verlängerte Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften

#### Einschränkungen der Aktivität

Definition: Ausmaß, in dem sich ein Patient oder Bewohner von einem Ort zu einem anderen bewegt

Einschränkungen (Auswahl):

- Abhängigkeit von Gehhilfsmitteln oder personeller Unterstützung beim Gehen
- Abhängigkeit beim Transfer
- Abhängigkeit vom Rollstuhl bei der Fortbewegung im Raum
- Bettlägerigkeit

#### Einschränkungen der Mobilität

Definition: Ausmaß, in dem ein Patient oder Bewohner seine Körperposition wechselt

Einschränkungen (Auswahl):

- Abhängigkeit von personeller Unterstützung beim Lagewechseln im Bett
- Kaum oder keine Kontrolle über Körperposition im Sitzen oder Liegen
- Unfähigkeit zu selbstständigen kleinen Positionsveränderungen (Mikrobewegungen)

*Alternativ zur Beurteilung von Aktivität und Mobilität: Pflegediagnose (z. B. NANDA), interdisziplinäre diagnostische Kategorien von Fähigkeitsstörungen (z. B. ICF der WHO), Pflegeabhängigkeitsskala PAS, Neues Begutachtungsinstrument zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit NBA.*

#### Extrinsisch bzw. iatrogen bedingte Exposition gegenüber Druck und/oder Scherkräften durch (Auswahl):

- Auf die Körperoberfläche eindrückende Katheter, Sonden oder im Bett/auf dem Stuhl befindliche Gegenstände (z. B. Fernbedienung) bzw. Hilflosigkeit für die Lagerung
- Nasale Tuben
- Zu fest oder schlecht sitzende Schienen oder Verbände, Bein- oder Armprothesen
- Unzureichend druckverteilende Hilfsmittel für die Lagerung
- Länger dauernde Operationen

#### Hautinspektion

Mithilfe dieser Faktoren kann das Dekubitusrisiko genauer betrachtet werden.

ermittelten Risikowert. Von Seiten der Einrichtung müssen genaue Vorgaben existieren, die den Mitarbeitern die Bestimmung der Evaluationsintervalle erleichtern. Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, welches Patientenkontingent betreut wird. Vorschläge zu möglichen Einschätzungsintervallen beinhaltet die folgende Tabelle (■ Tab. 2.2).

In der Tabelle werden mögliche Einschätzungsintervalle dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Pflegezustand eines Patienten oder Betroffenen sich akut verändern kann und dann eine sofortige Einschätzung erfolgen muss. Auslösende Faktoren hierfür sind zahlreich.

#### Beispiele für akute Veränderungen:

- Sturz mit nachfolgender Immobilität
- Plötzlich auftretende Erkrankung z. B.:
  - Apoplex
  - Herzinfarkt
  - Stoffwechsellage
- Operation
- Plötzlich auftretende Bewusstseinsbeschränkung
- Infektion, Fieber
- Dehydratation
- Veränderungen der Nahrungsaufnahme

■ Tab. 2.2 Intervalle der Risikoeinschätzung

Pflegesektor	Mögliches Intervall
Krankenhaus, Intensivstation	1× pro Schicht
Krankenhaus, Normalstation	1× pro Tag bis 1× pro Woche, je nach Fachdisziplin
Pflegeheim	1× pro Monat bis alle 8 Wochen, je nach Pflegezustand
Ambulanter Pflegedienst	1× pro Monat bis alle 3 Monate, je nach Pflegezustand
Hospiz	1× pro Woche, je nach Pflegezustand
Rehabilitationsklinik	Alle 2 Wochen, je nach Pflegezustand
Tagespflege, Nachtpflege	1× pro Quartal, je nach Pflegezustand

Beim Auftreten entsprechender Faktoren oder bei beobachteten Veränderungen der Haut in Form von Hautrötungen muss eine sofortige Einschätzung erfolgen und anschließend das individuelle Wiederholungsintervall neu bestimmt werden.

## 2.3 Standardkriterium 2

**S2** Die Pflegefachkraft beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken. **P2** Die Pflegefachkraft gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplans sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Bewohners, Mikrobewegung, scherkräftearmen Transfer, und fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners. **E2** Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.

### 2.3.1 Implementierung

Auch bei diesem Standardkriterium wird zunächst das Fachwissen der Pflegefachkraft über Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken gefordert.

#### Praxistipp

Entsprechende Fortbildungen werden häufig von Physiotherapeuten angeboten.

Dazu zählen beispielsweise Techniken nach Bobath oder Kinästhetik, die theoretisch erlernt und praktisch geübt werden müssen.

- ▶ **Im Vordergrund muss in allen Pflegeeinrichtungen die Bewegungsförderung stehen, was bedeutet, dass Techniken angewendet werden, die es dem Betroffenen durch Freihalten bestimmter Körperzonen ermöglichen, Eigenbewegungen und eigenständige Lageveränderungen durchzuführen.**

Zu diesen Körperregionen gehören insbesondere die Halswirbelsäulen- und Schulterregion sowie das Hüftgelenk.

### 2.3.2 Mobilisation und Transfer

Förderung und Verbesserung der Mobilität (▶ Kap. 10) haben unter Berücksichtigung der Lebensqualität für alle Menschen mit einer Mobili-

tätseinschränkung oberste Priorität, sofern der Betroffene dies wünscht. Dabei müssen verschiedene Grundsätze berücksichtigt werden.

#### Mobilisation bzw. Transfer:

- Prinzip der aktivierenden Pflege
- Aktive und passive Bewegungsübungen
- Bewegungsförderung
- Integration in das soziale Leben

Eine regelmäßige Mobilisation wirkt sich deshalb nicht nur auf körperliche Phänomene aus, sie trägt durch soziale Kontakte und Möglichkeiten einer sinnvollen Beschäftigung auch zum seelischen Wohlbefinden bei. Der Teufelskreis von Inaktivität durch Immobilität kann dadurch durchbrochen werden.

Im Pflegealltag stellt man gelegentlich fest, dass Transfers wegen eines erhöhten Dekubitusrisikos nicht durchgeführt wird. Aber nur in Ausnahmesituationen, etwa bei einem bereits vorhandenen Dekubitus kann es vorübergehend vorkommen, dass das Sitzen kurzfristig nicht möglich ist.

#### Praxistipp

Sofern eine vorübergehende Bettruhe notwendig ist, müssen soziale Anreize auf andere Art ermöglicht werden, etwa durch den Transport im Bett.

Bei vollständiger Immobilität und fehlender Transfermöglichkeit erfolgt die Druckverteilung durch Bewegung und Lagerung.

### 2.3.3 Lagerung

Das oberste Ziel der Lagerung oder von Positionswechseln ist die möglichst vollständige Druckentlastung. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass dadurch Spontanbewegungen abnehmen können und entsprechende Auswirkungen auf den Organismus auftreten.

#### Allgemeine Auswirkungen der Immobilität:

- Verlust des Körperschemas und der Tiefensensibilität
- Veränderung der Atemfrequenz und Atemtiefe
- Veränderte Herz-Kreislauffunktionen

- Auswirkungen auf die Blase (▶ Kap. 6)
- Veränderungen des Bewegungsapparates, vor allem an Muskulatur und Knochen
- Reduktion der Reizaufnahme, vor allem von optischen und akustischen Reizen
- Dadurch möglicherweise Verlust der Orientierungsfähigkeit
- Appetitlosigkeit (▶ Kap. 8)
- Erhöhtes Sturzrisiko (▶ Kap. 5)
- Verzögerte Wundheilung (▶ Kap. 7)

Um diese negativen Auswirkungen einer Immobilisierung zu vermeiden, müssen Lagerungstechniken sich an der Bewegungsfähigkeit des Patienten orientieren, um dessen Ressourcen optimal zu nutzen.

### 2.3.4 Lagerungstechniken

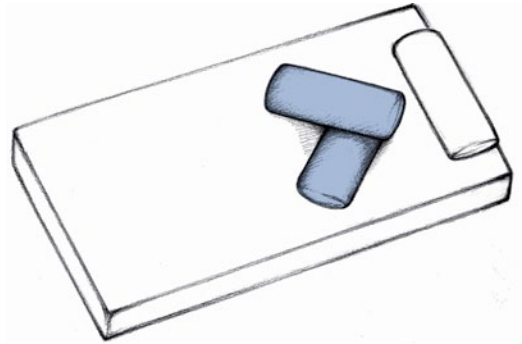
Die Durchführung geeigneter Lagerungstechniken ist für den Erfolg der Dekubitusprophylaxe ausschlaggebend. In den folgenden Abbildungen werden verschiedene Lagerungstechniken zur Druckentlastung dargestellt.

- **Grundsatz aller Lagerungstechniken ist die Forderung, dass so viel Körperoberfläche wie möglich aufliegen muss, damit der Druck sich verteilen kann.**

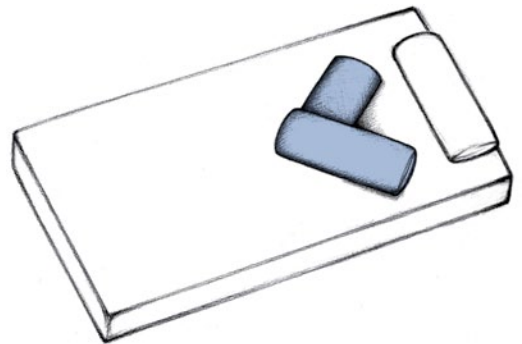
Die folgenden Lagerungstechniken (■ Abb. 2.1, ■ Abb. 2.2, ■ Abb. 2.3, ■ Abb. 2.5 und ■ Abb. 2.6) sind für unterschiedliche Beschwerdebilder entwickelt worden, führen aber alle zu einer Druckverteilung.

Die A-Lagerung (■ Abb. 2.1) führt durch das Zurückfallen der Schulterblätter und dadurch über eine Entspannung der Schulterregion zu einer verbesserten Belüftung der Lunge und stammt deshalb ursprünglich aus der Pflege von Patienten mit pulmonologischen Erkrankungen oder Eingriffen.

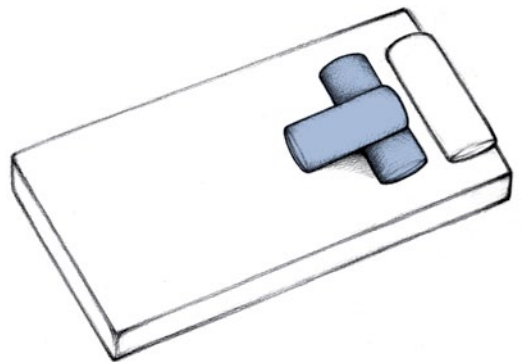
Die V-Lagerung (■ Abb. 2.2) entspricht im Prinzip einer umgekehrten A-Lagerung und führt zu einer Entlastung der Wirbelsäule. Sie kann bei vorbestehenden Hautschädigungen an der Wirbelsäule eingesetzt werden. Diese treten bevorzugt bei kachektischen Patienten auf.



■ Abb. 2.1 A-Lagerung

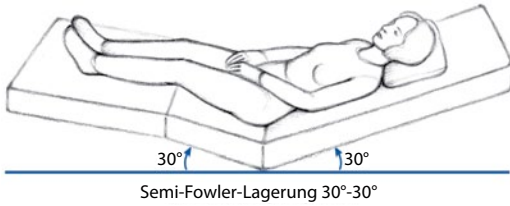


■ Abb. 2.2 V-Lagerung

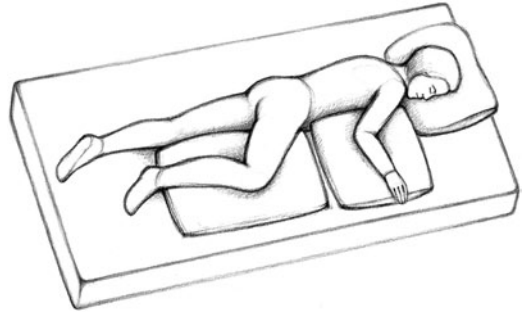


■ Abb. 2.3 T-Lagerung

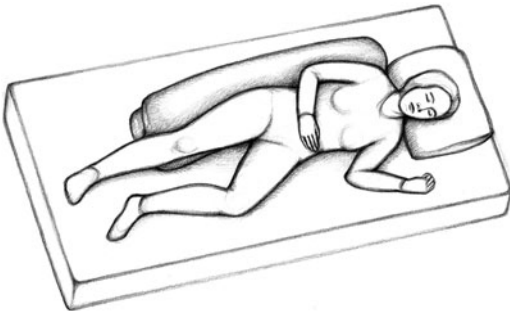
Die T-Lagerung (■ Abb. 2.3) führt ebenfalls zu einer Entlastung der Wirbelsäulen-, Rippen- und Lendenregion. Sie kann auch in halbsitzender oder sitzender Position eingesetzt werden. Auch hier wird die Belüftung der Lunge verbessert.



■ Abb. 2.4 Semi-Fowler-Lagerung



■ Abb. 2.6 135°-Lagerung



■ Abb. 2.5 30°-Lagerung

die 135°-Position zu erreichen. Beim Drehen muss darauf geachtet werden, dass der Betroffene nicht auf den Extremitäten zu liegen kommt.

➤ Die 90°-Lagerung ist obsolet. Wegen starker Druckbelastung des Trochanter major darf diese Lagerungstechnik nicht eingesetzt werden.

Die Semi-Fowler-Lagerung (■ Abb. 2.4) ist in Deutschland kaum bekannt und wenig verbreitet. In den Niederlanden wird diese Lagerungstechnik regelmäßig zur Druckentlastung eingesetzt.

Die häufigste Lagerungstechnik in Deutschland ist die 30°-Lagerung oder Schräglage (■ Abb. 2.5). Bei dieser Lagerungstechnik ist es wichtig, dass der 30°-Winkel nicht überschritten wird, da der Druck bei größeren Winkeln zunimmt und der Patient dann leicht in eine 90°-Lagerung rutscht, insbesondere dann, wenn noch Eigenbewegungen vorhanden sind.

**Praxistipp**

Viele Pflegebetten haben seitlich einen Winkelmesser, damit der 30°-Winkel exakt eingestellt werden kann, vor allem wenn die gesamte Liegefläche in 30°-Schräglage verbracht wird.

Die 135°-Lagerung (■ Abb. 2.6) wird nicht so häufig eingesetzt, weil sie für den Betroffenen relativ unbequem erscheint und weil bewegungsunfähige Patienten, die nicht kooperationsfähig sind, mit Einsatz größerer Kräfte bewegt werden müssen, um

**2.3.5 Lagerungsintervalle**

Eine sogenannte »Wandersage« in der Pflege, also eine Meinung, von der jeder schon einmal gehört hat, die aber niemals wissenschaftlich belegt wurde, beinhaltet, dass ein dekubitusgefährdeter Mensch alle zwei Stunden gelagert werden muss. Ursprung dieser Aussage ist die Tätigkeit von Florence Nightingale zur Zeit der Krimkriege im Lazarett (■ Abb. 2.7). Sie hatte angeordnet, dass alle Verletzten gelagert werden und dies dauerte etwa zwei Stunden.

Richtig ist jedoch, dass für jeden dekubitusgefährdeten Patienten oder Bewohner ein individuelles Zeitintervall festgelegt werden muss, dass bei Veränderungen des Pflegezustands angepasst wird.

Zu Beginn der pflegerischen Versorgung wird die Lagerung zunächst zweistündlich durchgeführt. Grundlage für die Bestimmung des individuellen Lagerungsintervalls ist der **Finger-Test**.

➤ Tritt eine Hautrötung auf, wird diese mit dem Finger kurz eingedrückt und danach der Finger schnell weggezogen. Ist die Haut im Anschluss heller, ist der Finger-Test negativ, der Hautzustand ist physiologisch.





▣ **Abb. 2.7** Florence Nightingale (1820-1910)

- **bleibt die Haut jedoch gerötet, liegt eine Stauung der ableitenden Gefäße vor, die prinzipiell einem Dekubitus Kategorie I entspricht, der Finger-Test ist positiv und das Lagerungsintervall muss entsprechend verkürzt werden.**

Das Ergebnis des Finger-Tests muss dokumentiert werden, wobei das Lagerungs- und Bewegungsprotokoll (► Anhang 5) hierfür besonders geeignet ist.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen einem Lagerungs- und Bewegungsförderungsplan und dem dazugehörigen Protokoll, in dem die tatsächlich durchgeführten Lageveränderungen, Transfers und Bewegungen dokumentiert werden.

Der Bewegungsförderungsplan orientiert sich an dem festgelegten Zeitintervall und beschreibt, zu welchen Uhrzeiten eine Mobilisation oder Bewegungsförderung stattfinden soll. Dieser Plan kann als Teil der Pflegeplanung oder als separates Formular in Kombination mit dem Bewegungsprotokoll erstellt werden.

#### Praxistipp

Niederländische Untersuchungen stellten fest, dass das Lagerungsintervall in Seitenlage kürzer sein sollte als in Rückenlage, da in dieser Position eine größere Auflagefläche vorhanden ist und deshalb eine geringere Druckbelastung entsteht.

Unterschiedliche Zeitintervalle können auch für Tag und Nacht geplant werden, wobei die Aussage, dass nachts generell längere Intervalle erlaubt sind, nicht zutreffen muss, insbesondere bei hohem Risiko oder bei der Gabe von Psychopharmaka. Sofern die Pflegeplanung in Form einer Tagesstrukturplanung erarbeitet wird, müssen die geplanten Lagerungen, Transfers, Mikrobewegungen und Bewegungsübungen aus der Tagesstruktur deutlich erkennbar sein.

#### Ambulante Pflege

Die Anforderungen des Expertenstandards bezüglich der regelmäßigen Mobilisation, Lagerung und Bewegungsförderung können im ambulanten Bereich nicht in der Form durchgeführt werden, wie dies bei einer 24-stündigen Anwesenheit im stationären Bereich der Fall ist. Eine wichtige Aufgabe ist deshalb die kontinuierliche Aufklärung, Beratung, Anleitung und Schulung des Patienten und seiner Angehörigen. Alle Ergebnisse der Beratung müssen dokumentiert werden, insbesondere dann, wenn der Verdacht auf eine mangelnde Compliance besteht.

Einige Prüfer des MDK möchten, dass Beratungsinhalte schon in der Pflegeanamnese erkennbar sind. Deshalb wird zunächst das festgestellte Risiko und die dazugehörigen Beratungsinhalte im Risikoassessment der Pflegeanamnese dokumentiert (► Anhang 1), anschließend muss auch im Rahmen der Evaluation und der Pflegevisite eine Dokumentation des Verlaufs erfolgen. Dabei ist immer zu



▣ **Abb. 2.8** Richtiges Sitzen

berücksichtigen, ob Angehörige körperlich in der Lage sind, eine Mobilisation oder Lagerung alleine durchzuführen, ob sie die erforderliche Technik beherrschen und ob sie bereit sind, im Zweifelsfall auch nachts die notwendigen Maßnahmen durchzuführen.

Diese Vorgaben gelten analog im teilstationären Bereich, also in der Tagespflege, in Nachtpflegeeinrichtungen und bei der stundenweisen Betreuung von Pflegebedürftigen im niederschweligen Bereich, sofern diese von einer Pflegefachkraft übernommen werden.

### 2.3.6 Sitzen

Die Druckbelastung im Sitzen ist deutlich höher als im Liegen, da das gesamte Körpergewicht auf den Sitzbeinhöckern ruht.

#### Praxistipp

Ein einfacher Selbsttest verdeutlicht die Problematik: Legen Sie die flachen Hände unter das Gesäß und versuchen Sie, in dieser Position solange wie möglich bewegungslos zu sitzen. Schon nach wenigen Minuten werden Sie feststellen, dass Sie durch unwillkürliche Bewegungen versuchen, das Gesäß zu entlasten.

Entfallen physiologische Makro- und Mikrobewegungen zur Entlastung des Gesäßes in der Sitzposition, tritt ein erhöhtes Dekubitusrisiko auf. Durch eine druckentlastende Sitzposition kann die Gefahr einer Gewebeschädigung vermindert werden. Ideal ist eine Sitzposition im Stuhl mit Armlehnen und zurückliegender Rückenlehne. Die Unterschenkel sollten dabei erhöht sein oder die Füße flach auf dem Fußboden stehen (▣ Abb. 2.8).

Jede andere Sitzposition, etwa in Stühlen ohne Armlehne oder mit zur Seite geknicktem Oberkörper, ist ungeeignet. Beim Herunterrutschen können zusätzlich zur Druckbelastung auch noch Scherkräfte auftreten. Dies gilt auch für Sitzpositionen im Bett.

Um Druckschädigungen durch langes Sitzen zu vermeiden, kann die regelmäßige Entlastung einer Seite durch das Unterschieben eines kleinen Kissens oder eines gefalteten Tuchs, beispielsweise in stündlichen Abständen erfolgen. Diese Form der Bewegungsförderung nennt man Mikrobewegungen, da nicht der ganze Körper sondern nur ein Körperteil in seiner Lage verändert wird. Komplette Lagerungswechsel entsprechend dann einer Makrobewegung, wobei dieser Begriff nicht sehr geläufig ist.

➤ **Da der Druck im Sitzen besonders hoch ist, ist eine engmaschige Überprüfung des Hautzustands wichtig. Ein individuelles Zeitintervall im Sitzen muss dadurch bestimmt werden. Dies kann unter einer Stunde liegen, zu planen ist auch eine ausreichende Zeit der Druckentlastung im Anschluss an die Sitzzeit.**

■ **Tab. 2.3** Pflegemaßnahmen

Problem	Ressource	Ziele	Maßnahmen
Eingeschränkte Mobilität durch Arthrose	Kann beide Arme schmerzfrei bewegen	Patient möchte wieder möglichst selbstständig aus dem Bett aufstehen Nahziel: Mobilitätssteigerung der Beine, Patient soll in zwei Wochen alleine stehen können Fernziel: In zwei Monaten Gehen mit Rollator, Fördern und Erhalten der vorhandenen Mobilität	Bewegungsförderung laut Plan, Durchführung von regelmäßigen Transfers in den Rollstuhl, auf die Toilette und in den Sessel, Mikrobewegungen und Lagerung nach Plan, Lagerungsintervall je nach Ergebnis des Finger-Tests (Bewegungsprotokoll ► Anhang. 5), passive und aktive Bewegungsübungen nach Anleitung durch Physiotherapie
Druckbelastung im Sitzen, Neigung zu Hautrötungen nach kurzen Sitzzeiten von max. 60 Minuten	Patient kann aufrecht sitzen, knickt nicht zur Seite weg	Patient legt größten Wert auf Transfer in den Rollstuhl Druckentlastung in sitzender Position, Verhinderung von Hautrötungen	Mikrobewegungen im Sitzen in stündlichen Abständen mit Hilfe eines kleinen Kissens, Hydrogelkissen im Rollstuhl
Patient kann nicht alleine aus dem Bett aufstehen	Kann mit Unterstützung von 2 Pflegekräften von der Bettkante aufstehen	Patient möchte wegen Schmerzen das Bett am liebsten gar nicht verlassen Schonender Transfer zur Vermeidung von Schmerzen bei der Mobilisation	Transfer in den Pflegesessel mit Hilfe von 2 Pflegekräften zu allen Mahlzeiten, Transfer in den Rollstuhl zur Toilette, wenn der Patient sich meldet, Transfer in den Rollstuhl zur Physiotherapie

### 2.3.7 Mikrobewegungen

In ähnlicher Weise kann in jeglicher Körperposition durch Mikrobewegungen oder Mikrolagerungen eine Druckentlastung bewirkt werden.

Mikrobewegungen sind für den Betroffenen weniger belastend und außerdem für die jeweilige Pflegekraft ohne großen Kraftaufwand durchführbar, so dass auch Angehörige diese Lageveränderungen problemlos erlernen und zuhause alleine durchführen können.

In liegender Position kann beispielsweise durch die Veränderung der Lage eines Beines eine Umverteilung der Auflagefläche und dadurch eine Entlastung von Körperpartien erreicht werden. Außerdem können kleine Kissen im Uhrzeigersinn unter bestimmte Körperregionen geschoben werden, zum Beispiel Becken und Schulterregion. Ein gesunder Mensch führt im Liegen pro Stunde unbewusst durchschnittlich 8 bis 40 Mikrobewegungen aus.

#### Ambulante Pflege

Die Schulung und Anleitung von Angehörigen für die Durchführung von Mikrobewegungen ist dann besonders sinnvoll, wenn Angehörige einen Positionswechsel nicht alleine durchführen können. Dadurch ist es möglich, den Verbleib in der ambulanten Versorgung zu verlängern.

### 2.3.8 Maßnahmenplan

Aus dem festgestellten Dekubitusrisiko ergeben sich Pflegeprobleme, Ziele und Maßnahmen, die in diesem Abschnitt beispielhaft dargestellt werden. Dabei ist zu bedenken, dass die identifizierten Risiken ein jeweils eigenes Problem darstellen, das gesondert in der Planung bearbeitet wird. Die folgende Tabelle konzentriert sich auf die Risiken, die mit Mobilitätseinschränkungen einhergehen (■ Tab. 2.3). Alle anderen möglichen Risiken und Probleme werden beim Standardkriterium 3 (► Abschn. 2.4) behandelt.

Empfehlenswert ist die Unterscheidung von allgemeinen Pflegezielen und individuellen Zielen des Betroffenen. Im Zusammenhang mit der Mobilität gibt es jedoch in diesem Bereich kaum Unterschiede, da Vorlieben und Ressourcen des Patienten bei der Erarbeitung des Bewegungsförderungsplans immer mitberücksichtigt werden müssen.

## 2.4 Standardkriterium 3

**S3a** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilender Hilfsmittel zu beurteilen. **S3b** Dem Risiko des Patienten/Bewohners entsprechende druckverteilende Hilfsmittel (z. B. Weichlagerungskissen und -matratzen, Spezialbetten) sind unverzüglich zugänglich. **P3** Die Pflegefachkraft wendet zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen die geeigneten druckverteilenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt. **E3** Der Patient/Bewohner befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckverteilenden Unterlage.

### 2.4.1 Implementierung

Auch in diesem Standardkriterium wird zunächst die Fachkompetenz der Pflegefachkraft bezüglich der Auswahl geeigneter druckverteilender Hilfsmittel gefordert. Aber auch die Pflegeeinrichtung wird verpflichtet, dafür zu sorgen, dass sofort nach Risikoerkennung entsprechende Hilfsmittel vorhanden sind und von den Pflegefachkräften auch angefordert werden.

#### Praxistipp

Häufig werden Fortbildungen über druckverteilende Hilfsmittel von Sanitätshäusern angeboten.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass druckverteilende Hilfsmittel nur dann eingesetzt werden, wenn eine Bewegungsförderung nicht möglich ist oder nicht

ausreicht. Die Expertenarbeitsgruppe benennt verschiedene Krankheitsbilder, bei denen dies der Fall sein kann.

#### Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen:

- Kachexie
- Völlig fehlende Eigenbeweglichkeit
- Kreislaufinstabilität
- Therapieinduzierte Einschränkung der Beweglichkeit, z. B. bei:
  - ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)
  - Verbrennungen
  - Polytrauma

Zu bedenken bleibt, dass das Hilfsmittel lediglich dazu beiträgt, den Druck auf der Auflagefläche zu verteilen, eine Reduktion des Auflagedrucks ist nicht möglich.

### 2.4.2 Hilfsmittel

In der MDS Grundsatzstellungnahme werden die einzelnen Arten von Lagerungsmatratzen und Hilfsmitteln detailliert beschrieben. Die Ergebnisse werden in diesem Abschnitt nur kurz zusammengefasst.

#### Schaumstoff

Bei Schaumstoffauflagen konnte ab einer Dicke von 10 cm ein Effekt festgestellt werden, der jedoch im Vergleich zu statischen Luftauflagen geringer ist. Bei geringerer Dicke war dieser Effekt weniger ausgeprägt.

#### Gelaufagen

Der Nutzen wurde durch Untersuchungen im OP als Tischaufgabe belegt, problematisch ist jedoch die hohe Wärmeleitfähigkeit und Wärmespeicherkapazität.

#### Statische Luftauflagen

Das Ergebnis der gekammerten statischen Luftauflage ist abhängig vom Füllungszustand der Matratze. Deshalb muss eine regelmäßige Kontrolle und Erneuerung erfolgen. In der professionellen Pflege ist die statische Luftauflage dann nutzbringend.

## Wechseldruckauflagen

Die Erfahrungen mit diesen Systemen sind unterschiedlich und nicht vergleichbar, der Effekt ist ungünstiger als statische Luftauflagesysteme oder Wassermatratzen. Außerdem verändert sich der Kammerdruck bei Höhenverstellung des Kopfteils.

Ähnliche Erfahrungen wurden mit den entsprechenden Matratzensystemen beschrieben.

### Praxistipp

Die Matratzensysteme sind je nach Hersteller gewichtsadaptiert oder druckadaptiert verstellbar. Um eine Kontrolle der verwendeten Matratze zu ermöglichen und dadurch die fehlerfreie Funktion zu gewährleisten, empfiehlt sich eine enge Kooperation mit dem Lieferanten. Das Ergebnis der Überprüfung sollte regelmäßig dokumentiert werden.

## Lagerungshilfsmittel

Der Effekt von Materialien zur Weichlagerung resultiert aus der Vergrößerung der Auflagefläche. Dazu zählt Schaumstoff, Wasser oder Luft, allerdings nicht in Form von Ringen, da der Druck im Randbezirk zunimmt.

- **Natur- oder Synthetikfelle bewirken keine Druckreduzierung, sondern wahrscheinlich lediglich eine Verminderung von Scherkräften, wenn die Fasern nicht verklumpt sind und wenn das Material nicht am Körper fixiert wird, wie bei Fersen- oder Ellenbogen-schonern. Das Material führt jedoch zu verstärkter Feuchtigkeitsbildung auf der Haut.**

Insgesamt sind Felle zur Dekubitusprophylaxe deshalb nicht geeignet. Dies gilt auch für spezielle Felle, etwa das Australian Medical Sheepskin.

Eine Druckverteilung von belasteten Körperregionen auf das umgebende Gewebe erreichen Gelaufagen und sind deshalb zum Schutz prominenter knöcherner Vorsprünge gut geeignet. Sie wirken ähnlich dem körpereigenen Fettgewebe stoßabsorbierend. Aus diesem Grund werden sie häufig bei Rollstuhlfahrern eingesetzt.



■ **Abb. 2.9** Lagerungsrolle Rhombo-med (mit freundlicher Genehmigung der Firma Lück GmbH, Bocholt)

- **Prinzipiell gilt für den Einsatz von Lagerungshilfsmitteln: so wenig wie möglich, so viel wie nötig. Alle ineffizienten Lagerungshilfsmittel müssen entfernt werden.**

Bei der Verwendung von Lagerungsmaterialien und Hilfsmitteln muss immer darauf geachtet werden, dass die Eigenbewegungsmöglichkeiten des Betroffenen nicht zu stark eingeschränkt werden.

### Praxistipp

Lagerungsrollen (■ Abb. 2.9) oder Halbmondkissen mit einer Füllung aus Polystyrol-Mikrokügelchen sind flexibel einsetzbar und für jede Lagerungstechnik zu verwenden. Dieses Material wird inzwischen auch für Fersenschuhe verwendet. Im ambulanten Bereich können diese Materialien auch als sogenannte »Stillkissen« bezogen werden.

## 2.4.3 Verfügbarkeit von Hilfsmitteln

Der Expertenstandard legt keine genauen Zeitlimits für die Beschaffung von druckverteilenden Hilfsmitteln fest. In der Praxis zeigte sich, dass diese in einem starren Zeitrahmen nicht in jedem Pflegesektor verfügbar sind. Im stationären Klinikbereich ist die Beschaffung von entsprechenden Matratzen oder Lagerungskissen normalerweise unproblematisch.

- **Im Standardkriterium wird deshalb anstelle eines Zeitlimits der Begriff »unverzüglich« verwendet.**

Erheblich schwieriger gestaltet sich die Beschaffung jedoch in der stationären Altenpflege und in der ambulanten Pflege. Hier muss zunächst eine Verordnung und somit eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt erfolgen. Wird das Hilfsmittel verordnet, kommt es immer wieder vor, dass der Kostenträger die Bereitstellung ablehnt.

➤ **Die meisten Kranken- und Pflegekassen genehmigen beispielsweise eine Antidekubitusmatratze nur dann, wenn bereits ein Dekubitus fortgeschrittenen Grades vorhanden ist.**

Auch bei Lagerungshilfsmitteln sind der Kreativität aus Kostengründen oder wegen fehlender Verordnung keine Grenzen gesetzt. So findet man in der ambulanten Versorgung von Sofakissen über Handtücher und manchmal sogar Müllsäcke alle möglichen Hilfsmittel aus dem Haushalt in den Betten von Pflegebedürftigen.

#### Altenpflege + Ambulante Pflege

Aus diesem Grund spielt die Dokumentation im Pflegeheim und im ambulanten Bereich bei der Umsetzung des Expertenstandards eine wichtige Rolle. Folgende Fragen können dann eindeutig beantwortet werden:

- Wurden Hilfsmittel als notwendig erachtet?
- Wie wurden Angehörige beraten?
- Wurde dies mit dem Arzt kommuniziert?
- Wurden Hilfsmittel beantragt?
- Wann wurde der Antrag gestellt?
- Erfolgte ein Widerspruch bei Ablehnung?

## 2.5 Standardkriterium 4

**S4** Die Pflegefachkraft verfügt über Fähigkeiten sowie über Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Förderung der Bewegung des Patienten/Bewohners, zur Hautbeobachtung, zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden Hilfsmitteln. **P4** Die Pflegefachkraft erläutert die Dekubitusgefähr-

dung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation und plant diese individuell mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen. **E4** Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.

### 2.5.1 Implementierung

Die Umsetzung dieses Standardkriteriums beinhaltet die Zusammenarbeit von Patient, Angehörigen und Pflegefachkraft. Die Pflegefachkraft benötigt hierfür entsprechende Fach- und Beratungskompetenz (► Kap. 1.4).

➤ **Die Kompetenz zur Anleitung und Beratung des Patienten/Betroffenen und seiner Angehörigen muss sich immer an der Motivation, an physischen und kognitiven Fähigkeiten und an der aktuellen Situation orientieren, um eine effektive Förderung der Eigenbewegung und eine Druckverteilung zu erreichen.**

Probleme zeigen sich bei diesem Standardkriterium immer dann, wenn der Patient oder seine Angehörigen nicht kooperativ sind und Beratungsinhalte ignorieren. Ursache für diese mangelnde Compliance können Verständnisschwierigkeiten sein. Sie tritt aber auch dann auf, wenn die Ziele des Patienten nicht mit den Zielen der Pflegefachkraft übereinstimmen. Derartige Abweichungen müssen bei der Evaluation berücksichtigt und angepasst werden.

#### Ambulante Pflege

Die Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen spielt in der ambulanten Pflege eine wichtige Rolle, weil keine ständige Anwesenheit der Pflegefachkraft gegeben ist. Aus diesem Grund müssen Beratungsangebote kontinuierlich stattfinden und die Ergebnisse der Beratung regelmäßig dokumentiert werden.

## Compliance

Häufig liest man in Pflegeberichten, dass der Patient nicht gelagert werden kann, weil er sich selbst entlagert. In diesem Fall muss überprüft werden, ob eine Lagerung überhaupt sinnvoll ist, da der Betroffene offensichtlich noch eine Restmobilität besitzt und sich durch die Lagerung in seiner Eigenbewegung eingeschränkt fühlt.

Sinnvoll ist deshalb die Planung von Pflegemaßnahmen in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Eine Einwilligung und Mitarbeit wird erst dann ermöglicht, wenn Patient und Angehörige um die Dekubitusgefährdung wissen.

➤ **In allen Bereichen der Pflege, insbesondere in der Altenpflege und im ambulanten Bereich, werden auch Pflegehelfer bei der Durchführung der Dekubitusprophylaxe eingesetzt. Die Verantwortung für die korrekte Ausführung von Maßnahmen trägt jedoch die Pflegefachkraft, die deshalb dafür Sorge tragen muss, dass alle von ihr festgelegten Maßnahmen sachgerecht erfolgen.**

Auch hier ist deshalb eine systematische Anleitung und Schulung notwendig. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt den Einsatz von Informations- und Schulungsmaterial für Patienten und Angehörige in Form von Printmedien aber auch durch Internetangebote. Diese Materialien können unter anderem über Kranken- und Pflegekassen, Sanitätshäuser und Hersteller von Verbandsmaterialien bezogen werden.

### Praxistipp

Für die Umsetzung dieses Kriterium ist eine Beratungstasche mit verschiedensten Materialien und Bildern in allen Pflegesektoren hilfreich.

## 2.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention

und dem Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte. **P5** Die Einrichtung informiert die an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z. B. Personal in Arztpraxen, OP-, Dialyse- und Röntgenabteilungen oder Transportdiensten). **E5** Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten bekannt.

### 2.6.1 Implementierung

Der entscheidende Punkt in diesem Standardkriterium ist die Kontinuität der Maßnahmen, die notwendig ist, um einen Dekubitus wirkungsvoll zu verhindern. Deshalb müssen alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und alle externen Leistungserbringer über das aktuelle Dekubitusrisiko und die erforderlichen Prophylaxen informiert werden.

Für alle Einrichtungen ist deshalb die unmittelbare und nachweisbare Informationsweitergabe an mit- oder weiterbehandelnde Institutionen unerlässlich. Diese Informationsweitergabe erfolgt direkt und mündlich, wenn Patienten beispielsweise durch einen Krankentransport befördert werden sowie indirekt und schriftlich durch ein Verlegungs- oder Überleitungsblatt.

#### Inhalte der Überleitung:

- Aktuelles Dekubitusrisiko
- Fähigkeiten und Ressourcen
- Aktuelle Probleme
- Geplante Maßnahmen
- Besonderheiten bei der Durchführung, z. B. Zeitpunkt, Durchführung mit mehreren Personen
- Kooperation der Angehörigen

Prinzipiell werden diese Vorgaben auch durch den Expertenstandard »Entlassungsmanagement« (► Kap. 3) eingefordert.

## 2.7 Standardkriterium 6

**S6** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen. **P6** Die Pflegefachkraft begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Bewohners individuell zu bestimmenden Zeitabständen. **E6** Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus.

### 2.7.1 Implementierung

Wichtigster Faktor bei der Implementierung dieses Standardkriteriums ist die regelmäßige Inspektion der Haut an gefährdeten Körperstellen, um einen Dekubitus Grad I identifizieren zu können und die geplanten Maßnahmen an die veränderte Gefährdung anzupassen.

Handlungsleitendes Ziel ist die Verhinderung eines Dekubitus, was üblicherweise auch möglich ist.

- **Ausnahmen findet man bei Patienten mit lebensbedrohlichen Zuständen, bei denen die erforderlichen Prophylaxemaßnahmen wegen einer vitalen Gefährdung nicht durchgeführt werden können, bei Patienten mit gravierenden Durchblutungsstörungen und in der Sterbephase.**

Die Hautinspektion erfolgt über den Finger-Test und wird an geeigneter Stelle dokumentiert, etwa im Bewegungsförderungsprotokoll (► Anhang 5). Die Evaluation beinhaltet aber auch die regelmäßige Überprüfung der erhobenen Risiken, der vorhandenen Ressourcen, der festgelegten Ziele und der geplanten Maßnahmen.

Entsprechend dem individuellen Intervall zur Überprüfung des Dekubitusrisikos, muss auch für die Evaluation des Pflegeprozesses ein individuelles Intervall festgelegt werden. In diesem Zeitraum werden alle Schritte des Pflegeprozesses neu durchlaufen, sofern nicht vorher gravierende Veränderungen des Gesundheits- und Pflegezustandes aufgetreten sind (► Abschn. 2.2.4.2).

## 2.8 Dokumentation

Die Vorgaben für die Pflegedokumentation wurden bei den Vorschlägen zur Implementierung der einzelnen Standardkriterien erwähnt. An dieser Stelle werden noch einmal die erforderlichen Formulare und Vordrucke aufgeführt.

### Formulare:

- Screening und Assessment (► Anhang 1)
- Bewegungsförderungsplan, Bewegungsprotokoll (► Anhang 5)
- Evtl. Ernährungsanamnese, Ernährungsplan, Ernährungsprotokoll (► Kap. 8)
- Evtl. Flüssigkeitsbedarf, Einfuhrprotokoll (► Kap. 8)
- Dekubitusstatistik
- Informationsweitergabe bei Dekubitusrisiko, z. B. Überleitungsbogen
- Information und Beratung zum Dekubitusrisiko (► Anhang 1)

- **Für die Dokumentation sollten in der Einrichtung eindeutige Vorgaben vorhanden sein, die allen Mitarbeitern bekannt sind und die im Rahmen der Einarbeitung vermittelt werden.**

## 2.9 Organisation

Eine weitere Aufgabe der Leitungsebene ist die Erstellung einer Dekubitusstatistik mit entsprechender Auswertung der Ergebnisse.

Viele Pflegeeinrichtungen führen ein Reportsystem, in dem kritische Ereignisse in regelmäßigen Abständen erhoben werden, um entsprechende Korrekturmaßnahmen einzuleiten. Dabei werden verschiedene Pflegeprobleme erfasst.

### Beispiele für kritische Ereignisse:

- Neuauftreten eines Dekubitus
- Sturz
- BMI < 20
- Patienten mit PEG
- Freiheitsentziehungen
- Spezielle Medikamente, z. B. Psychopharmaka, im Sommer auch Diuretika
- Infektionen



In stationären Einrichtungen wird täglich ein entsprechendes Ereignis an die Pflegedienstleitung gemeldet, in der ambulanten Pflege erfolgt dies analog. Die verantwortliche Pflegekraft ist dann in der Lage, die vorhandenen Daten wöchentlich und monatlich auszuwerten, um folgende Erkenntnisse zu gewinnen.

#### Mögliche Ergebnisse:

- Probleme in einzelnen Stationen oder Wohnbereichen
- Probleme zu speziellen Tages- oder Nachtzeiten
- Probleme mit einem spezifischen Patientenkollekt
- Probleme mit einzelnen Mitarbeitern

#### Praxistipp

Wenn eine ausreichende Datenmenge vorliegt, kann bei den festgestellten Problemen eine gezielte Maßnahme zur Vermeidung der Wiederholung getroffen werden.

## 2.10 Auswirkungen des Expertenstandards

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe hat zu einer wahrnehmbaren Veränderung im Bereich der Dekubitusentstehung geführt.

Seit der Veröffentlichung haben Wissenschaftler der Charité Universitätsmedizin Berlin im Fachbereich Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft jährlich eine Erhebung der Dekubitushäufigkeit in Pflegeheimen und Krankenhäusern durchgeführt. Bei der letzten Erhebung konnte festgestellt werden, dass der Anteil der Druckgeschwüre weiter rückläufig ist.

Auch der MDS beobachtet in seinen Qualitätsberichten eine weitere Verbesserung der Pflegequalität in diesem Bereich.

Es ist davon auszugehen, dass sich durch die Veröffentlichung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege ein verändertes Bewusstsein im Umgang mit einer Dekubitusgefährdung entwickelt hat. Auch die juristische Tragweite des Expertenstandards hat zur Abnahme der Dekubitushäufigkeit beigetragen.

## 2.11 Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004

Nach der Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege im Jahr 2010 wurden einige Inhalte verändert. An dieser Stelle sollen diese Inhalte des ursprünglichen Standards betrachtet werden. Die wichtigsten Neuerungen ergaben sich in Bezug auf die Verwendung von Risikoskalen. Außerdem wurde das Standardkriterium 4 komplett aus dem Expertenstandard gestrichen. Dieses beinhaltete weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die zwar als möglicherweise sinnvoll betrachtet werden, bei denen wissenschaftliche Belege aber derzeit fehlen.

- Die relevanten Inhalte des ursprünglichen Standardkriteriums 4 aus dem Jahr 2004 werden deshalb separat aufgeführt, da die Maßnahmen im Zusammenhang mit Hautpflege, mit Ernährung und mit Inkontinenz zwar nicht eindeutig durch Studien belegt sind, sie aber dennoch einen Einfluss haben könnten.

### 2.11.1 Risikoskalen

Die Expertengruppe empfiehlt für Berufsanfänger die Anwendung eines standardisierten Einschätzungsverfahrens, wobei nach dem derzeitigen Wissensstand der Einsatz einer bestimmten Risikoskala nicht empfohlen wird, da es bei allen Skalen keine endgültigen Belege für die Validität und Reliabilität gibt. Die am besten untersuchten Skalen sind die Braden-Skala (► Anhang 2), die Norton-Skala und die Waterlow-Skala (► Anhang 3). Die Grundsatzstellungnahme des MDS beschäftigt sich außerdem mit der Medley-Skala (► Anhang 4).

#### Praxistipp

Eine Skala sollte anhand der für die Anwendung der Skala gültigen Zielgruppe ausgewählt werden. Beispielsweise wird die Verwendung der modifizierten Norton-Skala

nach Bienstein für ältere Menschen nicht empfohlen, da zu große Patientenzahlen allein durch das Kriterium Alter und Multimorbidität als dekubitusgefährdet gelten.

In Abhängigkeit von der Patientengruppe einer Pflegeeinrichtung könnten verschiedene Risikoskalen zum Einsatz kommen (■ Tab. 2.4). Die (modifizierte) Norton-Skala wird in dieser Tabelle bewusst nicht berücksichtigt, da der MDS sie aus methodisch-wissenschaftlicher Perspektive nicht zur Anwendung empfiehlt. Einer der Kritikpunkte ist das häufige Auftreten von falsch-negativen Ergebnissen bei der Norton-Skala und falsch-positiven Ergebnissen bei der modifizierten Norton-Skala.

Die Auswahl der geeigneten Skala bleibt zunächst der Einrichtung überlassen, sofern begründet wird, warum eine bestimmte Skala gewählt wurde. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass Skalen nur für Pflegefachkräfte empfohlen werden, die noch keine ausreichende Erfahrung besitzen.

**Krankenhaus**

Im Klinikbereich können je nach Fachrichtung (Intensivstation, Geriatrie) verschiedene Risikoskalen zum Einsatz kommen.

**2.11.2 Ursprüngliches Standardkriterium 4**

**S4** Die Pflegefachkraft kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben. **P4** Die Pflegefachkraft leitet auf Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen. **E4** Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.

■ **Tab. 2.4** Risikoskala in Abhängigkeit vom Pflegesektor

Sektor	Risikoskala
Pflegeheim	Braden-Skala, Medley-Skala
Krankenhaus, Normalstation	Braden-Skala, Medley-Skala, Waterlow-Skala
Krankenhaus, Wachstation	Waterlow-Skala
Ambulante Pflege	Braden-Skala, Medley-Skala
Tagespflege, Nachtpflege	Braden-Skala, Medley-Skala
Rehabilitationseinrichtung	Braden-Skala, Medley-Skala
Hospiz	Medley-Skala

**2.11.3 Implementierung**

Betrachtet man die einzelnen Risikobereiche der oben erwähnten Risikoskalen können verschiedene Faktoren benannt werden, die das Dekubitusrisiko beeinflussen und entsprechend in der Pflegeplanung berücksichtigt werden sollten. Dabei ist zu beachten, dass diese Risiken sich unter Umständen gegenseitig beeinflussen und für den momentanen Gesundheitszustand eine unterschiedliche Wertigkeit besitzen.

➤ **Es ist also notwendig, den Risikobereich bzw. die Risikobereiche zu identifizieren, die aktuell den größten Einfluss ausmachen, und diese gezielt anzugehen.**

Bei der Identifizierung der verschiedenen Risikobereiche ist es sinnvoll, anhand einer Prioritätenliste den Bereich mit dem größten Gefährdungspotenzial als erstes zu bearbeiten. Möglicherweise spielen jedoch mehrere Faktoren zusammen.

**Risikobereiche:**

- Sensorisches Empfindungsvermögen
- Feuchtigkeit der Haut
- Aktivität
- Ernährung, Appetit

- Reibung und Scherkräfte
- Bewusstsein
- Urin- und Stuhlinkontinenz
- Körperbau
- Hauttyp
- Spezielle Erkrankungen
- Chirurgische Eingriffe
- Medikation

Ein Teil dieser Risikofaktoren kann in der Pflegeplanung berücksichtigt und durch gezielte Maßnahmen beeinflusst werden. Andere Risikobereiche sind nicht beeinflussbar, etwa die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs, einer Medikation oder vorbestehende Erkrankungen. Der Körperbau und der Hauttyp sind nur bedingt und nicht zeitnah zu beeinflussen.

#### Praxistipp

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt bei Bedarf die Kooperation mit Fachexperten, etwa Ernährungsberatern oder Wundmanagern.

### 2.11.4 Pflegemaßnahmen

In der folgenden Beispielpflegeplanung (■ Tab. 2.5) finden sich verschiedene Bereiche des Risikoassessments.

Bei der Medikation werden in der Medley-Skala Steroide und Zytostatika benannt. Darüber hinaus können noch andere Substanzen einen Einfluss auf die periphere Durchblutung und die Mobilität ausüben, etwa Herz-Kreislaufmedikamente, Analgetika und Psychopharmaka.

- **Eine Forschungsstudie des BMFSFJ und der Robert-Bosch-Stiftung beschäftigte sich mit Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung und belegte die Auswirkungen von zentralnervös-dämpfenden Substanzen auf das Dekubitusrisiko, gerade bei älteren Menschen.**

Eine sedierende Medikation von jüngeren Menschen in Kombination mit einer Fixierung muss im

akut-psychiatrischen Bereich ebenfalls als erhöhtes Dekubitusrisiko wahrgenommen werden.

#### Altenpflege

Das Dekubitusrisiko durch eine Medikation mit Psychopharmaka in der Altenpflege und Geriatrie ist in vielen Fällen durch andere Maßnahmen vermeidbar oder könnte zumindest durch eine Dosisreduktion reduziert werden. Detaillierte Kenntnisse über die Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente erleichtern die Beurteilung der Pflegesituation, dabei sollte jede Pflegefachkraft immer wieder berücksichtigen, dass insbesondere klassische Neuroleptika Auswirkungen auf die Mobilität, das Schmerzempfinden, die Aktivität und den Appetit haben.

#### Hautpflege

Die Haut als Barriere zwischen Körper und Umwelt, ist mit ungefähr zwei Quadratmetern Größe ein wichtiges Organ und dient auch der Reizaufnahme von Sinneswahrnehmungen. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Epidermis, die zum Schutz der darunterliegenden Schichten einen Hydrolipidfilm bildet und aus Talg, Schweiß und CO<sub>2</sub> den Säureschutzmantel produziert.

Allgemeine und spezielle Pflegeziele bei der Hautpflege im Rahmen der Dekubitusprophylaxe sollten differenziert beschrieben werden, wobei die speziellen Ziele des Betroffenen von den allgemein wünschenswerten Zielen unterschieden werden.

Eine Unterteilung in Nah- und Fernziele ist meistens schwierig, lediglich bei vorbestehender Hautschädigung ist das Nahziel zunächst die Abheilung des Hautdefekts. Das Fernziel ändert sich wenig, da als übergeordnetes Ziel immer das Wohlbefinden des Patienten und die unversehrte, intakte Haut zu betrachten ist.

#### Praxistipp

Die Vorgaben und Anforderungen des Expertenstandards zur Kontinenzförderung sind ebenfalls immer zu beachten, etwa das Erreichen eines verbesserten Kontinenzprofils oder die Prophylaxe von Harnwegsinfekten bzw. Dehydration (► Kap. 6).

■ Tab. 2.5 Pflegemaßnahmen

Problem	Ressource	Ziele	Maßnahmen
Vermindertes Schmerzempfinden	Patient meldet sich bei starken Schmerzen	Verhinderung von Gewebeschädigung durch erhöhten Auflagedruck	Regelmäßige Bewegungen, Mikrobewegungen und Lagerungen, regelmäßige Kontrolle der gefährdeten Bezirke mittels Finger-Test, Lagerungsintervall zunächst zweistündlich, bzw. je nach Ergebnis des Finger-Tests (Bewegungsprotokoll ► Anhang. 5)
Ständig feuchte Haut in der Leistenregion	Patient meldet sich gelegentlich bei Nässegefühl	Gewährleistung von trockenen Hautfalten	Einlegen von Kompressen bei starkem Schwitzen oder Nässegefühl, individuelle Versorgung mit Inkontinenzmaterial
Eingeschränkte Aktivität durch schlechten Allgemeinzustand	Patient ist bemüht, sich so oft wie möglich selbstständig zu bewegen	Patient möchte in drei Wochen wieder alleine laufen können und sobald als möglich den Haushalt wieder alleine führen Schrittweise Aktivierung in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand, wochenweise Festlegung von neuen Zielen in Absprache mit dem Patienten	Steigerung der körperlichen Aktivität unter Berücksichtigung der individuellen Ziele des Patienten
Gewichtsverlust von 15 % in den letzten 6 Wochen	Kann selbstständig essen	Patient möchte gerne ein bisschen zunehmen, empfindet den Gewichtsverlust jedoch nicht so massiv Nahziel: Gewichtszunahme von 1 kg in 2 Wochen. Fernziel: Zielgewicht 52 kg; Ziel-BMI 21, soll in max. 3 Monaten erreicht sein	Kalorienzufuhr nach errechnetem Bedarf, 3 angereicherte Hauptmahlzeiten und 3 Zwischenmahlzeiten anbieten, Einsatz von Kalorienpulver nach ärztlicher Verordnung, wöchentliche Kontrolle von Gewicht und BMI, Mahlzeiten in gemütlicher Atmosphäre und zu individuellen Zeiten anbieten: Patient möchte um 9.00 Uhr frühstücken, Mittagessen um 12.00 Uhr, Abendessen nicht vor 19.00 Uhr (Ernährungsplan ► Kap. 8), Ernährungsprotokoll für 4 Wochen
Eingeschränkte Flüssigkeitsaufnahme	Patient kann das Glas alleine zum Mund führen	Patient möchte nicht ständig an das Trinken erinnert werden, kann jedoch die Notwendigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr nachvollziehen Nah- und Fernziel: Errechnete Trinkmenge von 1400 ml/d soll erreicht werden	Angebot von Getränken nach Plan, Getränk wird bereitgestellt, Angehörige bringen regelmäßig Säfte, Einfuhrprotokoll für 2 Wochen (► Kap. 8)

■ Tab. 2.5 Fortsetzung

Problem	Ressource	Ziele	Maßnahmen
Appetitlosigkeit	Isst immer eine halbe Portion	Patient möchte wieder normal essen können, Appetitanregung	Angenehme Atmosphäre beim Essen, Erhebung von biographischen Aspekten bezüglich der Ernährung, Rückfrage über den Zeitpunkt des Essens bei jeder Mahlzeit, ggf. Wunschkost
Bewusstseinseinschränkung, Patient ist über längere Phasen schläfrig und schwer erweckbar	Ist motiviert	Patient möchte seine Aktivität steigern, befürchtet jedoch Überforderung Nah- und Fernziel: Steigerung der Alltagsaktivitäten in angepassten Schritten	Vereinbarung von festen Wach- und Ruhephasen, Patient wird geweckt und bekommt Beschäftigungsangebote
Intermittierende Harninkontinenz	Meldet sich überwiegend bei Harndrang	Möchte bei Harndrang schnell auf die Toilette begleitet werden Nahziel: Abhängig kompensierte Kontinenz Fernziel: Abhängig erreichte Kontinenz	Führen eines Miktionsprotokolls für 2 Wochen, sofortige Toilettengänge, wenn Patient sich meldet, regelmäßiges Angebot von begleiteten Toilettengängen
Trockene, schuppige Altershaut	Kann bei der Körperpflege Wünsche äußern	Patient möchte Hautpflege mit seinen gewohnten Pflegemitteln Nah- und Fernziel: Intakte, regelmäßig gepflegte Haut, Vermeidung von Austrocknung	Hautpflege nach Standard, Auswahl der Pflegemittel nach Hauttyp, Beobachtung der Haut zweimal täglich bei der Körperpflege und entsprechende Dokumentation

## Allgemeine Maßnahmen

Bei nicht geschädigter Haut erfolgt eine intensive, an den Bedürfnissen der Haut orientierte Pflege. Ein Teil der Betroffenen leidet unter trockener Altershaut, die besonders vorsichtig gereinigt und gepflegt werden muss. Der Hautturgor ist meist ab dem 6. Lebensjahrzehnt durch eine verminderte Wasserbindungskapazität herabgesetzt, die Haut ist rau, schuppig und neigt zu Juckreiz.

➤ Die Beobachtung des Hautzustands erfolgt in regelmäßigen Abständen durch eine Pflegefachkraft und wird entsprechend dokumentiert.

### Hautreinigung und Hautpflege:

— Klares Wasser

- Keine alkalihaltigen Seifen oder tensidintensiven Syndets
- Verzicht auf routinemäßige tägliche Reinigung
- Bei starker Verunreinigung Waschlotion mit leicht saurem pH (< 5,5)
- Sparsame Dosierung von Reinigungsmitteln
- Gründliches Abspülen der Waschsubstanz
- Waschlappen nicht mehrfach verwenden
- Gut trocknen aber nicht rubbeln
- Duschen statt Baden
- Wassertemperatur möglichst niedrig wählen
- Hauttypgerechte Verwendung von Pflegemitteln
- Bei trockener Haut W/Ö-Produkte
- Trockene Hautfalten durch Einlage von Kompressen oder Saugkompressen

- 2
- **Salben, Pasten, Puder, Öle, gerbende oder desinfizierende Lösungen, durchblutungsfördernde Maßnahmen und Massagen sind kontraindiziert. Eine ausführliche Auflistung und Begründung der Ineffektivität verschiedener Substanzen beinhaltet die Grundsatzstellungnahme »Dekubitus« des MDS.**

Unklarheit herrscht immer wieder im Zusammenhang mit Öl-in-Wasser-(Ö/W-) und Wasser-in-Öl-(W/Ö-) Produkten, zumal dies auf der Verpackung nur selten deklariert wird. Grundsätzlich gilt, dass hydrophile Ö/W-Emulsionen von leichterer Konsistenz sind, schnell einziehen, keinen Fettfilm hinterlassen und gut mit Wasser entfernt werden können. Sie sind deshalb für normale und fettige Haut geeignet.

Lipophile W/Ö-Emulsionen sind für trockene bis sehr trockene Haut geeignet, da sie einen leichten Fettfilm auf der Haut hinterlassen, der Wasser von der Haut abperlen lässt.

### Inkontinenz

Dieses Pflegeproblem wird im Zusammenhang mit dem entsprechenden Expertenstandard »Förderung der Harnkontinenz in der Pflege« (► Kap. 6) erläutert. Im Zusammenhang mit dem Thema Dekubitus werden nur einige sehr wichtige Punkte angeführt.

- **Unerlässlich ist zur Vermeidung eines Dekubitus der regelmäßige Wechsel des Inkontinenzmaterials und eine gute Hautpflege. Dabei muss immer darauf geachtet werden, dass die Haut möglichst trocken bleibt. Ein transurethraler Dauerkatheter ist keine Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe!**

## 2.12 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

### 1. Aktualisierung 2010

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Dekubitusprophylaxe«*

*Prof. Dr. Theo Dassen (wiss. Leitung); Dipl.-Pflegepäd. Katrin Balzer; Dr. Johanna Feuchtinger; Gisela Flake (Patientenvertreterin); Dipl.-Pflegerwirtin Christa Gottwald; Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karla Kämmer; Prof. Dr. Eva-Maria Panfil; Gerhard Schröder; Thomas Skiba; Eva Steinmetz; Dipl.-Pflegepäd. Doris Wilborn*

### 2.12.1 Präambel zum Expertenstandard

Die Vermeidung von Dekubitus<sup>1</sup> stellt nach wie vor eine Herausforderung für die Pflegefachkräfte dar. Dekubitus gehen für die Betroffenen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und der Lebensqualität einher, weshalb ihrer Entstehung entschieden vorgebeugt werden muss. In der Literaturstudie zum Expertenstandard werden Dekubitus in Anlehnung an die internationale Definition der NPUAP/EPUAP<sup>2</sup> (2009) wie folgt definiert: »Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.«

Menschen mit einem Risiko für eine Dekubitusentstehung sind in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu finden. Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte<sup>3</sup> in Einrichtungen der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung. Für druckgefährdete Personen wurde das Begriffspaar

- 1 Der Plural von Dekubitus ist ebenfalls Dekubitūs, gesprochen mit einem langem ü am Ende.
- 2 National Pressure Ulcer Advisory Panel und European Pressure Ulcer Advisory Panel
- 3 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

»Patient/Bewohner<sup>4</sup>« gewählt, um Zielgruppen in unterschiedlichen Settings gerecht zu werden. Die Zielgruppe des Standards sind Menschen jeder Altersgruppe, die durch gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit und/oder Einschränkungen in ihrer Aktivität und Mobilität ein erhöhtes Risiko für Dekubitus aufweisen. Der Standard bezieht die Angehörigen ausdrücklich mit ein, denn sie übernehmen insbesondere in der häuslichen Versorgung einen wichtigen Part im Rahmen einer wirksamen Dekubitusprophylaxe.

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

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

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den originären Beitrag der Pflege zur Dekubitusprophylaxe. Die Versorgung der Patienten/Bewohner findet jedoch in der Regel berufsgruppen- und

häufig auch sektorenübergreifend unter Beteiligung von Angehörigen und Hilfskräften statt. Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus sollten daher in enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren einschließlich des Patienten/Bewohners selbst erfolgen. Die Delegation von Aufgaben der Pflegefachkraft an Pflegehilfskräfte erfolgt im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit. Der Einsatz von Technik und Hilfsmitteln bietet eine sinnvolle Unterstützung, ersetzt aber nicht die notwendige Förderung, Anleitung und Unterstützung bei der körpereigenen Bewegung des Patienten/Bewohners.

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

## 2.12.2 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2010

**Zielsetzung:** Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert. (Stand: Oktober 2010).

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

4 Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich die männliche Geschlechtsform verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

## Struktur

### Die Pflegefachkraft

**S1** – verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.

**S2** – beherrscht haut- und gewebe-schonende Bewegungs-, Lage- rungs- und Transfertechniken.

**S3a** – verfügt über die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilernder Hilfsmittel zu beurteilen.

**S3b** Dem Risiko des Patienten/Be- wohners entsprechende druckver- teilende Hilfsmittel (z. B. Weich- lagerungskissen und -matratzen, Spezialbetten) sind unverzüglich zugänglich.

### Die Pflegefachkraft

**S4** – verfügt über Fähigkeiten sowie über Informations- und Schu- lungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Förde- rung der Bewegung des Patienten/ Bewohners, zur Hautbeobachtung zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckvertei- lenden Hilfsmitteln.

## Prozess

### Die Pflegefachkraft

**P1** – beurteilt mittels eines systema- tischen Vorgehens das Dekubitus- risiko aller Patienten/Bewohner, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und da- nach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Ka- theter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen.

**P2** – gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungs- planes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Bewohners, Mikrobe- wegung, scherkräftearmen Transfer, und fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Be- wohners.

**P3** – wendet zusätzlich zu druck- entlastenden Maßnahmen die geeigneten druckverteilernden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt.

**P4** – erläutert die Dekubitusgefähr- dung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation und plant diese individuell mit dem Patienten/Be- wohner und seinen Angehörigen.

## Ergebnis

**E1** Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefähr- dung liegt vor.

**E2** Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.

**E3** Der Patient/Bewohner befin- det sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckverteilernden Unterlage.

**E4** Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.



**Die Einrichtung**

**S5** – stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/ Bewohners Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.

**Die Pflegefachkraft**

**S6** – verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.

**P5** – informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten/Bewohners Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z. B. Personal in Arztpraxen, OP-, Dialyse- und Röntgenabteilungen oder Transportdiensten).

**P6** – begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/ Bewohners in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.

**E5** Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten bekannt.

**E6** Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus.

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien, eine umfassende Literaturstudie zum Thema sowie ein angepasstes Audit-Instrument zur Messung des Zielerreichungsgrades bei der Anwendung des Expertenstandards.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 15€ (incl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Dipl.-Geograph Jan Kolja Paulus

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 – 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 • Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

**Literatur**

- 
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2. Aufl. (2004) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 1. Aktualisierung. (2010) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- Höfert R (2011) Von Fall zu Fall – Pflege im Recht 3.A, Springer Verlag, Heidelberg
- Heilberufe (2008) Heilberufe spezial Expertenstandards, Urban & Vogel, München
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. MDS (Hrsg.) (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitus, MDS, Essen
- [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)
  - [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)
  - [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org)
  - [www.epuap.org/guidelines](http://www.epuap.org/guidelines)

# Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 3.1 Besonderheiten bei der Entlassung – 43**
- 3.2 Standardkriterium 1 – 44**
  - 3.2.1 Implementierung – 44
  - 3.2.2 Ablauf des Verfahrens – 45
  - 3.2.3 Einschätzung des Unterstützungsbedarfs – 47
  - 3.2.4 Assessmentinstrumente – 47
- 3.3 Standardkriterium 2 – 49**
  - 3.3.1 Implementierung – 49
  - 3.3.2 Entlassungsplanung – 49
- 3.4 Standardkriterium 3 – 50**
  - 3.4.1 Implementierung – 51
- 3.5 Standardkriterium 4 – 51**
  - 3.5.1 Implementierung – 51
  - 3.5.2 Terminierung der Entlassung – 52
- 3.6 Standardkriterium 5 – 52**
  - 3.6.1 Implementierung – 52
  - 3.6.2 Evaluation – 53
- 3.7 Standardkriterium 6 – 53**
  - 3.7.1 Implementierung – 53
  - 3.7.2 Telefoninterview – 54
- 3.8 Dokumentation – 54**
- 3.9 Auswirkungen des Expertenstandards – 54**

**3.10 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 1.  
Aktualisierung 2009 – 55**

3.10.1 Präambel zum Expertenstandard – 55

3.10.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1.  
Aktualisierung 2009 – 56

**Literatur – 58**

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP wurde im Jahre 2004 veröffentlicht. Eine Aktualisierung erfolgte turnusgemäß 2009, wobei die Fachöffentlichkeit und eine aktualisierte Literaturstudie einbezogen wurden. In diesem Kapitel wird zunächst der Inhalt des Expertenstandards unter Berücksichtigung der einzelnen Standardkriterien dargestellt. Relevante Informationen aus dem ursprünglichen Sonderdruck werden aufgegriffen. Nach eingehender Literaturrecherche hat sich die Expertenarbeitsgruppe dafür entschieden, die Gültigkeit des Expertenstandards auf die Entlassung aus stationären Einrichtungen einzugrenzen. In der Aktualisierung wird jedoch darauf hingewiesen, dass auch ambulant behandelte Patienten und gegebenenfalls auch Patienten aus Medizinischen Versorgungszentren und integrierten Versorgungseinrichtungen zu berücksichtigen sind. Eine Risikoidentifikation, Information und Schulung schon vor der Aufnahme kann ebenfalls erforderlich sein.

Aus den Erfahrungen der Vergangenheit und der Entwicklung der Thematik mit mangelnder Forschungstradition in Deutschland entwickelten sich nach und nach Modellprojekte, die sich mit der Versorgungskontinuität beschäftigten. Anschließend folgen Hinweise für die Implementierung in den Pflegeprozess, etwa Informationen zur Erhebung des Pflegebedarfs, zur Auswahl von Hilfsmitteln und eine Beschreibung der Kompetenzen für die Beratung und Anleitung von Angehörigen.

Eine Implementierung in den einrichtungsinternen Pflegestandard mit entsprechenden Verfahrensregelungen ist bei diesem Expertenstandard besonders wichtig, da die Standardkriterien entsprechende Vorgaben durch die Einrichtung fordern. Im Anschluss werden erforderliche Formulare, etwa ein Pflegebedarfsformular beziehungsweise der Überleitungsbogen erläutert, um die Implementierung des Expertenstandards in die Pflegedokumentation zu erleichtern. In diesem Abschnitt werden außerdem organisatorische Besonderheiten, beispielsweise die Verantwortung für die Umsetzung oder die Kontrolle der Durchführung erwähnt.

### 3.1 Besonderheiten bei der Entlassung

In der Vergangenheit war das Entlassungsmanagement und somit die Gewährleistung der Versorgungskontinuität eine klassische Aufgabe der Sozialarbeit. In den 80er- und 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts kamen aus der Pflege Bestrebungen, die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu schließen, das Thema Pflegeüberleitung wurde in verschiedenen Modellversuchen untersucht.

Benannt wird im ursprünglichen Expertenstandard unter anderem das Modell von Böhm in Wien (1985), am Humboldt Krankenhaus in Berlin (Liedke et al. 1990) oder am Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke (Joosten 1995). In Baden-Württemberg entstanden die »Brückenschwestern«. Das Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung in Frankfurt entwickelte die »Kooperative Qualitätssicherung« und das Institut für Pflegewissenschaft Bielefeld führte das »Inter KiK«-Projekt durch. Durch diese und andere Projekte stieß das Thema letztlich auch in der Gesundheitspolitik auf Resonanz, so dass mit der Gesundheitsreform 2000 ein entsprechender Paragraph verabschiedet wurde (§ 140 a-h SGB V)

- » § 140 a Integrierte Versorgung. (1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung. (SGB V in der Fassung vom 21.7.2004)

Ursache der Verabschiedung dieses Paragraphen war der sogenannte »Drehtür-Effekt«, bei dem der Patient kurz nach der Entlassung wieder stationär

aufgenommen wird und der erhebliche Kosten im Gesundheitswesen verursacht. Begünstigt werden diese Schnittstellenprobleme durch Versorgungsbrüche, die durch eine mangelnde oder fehlerhafte Informationsweitergabe entstehen.

Die Expertenarbeitsgruppe hatte unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen festgelegt, dass der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege deshalb für spezielle Patientengruppen gelten soll.

#### **Gültigkeit für spezielle Patienten:**

- Patienten mit verkürzten Liegezeiten, z. B. nach minimal invasiven Eingriffen
- Multimorbide und pflegebedürftige ältere Menschen, die auch nach der Entlassung weiterer medizinisch-pflegerischer Dauerbetreuung bedürfen
- Patienten, die aufgrund eines mangelhaften Entlassungsmanagement Rehabilitations- und gesundheitsfördernde Potenziale verlieren

➤ **Diese Patientengruppen, die zahlenmäßig nicht erfassbar sind, leiden nach Meinung der Experten langfristig unter einer Einschränkung der Lebensqualität, eventuell einer nicht ausreichend koordinierten Schmerzbehandlung und einem oft viel zu früh entstehenden professionellen Pflege- und Hilfebedarf.**

Unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Erkenntnisse der Forschung sollte Entlassungsmanagement deshalb zu einer Sicherung der Versorgungskontinuität und zur Förderung von abgestimmten Handlungsschemata führen, die die Gesamtsituation des Patienten im Blick behalten.

Für die übernehmende Einrichtung entsteht daraus die Verpflichtung, die empfangenen Informationen zu berücksichtigen und dadurch ihren Beitrag zur Versorgungskontinuität zu leisten. Das bedeutet, dass auch ambulante Pflegedienste, Altenpflegeheime, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, in denen Pflegeleistungen erbracht werden, bei Bedarf für eine ausreichende Überleitung Sorge tragen müssen.

➤ **Grundsätzlich müssen alle Einrichtungen im Pflegesektor bzw. im Gesundheitswesen im Sinne der Patienten und Bewohner an einer**

**reibungslosen und korrekten Informationsweitergabe interessiert sein und sich deshalb an den Vorgaben des Expertenstandards Entlassungsmanagement orientieren.**

## **3.2 Standardkriterium 1**

**S1a** Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen (z. B. Zeitressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind. **S1b** Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung. **P1** Die Pflegefachkraft führt mit allen Patienten und wenn möglich ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese. **E1** Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.

### **3.2.1 Implementierung**

Bei der Umsetzung dieses Standardkriteriums sind zunächst die organisatorischen Abläufe in der Pflegeeinrichtung gefordert. Ein strukturiertes Entlassungsmanagement ist nur dann möglich, wenn eine schriftliche Verfahrensregelung vorliegt. Dabei beschreibt die Expertenarbeitsgruppe auch, welche Inhalte diese Verfahrensregelung unter anderem umfassen sollte.

### 3.2.2 Ablauf des Verfahrens

Erster Schritt der Umsetzung ist die Erarbeitung einer internen Verfahrensregelung zum Entlassungsmanagement.

#### Inhalte der Verfahrensregelung:

1. Ein Organigramm, mit dem die Autorisierung der Pflegefachkraft zur Koordination sowie die Kooperationen und Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen geklärt wird
2. Benennung der Verantwortlichen
3. Aussagen zur Qualifikation der beauftragten Pflegefachkräfte
4. Ein Ablaufplan für das Entlassungsmanagement (■ Abb. 3.1)
5. Die Auswahl von Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumenten
6. Die Vorgehensweise bei der Einschätzung bzw. Identifizierung von Patienten mit Risiko
7. Eine Aussage zur generellen Einbeziehung von Angehörigen unter Wahrung der Patientenautonomie
8. Vorgaben zur Dokumentation des Entlassungsmanagements
9. Umgang mit prästationären Schulungen im Rahmen elektiver Klinikaufenthalte

Nach Ansicht der Experten sollte die Verfahrensregelung an die Pflegeprozessmethode gekoppelt werden. Dabei sind verschiedene Formen der Organisation möglich.

#### Organisationsformen:

1. Indirektes Entlassungsmanagement mit Hilfe einer zentral angesiedelten Pflegefachkraft, ggf. auch mit Zusatzausbildung
2. Direktes Entlassungsmanagement durch Pflegekräfte der Station

Die Auswahl der Organisationsform bleibt der Pflegeeinrichtung überlassen.

- Die aktualisierte Literaturstudie zeigte, dass die Effektivität durch spezialisierte, akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte besser nachgewiesen ist, die Evidenz der Wirksamkeit durch Pflegefachkräfte der Sta-

tionen lag nicht vor. Deshalb werden spezialisierte Stellen vor allem in großen Kliniken empfohlen.

Die zweite Anforderung bezieht sich auf das Wissen der Pflegefachkräfte über geeignete Erfassungs- und Einschätzungsinstrumente. Aufgrund mangelnder praktischer Erfahrung erwarten die Experten in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines entsprechenden Kompetenzzuwachses bei den Pflegefachkräften, wobei geeignete Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen erforderlich erscheinen.

Prinzipiell wird jedoch die Rolle der Pflege als Koordinationsstelle im Entlassungsmanagement betrachtet, da sie aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen und zu anderen Berufsgruppen, wie Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie, eine geeignete Kontaktstelle darstellt.

- Bei allen Schritten des Entlassungsmanagements sind immer die Vorgaben des Datenschutzes zu berücksichtigen. Unter Umständen können Kliniken schon in ihrem Versorgungsvertrag explizit auf die Datenweitergabe im Entlassungsprozess hinweisen.

#### Begriffsdefinition

An dieser Stelle wird im Expertenstandard eine exakte Begriffsdefinition angegeben, die genauer zwischen Versorgungsbedarf und Unterstützungsbedarf differenziert.

- Unter **Versorgungsbedarf** versteht man die notwendige professionelle Unterstützung zur Wiederherstellung oder Kompensation krankheitsbedingter und anderer Beeinträchtigungen.

- Der Begriff **Unterstützungsbedarf** beinhaltet darüber hinaus die individuelle Patientensichtweise, indem die individuelle Lebenssituation, die individuellen Ressourcen sowie das soziale Umfeld einbezogen werden, um krankheitsbedingte Selbstpflege- und Versorgungsdefizite ausgleichen zu können.

3

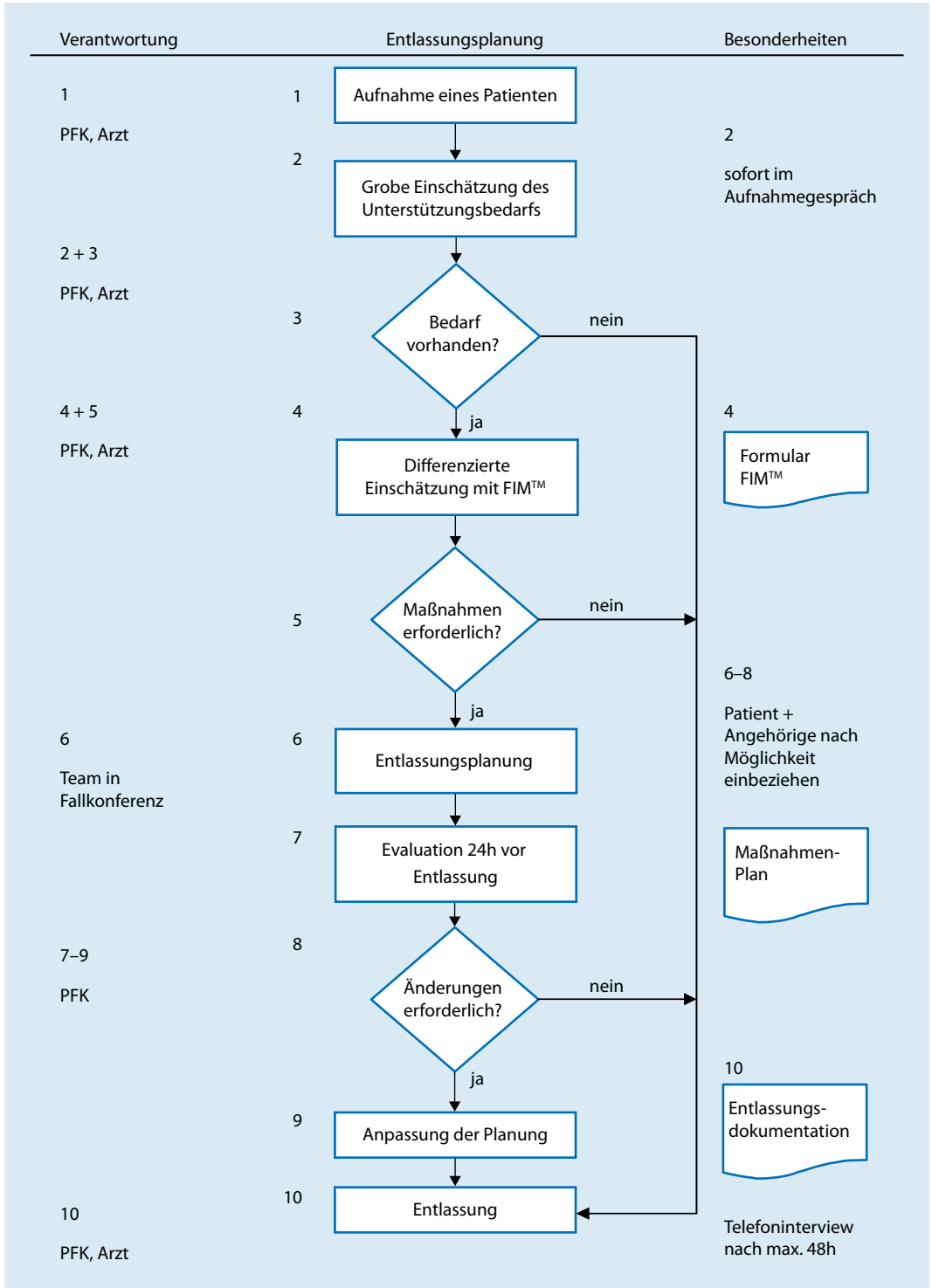


Abb. 3.1 Beispiel-Flow-chart zur Entlassungsplanung

### 3.2.3 Einschätzung des Unterstützungsbedarfs

Das erste Prozesskriterium unterscheidet nun zwischen einer initialen Einschätzung des poststationären Pflegebedarfs und einem differenzierten Assessment, sobald die Einschätzung einen erwartbaren poststationären Unterstützungsbedarf ergeben hat.

Für das initiale Assessment (► Anhang 1) wird der Rahmen des Aufnahmegesprächs durch die Pflegekräfte der Stationen vorgeschlagen. Verschiedene Anhaltspunkte für die grobe Einschätzung einer möglichen nachstationären Funktionseinschränkung ergeben sich größtenteils aus der Informationssammlung und Pflegeanamnese.

Hinweise auf einen poststationären Unterstützungsbedarf können durch verschiedene Fragestellungen gewonnen werden.

#### Fragestellungen als Hinweise:

- Häufige Krankenhausaufenthalte
- Pflegebedürftigkeit im Vorfeld
- Kognitive Einbußen, psychische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten
- Erhebliche Mobilitätseinbußen
- Hohes Alter und/oder prästationär geschwächte Konstitution
- Geringes Geburtsalter mit Risiken und Problemen z. B. Frühgeborene
- Voraussichtlich andauernde pflege- und therapiebedingte Anforderungen auch seitens der Angehörigen
- Schwerwiegende Krankheiten
- Fehlende informelle Hilfen
- Prekäre Lebens- und Versorgungsumgebung
- Stark begrenzte Lebenserwartung
- Möglicherweise Umzug in ein Heim erforderlich
- Bestehende und sich verändernde Hilfsmittelunterstützung

Wenn schon direkt bei der Aufnahme ein offensichtlicher Unterstützungsbedarf erkennbar ist, kann auf diese grobe Einschätzung zugunsten eines ausführlichen Assessments verzichtet werden.

### 3.2.4 Assessmentinstrumente

Sofern bei der groben Einschätzung ein poststationärer Versorgungsbedarf oder ein entsprechendes Risiko festgestellt wurde, sollte die Einrichtung ein Assessmentinstrument festlegen, mit dem eine genauere Einschätzung erfolgen kann.

Im Expertenstandard wird die spezialisierte Pflegefachkraft als ausführende Person konkret benannt.

#### Praxistipp

In jeder Einheit der Klinik muss eine Pflegefachkraft mit entsprechenden Kenntnissen beschäftigt sein. Alternativ haben alle Pflegefachkräfte eine entsprechende Schulung durchlaufen und die zuständige Bezugspflegekraft führt dann das Assessment für ihre Patienten durch.

Im Standardkriterium 1 wurden ursprünglich verschiedene Instrumente für ein differenziertes Assessment benannt.

#### Beispiele für Assessmentinstrumente:

- Barthel-Index (► Anhang 6)
- FIM<sup>TM</sup> (Functional Independence Measure), der Funktionale Selbstständigkeitsindex (► Anhang 7) mit oder ohne FAM (Functional Assessment Measure)
- NNAI Nursing Needs Assessment Instrument
- RAP Reha Aktivitäten Profil

Der Barthel-Index und der FIM<sup>TM</sup> sind die in Deutschland am häufigsten verwendeten Assessmentinstrumente. Der FAM ist eine Erweiterung des FIM<sup>TM</sup>, bei dem zusätzlich Kriterien aufgenommen wurden, die die kognitiven Bereiche überprüfen. Im Anhang werden beide Instrumente vorgestellt, wobei die FAM-Zusatzkriterien in der Tabelle kursiv hervorgehoben sind (► Anhang 7).

Das NNAI wird in Deutschland bisher wenig genutzt. Es handelt sich um ein englischsprachiges Erhebungsinstrument, das von Diane Holland erstellt wurde und 1998 von Maike Higgs übersetzt wurde.

Das RAP stammt aus den Niederlanden und wurde 1991 an der Abteilung Rehabilitation des



Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam entwickelt. Es ermöglicht eine systematische Erfassung und Bestandsaufnahme von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen in den Bereichen Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Beschäftigung und Beziehungen. Im Vordergrund steht dabei eine Einschätzung durch multiprofessionelle Teams und das formulierte Ziel, ein möglichst umfassendes Bild der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im täglichen Leben sowie des jeweiligen Problemerlebens zu erhalten.

Im Rahmen der Aktualisierung wird kein spezifisches Assessment mehr empfohlen, die inhaltlichen Kriterien der oben benannten Instrumente sollen jedoch berücksichtigt werden. Ausreichende empirische Daten fehlten auch noch für das ePA©, das »Ergebnisorientierte Pflegeassessment« und das CMS »Case Management Score«, das von Hunstein et al. 2005 entwickelt wurde. Dieses Instrument wird inzwischen auch als SPI »Selbst-Pflege-Index« bezeichnet. Auf eine ausführliche Darstellung der vielen verschiedenen Instrumente wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

Im Jahr 2014 wurde die erste Version des ePA-LTC© (LongTermCare) veröffentlicht, das in einem Kooperationsprojekt der ePA-CC GmbH und der Stiftung Amalie Widmer in Horgen, Schweiz, entwickelt und anschließend mit dem LEP-Interventionskatalog verknüpft wurde. Mit insgesamt 13 neuen Items werden mit ePA-LTC© die besonderen Belange der Langzeitversorgung berücksichtigt.

#### Items der ePA-LTC©:

- Fähigkeit zur alltäglichen Lebensführung
- Fähigkeit zur Haushaltsführung
- Merk-/Erinnerungsfähigkeit
- Beziehungsfähigkeit
- Entscheidungsfähigkeit
- Beschäftigung
- Lebenssinn
- Abklärungserfordernis Depression
- Fähigkeit, situationsangemessen zu entscheiden

Wichtige Aspekte sollten unabhängig vom Instrument erfasst werden.

#### Erforderliche Aspekte:

- Allgemeine Informationen
- Gesundheitliche Situation

- Kognitive Fähigkeiten, Verhalten, emotionaler Status
- Selbstständigkeit im Bereich der Lebensaktivitäten
- Wohnsituation
- Hilfsmittel
- Voraussichtlicher Versorgungsbedarf
- Aktuelle Versorgungssituation und Besonderheiten
- Finanzielle Situation
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen
- Bedarf an Information, Beratung, Anleitung, Schulung
- Informationen zu Therapie- und Medikamentenverordnungen sowie Beurteilung der Compliance

Bei allen Instrumenten sollten mögliche Urheberrechte oder Lizenzen berücksichtigt werden.

#### Praxistipp

Das Krankenhaus muss in seiner Verfahrensregelung festlegen, welches Instrument in welchem Bereich verwendet werden soll. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt kein bestimmtes Instrument, schlägt jedoch vor, die zentralen Dimensionen des Trajekt-Modells von Corbin und Strauss zur Orientierung heranzuziehen.

Beim Trajekt-Modell handelt es sich um ein Pflegemodell, das in besonderem Maße die Situation chronisch kranker Menschen berücksichtigt. Es wurde in den USA von der Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin und dem Soziologen Anselm Strauss entwickelt. Verschiedene Phasen des Krankheitsverlaufs erfordern unterschiedliche Bewältigungsstrategien und somit eine phasengerechte Begleitung durch die Pflegekraft.

#### Zentrale Dimensionen des Trajekt-Modells:

- Die erforderlichen krankheits- und pflegebezogenen Bewältigungsarbeiten
- Die alltagsbezogenen Bewältigungsarbeiten
- Die biografischen Rekonstruktions- und psychosozialen Bewältigungsarbeiten der Patienten und Angehörigen

Ein konkreter Zeitpunkt für die differenzierte Einschätzung wird in diesem Standardkriterium zwar nicht festgelegt, unter Berücksichtigung der Liegezeiten im Krankenhaus ist jedoch ein möglichst frühzeitiges Assessment notwendig, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können und Kontakt zur nachversorgenden Einrichtung aufzunehmen.

- **Alle Maßnahmen der Einschätzung müssen nachvollziehbar dokumentiert sein. Erkennbar zu unterscheiden ist bei der Dokumentation die Einschätzung des Versorgungsbedarfs durch die Pflegefachkraft und die Einschätzung durch den Patienten und seine Angehörigen.**

Eine eindeutige Verfahrensregel und die dazugehörigen Formulare sind Grundvoraussetzung für einen gut funktionierenden Entlassungsprozess, wie die modellhafte Implementierung in 20 Einrichtungen ergab.

### 3.3 Standardkriterium 2

**S2** Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements. **P2** Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung. **E2** Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.

#### 3.3.1 Implementierung

In diesem Standardkriterium werden zunächst genaue Kenntnisse der regionalen Versorgungsangebote durch die Pflegefachkraft, die für das Entlassungsmanagement zuständig ist, erwartet. Der Kontakt zu weiteren Ansprechpartnern soll durch die Pflegefachkraft vermittelt werden.

Insbesondere eine frühzeitige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in der Einrichtung sowie die Möglichkeit

der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch speziell geschulte Pflegeberater kann im Rahmen des Entlassungsmanagements veranlasst werden.

Eine umfassende Weitergabe von Informationsmaterial und Adressen von ambulanten und stationären Angeboten muss unter Beachtung der individuellen Erfordernisse des Patienten zur Verfügung gestellt werden.

#### Regionale Angebote:

- Ärztliche und fachärztliche Versorgung
- Ambulante Pflege
- Stationäre Pflege und Kurzzeitpflege
- Pflegestützpunkte
- Selbsthilfeorganisationen
- Pflegekassen

Die Finanzierungsmöglichkeiten und eine entsprechende Unterstützung bei der Beantragung kann durch die Sozialarbeit unterstützt werden.

#### Praxistipp

Bei all diesen Aufgaben übernimmt die (spezialisierte) Pflegefachkraft eine vermittelnde Funktion.

#### 3.3.2 Entlassungsplanung

Das wichtigste Element des Expertenstandards Entlassungsmanagement ist die individuelle Planung der Entlassung, die von der Pflegefachkraft initiiert und von allen an der Versorgung Beteiligten durchgeführt wird. Besonders geeignet für diese Planung sind Teambesprechungen oder Fallkonferenzen, an denen alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. In vielen Klinikbereichen finden solche Besprechungen mindestens einmal in der Woche statt.

#### Aufgaben im Rahmen der Entlassungsplanung:

- Terminplanung mit allen beteiligten Personen
- Erstellung eines Aktionsplans, in dem die Aufgaben verteilt werden
- Feststellung der erforderlichen Maßnahmen
- Kontaktaufnahme zur nachsorgenden Einrichtung
- Vereinbarung einer gemeinsamen Pflegeübergabe

### Praxistipp

Zu diesem Zeitpunkt ist es sinnvoll, bereits den zuständigen MDK einzuschalten, falls eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig ist.

Die Planung einer gemeinsamen Pflegeübergabe mit der nachbetreuenden Einrichtung stellt in der Praxis ein erhebliches Problem dar. Bisher fanden Kontakte zwischen Klinik, Pflegeheim oder ambulantem Pflegedienst nur in Ausnahmefällen statt, wobei der Grund für dieses Problem fast ausschließlich in der Terminierung und im Zeitmangel zu suchen ist.

### Pflegeheim + Ambulante Pflege

Der Zeitaufwand, einen Patienten im Krankenhaus zu besuchen, um dort bereits eine Pflegeübergabe zu erhalten, ist mit Sicherheit enorm, vor allem dann, wenn die Anfahrtszeit berücksichtigt wird. Für die Versorgungskontinuität und dadurch die Vermeidung von unnötigen Pflegeproblemen und Komplikationen ist dieser Zeitaufwand jedoch gerechtfertigt. Allerdings entsteht durch dieses Vorgehen in jedem Fall für die nachbetreuende Einrichtung ein Finanzierungsproblem bezüglich dieser Maßnahme.

Zu bedenken ist, dass die aufgewendete Zeit zumindest teilweise bei der Erhebung der Informationssammlung und Pflegeanamnese im Erstgespräch wieder eingespart werden kann. In jedem Fall ist die Möglichkeit des Kennenlernens durch die »stationäre« Pflegeübergabe von Vorteil für Patient und Angehörige und erleichtert das Zustandekommen einer vertrauensvollen Beziehung. Diese Kooperation zwischen Krankenhaus und übernehmender Pflegeeinrichtung ist als Marketingeffekt mit Sicherheit ebenfalls bedeutend.

Das Ergebnis der Entlassungsplanung in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen wird schriftlich festgehalten und dadurch transparent für alle Beteiligten. So können Angehörige besser planen, welche Vorbereitungsmaß-

nahmen erforderlich sind, etwa die Beschaffung von Hilfsmitteln und welche Veränderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen. Dazu gehören häufig Maßnahmen zur Wohnraumanpassung, die unter Umständen mit einem Berater der Kranken- und der Pflegekasse abgesprochen werden müssen.

### Mögliche Inhalte der Entlassungsplanung:

- Poststationärer Unterstützungsbedarf
- Absprachen mit Angehörigen
- Wohnraumanpassung
- Unterstützende Hilfen, z. B. Nachbarschaftshilfe, Freunde und Bekannte
- Unterstützende Dienstleistungen, z. B. Essen auf Rädern
- Medikamentenversorgung
- Hilfsmittelversorgung
- Behandlungspflege
- Risikomanagement
- Schmerzmanagement
- Notfallmanagement
- Finanzielle Situation
- Psychosoziale Situation von Patient und Angehörigen
- Transport
- Terminierung
- Ansprechpartner und Kontakt zur nachsorgenden Pflegeeinrichtung

➤ **Für Angehörige ist deshalb eine exakte und verlässliche Zeitplanung vonnöten, da sie zusätzlich zu diesen organisatorischen Aufgaben auch die Auswirkungen von Krankheit und Verlust der Unabhängigkeit eines ihnen nahestehenden Menschen bewältigen müssen.**

## 3.4 Standardkriterium 3

**S3** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. **P3** Die Pflegefachkraft gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information,

Beratung und Schulung. **E3** Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

### 3.4.1 Implementierung

In diesem Standardkriterium wird noch einmal auf die Bedeutung der Pflegeberatung (► Kap. 1.4) eingegangen.

Die Expertenarbeitsgruppe erörtert an dieser Stelle noch einmal die einzelnen Begriffe. Dabei bedeutet »gewährleisten«, dass die Pflegefachkraft entweder selbst beratend tätig wird und Patienten und Angehörige schult, oder dass andere Personen innerhalb oder außerhalb der Klinik diese Aufgabe übernehmen.

Es kann zunehmend zur Aufgabe der Entlassungsfachkraft gehören, bei Patienten, die zu geplanten Aufenthalten in die Klinik kommen, im Vorfeld ihres Aufenthaltes präventiv entsprechende Risikoeinschätzungen durchzuführen und für den Klinikaufenthalt sowie die Entlassung vorbereitende Beratungen, Informationen oder Schulungen anzubieten oder zu vermitteln.

In diesem Fall muss die Pflegefachkraft ebenfalls sicherstellen, dass es sich dabei um eine »bedarfsgerechte« Beratung handelt. Dies bedeutet wiederum, dass sowohl der Patient als auch seine Angehörigen ausreichend über die individuelle Entlassungsplanung und über die Veränderungen der Lebenssituation in der Zukunft informiert werden.

- **Dabei geht es nicht nur um Wissen und technische Fähigkeiten sondern auch darum, die Veränderungen durch die Pflegebedürftigkeit in den eigenen Alltag integrieren zu können und die daraus resultierenden Belastungen sowohl körperlich als auch psychisch zu verkraften.**

Bei optimalem Ablauf der individuellen Entlassungsplanung können Patient und Angehörige das erlernte Wissen, den Umgang mit neuen Pfe-

getechniken und Hilfsmitteln und die möglichen Bewältigungsstrategien direkt nach der Entlassung einsetzen.

## 3.5 Standardkriterium 4

**S4** Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert. **P4** Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtungen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an. **E4** Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiter versorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.

### 3.5.1 Implementierung

Zunächst wird in diesem Standardkriterium noch einmal die Verantwortlichkeit und Autorisierung der Pflegefachkraft für die Überleitung betont, wobei noch einmal unterschieden wird zwischen der direkten und einer indirekten Organisationsform (► Abschn. 3.2.2).

Die Aufgaben der autorisierten Pflegefachkraft werden zusammengefasst als Kooperation mit dem Patienten, seinen Angehörigen und der weiterbetreuenden Pflegeeinrichtung, wobei insbesondere die Informationsweitergabe über den zu erwartenden Unterstützungsbedarf und den Entlassungstermin als wichtig erachtet wird.

- **Eine frühzeitige Vorbereitung, Planung und Abstimmung mit allen Beteiligten dient der Vermeidung von Versorgungsdefiziten und von Wiedereinweisungen des Patienten.**

Die Umsetzung dieses Standardkriteriums konzentriert sich auf die konkrete Terminierung der Entlassung, da die anderen Anforderungen schon im 3.



▣ **Abb. 3.2** Krankentransport © Florian Gleisenberg/PIXELIO

Standardkriterium bearbeitet wurden. Dabei sollen eindeutige Absprachen mit der nachversorgenden Einrichtung getroffen und eingehalten werden.

### 3.5.2 Terminierung der Entlassung

#### Praxistipp

Unter Berücksichtigung des Vorbereitungsbedarfs sollte der Wochentag der Entlassung mit der nachbetreuenden Einrichtung im Vorfeld explizit besprochen werden.

Sowohl im ambulanten Bereich als auch im Pflegeheim ist es beispielsweise am Freitagnachmittag schwierig, die erforderlichen Hilfsmittel und Medikamente zu besorgen, da zuvor ein Hausarztbesuch zur Ausstellung von Rezepten oder Verordnungen erforderlich ist.

Im Klinikalltag sind zwei Problemfelder im Zusammenhang mit der Terminierung des Entlassungstermins immer wieder erkennbar. Zum einen kann der geplante Entlassungstermin unter Umständen bei »Bettendruck« kurzfristig vorverlegt werden, so dass Patienten im »Hauruck-Verfahren« entlassen werden. Auf dieses Prozedere hat die Pflegefachkraft generell wenig Einfluss (▣ Abb. 3.2). Eine konkrete Terminabsprache hat dann zwar stattgefunden, wurde aber nicht eingehalten.

Zum anderem ist die Einhaltung der Terminierung auch von der Pünktlichkeit des Transports abhängig. So kommt es in der Praxis vor, dass Patienten erst am späten Abend oder gar nachts in der nachversorgenden Einrichtung ankommen, obwohl der Transport für den Vormittag bestellt war.

Derartige Probleme führen dazu, dass Patient, Angehörige und nachbetreuende Einrichtung trotz optimaler Entlassungsplanung über die Terminierung verärgert sind. Gerade im Pflegeheim legt man normalerweise großen Wert auf die Möglichkeit, den neuen Bewohner adäquat zu begrüßen, um ihm die Eingewöhnung zu erleichtern.

#### Praxistipp

Gewöhnlich treten diese Transportprobleme seltener auf, wenn statt eines Krankentransports ein Behindertentaxi beauftragt wird.

Dennoch sind viele Pflegefachkräfte im stationären Klinikbereich von den Rahmenbedingungen der Entlassung enttäuscht und bedauern die Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Aus Sicht der Experten ist es jedoch nicht möglich, gesundheitspolitische Probleme durch die Implementierung eines Expertenstandards zu »reparieren«. Auslöser für die Schwierigkeiten bei der Umsetzung sind oftmals Finanzierungsfragen.

## 3.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeit, zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht. **P5** Die Pflegefachkraft führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet. **E5** Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.

### 3.6.1 Implementierung

Die Expertenarbeitsgruppe betont die Notwendigkeit der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkraft, um eine geeignete Bewertung der Entlassungspla-

nung vorzunehmen, da diese in der Praxis häufig vernachlässigt wird.

- **Die Bewertung der Entlassungsplanung sollte unbedingt mit dem Patienten und nach Möglichkeit mit seinen Angehörigen gemeinsam erfolgen. Entscheidend ist außerdem, dass diese Überprüfung rechtzeitig vor der Entlassung stattfindet, um notwendige Veränderungen in die Wege leiten zu können.**

Die Arbeitsgruppe spricht sich für einen Zeitpunkt aus, der maximal 24 Stunden vor der geplanten Entlassung liegt. Dieser Zeitrahmen wurde gewählt, damit auch auf kurzfristige Ereignisse reagiert werden kann, etwa eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten, auf den Ausfall eines pflegenden Angehörigen oder auf Verzögerungen bei der Beschaffung wichtiger Hilfsmittel.

### 3.6.2 Evaluation

Die Zusammenführung der Patientenperspektive und der professionellen Sichtweise aller beteiligten Berufsgruppen führt zu einer bedarfsgerechten Entlassung. Dabei ist zu bedenken, dass diese beiden Sichtweisen sich sehr stark voneinander unterscheiden können und deshalb unter Berücksichtigung der Selbstmanagementkompetenz des Patienten in einem Aushandlungsprozess angenähert werden müssen.

Die Sichtweise der Laienpflege von Patienten und Angehörigen besteht größtenteils aus Erfahrungswissen, dass vor allem bei chronisch Kranken im Lauf der Jahre angesammelt wurde. Aus diesem Grund sind der Patient und seine Angehörigen als medizinische Laien dennoch in der Lage, die Qualität des Entlassungsmanagements aus ihrer Perspektive zu bewerten.

- **Das Ergebnis der Evaluation der geplanten Entlassung in Kooperation mit den beteiligten Personen sollte dokumentiert werden. Je nach Verfahrensregelung der Einrichtung kann ein Formular verwendet werden oder eine Gesprächsnotiz im Pflegebericht bzw. im Beratungsformular erfolgen.**

## 3.7 Standardkriterium 6

**S6** Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen. **P6** Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, dass die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte. **E6** Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

### 3.7.1 Implementierung

Eine endgültige Überprüfung der Entlassungsplanung ist erst nach der Entlassung tatsächlich möglich, so dass dieses Standardkriterium sich noch einmal mit der Evaluation beschäftigt. Allerdings wird an dieser Stelle gefordert, dass nach der Entlassung noch einmal eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten, seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung stattfindet.

Im Expertenstandard ist hierfür ein Telefonat vorgesehen, das innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung stattfinden muss. Im praktischen Alltag hat sich dieses Vorgehen noch kaum durchgesetzt.

Denkbar wäre auch ein Besuch vor Ort, was im praktischen Alltag jedoch noch schwieriger durchzuführen ist, bzw. eine schriftliche Rückmeldung. Die jeweilige Maßnahme muss in der Verfahrensregelung beinhaltet sein. Fest steht jedoch die rechtliche Verpflichtung der stationären Einrichtung, einen nahtlosen Übergang von der Klinikbehandlung in die poststationäre Versorgung zu bewerkstelligen.

#### Praxistipp

Für die Evaluation der Entlassungsplanung wird an dieser Stelle der Telefonkontakt empfohlen.

### 3.7.2 Telefoninterview

Erleichtert wird die Kontaktaufnahme, wenn der Patient schon vor der Entlassung darüber informiert wird und ein Telefontermin vereinbart wird. Außerdem sollte das Telefongespräch strukturiert werden, um wichtige Informationen zu gewinnen.

Ein Beispiel für einen Leitfaden für das Telefoninterview befindet sich im Anhang (► Anhang 8). Eine statistische Auswertung der Befragungen ein bis zweimal pro Jahr zeigt wiederkehrende Probleme und Schwachstellen im Entlassungsmanagement auf und trägt dazu bei, diese soweit als möglich zu verhindern.

#### Praxistipp

Abhängig von der Organisationsform der Entlassung ist die zentrale Stelle des Entlassungsmanagements oder bei einer dezentralen Organisation die Leitungsebene für die Auswertung verantwortlich. Beauftragt werden kann auch eine Stelle im Controlling, in der Verwaltung oder im IT-Bereich.

Sofern Defizite in der Versorgung festgestellt werden, ist es wichtig, die weiterversorgende Institution, etwa den ambulanten Pflegedienst oder den Hausarzt, zu verständigen oder im Notfall zu intervenieren, beispielsweise den Rettungsdienst zu informieren. Außerdem sollten die Ursachen für die Defizite nach Möglichkeit erforscht werden.

### 3.8 Dokumentation

Die Umsetzung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege wird vereinfacht, wenn die entsprechenden Formulare und Dokumente vorhanden sind. An dieser Stelle wird bewusst der Begriff Dokumentation verwendet, nicht wie in den anderen Kapiteln der Begriff Pflegedokumentation, da die Eintragungen von allen beteiligten Berufsgruppen vorgenommen werden. Sinnvoller ist deshalb die Erstellung eines Entlassungsordners oder einer entsprechenden Datei im PC.

► Alle Berufsgruppen, die an der Entlassungsplanung beteiligt sind, müssen Zugriff auf diesen Ordner haben.

Beispielhaft werden an dieser Stelle einige Formulare benannt, die für das Entlassungsmanagement erforderlich sind und somit auch bei der Erarbeitung einer Verfahrensregelung hilfreich sind. Zum Teil finden sich die Inhalte auch im Anhang dieses Buches.

#### Formulare:

- Verfahrensregelung
- Pflegeanamnese und Informationssammlung
- Grobe Ersteinschätzung
- Differenziertes Risikoassessment
- Entlassungsplanung
- Schulungs- und Informationsmaterial für Betroffene und Angehörige
- Adresslisten von regionalen Anbietern sortiert nach Fachbereich
- Telefoninterview
- Statistik der Telefoninterviews

### 3.9 Auswirkungen des Expertenstandards

Die Veränderungen, die durch den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege möglich wären, sind noch nicht durchgängig zu beobachten. In der Praxis stellt man immer noch fest, dass Patienten bei Bettendruck überstürzt und unvorbereitet in die weitere Versorgung entlassen werden. Die modellhafte Implementierung zeigte aber, dass der Expertenstandard Entlassungsmanagement praxistauglich ist.

Der Expertenstandard ist außerdem nicht dazu geeignet, existierende gesundheitspolitische Probleme zu lösen, sondern dient lediglich einer Optimierung der Abläufe in der jeweiligen stationären Einrichtung.

Insgesamt wird die Umsetzung des Expertenstandards im Klinikbereich wenig kontrolliert. Eine zügigere und praktischere Implementierung in den Alltag kann möglicherweise nur durch regelmäßige Überprüfung mit entsprechenden Konsequenzen erreicht werden.

### 3.10 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 1. Aktualisierung 2009

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Entlassungsmanagement«*

*Prof. Dr. Ulrike Höhmann (wiss. Leitung); Gabriele Breloer-Simon; Prof. Bärbel Dangel; Dipl.-Pflegepäd. Christine Drauschke; Hedwig François-Kettner; Jürgen Haake; Dieter Liedtke; Angelika Pohl; Prof. Dr. Doris Schaeffer; Dipl.-Pflegerwirt Dirk Schmidt; Dipl.-Pflegerwirtin Claudia Schröer-Mollenschott; Barbara Widmann*

#### 3.10.1 Präambel zum Expertenstandard

Versorgungsbrüche manifestieren sich besonders beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich. Sie führen zu unnötiger Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch durch die damit oftmals verbundenen »Drehtüreffekte« zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. Deshalb richtet sich der vorliegende Expertenstandard primär an Pflegefachkräfte<sup>1</sup> in stationären Gesundheitseinrichtungen, das heißt Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken. Eine Ausdehnung auf alle Bereiche einschließlich der stationären Altenpflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienste hätte zur Folge gehabt, dass wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und Voraussetzungen die Standardaussagen zu allgemein ausgefallen wären. Der im Standard gewählte Patientenbegriff trägt dem Rechnung und bezieht sich auf Personen mit einem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf. In

der Mehrzahl handelt es sich dabei um ältere Menschen sowie »multimorbide« Patienten<sup>2</sup> mit meist chronischen Krankheiten.

Die Angehörigen – gemeint sind die primären Bezugspersonen der Patienten, also auch solche, die nicht im gesetzlichen Sinne Verwandte sind – wurden ausdrücklich in die Standardformulierung aufgenommen. Damit wird zum einen ihrer Schlüsselrolle bei der Entlassung Rechnung getragen und zum anderen die selbstverantwortliche Rolle von Patienten und Angehörigen aufgezeigt. Voraussetzung für die Beteiligung der Angehörigen an der Entlassungsplanung ist selbstverständlich das dokumentierte Einverständnis der Patienten.

Der vorliegende Expertenstandard konzentriert sich auf die Entlassung aus der Klinik als die Situation, die am häufigsten Versorgungsbrüche erzeugt. Sein Ziel ist, systematisch aus pflegerischer Perspektive dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. Dies erfordert beim Assessment und den folgenden Interventionen, den Blick auf die Lebenserfordernisse der Patienten im nachstationären Setting zu richten. Allerdings sind vor dem Hintergrund des fragmentierten Versorgungssystems dringend weitere einrichtungsübergreifende Regelungen zu treffen, um die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufen zu forcieren, insbesondere bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf.

Der Expertenstandard basiert auf einer umfangreichen Literaturanalyse, der Expertise der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe und der methodischen Expertise des wissenschaftlichen DNQP-Teams. Schwerpunkte der Literaturanalyse waren vor allem die Suche nach inhaltlichen Aussagen in randomisierten Kontrollstudien mit hohem Evidenzgrad (vgl. Literaturstudie und Glossar). Diese existieren vorwiegend im anglo-amerikani-

1 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) mit und ohne Zusatzqualifikation für die Pflegeüberleitung angesprochen. Explizit hinzugerechnet werden darüber hinaus selbstverständlich auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine grundständige Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

2 Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.



3 schen Raum und beziehen sich hauptsächlich auf Einzelaspekte der Entlassung, auf bestimmte Patientengruppen und auf das Qualifikationsniveau des Pflegepersonals. Die in Deutschland durchgeführten Untersuchungen konnten partiell berücksichtigt werden. Es handelt sich in der Regel um Evaluations- oder Begleitstudien.

Grundsätzlich lässt sich der Expertenstandard in allen oben genannten stationären Gesundheitseinrichtungen anwenden. Er setzt jedoch voraus, dass von jeder Einrichtung, je nach Schwerpunkt-auftrag und behandelter Patientengruppe, organisationsbezogene Ausgestaltungs- und Verfahrensvereinbarungen getroffen werden. Diese beziehen sich vor allem auf die Zuständigkeiten der jeweiligen Berufsgruppen für einzelne Aufgabenfelder und die Auswahl geeigneter Assessment-Instrumente (z. B. in Anlehnung an die bereits bestehenden Expertenstandards) sowie auf angemessene Formen der Dokumentation und Informationsübermittlung zwischen den beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen. Im Rahmen der Informationsweitergabe sind die übermittelten Daten auf ihre professionelle Handlungsrelevanz vor dem Hintergrund des Schutzes von persönlichen Daten zu überprüfen.

Der Expertenstandard regelt nicht das organisatorische Vorgehen des Entlassungsmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen (Absprachen in direkter Form zwischen allen Beteiligten oder Einsatz einer koordinierenden Vermittlungsinstanz). Er stellt vielmehr in Rechnung, dass viele Einrichtungen bereits über Ansätze einer systematischen Patientenentlassung verfügen, die sich mit Hilfe des Expertenstandards optimieren lassen. Gleichwohl geht der Standard mit Bezug auf internationale Studien davon aus, dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt. Das heißt jedoch nicht, dass sie alle Schritte des Entlassungsmanagements selbst durchführt. Ein gelungenes Entlassungsmanagement kann nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden, in der auch die anderen Berufe, wie Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie ihren Anteil spezifisch wahrnehmen.

Zur Implementierung des Standards bedarf es der gemeinsamen Anstrengung der leitenden Managementebene (Pflegemanagement und Betriebsleitung) und der Pflegefachkräfte sowie der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (Besprechungszeit, berufliche Qualifikation, Medien zur Dokumentation und Informationsweitergabe), der Festlegung der hausinternen Verfahrensgrundsätze und der Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas im Haus. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards. Hier sind besonders Fortbildungsbedarfe der Pflegefachkräfte in den Bereichen Assessment, Evaluation, Schulung und Beratung zu erwähnen. Abschließend ist hervorzuheben, dass eine Vermeidung von Versorgungsbrüchen nur im Rahmen einer erfolgreichen Zusammenarbeit aller Beteiligten zu erreichen ist.

### 3.10.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1. Aktualisierung 2009

**Zielsetzung:** Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

**Begründung:** Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

## Struktur

### Die Einrichtung

**S1a** – verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement und stellt sicher, dass die dafür erforderlichen organisatorischen Rahmenbedingungen (z. B. Zeitressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind.

### Die Pflegefachkraft

**S1b** – beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des zu erwartenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.

**S2** – verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements.

**S3** – verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über zu erwartende Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.

**S4** – ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.

## Prozess

### Die Pflegefachkraft

**P1** – führt mit allen Patienten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der zu erwartenden poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert.

- führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Instrumente durch.

**P2** – entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.

**P3** – gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.

**P4** – stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.

## Ergebnis

**E1** Eine aktuelle, systematische Einschätzung der zu erwartenden poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.

**E2** Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.

**E3** Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

**E4** Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin abgestimmt sowie der zu erwartende Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.

**Struktur**

**S5** – verfügt über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.

**S6** – ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.

**Prozess**

**P5** – führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.

**P6** – nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, dass die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.

**Ergebnis**

**E5** Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.

**E6** Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien sowie eine umfassende Literaturstudie zum Thema.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 16 € (incl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Dipl.-Geograph Jan Kolja Paulus

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 • 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 • Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

**Literatur**

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 1. Aktualisierung (2009) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

► [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

# Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen

*Simone Schmidt*

## **4.1 Grundlagen des Schmerzmanagements – 61**

4.1.1 Pathophysiologie von Schmerzen – 62

## **4.2 Standardkriterium 1 – 62**

4.2.1 Implementierung – 63

4.2.2 Screening und Schmerzassessment – 63

4.2.3 Schmerzskalen – 65

4.2.4 Evaluation – 69

## **4.3 Standardkriterium 2 – 70**

4.3.1 Implementierung – 70

4.3.2 Analgetika – 70

4.3.3 WHO Stufenschema – 72

4.3.4 Verfahrensregelung – 72

## **4.4 Standardkriterium 3 – 73**

4.4.1 Implementierung – 73

## **4.5 Standardkriterium 4 – 73**

4.5.1 Implementierung – 73

4.5.2 Unterstützende Maßnahmen – 74

## **4.6 Standardkriterium 5 – 75**

4.6.1 Implementierung – 75

## **4.7 Pflegedokumentation – 76**

## **4.8 Organisation – 76**

4.8.1 Betäubungsmittel – 76

4.8.2 Verabreichung von Medikamenten – 77

<b>4.9</b>	<b>Auswirkungen des Expertenstandards – 78</b>
<b>4.10</b>	<b>Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 1. Aktualisierung 2011 – 79</b>
4.10.1	Präambel zum Expertenstandard – 79
4.10.2	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen – 1. Aktualisierung 2011 (Stand Dezember 2011) – 81
	<b>Literatur – 83</b>

In diesem Kapitel werden zunächst die Inhalte der Standardkriterien des aktualisierten Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP aus dem Jahr 2011 mit entsprechender Erläuterung dargestellt. Außerdem erfolgen Hinweise für die Implementierung in den Pflegeprozess und die Implementierung in den einrichtungsinternen Pflegestandard. Dabei werden verschiedene Informationen berücksichtigt, etwa das WHO-Stufenschema, aber auch Aussagen über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Analgetika sowie weitere Maßnahmen zur Schmerzreduzierung. Die erforderlichen Formulare, z. B. Schmerzskalen oder Verlaufsformulare, werden im Abschnitt Pflegedokumentation aufgeführt. Organisatorische Besonderheiten in Zusammenhang mit dem Schmerzmanagement sind beispielsweise die Implementierung von Akutschmerzteams, der Umgang mit Betäubungsmitteln, die Vorgaben zur Medikamentenverabreichung und die dazugehörige Dokumentation.

## 4.1 Grundlagen des Schmerzmanagements

Physiologisch betrachtet ist Schmerz immer ein wichtiges Warnsignal des Körpers, chronischer Schmerz muss jedoch als eigenständige Krankheit betrachtet und entsprechende Maßnahmen in der Pflege ergriffen werden. Aus diesem Grund wurde bei der Aktualisierung des Expertenstandards noch einmal genauer differenziert zwischen akuten und chronischen Schmerzen (► Kap. 9).

➤ **Die Zielgruppe des Expertenstandards wurde aktualisiert: Er gilt nun ausschließlich für Patienten/Bewohner mit akuten, also plötzlich auftretendem und zeitlich begrenztem Schmerz, der in einem direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht.**

Das Leitziel bleibt jedoch unverändert die Schmerzfreiheit, da insbesondere die Schmerzgeschichte eines Menschen für sein Schmerzerleben eine wichtige Rolle spielt.

Schätzungsweise 13 bis 20 Millionen Bundesbürger leiden unter Schmerzen, wobei die Versorgung und die Information der Patienten mangelhaft sind. Viele glauben, dass ihnen nicht geholfen werden kann.

In einer Befragung gaben immerhin 82 % der Ärzte und 46 % des Pflegepersonals an, sich im Bereich Schmerztherapie nicht ausreichend ausgebildet zu fühlen. Deshalb sind die Inhalte des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen genau wie die jeweiligen ärztlichen Leitlinien inhaltlich bedeutend.

Gerade weil Schmerzen die Lebensqualität des Betroffenen deutlich beeinträchtigen und im Gesundheitswesen durch schmerzbedingte Komplikationen, durch eine Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus sowie durch eine Chronifizierung von Schmerzen beträchtliche Kosten entstehen, ist ein frühzeitiges Schmerzmanagement von Vorteil.

Dabei muss zunächst festgestellt werden, wann ein Patient überhaupt an Schmerzen leidet.

» Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt. Sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat. (Margo McCaffery 1968)

Jegliches Auftreten von Schmerzäußerungen sollte ernst genommen werden, wobei dadurch noch keine Aussage zur Schmerzintensität und Schmerzqualität getroffen wird. Außerdem sind nicht alle Patienten oder Bewohner in der Lage, Schmerzen adäquat zum Ausdruck zu bringen. Besondere Aufmerksamkeit benötigen einige Patientengruppen.

### Einschränkungen bei der Schmerzäußerung:

- Bewusstseinsstörung, Bewusstlosigkeit, Koma
- Beatmung
- Demenz
- Delir oder andere Bewusstseinsveränderungen
- Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder
- Geistige Retardierung
- Kommunikationsstörungen

Deshalb ist ein differenziertes Assessment erforderlich, das sich je nach Dauer und Ursache der Schmerzen unterscheidet. Aus diesem Grund hat

die Expertengruppe die Gültigkeit des Expertenstandards Akutschmerzmanagement in der Pflege auf eine bestimmte Patientengruppe eingeschränkt.

In der Aktualisierung des Expertenstandards wird die Orientierung an der Zielgruppe auch dadurch erkennbar, dass spezifische Instrumente für Kinder, Neugeborene, Frühgeborene, Kinder mit Behinderung, bewusstseinsbeeinträchtigte Menschen und Wachkoma sowie Menschen mit demenziellen Erkrankungen benannt werden.

➤ **Der Expertenstandard beschäftigt sich ausschließlich mit akuten Schmerzen, schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. Patienten mit chronischen Schmerzen werden explizit nicht angesprochen.**

Für diese Gruppe wurde im März 2014 ein separater Expertenstandard erstellt, der im April 2015 abschließend veröffentlicht wurde.

Chronisch bedeutet, dass der Schmerz seit mindestens drei oder sechs Monaten besteht. Physische und psychische Komorbiditäten und Angststörungen können Prädiktoren für den Chronifizierungsprozess sein, der multidimensional verläuft und auch durch das soziale Umfeld bestimmt wird. Im Verlauf der Chronifizierung können Betroffene immer schwerer einen Zusammenhang zwischen dem Auslöser und dem Auftreten von Schmerz herstellen. Eine andere Einteilung, das Mainzer Stadienmodell der Chronifizierung, unterscheidet:

1. (Sub)-akute, remittierende Schmerzen mit wenigen komplizierenden Faktoren
2. Chronische Schmerzen mit mehreren komplizierenden Faktoren
3. Lang andauernde Schmerzen mit vielen komplizierenden Faktoren

#### 4.1.1 Pathophysiologie von Schmerzen

Zum besseren Verständnis der Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung werden an dieser Stelle die Entstehungsmechanismen von Schmerzen kurz zusammengefasst.

Schmerz hat eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion. Er entsteht entweder durch die Reizung von Schmerzrezeptoren, sogenannten Nozizeptoren an der Hautoberfläche, die auf Reize wie Druck, Zug, Kälte oder Hitze oder bei einer Schädigung des Gewebes durch körpereigene schmerzauslösende Substanzen reagieren, z. B. Serotonin oder Histamin. Gleichzeitig werden Kinine oder Prostaglandine ausgeschüttet, die zur Sensibilisierung der Nozizeptoren führen.

Dadurch wird ein elektrischer Impuls an das Zentrale Nervensystem über das Hinterhorn des Rückenmarks weitergeleitet. Der Schmerzimpuls wird in der Hirnrinde bewusst erfasst. Schmerzhemmsysteme haben die Aufgabe, die Handlungsfähigkeit in lebensbedrohlichen Situationen zu erhalten.

##### Schmerzhemmsysteme:

- Endorphinausschüttung
- Rückkopplung der aufsteigenden exzitatorischen Bahnen mit absteigenden hemmenden Bahnen
- »Gate-control-Theorie«: Diese Theorie besagt, dass einfache Reize, wie Druck, Massage, Kälte oder Wärme, ähnlich einer Schranke, die Wahrnehmung von zu intensiven Schmerzreizen aus der Peripherie abschwächen können. Die Theorie ist allerdings umstritten.

Unter Kenntnis dieser pathophysiologischen Abläufe, kann der Schmerz durch Medikamente oder andere Maßnahmen vermindert oder bekämpft werden. Dabei kommen zentral und peripher wirksame Methoden in Betracht, die in den folgenden Abschnitten aufgegriffen werden.

## 4.2 Standardkriterium 1

**S1a** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung. **S1b** Die Einrichtung stellt aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung. **P1** Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell fest-

zulegenden Zeitabständen wiederholt. Sie führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingtem Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch. Sie wiederholt die Einschätzung der Schmerzen sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen. **E1** Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.

### 4.2.1 Implementierung

Grundvoraussetzung für ein effektives Schmerzmanagement ist die professionelle Einschätzung von Schmerzen oder zu erwartenden Schmerzen durch die Pflegefachkraft. Dabei müssen folgende Prinzipien berücksichtigt werden.

#### Prinzipien der Schmerzeinschätzung:

- Selbsteinschätzung hat Vorrang vor Fremdeinschätzung
- Kompetenz zur Auswahl und Anwendung des geeigneten Instruments
- Bei einem Patienten wird immer dasselbe Instrument verwendet

Aufgabe der Einrichtung ist in diesem Zusammenhang die Bereitstellung geeigneter Einschätzungsinstrumente, auch für vulnerable Patientengruppen, etwa Kinder oder Menschen mit kognitiven Defiziten.

#### Praxistipp

Ist eine Selbsteinschätzung nicht möglich, kann unter Umständen eine Fremdeinschätzung erfolgen, dazu gehört die Befragung von Bezugspersonen oder die Verhaltensbeobachtung durch die Pflegefachkraft.

### 4.2.2 Screening und Schmerzassessment

Für das initiale Assessment einer Schmerzsituation ist ausschlaggebend, ob ein unmittelbarer

Handlungsbedarf vorliegt. Dies ist in allen Akutsituationen der Fall. Wenn kein sofortiger Handlungsbedarf vorliegt, beispielsweise auch bei zu erwartenden Schmerzen bei elektiven Eingriffen kann die Kurzform des Brief Pain Inventory BPI-SF (► Anhang 10) verwendet werden.

Zunächst besteht die Möglichkeit einer initialen orientierenden Schmerzerhebung im Aufnahmegespräch. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt hierfür beispielsweise die, von den amerikanischen Pflegewissenschaftlern Margo McCaffery und Chris Pasero (► Abb. 4.1) formulierten Fragen zur Schmerzanamnese oder eine einrichtungsinterne Checkliste. Die Fragen können in diesem Fall an die Besonderheiten der in der Pflegeeinrichtung betreuten Patienten oder Bewohner angepasst werden. Im Risikoassessment »Expertenstandards« werden die Fragen ebenfalls dargestellt (► Anhang 1).

#### Praxistipp

Die Befragung des Betroffenen erfordert eine neutrale Einstellung zum Thema Schmerzen. Untersuchungen zeigten, dass medizinisches Personal oftmals eine negative Grundeinstellung bezüglich des Wahrheitsgehalts von Schmerzäußerungen durch Patienten hat.

Eine offene, annehmende Haltung gegenüber dem Betroffenen fokussiert McCaffery auf folgende Aussagen:

- »Ich pflege Sie.«
- »Ich glaube Ihnen Ihre Schmerzen.«
- »Ich respektiere Ihre Art, wie Sie auf Schmerzen reagieren.«
- »Ich möchte ergründen, was Ihre Schmerzen lindert.«
- »Ich möchte Ihnen weiter beistehen, auch wenn ich Ihnen bei der Schmerzkontrolle nicht behilflich sein kann.«
- »Wenn Sie mit mir nicht zurechtkommen, werde ich jemanden anderen für Sie finden.«

Sofern die Erstbefragung keine Schmerzen ergibt, muss in regelmäßigen Abständen eine Wiederholung stattfinden, um neu auftretende Beschwerden nicht zu übersehen (► Anhang 1).



## Fragen zur Schmerzsituation im Rahmen der pflegerischen Routineaufnahme:

Haben Sie zurzeit irgendwelche schmerzbedingten Probleme?

Ja                       Nein

Haben sich jetzt Schmerzen?

Ja                       Nein

Wenn eine der Antworten mit Ja beantwortet wurde:

Lokalisation der Schmerzen \_\_\_\_\_ (evtl. Skizze)

Schmerzintensität (NRS 0–10) jetzt: \_\_\_\_\_

im Durchschnitt (meistens): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schmerzmedikamente ein und wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Sind ihre Schmerzen ausreichend gelindert?

Ja                       Nein

Hinweis:

Wenn ein Schmerzproblem festgestellt wird, das nicht zufriedenstellend gelöst ist, kann eine umfassendere Schmerzeinschätzung angezeigt sein.

Sofern schmerzbedingte Probleme bejaht werden, können folgende Fragen ergänzt werden:

Fürchten Sie sich vor Schmerzen?

Ja                       Nein

Leiden Sie unter Nebenwirkungen der Schmerzmedikation?

Ja                       Nein

Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

Kennen Sie sich im Umgang mit Medikamenten gut aus?

Ja                       Nein

Falls Nein, welche Informationen fehlen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



■ **Abb. 4.2** VAS Visuelle Analogskala (mit freundlicher Genehmigung von Mundipharma)

Der Schmerz selbst ist außerdem ein Risikofaktor für andere Probleme, beispielsweise für das Auftreten eines Delirs oder von Verwirrtheitszuständen. Zu bedenken ist, dass Betroffene oftmals nicht von selbst über Schmerzen sprechen, so dass Schmerz oder Risikofaktoren für die Schmerzentscheidung gezielt erfragt werden müssen.

Wenn Anzeichen für das Vorliegen von Schmerzen vorhanden sind, muss eine differenzierte Schmerzeinschätzung, auch mithilfe einer geeigneten Skala vorgenommen werden (► Abschn. 4.2.3).

- **Selbstverständlich ist auch die zeitnahe Dokumentation der Ergebnisse Bestandteil dieses Standardkriteriums. Aufgabe der Pflegeeinrichtung ist es wiederum, geeignete Materialien und Formulare bereitzuhalten und diese im Rahmen des Qualitätsmanagements regelmäßig zu aktualisieren** (► Abschn. 4.7).

Einige Hersteller von Dokumentationssystemen bieten Formulare an, die sowohl für akute als auch für chronische Schmerzen verwendet werden können, andere bieten zwei separate Formulare an. Jede Einrichtung sollte zuerst prüfen, welche Form für ihre Bedürfnisse geeignet ist.

Ein weiterer Aspekt des Standardkriteriums ist neben der Schmerzerhebung die Erfassung von schmerzbedingten Problemen. Dabei handelt es sich um Veränderungen, die durch den Schmerz verursacht werden oder gemeinsam mit Schmerzen auftreten.

#### Schmerzbedingte Probleme:

- Furcht vor Schmerzen
- Wissensdefizite im Umgang mit Analgetika
- Nebenwirkungen von Analgetika, z. B. erhöhter Sympathikotonus mit:
  - Anstieg der Pulsfrequenz
  - Blutdruckanstieg
  - Erhöhter Gefäßwiderstand
  - Dadurch verzögerte Wundheilung
  - Auftreten von Thrombosen und Embolien

Fragen nach schmerzbedingten Problemen können bei der Ersterhebung ergänzt werden, um auch für diesen Bereich eine vollständige Dokumentation vorweisen zu können (■ Abb. 4.1).

### 4.2.3 Schmerzskalen

Zur Messung der Schmerzintensität stehen verschiedene Schmerzskalen zur Verfügung. Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, das geeignete Instrument auszuwählen.

#### VAS

Die einfachste Schmerzskala ist die Visuelle Analogskala VAS (■ Abb. 4.2). Dieses Instrument ist für den Patienten leicht verständlich, schwieriger ist es jedoch für die Pflegefachkraft, einen Wert auf der Skala zu definieren, um diesen für den Verlauf zu dokumentieren.

#### NRS

Einfacher ist die Bestimmung eines numerischen Schmerzwertes mit der Numerischen Rating Skala



▣ **Abb. 4.3** NRS Numerische Rating Skala (mit freundlicher Genehmigung von Mundipharma) kombiniert mit VAS

NRS (▣ Abb. 4.3). Hier ist jeder Schmerzintensität ein genauer Zahlenwert zugeordnet. Einige Hersteller bieten eine Kombination aus den beiden Schmerzskalen an. Auf der Vorderseite befindet sich die VAS, auf der der Patient die Schmerzintensität anzeigen kann, auf der Rückseite kann dann der Wert auf der NRS abgelesen werden. Die Expertenarbeitsgruppe orientiert sich bei der Einleitung von Maßnahmen in Standardkriterium 2 ebenfalls an der NRS.

Der Anhang des Expertenstandards beinhaltet die NRS in verschiedenen Sprachen.

- **Bei der Schmerzerhebung ist zu beachten, dass der Zahlenwert 1 eventuell dem Nullpunkt der Skala entspricht und deshalb die Aussage »Keine Schmerzen« beinhaltet.**

## VRS

Die Verbale Rating Skala VRS verwendet begriffliche Darstellungen zur Beschreibung der Schmerzstärke.

### Begriffe der VRS:

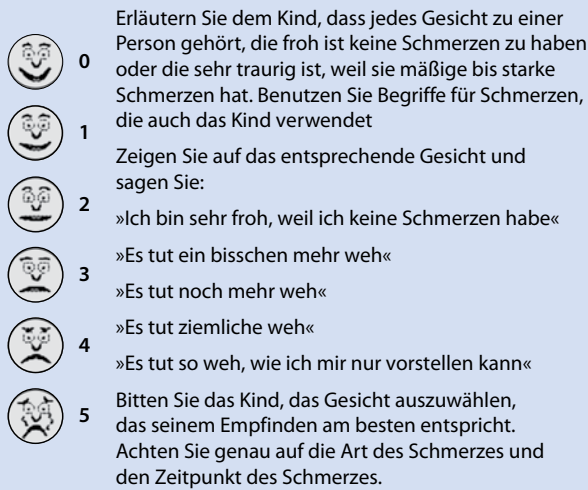
- Keine Schmerzen
- Leichte Schmerzen
- Mäßige Schmerzen
- Starke Schmerzen
- Sehr starke Schmerzen
- Unerträgliche Schmerzen

### Gesichterskalen

Menschen mit kognitiven Problemen sind möglicherweise mit der Verwendung der VAS, der NRS und der VRS überfordert. Auch für Kinder ist deshalb die Schmerzskala nach Wong Baker (▣ Abb. 4.4) gut geeignet. Es stehen auch andere Skalen mit Gesichtern zur Verfügung, etwa die Faces Pain Scale Revised FPS-R.

### Weitere Instrumente

Zur Schmerzmessung bei Demenz stehen außerdem verschiedene andere Instrumente zur Verfügung. Diese Assessmentinstrumente basieren auf Verhaltensbeobachtungen des Betroffenen und be-



■ **Abb. 4.4** Schmerzskala nach Wong Baker

rücksichtigen Faktoren, wie Schmerzausdrücken, Mimik, Körperhaltung, Abwehrreaktionen, verbale Äußerungen, Appetit, Schlaf, Atmung und Reaktion auf Trösten. Die Skalen stammen aus dem englisch- und französischsprachigen Raum.

#### Schmerzintensität bei Demenz:

- ECPA Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes – Skala zur Verhaltensbeobachtung bei Schmerzen für ältere, nicht kommunizierende Menschen (► Anhang 9)
- BISAD Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz, eine deutsche Variante der ECPA
- PAINAD-Scale Pain Assessment IN Advanced Dementia
- BESD-Skala Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale
- ZOPA Zurich Observation Pain Assessment, ein Instrument mit 13 Kriterien, bei dem kein Punktwert errechnet wird und das für den Einsatz im Krankenhaus erarbeitet wurde (► Anhang 11)

➤ **Das ZOPA beinhaltet 13 Items. Sobald eines der Verhaltensmerkmale festgestellt wird, kann das Vorhandensein von Schmerzen**

**angenommen werden. Der Einsatz des ZOPA ist abhängig vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung bzw. der Bewusstseinsstörung.**

Für Kinder wurden eigene Instrumente entwickelt, beispielsweise die KUSS-Skala. Alle Instrumente können auf der Homepage des DNQP eingesehen werden. Der Expertenstandard Akutschmerzmanagement beinhaltet im Anhang außerdem Anwendungshinweise für die Verwendung der Instrumente BESD, BISAD und ZOPA.

Obwohl diese Skalen und ihre jeweilige Übersetzung momentan die verlässlichsten Instrumente sind, bedeutet ein Wert von 0 auf der Skala nicht automatisch, dass der Patient keine Schmerzen hat. Es müssen immer auch andere Faktoren berücksichtigt werden, wobei vor allem die Angehörigen eine große Rolle spielen. Bei der ECPA werden zwei Zeitpunkte verglichen, z. B. vor und nach der Gabe eines Schmerzmedikaments.

Die Expertenarbeitsgruppe hatte bereits in der ursprünglichen Version des Expertenstandards eine Übersicht aufgeführt, die Verhaltensmerkmale von Menschen, die nicht kommunizieren können, beinhaltet. Das Vorhandensein dieser Verhaltensweisen, etwa bei Menschen mit kognitiven Defiziten, deutet auf Schmerzen hin und sollte deshalb als Schmerzindikator berücksichtigt werden. Eine

■ **Tab. 4.1** Empfohlene Instrumente zur zielgruppenspezifischen Fremdeinschätzung

Früh- und Neugeborene	NIPS
Reife Neugeborene bis Ende 4. LJ	KUSS Sedierungsbogen nach Hartwig bei Sedierung
Kinder zwischen 1. und 8. LJ	FLACC (deutsche Übersetzung nicht validiert)
Kinder mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung	Postoperativer Schmerz: NCCPC-PV, FLACC-Revised Krankheitsbedingter Schmerz: NCCPC-R, PPP
Bewusstseinsbeeinträchtigte Menschen, sedierte Patienten unter intensivmedizinischer Behandlung	Behavioural Pain Scale, ZOPA
Ältere Menschen mit demenziellen Erkrankungen	BESD, BISAD, ZOPA

Zielgruppenspezifische Instrumente zur Fremdeinschätzung

Übersicht über diese Merkmale befindet sich im Anhang (► Anhang 12).

In diesem Zusammenhang wird auf die Rolle der Angehörigen bei der Problematik hingewiesen. Gerade bei Kommunikationsproblemen zeigt sich, dass Angehörige zwar dazu neigen, Schmerzen eher überzubewerten, aber dennoch durch den täglichen Umgang mit dem Patienten genaue Kenntnisse über die Eigenarten des Betroffenen besitzen und deshalb Verhaltensänderungen gut erkennen können.

► **Obwohl die Selbsteinschätzung der Fremdeinschätzung deutlich überlegen ist, kann bei kommunikationsunfähigen Menschen zusätzlich auf die Einschätzung der Bezugspersonen zurückgegriffen werden.**

Der Expertenstandard gibt Hinweise auf Instrumente zur Fremdeinschätzung für spezielle Zielgruppen. In der folgenden Tabelle werden diese Instrumente lediglich aufgeführt (■ Tab. 4.1).

Das Akutschmerzmanagement bei Frühgeborenen wurde lange in Frage gestellt, da man davon ausging, dass Frühgeborene noch keinen Schmerz empfinden. Inzwischen weiß man jedoch, dass auch der Schmerz bei Frühgeborenen die Schmerzgeschichte und dadurch das Schmerzerleben im späteren Leben prägt.

### Weitere Faktoren des Assessments

Ergänzend zur Schmerzintensität müssen einige andere Faktoren erfragt und dokumentiert werden. Ein allgemeingültiger Kriterienkatalog hierfür

existiert nicht, erforderlich ist jedoch für die Verlaufskontrolle das Erfragen folgender Fakten:

- Schmerzlokalisation
- Schmerzqualität, Dauer, zeitlicher Verlauf
- Verstärkende und lindernde Faktoren

#### Praxistipp

Ruhe und Belastung können zu Veränderungen der Schmerzintensität beitragen. Wenn mit zunehmender Belastung die Schmerzintensität steigt, führt dies möglicherweise zu einer Schonhaltung mit einem in der Folge erhöhten Risiko für Pneumonie, Dekubitus, Thrombose und Kontrakturen.

In diesem Fall entspricht die Schmerztherapie also auch der Prophylaxe von verschiedenen schmerzbedingten Problemen und Komplikationen.

### Schmerzersteinschätzung

Um eine pflegerrelevante Diagnose erstellen zu können und um daraus Maßnahmen für die Pflegeplanung abzuleiten, erfolgt eine erste Einschätzung der Schmerzsituation mithilfe verschiedener Methoden. Zur Auswahl des jeweils geeigneten Instruments durch die Pflegefachkraft kann die folgende Tabelle hilfreich sein (■ Tab. 4.2).

Eine Einteilung der Schmerzintensität in leicht, mittelstark und stark ist im Alltag hilfreich, da sich auch das WHO-Stufenschema (► Abschn. 4.3.2) an dieser Einteilung orientiert.

■ **Tab. 4.2** Schmerzereinschätzung: Kriterien, Bedeutung, Erhebungsmethoden

Kriterium	Bedeutung	Methode
Schmerzlokalisierung	Gibt Aufschluss über Schmerzentstehung, verbessert den Informationsaustausch zwischen Patient und Therapeuten	Patient zeigt selbst auf schmerzende Körperregionen oder trägt Schmerz in eine Körperskizze ein
Schmerzintensität	Grundlage für Einleitung bzw. Anpassung pharmakologischer Schmerztherapie, gibt Aufschluss über Verlauf und Therapieerfolg	Patient schätzt Schmerzintensität (SI) anhand von standardisierten Schmerzskaleten ein (NRS, VAS, VRS) – mögliche Parameter: SI in Ruhe und bei Bewegung SI jetzt SI stärkster Schmerz SI durchschnittlicher Schmerz SI geringster Schmerz
Schmerzqualität	Gibt Aufschluss über Schmerzentstehung, wichtige Grundlage für Auswahl der Schmerzmedikamente bzw. Co-Analgetika	Patient zuerst in eigenen Worten den Schmerz beschreiben lassen, hat er Schwierigkeiten bei der Beschreibung, können Wörter vorgegeben werden
Zeitliche Dimensionen (erstes Auftreten, zeitlicher Verlauf, Rhythmus)	Wichtige Merkmale von Schmerz, z. B. erstes Auftreten > 6 Monate ist ein Indikator für Chronifizierung, wichtig für Pflegeplan (Tagesablauf und Medikamenteneinnahme bzw. non-pharmakologische Interventionen planen)	»Wann sind diese Schmerzen das erste Mal aufgetreten?« »Sind die Schmerzen zu manchen Zeiten schlimmer oder besser im Verlauf des Tages oder der Nacht oder an bestimmten Tagen im Monat?«
Verstärkende und lindern- de Faktoren	Wichtig für die Pflegeplanung, um Faktoren, die schmerzverstärkend sind, zu meiden und bewährte Maßnahmen fortzuführen sowie Lösungsstrategien zu entwickeln	Patient befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen
Auswirkungen auf das Alltagsleben	Wichtig für Pflegeplanung und Evaluation der Schmerztherapie; gibt Aufschluss über Umgang mit Schmerzen	Patient befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen (Brief Pain Inventory)

- **Studien haben ergeben, dass NRS-Werte bis 4 als leichte, von 5 bis 6 als mittelstarke und von 7 bis 10 als starke Schmerzen bezeichnet werden können.**

#### 4.2.4 Evaluation

Grundsätzlich werden Einschätzungen der momentanen Schmerzsituation und die Erhebung der Schmerzgeschichte vorgenommen. Zu beachten ist bei der Messung der Schmerzintensität in Ruhe und Belastung oder Bewegung mittels einer Skala auch der Verlauf. Wenn Zahlenwerte erhoben werden, können diese dann verglichen werden.

Die Evaluation beinhaltet zusätzlich zur Schmerzintensität auch die Auswirkungen des Schmerzes auf die Lebensqualität, die Abhängigkeit von kognitivem Status und Stimmungslage, die Schmerzqualität, die Lokalisation sowie die Effektivität einer Schmerzmedikation, auch in der Vorgeschichte. Auch freiverkäufliche Präparate, die der Betroffene zuhause eingenommen hat, sollten erfragt werden.

- **Die Häufigkeit der Einschätzung sollte bei akuten Schmerzzuständen, etwa nach schmerzhaften Maßnahmen oder postoperativ in den ersten acht Stunden in einem zweistündlichen Abstand vorgenommen werden.**

Anschließend sollte alle acht Stunden eine Evaluation durchgeführt werden bzw. in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege jeweils einmal am Vormittag, einmal am Nachmittag und einmal am Abend. Im ambulanten Bereich orientiert sich die Erhebung an der Häufigkeit der Kontakte.

Schmerz verstärkt und dadurch eine Schonhaltung begünstigt.

- Eine individuelle Interventionsgrenze wird ebenfalls in der Dokumentation hinterlegt. Dies kann der Fall sein, wenn der Patient bei den Grenzwerten von 3/10 in Ruhe oder 5/10 bei Belastung noch keine Medikation wünscht aber auch dann, wenn er diese Schmerzintensität nicht tolerieren kann.

### 4.3 Standardkriterium 2

**S2** Die Pflegefachkraft verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung. Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung. **P2** Die Pflegefachkraft setzt spätestens bei einer Schmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um. Die Pflegefachkraft überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen. Die Pflegefachkraft sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt. **E2** Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).

Auch bei den verschiedenen Instrumenten der Fremdeinschätzung können individuelle Abweichungen auftreten und müssen dann entsprechend auf dem Formular ergänzt werden. Die erforderlichen Formulare werden im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation (► Abschn. 4.7) aufgeführt.

Wenn Analgetika eingesetzt werden, ist abhängig von der Applikationsart eine Überprüfung der Schmerzintensität durchzuführen. Diese Zeitspannen müssen auch bedacht werden, wenn Schmerzmedikamente prophylaktisch eingesetzt werden, also bei zu erwartenden Schmerzen.

Das Fachwissen der Pflegefachkraft im Zusammenhang mit der medikamentösen Schmerztherapie beinhaltet insbesondere die verschiedenen analgetisch wirksamen Medikamente.

#### 4.3.1 Implementierung

In diesem Standardkriterium werden sowohl die Einrichtung als auch die Pflegefachkraft aufgefordert, eine adäquate medikamentöse Schmerzbehandlung zu ermöglichen und durchzuführen. Als Zielwert wird ein NRS von unter 3/10 in Ruhe beziehungsweise unter 5/10 bei Belastung/Bewegung gefordert.

Der Schmerz wird abhängig von der Belastbarkeit des Patienten oder Bewohners immer in Ruhe und nach Möglichkeit auch bei körperlicher Belastung oder Bewegung gemessen. Dadurch kann festgestellt werden, ob Belastung oder Bewegung den

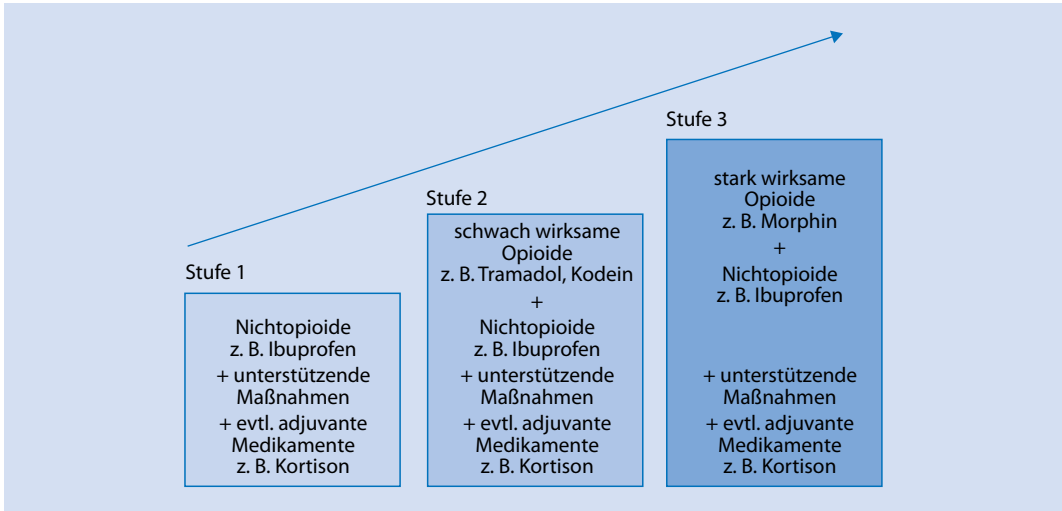
#### 4.3.2 Analgetika

In WHO-Stufenschema werden bei leichten bis mäßigen Schmerzen in Stufe 1 zunächst Nicht-Opioid-Analgetika eingesetzt, insbesondere nicht-steroidale Antirheumatika NSAR. Diese wirken entzündungshemmend, da sie die Prostaglandine in ihrer Funktion hemmen. In den beiden nächsten Stufen kommen schwach und stark wirksame Opiode zum Einsatz (■ Abb. 4.5).

An dieser Stelle erfolgt eine Auflistung der wichtigsten Substanzgruppen von Analgetika und anderen Medikamenten bzw. Maßnahmen, die supportiv einsetzbar sind.

##### NSAR:

- Acetylsalicylsäure, z. B. Aspirin®
- Diclofenac, z. B. Voltaren®



■ **Abb. 4.5** Das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen

- Ibuprofen, Ketoprofen, z. B. Imbun, Ibuprofen®
- Indometazin, z. B. Amuno®
- Paracetamol, z. B. ben-u-ron®
- Metamizol, z. B. Novalgin®

#### Schwach wirksame Opioide:

- Tramadol, z. B. Tramal®
- Dihydrocodein, z. B. Codein-Tropfen®
- Tilidin, z. B. Valoron®

#### Stark wirksame Opioide:

- Pethidin, z. B. Dolantin®
- Pirtramid, z. B. Dipidolor®
- Buprenorphin, z. B. Temgesic®
- Fentanyl, z. B. Durogesic®
- Morphin, z. B. MST®

Diese Substanzgruppen werden im WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie (► Kap. 4.3.3) berücksichtigt. Eine Verabreichung erfolgt nach ärztlicher Anordnung unter Berücksichtigung des hauseigenen Standards und den Dokumentationsvorgaben für Betäubungsmittel.

Zum Einsatz kommen außerdem unterstützen Medikamente, die selbst schmerzhemmend wirken oder die Begleiterscheinungen der Behandlung reduzieren, etwa Übelkeit und Erbrechen oder Entzündungsreaktionen. Diese Medikamente werden

als Co-Analgetika oder adjuvante Analgetika bezeichnet. Die Verminderung von Nebenwirkungen beeinflusst direkt die Medikamenten-Compliance des Betroffenen.

#### Co-Analgetika:

- Koffein
- Antidepressiva
- Antikonvulsiva
- Kortison
- Neuroleptika
- Antiemetika
- Magentherapeutika

Von Bedeutung für die Wirksamkeit ist auch die Applikationsart. Prinzipiell sollte immer eine Applikationsart gewählt werden, die möglichst wenig invasiv ist. Nach der Einnahme von Analgetika kann eine Überprüfung der Wirksamkeit durch die NRS erfolgen. Zu berücksichtigen ist der Zeitabstand zur Verabreichung.

#### Wirkungseintritt:

- Intravenöse Verabreichung: nach 30 Minuten
- Orale Applikation: nach 1 Stunde
- Transdermal nach 12 bis 16 Stunden

► **Bei mangelnder Wirksamkeit der analgetischen Therapie ist eine individuelle Dosisanpassung notwendig. Die Gabe von Placebo ist aus ethischen Gründen nicht zulässig.**



## PCA

Bei der patientenkontrollierten Analgesie PCA wird eine angepasste Schmerzmedikation ermöglicht, bei der der Patient selbst steuern kann, welche Dosierung er benötigt. Die Verabreichung erfolgt epidural bei der PCeA (patient controlled epidural analgesia) oder intravenös bei der PCiA (patient controlled intravenous analgesia) sowie peripher bei der PCrA (patient controlled regional analgesia). In allen Fällen wird ein stark wirksames Opioid, etwa Piritramid, Fentanyl oder Morphin, über eine Pumpe kontinuierlich und zusätzlich als Bolus verabreicht.

Der Patient kann den Bolus mittels eines Steuergeräts anfordern: Um eine Überdosierung zu vermeiden, folgt im Anschluss an die Bolusgabe eine zeitlich befristete Sperrung. Die Pflegefachkraft muss in diesem Zusammenhang Überwachungsmaßnahmen, mögliche Komplikationen und den sicheren Umgang mit der jeweiligen Pumpe beherrschen.

## Nicht-medikamentöse Behandlung

Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzreduktion können die Behandlung ebenfalls unterstützen.

### Unterstützende Maßnahmen:

- Rotlicht
- Transkutane elektrische Nervenstimulation TENS
- Wickel, Kräuterextrakte (Arnika, Belladonna aus der Tollkirsche, Capsici in Paprika und Pfeffer, Salix aus der Weidenrinde wirkt außerdem antipyretisch)
- Salben
- Verschiedene Öle in der Nahrung haben Einfluss auf die Prostaglandinsynthese, z. B. Omega-3-Fettsäuren in Fischöl, Leinöl, Ölsäure des Olivenöls, Nachtkerzenöl

- Für die Pflegefachkraft ist es sehr wichtig, mögliche Nebenwirkungen der analgetischen Behandlung frühzeitig zu erkennen, beispielsweise Übelkeit, Kreislaufprobleme, Obstipation, Harnretention oder Atemdepression und entsprechende Informationen an den Arzt weiterzuleiten bzw. Maßnahmen zu planen.

## 4.3.3 WHO Stufenschema

1986 hat die Weltgesundheitsorganisation WHO ein Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen erstellt (■ Abb. 4.5). Auslöser war unter anderem die Tatsache, dass Patienten mit Tumorschmerzen aufgrund von Ängsten bei der Opiattherapie nur unzureichend behandelt wurden.

### Kernsatz des Stufenschemas ist die Aussage:

- » by the mouth
- by the clock
- by the ladder
- for individual
- attention to detail

Das bedeutet übersetzt, die Schmerztherapie soll oral, nach einem festen Zeitschema, nach der Stufenleiter, in individueller Dosierung und unter Beachtung individueller Besonderheiten stattfinden.

Inzwischen äußern einige Experten auch Kritik am Stufenschema, da es zu einer rigiden Handlungsweise führt. Befürwortet wird stattdessen bei chronischen Schmerzen eine frühzeitige Verabreichung von stark wirksamen Opioiden der Stufe 3. Unter anderem werden auch die Nebenwirkungen der NSAR als risikoreich bewertet. In den letzten Jahren konnte deshalb ein vermehrter Einsatz von Betäubungsmitteln in transdermaler Applikation festgestellt werden.

## 4.3.4 Verfahrensregelung

Die Pflegeeinrichtung wurde in diesem Standardkriterium explizit aufgefördert, eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung bereitzustellen. Mehrere Inhalte sollten in dieser Verfahrensregelung genauer beschrieben werden.

### Inhalte der Verfahrensregelung:

- Benennung und Erreichbarkeit zuständiger Ärzte
- Einrichtungsinterne Behandlungsschemata
- Schmerzprävention bei schmerzhaften Eingriffen
- Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)

- **Auch der Einsatz von Akutschmerzteams und die Ausbildung pflegerischer Schmerzexperten sowie die Kooperation dieser Personen, etwa bei der gemeinsamen Planung sind Bestandteil des Expertenstandards.**

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit, beispielsweise mit Psychologen oder Physiotherapeuten, und die konkrete Beschreibung der Aufgaben, etwa der PAIN-Nurse, sollten in der Verfahrensregel beinhaltet sein. In der Praxis ist es jedoch in vielen Regionen noch immer schwierig, entsprechende Therapeuten und Kooperationspartner zu finden.

#### 4.4 Standardkriterium 3

**S3** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten. **P3** Die Pflegefachkraft erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch. **E3** Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.

##### 4.4.1 Implementierung

Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen können jederzeit auftreten und müssen im Verlauf einer Behandlung frühzeitig wahrgenommen und durch geeignete Pflegemaßnahmen reduziert werden. In der folgenden Tabelle werden einige Beispiele dargestellt (■ Tab. 4.3).

Die Beispiele der Tabelle müssen entsprechend des Pflegezustands ergänzt werden.

Im Expertenstandard wird außerdem zur Vorbeugung und Therapie von Übelkeit und Erbrechen nach operativen Eingriffen auf das PONV-Schema (postoperativ nausea and vomiting scheme) verwiesen. Dabei handelt es sich um ein Instrument, mit dem das Risiko von Übelkeit und Erbrechen

eingeschätzt werden kann, um frühzeitig Maßnahmen einzuleiten.

##### Praxistipp

Individuelle Selbstpflegekompetenzen des Patienten oder Bewohners, die eine eigenständige Anwendung prophylaktischer Maßnahmen ermöglichen, sollen auch in Kooperation mit den Angehörigen angeleitet und unterstützt werden.

#### 4.5 Standardkriterium 4

**S4a** verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren mögliche Kontraindikationen. **S4b** Die Einrichtung stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können. **P4** Die Pflegefachkraft bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung. **E4** Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und/oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.

##### 4.5.1 Implementierung

Schon im ursprünglichen Expertenstandard aus dem Jahr 2005 sind einige nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen aufgeführt. In der Aktualisierung wird außerdem das Pflegemanagement der Einrichtung verpflichtet, die Durchführung dieser Maßnahmen zu ermöglichen. Die Umsetzung dieses Kriteriums erfordert ein kontinuierliches und aktualisiertes Angebot von Fortbildungen, damit alle Mitarbeiter über aktuelles Wissen zur Schmerzbekämpfung verfügen. Aufgrund der mangelhaften Forschungslage sind nicht alle Methoden nachweislich wirksam, abhängig ist die Effektivität auch von der Einstellung des Patienten gegenüber nicht-medikamentösen Maßnahmen.

Tab. 4.3 Pflegemaßnahmen

Problem	Ressource	Ziele	Maßnahme
Der Patient leidet unter einer analgetikabedingten Obstipation	Patient ist in der Lage, mit seinen Angehörigen über die Problematik zu sprechen	Patient wünscht sich, dass das Völlegefühl sich verbessert, damit eine Nahrungsaufnahme möglich wird Nahziel: Schonende Stuhlentleerung unter Berücksichtigung des Schamgefühls des Patienten Fernziel: Erreichen einer physiologischen Stuhlfrequenz von 1–3×/Tag bis 2×/Woche durch prophylaktische Maßnahmen	Maßnahmen zur Entleerung des Darms, z. B. Verabreichung von Suppositorien, Laxanzien oder Einläufen Unterstützende Maßnahmen, z. B. Kolonmassage, Wickel, Wärmeanwendungen Prophylaktische Maßnahmen z. B. ballaststoffreiche Kost, Flüssigkeit, Mobilisation
Mundtrockenheit durch Opiatgabe	Er versucht, das unangenehme Gefühl durch Trinken und Bonbons zu bekämpfen	Patient möchte, dass der Mund sich nicht allzu trocken anfühlt Nah- und Fernziel: Intakte, feuchte Mundschleimhaut	Angebot von Getränken, Bonbons oder Gummibärchen mindestens 1×/h Mundpflege mit adstringierender Lösung nach Standard
Der Patient beklagt Übelkeit durch die Medikation	Patient meldet sich bei beginnender Übelkeit	Pat fürchtet sich vor Erbrechen, möchte deshalb sofort Bedarfsmedikation Nah- und Fernziel: Vermeidung von Übelkeit	Sofortige Reaktion auf beginnende Übelkeit, umgehende Verabreichung von Bedarfsmedikation Beobachtung von Mimik und Hautfarbe, wenn Patient schläfrig ist
Über weite Strecken des Tages leidet der Patient unter Benommenheit	Patient ist ansprechbar in Phasen der Benommenheit	Patient kommt mit der Einschränkung zurecht, möchte jedoch in Phasen der Benommenheit auf keinen Fall stürzen Nah- und Fernziel: Ermöglichen einer angemessenen Tagesstruktur mit ausreichenden Ruhephasen	Erstellen und regelmäßige Überprüfung der Tagesstruktur 1×/Woche (Montag), Einhaltung der Ruhephasen, rechtzeitiges Wecken des Patienten, da er lange braucht, bis er richtig wach ist

- **Nicht-medikamentöse Maßnahmen können Analgetika nicht ersetzen. Sie dienen auch nicht dazu, das Einnahmeintervall zu verlängern. Der Einsatz von nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung geschieht immer supportiv zur medikamentösen Therapie.**

#### 4.5.2 Unterstützende Maßnahmen

In der folgenden Übersicht werden Maßnahmen aufgeführt, die laut dem Expertenstandard

Schmerzmanagement unterstützend zur Schmerzlinderung eingesetzt werden können.

##### **Nicht-medikamentöse Maßnahmen:**

- Peripher wirkende Maßnahmen, z. B.
  - Kälteanwendungen
  - Wärmeanwendungen
  - TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation)
- Zentral wirkende Maßnahmen (kognitiv verhaltensorientiert), z. B.
  - Ablenkung durch
    - Imaginationsübungen
    - Musik, Singen

#### 4.6 • Standardkriterium 5

- Beten
- humorvolle Videos
- Fernsehen
- Taktile Reize durch ungewohnte Oberflächen, z. B. Igelbälle
- Entspannungstechniken, z. B.
  - Atemübungen
  - Massage
  - Progressive Muskelrelaxation
  - Autogenes Training
  - Meditation
  - Tiere

Nach einer Ablenkung kann es zu erhöhter Aufmerksamkeit kommen, mit der Folge, dass dann die Schmerzen besonders stark wahrgenommen werden. Zu beachten sind immer auch die Kontraindikationen.

➤ **Menschen, die auf äußere Reize sensibel reagieren, sollten bei ablenkenden Methoden vorsichtig vorgehen, etwa Patienten mit Migräne oder Meningitis. Depressive Menschen sollten keine Meditationsübungen durchführen.**

Bei einigen Schmerzformen kann auch die Akupunktur hilfreich sein.

➤ **Nicht-medikamentöse Maßnahmen sind auch bei Kindern sinnvoll, etwa der Einsatz von Handpuppen, Spielen, Bilderbüchern, Denkaufgaben, Videos etc. Eine Belohnung erleichtert außerdem die Schmerzbewältigung nach einem Eingriff.**

Die Eltern sollten dabei aktiv in die Pflege einbezogen werden, damit Zuwendung und Geborgenheit die Situation zusätzlich erleichtern können.

### 4.6 Standardkriterium 5

**S5a** Die Pflegefachkraft verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige. **S5b** Die Einrichtung stellt

die erforderlichen Informations-, Anleitungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung. **P5** Die Pflegefachkraft gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen. **E5** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.

#### 4.6.1 Implementierung

Die Beratung von Patienten und Bewohnern wurde bei der Aktualisierung des Expertenstandards 2011 gestrichen, da in der Akutsituation eine effektive Beratung zu Verzögerungen führen würde. Dennoch spielt die Information und Schulung des Betroffenen und seiner Angehörigen gerade beim Schmerzmanagement eine wichtige Rolle. Schon das Gefühl der Sicherheit, keine Schmerzen erdulden zu müssen, kann eine Verbesserung der Situation für den Patienten/Bewohner bewirken.

Übergeordnetes Ziel der Schulungsmaßnahmen ist die Verbesserung der medikamentösen Compliance des Betroffenen durch das Ausräumen von Vorbehalten gegenüber Schmerzmitteln aber auch die Senkung der Schmerzintensität. Weitere Effekte sind die Verbesserung der Kommunikation über Schmerzen und über Nebenwirkungen von Medikamenten, die dann früher erkannt und beseitigt werden können.

#### Krankenhaus

Präoperative Schulungen werden beispielsweise in den USA schon seit vielen Jahren erfolgreich durchgeführt. Dabei konnte beobachtet werden, dass die Schulungen besonders hilfreich sind, wenn verschiedene Informationen an den Patienten weitergegeben werden, etwa Informationen zum Verlauf der präoperativen Phase, Informationen zum Empfinden, praktische Übungen zu postoperativen Verhaltensweisen und eine psychosoziale Beratung.

Untersucht wurde außerdem der Zeitpunkt der Patientenschulung. Dabei konnte in einer Studie festgestellt werden, dass bei Schulungen, die schon vor dem stationären Aufenthalt erfolgten und somit weiter vom OP-Ereignis entfernt waren, ein besseres Ergebnis erzielt wurde. Vermutlich sind die Patienten durch geringere Ängste zu diesem Zeitpunkt weniger im Lernen blockiert. Bei dieser Studie wurden die Patienten allerdings zweimal geschult und hatten zusätzlich die Möglichkeit, in einem Telefongespräch Fragen zu stellen.

Inhaltlich müssen Information, Anleitung und Schulung an der Zielsetzung des Betroffenen ausgerichtet werden. Dabei ist die Auswirkung der Schmerzintensität auf die Lebensqualität und Aktivität zu berücksichtigen. Auch im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement (► Kap. 2) wird dem Patienten oder Bewohner und ggf. seinen Angehörigen ein Behandlungsplan ausgehändigt. Zusätzliches Informationsmaterial wird ergänzt, wenn bei der Besprechung der Planung ein weiterer Bedarf festgestellt wird.

► **Die Information, Anleitung und Schulung ist eine multiprofessionelle Aufgabe, die die Lebensumstände des Betroffenen aufgreift, insbesondere bei der Pflege von Kindern.**

## 4.7 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation von Schmerzen und schmerzbedingten Problemen beinhaltet die in dem Standardkriterium vorgeschlagenen Instrumente zur Schmerzersteinschätzung, zur Erhebung der Schmerzintensität und zur Beschreibung des Verlaufs. Geeignet für die Dokumentation sind verschiedene Formulare.

### Formulare:

- Erfassung der Schmerzsituation
- Schmerztagebuch
- Schmerzskaalen
- Checkliste zur Einschätzung nonverbaler Schmerzäußerungen
- Dokumentation der Schmerzmedikation
- Standard für die medikamentöse Schmerztherapie

- Standard für die nicht-medikamentöse Schmerztherapie
- Standard für den Umgang mit Betäubungsmitteln

## 4.8 Organisation

Die Anforderungen der Expertenarbeitsgruppe an die Pflegeeinrichtung beinhalten vor allem organisatorische Elemente. An dieser Stelle wird deshalb der Umgang mit Betäubungsmitteln und Vorgaben zur Verabreichung von Medikamenten beschrieben.

### 4.8.1 Betäubungsmittel

Im Umgang mit Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz BtMG fallen, sind besondere Vorsichtsmaßnahmen zu beachten und von der Einrichtung in Form eines Standards festzulegen.

Regelungsbedarf besteht in den Bereichen Aufbewahrung, Dokumentation und Vernichtung der Betäubungsmittel.

#### Aufbewahrung

Nach § 15 des BtMG müssen Betäubungsmittel gesondert aufbewahrt und gegen unbefugte Entnahme gesichert werden. Üblicherweise werden hierfür geeignete und zertifizierte Wertschutzschränke verwendet.

Die Aufbewahrung der entsprechenden Schlüssel ist durch einen schriftlichen Verteilerplan zu regeln. Die Schlüssel sind von den Berechtigten grundsätzlich in persönlichen Gewahrsam zu nehmen.

#### Praxistipp

Von Vorteil ist ein Schlüsselübergabebuch, so dass die Weitergabe des Schlüssels nachvollziehbar ist.

#### Dokumentation

Auch hierfür werden im Betäubungsmittelgesetz genaue Bestimmungen festgeschrieben (► § 17 Aufzeichnungen).

### § 17 Aufzeichnungen

(1) Der Inhaber einer Erlaubnis nach § 3 ist verpflichtet, getrennt für jede Betriebsstätte und jedes Betäubungsmittel fortlaufend folgende Aufzeichnungen über jeden Zugang und jeden Abgang zu führen:

1. das Datum,
2. den Namen oder die Firma und die Anschrift des Lieferers oder des Empfängers oder die sonstige Herkunft oder den sonstigen Verbleib,
3. die zugegangene oder abgegangene Menge und den sich daraus ergebenden Bestand.

(2) Die in den Aufzeichnungen oder Rechnungen anzugebenden Mengen sind

1. bei Stoffen und nicht abgeteilten Zubereitungen die Gewichtsmenge und
2. bei abgeteilten Zubereitungen die Stückzahl. (BtMG).

Verwendet werden sollen für die Dokumentation gebundene Betäubungsmittelbücher, die beispielsweise über den Deutschen Apothekerverlag zu beziehen sind.

### Ambulante Pflege

Eine Ausnahme dieser Regelung stellt der ambulante Bereich dar, da die Betäubungsmittel hier in der Wohnung des Pflegebedürftigen aufbewahrt werden. Zur Dokumentation wird eine Betäubungsmittelkarte verwendet, die sich inhaltlich nicht vom Betäubungsmittelbuch unterscheidet, die aber personenbezogen in der Pflegedokumentation aufbewahrt wird.

### Vernichtung

Die Vernichtung von Betäubungsmitteln stellt in der Praxis immer wieder ein Problem dar, weil den Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen die Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes nicht ausreichend bewusst sind. So kommt es immer wieder vor, dass nicht mehr benötigte Betäubungsmittel an Hausärzte oder Angehörige ausgehändigt werden. An dieser Stelle wird deshalb der entsprechende Paragraph des BtMG zitiert (► § 16 Vernichtung).

### § 16 Vernichtung

(1) Der Eigentümer von nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln hat diese auf seine Kosten in Gegenwart von zwei Zeugen in einer Weise zu vernichten, die eine auch nur teilweise Wiedergewinnung der Betäubungsmittel ausschließt sowie den Schutz von Mensch und Umwelt vor schädlichen Einwirkungen sicherstellt. Über die Vernichtung ist eine Niederschrift zu fertigen und diese drei Jahre aufzubewahren. (BtMG)

Um eine sachgerechte Vernichtung zu gewährleisten, ist es für Pflegeeinrichtungen von Vorteil, das Betäubungsmittel durch die Apotheke vernichten zu lassen und ein Vernichtungsprotokoll aufzubewahren.

► **Die sachgemäße Verabreichung und der korrekte Umgang mit dem Betäubungsmittel soll durch den verordnenden Arzt einmal im Monat überprüft werden und die Durchführung der Kontrolle im Betäubungsmittelbuch in der äußersten rechten Spalte durch den Arzt abgezeichnet werden.**

### 4.8.2 Verabreichung von Medikamenten

Jede Einrichtung sollte außerdem genaue Vorgaben für den allgemeinen Umgang mit Medikamenten in einer Verfahrensregelung formulieren. Inhaltlich sind mehrere Faktoren sinnvoll, beispielsweise die Qualifikation der Mitarbeiter, die Medikamente richten, bereitstellen oder verabreichen, Vorgaben bezüglich der ärztlichen Anordnung, Umgang mit telefonischen Anordnungen, Lagerung und Kontrolle von Medikamenten.

### Anordnung

Eine Medikationengabe darf prinzipiell nur nach ärztlicher Anordnung ausgeführt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Anordnung vollständig mit korrektem Namen des Medikaments, genauer Dosierung, Anordnungsdatum sowie Name und Handzeichen des verordnenden Arztes in der Pflegedokumentation festgehalten ist.

Für Bedarfsmedikationen muss zusätzlich die eindeutige Festlegung des Bedarfsfalls, die einmalige Höchstdosis und die maximale Tagesdosis aus der Anordnung hervorgehen.

Telefonische Anordnungen sind nicht zulässig bzw. nur in Notfallsituationen möglich. Ein entsprechender Eintrag in der Pflegedokumentation ist unerlässlich, die am Telefon gehörte Anordnung sollte von der ausführenden Person noch einmal wiederholt und im Anschluss formal bestätigt werden. In jedem Fall ist es sicherer, zusätzlich eine schriftliche Verordnung per Telefax einzuholen. Diese muss neben dem Praxisstempel immer auch das Datum und die Unterschrift des verordnenden Arztes beinhalten.

#### Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege ist das Abzeichnen der Medikamente oftmals schwierig, insbesondere dann, wenn der Pflegedienst nicht für die Verabreichung der Medikation zuständig ist. Sinnvoll ist es in diesen Fällen, zumindest eine Anordnung mittels Telefax einzuholen, auch um mögliche Nebenwirkungen rechtzeitig erkennen zu können.

#### Aufbewahrung

Notwendig ist neben der richtigen Medikamentengabe und Dokumentation auch die ordnungsgemäße Aufbewahrung. Die Medikamente müssen in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt werden, idealerweise im Dienstzimmer der jeweiligen Station oder des Wohnbereichs.

#### Pflegeheim

Im Altenpflegebereich werden die Medikamente üblicherweise bewohnerbezogen aufbewahrt, es sei denn, die Medikamente werden von der Apotheke gerichtet. Bewohnerbezogene Medikamente müssen immer mit dem Namen des Bewohners versehen werden.

Medikamente sollten generell nicht über 25-30°C gelagert werden, höhere Temperaturen sind lediglich zu vertreten, wenn die Medikamente in spe-

ziellen, tropengeeigneten Blistern verpackt sind. Kühl zu lagernde Medikamente werden in einem separaten Medikamentenkühlschrank mit einer Temperatur zwischen 2°C und nicht über 8°C aufbewahrt. Die Temperatur des Kühlschranks muss regelmäßig kontrolliert und die Kontrolle dokumentiert werden.

- ▶ Bei Lösungen oder Tropfen muss das Anbruchsdatum mit einem permanenten Stift vermerkt und gleichzeitig im Beipackzettel der Verfall nach Anbruch überprüft werden. Gleiches gilt für Insulinpens, Spüllösungen, Infusionslösungen, Sondennahrung und andere Medikamentenzubereitungen mit begrenzter Haltbarkeit.

#### Verabreichung

Um Verwechslungen, Fehlmedikationen oder falsche Dosierungen auszuschließen, muss vor jeder Medikation die 6-R-Regel angewendet werden.

##### 6-R-Regel:

1. Richtiger Patient
2. Richtige Zeit
3. Richtiger Wirkstoff/Medikament
4. Richtige Dosis
5. Richtige Applikationsform
6. Richtige Dokumentation

#### 4.9 Auswirkungen des Expertenstandards

Durch die Veröffentlichung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege im Jahr 2005 kam es zu einer Sensibilisierung der Pflege für das Vorhandensein und die Bedeutung von Schmerzen. Dadurch kam es auch zu einer positiven Entwicklung bei der Verwendung von Instrumenten und vermutlich zu einem Zuwachs an Fachkompetenz.

Problematisch ist auch momentan mit Sicherheit noch der Einsatz von Akutschmerzteams, die Durchführung von nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie das Akutschmerzmanagement bei nicht-kommunikationsfähigen und vor allem bei demenzten Menschen. Hier überwiegt eventuell

noch die Medikation mit Psychopharmaka, besonders beim Auftreten von Unruhezuständen, die eventuell auch schmerzbedingt sein könnten.

## 4.10 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 1. Aktualisierung 2011

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Schmerzmanagement«*

*Prof. Dr. Dr. Jürgen Osterbrink, Andrea Besendorfer, MScN, Lars Bohlmann, Gisela Flake, Annett Franke, Katja Himpler, Bettina Hübner-Möhler, MScN, Dr. Kirsten Kopke, Elisabeth Leuker, Dr. Gabriele Müller-Mundt, Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin Nadja Nestler, Dr. Nada Rali, Monika Thomm*

### 4.10.1 Präambel zum Expertenstandard

Das Erleben von akuten Schmerzen hat Auswirkungen auf das physische, psychische und auch das soziale Befinden von Patienten/Bewohnern<sup>1</sup>. Die negativen Auswirkungen von nicht oder nicht ausreichend gelinderten Schmerzen reichen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis zu lang andauernden Einschränkungen der Qualität der gesamten Lebenssituation. Das Ausmaß des Leids, das beim Einzelnen durch Schmerzen entsteht, wird häufig durch die Risiken der Chronifizierung und deren volkswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Folgen in Zahlen gefasst. Doch für das individuelle Leiden unter akutem Schmerz bspw. in einer Notfallsituation gibt es bisher kein praktikables Maß, weder ökonomisch noch neuro-biologisch.

Zudem haben Schmerzereignisse erheblichen Einfluss auf Heilungs- oder Genesungsprozesse.

Schmerzbedingte Komplikationen können eine Leiderfahrung verlängern und bei einer damit einhergehenden Verweildauerverlängerung im Krankenhaus Kosten für das Gesundheitswesen verursachen. Vor allem jedoch formt jede Schmerzerfahrung eines Menschen seine nächste.

Die Schmerzgeschichte und insbesondere die psycho-sozialen Elemente sind daher Faktoren, die zunehmend in das Interesse der Forschung rücken. Für den pflegerischen Auftrag des Schmerzmanagements besteht in diesen Dimensionen des Schmerzerlebens eine besondere Herausforderung, die sich auf die Wahrnehmung relevanter Einflussfaktoren, aber auch auf den Umgang mit Schmerzsituationen in verschiedenen Versorgungsbereichen bezieht.

Übergreifende Zielsetzung des Expertenstandards ist, Patienten/Bewohnern mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung von Schmerzen vorzubeugen. Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte<sup>2</sup> in der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und in Krankenhäusern, die durch ihr Handeln und ihre Interaktion mit dem an Schmerzen Leidenden Einfluss auf sein Schmerzerleben nehmen und es aktiv und positiv im Sinne des Patienten/Bewohners mitgestalten. Dabei setzt das pflegerische Schmerzmanagement unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags ein. Im Zentrum steht die Wahrnehmung von Anzeichen und typischen Risikofaktoren für Schmerz. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle an Schmerz leidenden Patienten/Bewohner diese Empfindung unmittelbar zu äußern in der Lage sind.

Um allen Personengruppen mit Bedarf für ein pflegerisches Schmerzmanagement sowohl alters- als auch bedürfnisbezogen gerecht werden zu können

1 Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

2 In dieser Veröffentlichung werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.



4  
nen, sind die Empfehlungen der Expertenarbeitsgruppe dort zielgruppenspezifisch formuliert, wo neben allgemein empfohlenen Vorgehensweisen besondere Aspekte des Schmerzmanagements zu berücksichtigen sind. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass Patienten/Bewohner jeder Altersgruppe, die unter akuten Schmerzen leiden oder durch geplante potenziell schmerzhafte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen der Gefahr akuten Schmerzerlebens ausgesetzt sind, Zielgruppe dieses Expertenstandards sind.

Menschen, die an chronischen Schmerzzuständen leiden, zählen nicht zur Zielgruppe des aktualisierten Expertenstandards. Die Chronifizierung von Schmerzen wird aktuell nicht mehr nur als ein zu einem exakten Zeitpunkt eintretender Zustand diskutiert, sondern der Übergang wird mehr und mehr als fließend und am individuellen Schmerz- und Krankheitserleben ausgerichtet erkannt. Ist die Schmerzchronifizierung einmal eingetreten, unterscheidet sich das pflegerische Schmerzmanagement erheblich. Daher sind für das pflegerische Schmerzmanagement bei Menschen mit chronischem Schmerzerleben andere Herangehensweisen notwendig als beim Akutschmerz. Diesen unterschiedlichen Herausforderungen trägt die Aktualisierung dieses Expertenstandards Rechnung, indem sie das Schmerzmanagement bei akutem Schmerz in den Mittelpunkt stellt und den chronischen Schmerz ausklammert.

Zur Identifikation der Zielgruppe des aktualisierten Expertenstandards ist es daher notwendig, Patienten/Bewohner, die unter akuten Schmerzen leiden, von solchen mit chronischen Schmerzen unterscheiden zu können. Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz. Chronischer Schmerz hingegen wird als ein Schmerz beschrieben, der länger als drei oder sechs Monate anhält. Weitere Prädiktoren sind physische und psychische Komorbiditäten und Angststörun-

gen. Zudem ist der Chronifizierungsprozess durch Multidimensionalität und die Bedeutung des sozialen Umfeldes charakterisiert. Im Verlauf der Chronifizierung können Betroffene immer schwerer einen verstehbaren Zusammenhang zwischen einem Auslöser von Schmerz und dem Auftreten von Schmerz herstellen.

Der Aktualisierung dieses Expertenstandards zum Akutschmerz liegt eine Analyse aller relevanten internationalen Guidelines und nationalen Leitlinien und Standards zugrunde, die seit dem Abschluss der Recherche zur Vorgängerversion 2005 veröffentlicht wurden. Die einbezogenen Leitlinien stellen ihrerseits eine Zusammenstellung von Evidenz dar. Bei der Bewertung einer Leitlinie wurde diese als umso hochwertiger eingestuft, je transparenter erkennbar wird, wie hochwertig die Literatur ist, die zum Aussprechen von Empfehlungen herangezogen wurde. Nur zu ausgewählten Themen wurde in der Folge eine vertiefte Analyse von Primärstudien an die Leitlinienanalyse angeschlossen. In die Einschätzung und Bewertung der Praxisrelevanz und Anwendbarkeit sind die klinischen Erfahrungen der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe eingeflossen.

Grundvoraussetzung für ein gelingendes pflegerisches Schmerzmanagement ist die enge Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten und anderen patientennah tätigen Berufsgruppen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Gestaltung der Therapie, Schulung und Anleitung, sondern auch auf das Erfassen von Schmerzen. Dabei hat sich die berufsgruppenspezifisch pflegerische Aufgabe seit der Einführung des Expertenstandards 2005 verändert. Pflegefachkräften wird z. B. im Rahmen von Akutschmerzdiensten mehr Verantwortung zugesprochen. Auch dieser Tendenz wird die Aktualisierung insofern gerecht, als dass eine konkrete Aufgabenbeschreibung für pflegerische Schmerzexperten aus der Praxisperspektive heraus formuliert wurde.

Für die Weiterentwicklung des pflegerischen Schmerzmanagements in der Praxis steht neben der üblichen einrichtungsspezifischen Konkretisierung der Standardaussagen die Entwicklung pflegerischer Expertise zum Thema im Vordergrund. Hier zeigt sich bereits eine vielfältige mit Zertifi-

zierungen arbeitende Weiterbildungslandschaft, vor allem für den klinischen Bereich. Ambulantes pflegerisches Schmerzmanagement hat dabei bisher noch einen geringen Anteil, obwohl sich zeigt, dass Spezialisierung in diesem Versorgungsbereich zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen kann.

Die Einführung und Umsetzung des aktualisierten Expertenstandards Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen muss als gemeinsame Aufgabe der Betriebsleitung, des Pflegemanagements und der beteiligten Pflegefachkräfte sowie weiterer beteiligter Berufsgruppen in den verschiedenen Versorgungszusammenhängen erkannt werden. Hier gilt es besonders, der konsequenten sektorenübergreifenden Umsetzung weitere Aufmerksamkeit zu widmen. Das Ergebnis eines auf dem Stand der Pflegewissenschaft wie auch ihrer Bezugswissenschaften basierenden Akutschmerzmanagements sollte eine kontinuierliche Schmerzfremdung oder -linderung sein, die dem Patienten/Bewohner zugleich ein höchstmögliches Maß an Autonomie und Lebensqualität ermöglicht.

### Struktur

#### Die Pflegefachkraft

**S1a** – verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.

#### Die Einrichtung

**S1b** – stellt aktuelle zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung.

#### Die Pflegefachkraft

**S2a** – verfügt über aktuelles Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.

#### Die Einrichtung

**S2b** – verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.

## 4.10.2 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen – 1. Aktualisierung 2011 (Stand Dezember 2011)

**Zielsetzung:** Jeder Patient/Bewohner mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.

**Begründung:** Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für Patienten/Bewohner gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder Chronifizierung der Schmerzen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Information, Anleitung und Schulung von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen tragen Pflegefachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.

### Prozess

#### Die Pflegefachkraft

**P1** – erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.

- führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch.

- wiederholt die Einschätzung der Schmerzen sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.

**P2** – setzt spätestens bei einer Ruheschmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten-/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um.

### Ergebnis

**E1** Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufs kontrolle liegen vor.

**E2** Der Patient/Bewohner ist schmerzfremd bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).

## Struktur

### Die Pflegefachkraft

**S3** – verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.

### Die Pflegefachkraft

**S4a** – verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren möglichen Kontraindikationen.

### Die Einrichtung

**S4b** – stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.

### Die Pflegefachkraft

**S5a** – verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige.

### Die Einrichtung

**S5b** – stellt die erforderlichen Informations-, Anleitungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung, enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien, eine umfassende Literaturstudie zum Thema sowie ein angepasstes Audit-Instrument zur Messung des Zielerreichungsgrades bei der Anwendung des Expertenstandards.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 18 € (incl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

## Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

## Prozess

- überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen.

- sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.

**P3** – erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.

**P4** – bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.

**P5** – gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen.

## Ergebnis

**E3** Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.

**E4** Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.

**E5** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN  
DNQP-Geschäftsstelle: Dipl.-Geograph Jan Kolja Paulus

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 • 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 • Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

## Literatur

---

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 1. Aktualisierung (2011) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Handl E (Hrsg.) (2009) Praxishandbuch ZOPA ©Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen, Verlag Huber, Bern

Mc Caffery M, Pasero C (1999) Pain Clinical Management, Mosby, St. Louis

Osterbrink J (Hrsg.) Mc Caffery M, Beebe A, Latham J (1999) Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis, Ullstein Mosby GmbH, Berlin, Wiesbaden

► [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

# Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 5.1 Grundlagen und Folgen des Sturzes – 87**
- 5.2 Standardkriterium 1 – 88**
  - 5.2.1 Implementierung – 88
- 5.3 Standardkriterium 2 – 88**
  - 5.3.1 Implementierung – 89
  - 5.3.2 Beratung – 89
- 5.4 Standardkriterium 3 – 92**
  - 5.4.1 Implementierung – 92
  - 5.4.2 Freiheitsentziehung – 96
- 5.5 Standardkriterium 4 – 98**
  - 5.5.1 Implementierung – 98
  - 5.5.2 Hilfsmittel – 98
- 5.6 Standardkriterium 5 – 100**
  - 5.6.1 Implementierung – 100
- 5.7 Standardkriterium 6 – 100**
  - 5.7.1 Implementierung – 100
- 5.8 Pflegedokumentation – 101**
- 5.9 Organisation – 101**
- 5.10 Auswirkungen des Expertenstandards – 101**

**5.11 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege**  
**1. Aktualisierung 2013 – 102**

5.11.1 Präambel zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der  
Pflege – 1. Aktualisierung 2013 – 19

5.11.2 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung,  
(Stand Januar 2013) – 104

**Literatur – 105**

Das Kapitel beschäftigt sich mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP, der im Jahr 2013 zum ersten Mal aktualisiert wurde. Die Vermeidung von Stürzen durch die Beeinflussung von entsprechenden Risikofaktoren und die Umsetzung der Inhalte des Expertenstandards in die Pflegepraxis sind Schwerpunkte dieses Kapitels. Handlungsleitend ist dabei nicht ausschließlich die Vermeidung von Stürzen, sondern auch die Verminderung von Sturzfolgen. Die Inhalte des Expertenstandards können auch auf weniger untersuchte Gruppen, etwa Kinder oder Menschen mit Behinderungen, übertragen werden. Dargestellt wird die Implementierung in den Pflegeprozess, z. B. durch eine Anpassung des Umfelds, durch den Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln oder durch Gleichgewichtstraining, sowie die Implementierung in die hauseigenen Pflegestandards. Die erforderlichen Formulare, etwa geeignete Sturzrisikoskalen oder Sturzprotokolle werden vorgestellt, außerdem daraus resultierende organisatorische Besonderheiten, wie die Erhebung einer Sturzstatistik.

## 5.1 Grundlagen und Folgen des Sturzes

Samuel Shem schreibt in seinem Roman »House of god«:

» Gomer gehen zu Boden.(Gomer ist die Abkürzung für »Go out of my emergency room«)

Er beschreibt in satirischer Form eine alltägliche Realität, die für den Betroffenen häufig Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit auslöst und bei Angehörigen und Pflegekräften Schuldgefühle und Selbstvorwürfe verursacht.

Jeder Mensch über 65 Jahre stürzt durchschnittlich einmal pro Jahr, Frauen häufiger als Männer. Sowohl von älteren, schwerkranken Menschen, die zuhause leben, als auch von Pflegeheimbewohnern werden mindestens 15% innerhalb eines Jahres sturzbedingt in ein Krankenhaus aufgenommen.

### Sturz

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder

auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt. Bei Beinahestürzen muss zwar auch von einem erhöhten Sturzrisiko ausgegangen werden, eine Erfassung wäre jedoch schwierig und unvollständig, so dass eine entsprechende Dokumentation kaum praktikabel ist.

Jeder Mensch hat ein Risiko zu stürzen, wobei über dieses alltägliche Risiko hinaus Stürze durch den Verlust der Fähigkeit, Stürze zu vermeiden, entstehen. Stürze treten prinzipiell in jedem Lebensalter auf, allerdings sind die daraus resultierenden Verletzungen mit zunehmendem Alter gravierender, so dass es in der Pflege zeitweise selbstverständlich war, zur Vermeidung von Stürzen ein Bettseitenteil oder einen Rollstuhlgurt anzubringen.

► **Eine Freiheitsentziehung dient nicht der Sturzprophylaxe. Eine Freiheitsentziehung ist vielmehr ein umgebungsbezogener Sturzrisikofaktor!**

Die physischen und psychischen Folgen eines Sturzes stellen für die Betroffenen zum Teil einen enormen Einschnitt in die selbstständige Lebensführung dar, vor allem dann, wenn durch den Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten eine soziale Isolation entsteht. In einigen Fällen führt der Sturz sogar zum Tod.

Stürze und Sturzfolgen waren zudem immer wieder Thema juristischer Auseinandersetzungen, bei denen die Frage des Verschuldens und der Aufsichtspflicht konträr diskutiert wurde. Letztendlich hat der Bundesgerichtshof 2005 festgelegt, dass eine Sturzgefahr nicht prinzipiell durch eine Freiheitsentziehung vermieden werden muss. In einem Beschluss des Sozialgerichts Freiburg vom Dezember 2011 wurde der Sozialhilfeträger verpflichtet, eine Sitzwache zu finanzieren, um eine Freiheitsentziehung zu vermeiden.

Das Erkennen von Sturzrisiken und die Konsequenz auf ein identifiziertes Risiko durch adäquate Maßnahmen sind deshalb für alle Pflegeeinrichtungen unerlässlich.

### Ambulante Pflege

Eingeschränkt gilt diese Aussage in der ambulanten Pflege, da eine Umsetzung des Expertenstandards nur bedingt möglich ist. Für den ambulanten Pflegedienst, der keinen vollumfänglichen Pflegevertrag hat, liegt der Schwerpunkt der Umsetzung in einer nachweislichen Beratung, Anleitung und Schulung.

## 5

## 5.2 Standardkriterium 1

**S1** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation des Sturzrisikos. **P1** Die Pflegefachkraft identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann (Tab. 5.1). Die Pflegefachkraft überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz. **E1** Eine aktuelle, systematische Erfassung des Sturzrisikos liegt vor.

### 5.2.1 Implementierung

Die Expertenarbeitsgruppe hat in diesem Standardkriterium eindeutig festgelegt, dass im Verlauf der Pflegeanamnese oder des Erstgesprächs eine Erhebung des Sturzrisikos erfolgen muss. Dabei ist das individuelle Sturzrisiko mehr als die Summe der Sturzrisikofaktoren. Diese sind lediglich die Grundlage einer systematischen Einschätzung, erfasst werden müssen auch alle Ressourcen des Betroffenen. Eine Einteilung in intrinsische und extrinsische Sturzrisikofaktoren findet deshalb in der Aktualisierung des Expertenstandards nicht mehr statt.

Aus diesem Grund wurden anerkannte Risikofaktoren von den Experten zusammengefasst, wobei zum einen personenbezogene Faktoren und zum anderen medikamenten- und umgebungsbezogene Gefährdungen unterschieden werden. Ergänzt wird die Auflistung durch sogenannte

»Prädiktoren«, also Annahmen, aus denen eine Sturzgefährdung abgeleitet werden kann. Die daraus resultierenden Risikofaktoren werden in der folgenden Tabelle (Tab. 5.1) dargestellt. Sie ersetzt die Unterteilung in intrinsische (in der Person liegend) und extrinsische Risikofaktoren (außerhalb der Person liegend).

Anhand dieser identifizierten Risikofaktoren können zur Vermeidung von Stürzen gezielte Maßnahmen ergriffen werden. Ein Risikofaktor liegt dann vor, wenn ein Problem nicht kompensiert ist oder nicht beeinflusst werden kann. So ist beispielsweise eine Sehbeeinträchtigung nur dann ein Risiko, wenn der Betroffene mit dem Hilfsmittel Brille nicht zurechtkommt oder wenn der Visus durch eine Sehhilfe nicht korrigiert werden kann.

Die Intervalle der Einschätzung des Sturzrisikos werden in diesem Standardkriterium nicht eindeutig definiert. Sie sollten jeweils individuell festgelegt werden.

➤ **Prinzipiell muss nach jedem Sturz eine neue Einschätzung erfolgen.**

Außerdem wird durch verschiedene Faktoren das Sturzrisiko plötzlich beeinflusst, beispielsweise bei Umgebungswechseln, etwa der Umzug in einen anderen Wohnbereich oder die Verlegung auf eine andere Station, bei plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes oder bei Änderungen der Medikation. Generell gilt der Grundsatz, dass eine Einschätzung häufiger notwendig ist, wenn das Setting akuter wird.

➤ **Das individuelle Wiederholungsintervall muss in Abhängigkeit vom Allgemein- und Pflegezustand immer wieder neu bestimmt werden.**

## 5.3 Standardkriterium 2

**S2** Die Pflegefachkraft verfügt über Beratungskompetenz bezüglich des Sturzrisikos und geeigneter Interventionen. **P2** Sie informiert den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet Beratung und ggf. Schulung zu den Interventionen an. **E2** Der Patient/



■ **Tab. 5.1** Sturzrisiko

Personenbezogene Risikofaktoren	Ja	Nein
Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten: - z. B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance - z. B. Einschränkungen der Gehfähigkeit oder Balancestörungen		
Depression		
Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen		
Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch)		
Kontinenzprobleme		
Sehbeeinträchtigungen		
Sturzangst		
Stürze in der Vorgeschichte		
<b>Medikamentenbezogene Sturzrisikofaktoren</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Antihypertensiva		
Psychotrope Medikamente		
Polypharmazie		
<b>Umgebungsbezogene Sturzrisikofaktoren</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Freiheitsentziehende Maßnahmen		
Gefahren in der Umgebung (z. B. Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung)		
Inadäquates Schuhwerk		

Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen das individuelle Sturzrisiko sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Die Beratung und ggf. die Schulung sind dokumentiert.

Selbstpflegekompetenz und Eigenverantwortung sowie für das Gefühl einer größtmöglichen Unabhängigkeit.

### 5.3.1 Implementierung

Die Beratungskompetenz der Pflegefachkraft ist nach Ansicht der Experten ein entscheidender Faktor für die Qualität der Sturzprophylaxe. Pflegerische Beratung und Schulungsangebote in Absprache mit anderen Berufsgruppen, etwa Ärzten oder Physiotherapeuten, und in Kooperation mit dem Patienten bzw. dem Bewohner und seinen Angehörigen sind entscheidende Faktoren für die Vermeidung von Stürzen, für die Verbesserung der

### 5.3.2 Beratung

Die Beratung des Betroffenen orientiert sich am individuellen Sturzrisiko (■ Abb. 5.1). Die beratende Pflegefachkraft sollte außerdem die Auswertungen der Sturzprotokolle berücksichtigen, falls es Stürze in der Vorgeschichte gab. Oftmals kann beobachtet werden, dass Stürze immer zur gleichen Zeit oder am gleichen Ort oder in der gleichen Situation auftreten. Die Auswertung dieser Faktoren kann wichtige Hinweise auf die Sturzursache geben, so dass Maßnahmen gezielt eingesetzt werden können.

**Praxistipp**

Die Beratung und Information des Patienten ist dann besonders erfolgreich, wenn der Betroffene das Sturzrisiko nicht als Einschränkung seiner Unabhängigkeit wahrnimmt, sondern aktiv in die Entscheidungsprozesse eingebunden wird.

5

Zum einen fällt es gerade älteren Menschen schwer, sich von liebgewonnenen Gewohnheiten oder gar Gegenständen zu trennen, beispielsweise bei der Gestaltung des Wohnumfeldes, zum anderen wird das Sturzrisiko gelegentlich als zunehmende Gebrechlichkeit empfunden und deshalb besonders von Menschen, die ihr ganzes Leben lang aktiv und selbstbewusst waren, abgelehnt. Ein »nicht vorhandenes« Risiko kann folglich auch nicht durch Maßnahmen beeinflusst werden.

Die Inhalte und Ergebnisse der Beratung müssen in der Pflegedokumentation festgehalten und im Rahmen der Evaluation aufgegriffen, überprüft und angepasst werden.

**Ambulante Pflege**

Für den ambulanten Bereich wurde in Australien ein eigenes Sturzrisikoinstrument, das Home Falls and Accidents Screening Tool, Home-FAST (► Anhang 13) entwickelt, bei dem vor allem das Wohnumfeld genauer hinterfragt wird. In Deutschland wurde das Instrument bisher nicht verwendet, es ist jedoch ein effektiver Leitfaden für eine Beratung bei der Anpassung des Wohnumfeldes. Bei jeder Frage, die mit Nein beantwortet wird, sollte eine Konsequenz erkennbar sein.

**Inhalte der Home-FAST:**

- Durchgänge, Flure
- Bodenbeläge
- Lose Teppiche
- Betthöhe, Erreichbarkeit, Nachttisch
- Höhe des Sessels, Armlehnen
- Beleuchtung (■ Abb. 5.2)
- Erreichbarkeit der Lichtschalter

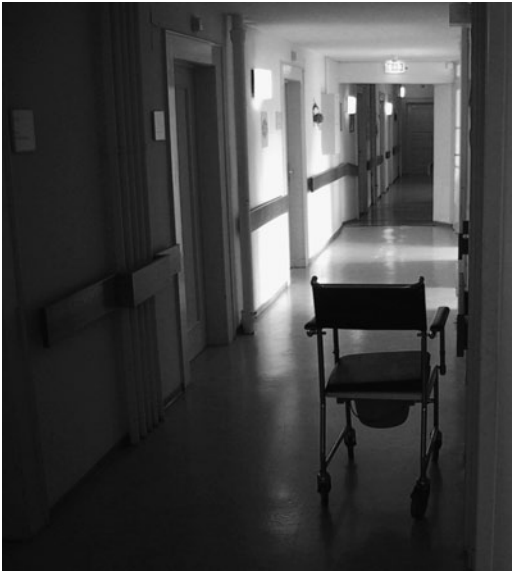


■ Abb. 5.1 Stolpergefahren im Wohnumfeld

- Hauseingang, Treppenhaus und Beleuchtung
- Toilettenbenutzung, Sitzhöhe, Haltegriffe
- Badewanne, Zugang
- Duschwanne, Haltegriffe
- Rutschmatten
- Entfernung zwischen Toilette und Schlafzimmer
- Erreichbarkeit von Gegenständen in der Küche
- Transport von Mahlzeiten von der Küche zum Essplatz
- Treppengeländer im Innenbereich und im Außenbereich
- Unterscheidung der einzelnen Treppenstufen
- Eingangstür, Gartenwege
- Gut sitzende Schuhe mit rutschfesten Sohlen
- Gefahren durch Haustiere, Füttern der Haustiere

All diese Punkte spielen in der Beratung eine Rolle und können zum Teil auch im stationären Bereich ein Sturzrisiko verursachen.

Die Beratung sollte immer in einem speziellen Formular dokumentiert werden. Besonders wichtig ist dieser Punkt bei der Beratung zur Anpassung des Wohnumfeldes, vor allem dann, wenn der Pa-



■ **Abb. 5.2** Beleuchtung eines Krankenhausflurs

tient Veränderungen seiner Wohnung ablehnt, die ein Sturzrisiko darstellen.

#### Praxistipp

Unter ► [www.wohnungsanpassung-bag.de](http://www.wohnungsanpassung-bag.de) bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungsanpassung e.V. Materialien und Tipps zur Beratung und Fortbildung von Fachkräften. Dort findet man auch regionale Ansprechpartner.

Im stationären Bereich werden Stolpergefahren normalerweise schon durch eine barrierefreie bauliche Gestaltung ausgeschlossen, so dass die Beratung des Wohnumfeldes im Krankenhaus entfällt.

Allerdings sollten Patienten und ihre Bezugspersonen schon im stationären Rahmen darauf hingewiesen werden, dass Sturzgefahren in der häuslichen Umgebung überprüft und nach Möglichkeit beseitigt werden sollen. Wichtig bei der Beratung und Schulung ist, dass Informationen an die kognitiven Fähigkeiten angepasst werden, um ein Problembewusstsein zu schaffen.

#### Krankenhaus

Die Beratung vor der Überleitung in das Wohnumfeld wird durch Flyer oder durch eine Beratungstasche mit Anschauungsmaterial erleichtert.

Im Pflegeheim werden diese Vorgaben durch die Landesheimgesetze lediglich für Gemeinschaftsbereiche festgelegt, die Bewohnerzimmer selbst entsprechen dem privaten Wohnumfeld und sollten deshalb überprüft werden.

#### Praxistipp

Um die Beratung für Betroffene und Angehörige möglichst praxisnah zu gestalten, ist eine »Beratungstasche« hilfreich. Sie beinhaltet Materialien und Bilder von Hilfsmitteln, z. B. Protektoren, Sensoren, Walker, Funkfinger, die mithilfe von Sanitätshäusern und Lieferanten zusammengestellt werden können.

Für alle Bereiche gilt, dass die Überprüfung der Beleuchtung immer wieder berücksichtigt werden muss.

#### Krankenhaus

Sturzgefahren entstehen im stationären Bereich weniger durch bauliche Voraussetzungen, sondern vor allem durch Arbeitsabläufe. Eine multiprofessionelle Einschätzung von Sturzgefahren sollte deshalb auch die Arbeitsprozesse pflegefremder Berufsgruppen berücksichtigen.

#### Sturzgefahren durch Arbeitsprozesse pflegefremder Berufsgruppen:

- Bei Reinigungsarbeiten müssen Rutschgefahren ausgeschlossen werden
- Beim Transport von Essenswagen oder Reinigungswagen muss das zuständige Personal darauf achten, dass Zusammenstöße ausgeschlossen werden

- Pflegewagen oder Wäschewagen auf dem Gang blockieren Handläufe und können wegrollen, wenn Betroffene sich daran festhalten möchten
- Bei Anlieferungen müssen sowohl der Lieferant als auch die Mitarbeiter darauf achten, dass Stolpergefahren durch herumstehende Kartons ausgeschlossen werden
- Bei der Verwendung von medizinischen Geräten muss darauf geachtet werden, dass Stolperfallen durch Kabel ausgeschlossen werden
- Die Präsenz einer Pflegekraft reduziert die Häufigkeit von Stürzen und sollte deshalb bei der Planung des Tagesablaufs bedacht werden, beispielsweise Übergabezeiten, Nachtdienst

➤ Hierfür wurde ein spezielles Trainingsprogramm entwickelt, in dem die Körperbalance durch ein gezieltes Krafttraining und durch Gleichgewichtsübungen verbessert wird.

Angeboten wird dieses Training vor allem von Krankenkassen, insbesondere der AOK, momentan jedoch noch nicht im ambulanten Bereich. Das Training wird von speziell ausgebildeten Physiotherapeuten angeleitet und sollte nach Erlernen der Übungen von den Betroffenen fortgesetzt werden.

#### Ambulante Pflege

Für den ambulanten Bereich wurde speziell für demente Menschen ein Heimtrainingsprogramm entwickelt. Unter ► [www.bewegung-bei-demenz.de](http://www.bewegung-bei-demenz.de) können Übungen am Computer durchgeführt werden, um die Sturzgefahr zu reduzieren.

## 5.4 Standardkriterium 3

**S3** Die Pflegefachkraft kennt wirksame Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen. **P3** Sie entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan. **E3** Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor.

### 5.4.1 Implementierung

Entsprechend der identifizierten Sturzrisikofaktoren werden nun in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen entsprechende Maßnahmen (■ Tab. 5.2) zur Verminderung des Sturzrisikos geplant. Für Risikofaktoren, die durch Pflegemaßnahmen nur wenig oder gar nicht beeinflusst werden können, liegt der Schwerpunkt der Maßnahmenplanung auf der Beobachtung des Betroffenen und auf allgemeinen prophylaktischen Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichts und der Mobilität.

Andere Risikofaktoren können gezielt durch Pflegemaßnahmen beeinflusst werden. In der folgenden Tabelle (■ Tab. 5.2) werden zu allen Risikofaktoren allgemeine Hinweise gegeben, es erfolgt in diesem Fall keine individuell beschriebene Pflegeplanung, da das Thema sehr komplex ist.

### Maßnahmenplan

Bei der Planung von geeigneten Interventionen wird nun unterschieden zwischen Einzelmaßnahmen und Maßnahmenpaketen. Zum besseren Verständnis werden jeweils einige Beispiele aufgeführt.

#### Einzelmaßnahmen:

- Anpassung der Wohnungsumgebung
- Anpassung der Medikation in Kooperation mit dem Arzt
- Anpassung der Sehhilfen; hier ist besondere Aufmerksamkeit in der Zeit nach einer Anpassung z. B. von Mehrstärken-/Gleitsichtbrillen geboten
- Anpassung von Schuhwerk
- Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. (Hüft-)protektoren, Sturzhelme
- Kraft- und Balancetraining, Ausdauer- und Koordinationsübungen

Im Einzelfall können Niedrigbetten, Identifikationsarmbänder oder Bettalarmsysteme sinnvoll sein, die Studienlage ist diesbezüglich aber noch nicht aussagekräftig.

Tab. 5.2 Beispielhafte Pflegeplanung			
Pflegeproblem	Ressource	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen
Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten: z. B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance – z. B. Einschränkungen der Gehfähigkeit oder – Balance-Störungen	Hier werden die individuell vorhandenen Mobilitätsressourcen beschrieben	Die Zielsetzung sollte unter Berücksichtigung der Ziele des Betroffenen so formuliert werden, dass in kleinen Schritten Verbesserungen erreicht werden; wichtig ist eine realistische Unterteilung in Nahziele, die wochenweise formuliert werden Bei schlechtem Allgemeinzustand und Erkrankungen mit infauster Prognose muss berücksichtigt werden, dass Verbesserungen eventuell nicht mehr möglich sind	Unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen sollen aktivierende Übungsmaßnahmen durchgeführt werden; das Trainingsprogramm zur Sturzprophylaxe der Krankenkassen beinhaltet Übungen zur Verbesserung der Kraft und des Gleichgewichts; eine Überprüfung der Ergebnisse durch den Tinetti-Test und den Timed up and go Test ist u. U. hilfreich Bei Osteoporose kann zusätzlich Vitamin D3 und Kalzium eingesetzt werden, hier ist auch eine intensive Ernährungsberatung wichtig
Sehbeeinträchtigungen	Verwendung von Sehhilfen	Nah- und Fernziel sind identisch, anzustreben ist immer die Optimierung der Sehkraft und die Unterstützung im Umgang mit Sehhilfen	Ein Visusverlust von 30 % geht mit einem erhöhten Frakturrisiko einher, insbesondere dann, wenn beide Augen betroffen sind; die Erreichbarkeit, die richtige Stärke, der richtige Sitz und die Sauberkeit des Hilfsmittels müssen gewährleistet sein Eine Überprüfung der Brille durch einen Augenarzt oder einen Optiker ist wichtig, besondere Aufmerksamkeit ist erforderlich, wenn eine neue Brille angepasst wurde, insbesondere bei Gleitsichtgläsern
Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch) Depression	Ressource bei kognitiven Beeinträchtigungen kann die Kooperationsfähigkeit des Betroffenen sein, bei Veränderungen der Stimmung zusätzlich die noch vorhandene Einsichtsfähigkeit	In allen Fällen ist eine Verbesserung der Beeinträchtigung anzustreben, wobei dies nicht immer möglich ist und zudem eine fachärztliche Tätigkeit darstellt Bei deliranten Patienten muss die Ursache erkannt und behandelt werden	Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Stimmung und zur Erhaltung kognitiver Fähigkeiten sind in Abhängigkeit vom körperlichen Zustand: – Regelmäßige Bewegung – 10 Minuten Aktivierung – Kognitives Training – Regelmäßige Gespräche – Erarbeitung einer Tagestruktur – Medikation nach ärztlicher Verordnung

Tab. 5.2 Fortsetzung			
Pflegeproblem	Ressource	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen
Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen	Mögliche Ressource wäre die Fähigkeit des Betroffenen, auf sich aufmerksam zu machen	Die möglichst komplette Vermeidung des Ereignisses sollte in Kooperation mit Ärzten und Fachärzten angestrebt werden	Je nach Ursache müssen verschiedene Vitalzeichen regelmäßig kontrolliert werden: – Puls und Blutdruck – Atmung – Blutzucker Insgesamt ist für Betroffene eine intensive allgemeine Krankenbeobachtung notwendig; eine Anleitung zur Vermeidung von Blutdruckabfällen ist erforderlich Bei kardialen Erkrankungen kann das Sturzrisiko durch den Einsatz eines Herzschrittmachers um 66% vermindert werden
Kontinenzprobleme	Bei vorhandenem Unterstützungsbedarf ist die Ressource ebenfalls die Fähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen	Das individuelle Ziel des Betroffenen, die größtmögliche Selbstständigkeit, kann deutlich vom allgemeinen Ziel, der größtmöglichen Sicherheit, abweichen	Die Unterstützung muss dem Betroffenen so angeboten werden, dass er sie auch in Anspruch nehmen wird; der wichtigste Faktor in diesem Zusammenhang ist die Beachtung des Schamgefühls und der Privatsphäre; dieses Problem kann auch kurzfristig auftreten, z. B. bei akuter Diarrhöe Anpassung der Umgebung
Sturzangst	Eine Ressource des Betroffenen wäre die Fähigkeit, Ängste zu thematisieren	Individuelles und allgemeines Nah- und Fernziel ist eine angstfreie Mobilität	Maßnahmen in diesem Bereich sind die Beschaffung und Beratung im Umgang mit Hilfsmitteln, die eine selbstständige Mobilität ermöglichen, etwa personelle Unterstützung, Gehhilfen, Protektoren, Niedrigbetten, Sensormatten etc.
Stürze in der Vorgesicht		Das Ziel ist abhängig von der Anamnese und Ursache; Art und Ort von Stürzen wiederholen sich	Entsprechend der Analyse der in der Vorgeschichte aufgetretenen Stürze, etwa die optimale Einstellung von Blutzucker oder Blutdruck, Vermeidung von Dehydration etc.
Verwendung von Hilfsmitteln (diese werden in der Aktualisierung nicht mehr konkret benannt)	Bei korrekter Verwendung geben Hilfsmittel dem Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit	Das Ziel ist abhängig von der Grunderkrankung; entweder korrekter Umgang mit dem Hilfsmittel oder zunehmende Unabhängigkeit von Hilfsmitteln; in diesem Fall müssen Nahziele kurzfristig formuliert werden	Das Risiko eines Sturzes erhöht sich bei der Verwendung von Gehhilfen um den Faktor 1,7; Wichtigste Maßnahme ist deshalb die Anleitung des Betroffenen im Umgang und die Beobachtung Soll eine weitere Unabhängigkeit erreicht werden, sind Trainingsmaßnahmen indiziert

Tab. 5.2 Fortsetzung				
Pflegeproblem	Ressource	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen	
Schuhe und Kleidung	Eine mögliche Ressource ist die Kooperationsbereitschaft	Ziel ist die Auswahl geeigneter Schuhe und Kleidung in Absprache mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen	Die Maßnahmen sind abhängig von dem genauer differenzierten Problem: – Ungeeignete Schuhe, Strümpfe – Fußprobleme – Zu weite Kleidung – Knöpfe und Haken – Probleme beim An- und Ausziehen etc.	
Medikamente: – Antihypertensiva – Psychotrope Medikamente – Polypharmazie	Eine mögliche Ressource ist die Compliance bei der Medikamenteneinnahme	Je nach Grunderkrankung sollte die Medikation in möglichst niedriger Dosierung erfolgen bzw. auf sedierende Medikamente komplett verzichtet werden	Das Problem tritt vor allem dann auf, wenn mehr als drei Medikamente eingenommen werden; eine intensive Beobachtung, Kooperation mit Arzt und Facharzt und das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen ist wichtig	
Gefahren in der Umgebung	Diese Probleme sind größtenteils gut beeinflussbar; Erforderliche Ressource ist die Kooperation des Betroffenen	Ziel ist in jedem Fall die Identifikation und Behebung von Gefahrenquellen	Je nach Auslöser kann das Problem evtl. umgehend gelöst werden; Aufgabe der Pflegefachkraft ist die regelmäßige Beratung des Betroffenen und seiner Angehörigen; Freiheitsentziehungen führen zu einer weiteren Gefährdung	

**Multimodale Interventionsprogramme:**

Sie zielen auf eine Vielzahl von Sturzursachen ab und versprechen größeren Erfolg bei der Verminderung von Stürzen. Unterschieden werden multiple und multifaktorielle Programme, wobei bei den multiplen Programmen alle Teilnehmer identische Maßnahmen erhalten, bei den multifaktoriellen Programmen ist dies nicht der Fall:

- Gezielte Veränderung der Umgebung zur Verminderung der Sturzgefahr, kombiniert mit einer Anpassung der Sehhilfen und einem Kurs mit Balance- und Kraftübungen, kommen als multiples Programm in Betracht.
- Bei den multifaktoriellen Programmen können auch Interventionen geplant werden, die das individuelle Sturzrisiko berücksichtigen, sofern dies zuvor erhoben wurde.

Alle Maßnahmen beruhen auf einer pflegefachlichen Entscheidung, erscheinen zum Teil selbstverständlich, etwa die Einstellung einer adäquaten Bethöhe oder der Einsatz geeigneter Schuhe, werden aber gerade deswegen in der Planung nicht bedacht.

Die beispielhaft angeführten Konsequenzen und Pflegemaßnahmen sollen in einem individuellen Maßnahmenplan erfasst und regelmäßig evaluiert werden. Dabei ist zu bedenken, dass ein Sturz mit wenigen Ausnahmen stets multifaktoriell bedingt ist.

**5.4.2 Freiheitsentziehung**

Der größte Teil freiheitsentziehender Maßnahmen FEM wird noch immer mit einer Sturzgefährdung begründet. In der Altenhilfe werden zur Vermeidung von Stürzen Beschlüsse beim Vormundschaftsgericht vor allem für Bettseitenteile und für Rollstuhlurte beantragt. Im Klinikbereich werden Bettseitenteile vor allem dann angebracht, wenn ein rechtfertigender Notstand vorliegt, gelegentlich fehlt jedoch für dieses Vorgehen sogar eine schriftliche ärztliche Anordnung. In der ambulanten Pflege werden Pflegebetten häufig schon mit Bettgitter geliefert, ein Beschluss oder ein ärztlicher Anordnung liegen nicht immer vor.

**Praxistipp**

Die Notwendigkeit für eine Legitimation einer Freiheitsentziehung ist nicht allen Pflegekräften und Angehörigen bewusst.

Geregelt wird der Tatbestand der Freiheitsentziehung im Grundgesetz GG Artikel 104 und im Bürgerlichen Gesetzbuch BGB § 1906 (► § 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung).

In Pflegealltag herrscht bisher wenig Sensibilität für die Tatsache, dass durch eine Einschränkung der Freiheit mit daraus resultierender Einschränkung der Mobilität das Sturzrisiko erhöht wird.

**§ 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung**

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff not-

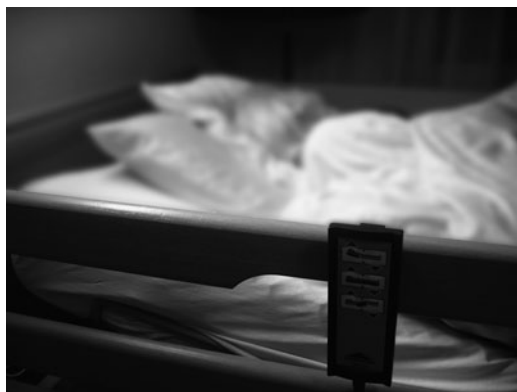
wendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. (...)

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen,

Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzt voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend. (BGB)





■ **Abb. 5.3** Bettseitenteil

Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Projekt zur Reduzierung körpernaher Fixierungen ins Leben gerufen, das inzwischen bundesweit implementiert wird (► **Freiheitseinschränkende Maßnahmen**).

### Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) gehören zu den schwersten Eingriffen in die Menschenrechte, das gilt ganz besonders für die körpernahe Fixierung. Bauchgurte, etwa im Bett und am Stuhl, aber auch unnötige Bettgitter sowie Psychopharmakagabe zur Ruhigstellung, Stecktische und abgeschlossene Türen greifen empfindlich in die Freiheitsrechte eines Menschen ein. Im Projekt ReduFix konnte gezeigt werden, dass durch eine multifaktorielle Intervention auf einen Teil von körpernahen Fixierungsmaßnahmen ohne negative Konsequenzen für Heimbewohner verzichtet werden kann. (Projekt ReduFix)

Begleitet wurde das Projekt ReduFix von einer Kampagne, die den verantwortungsvollen Umgang mit Fixierungen anregen möchte und in Baden-Württemberg zusätzlich von dem Modellvorhaben PräFix zur Gewaltprävention in der Langzeitpflege. Dabei konnten Einrichtungen kostenfrei an einer eintägigen Schulung nach dem ReduFix Konzept teilnehmen.

Berücksichtigt man die Zahl der Pflegebedürftigen, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden, und die Anzahl der Menschen, die durch eine (unsachgemäße) Freiheitsentziehung einen körperlichen Schaden erleiden oder gar zu Tode kommen, bleibt zu hoffen, dass sich die gängige Praxis weiter verändern möge und ein sensibler Umgang mit Freiheitsentziehungen stattfindet, bei dem das Anbringen eines Bettseitenteils (► **Abb. 5.3**) oder eines Gurts nur als allerletzte Maßnahme oder gar nicht in Betracht kommt.

### Praxistipp

Für alle Einrichtungen im Pflegesektor ist es dringend notwendig, zu überprüfen, welche alternativen Maßnahmen eine Freiheitsentziehung vermeiden können. Dieser Prozess muss auch nachvollziehbar dokumentiert werden. Wenn Bettseitenteile unvermeidbar sind, sollten zweigeteilte Modelle verwendet werden.

Der Einsatz von FEM sollte auf wenige Notfälle, z. B. bei akuten psychiatrischen Erkrankungen, beschränkt sein.

Die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. BUKO-QS hatte eine Veröffentlichung mit dem Titel »Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen« herausgegeben, in der der Zusammenhang von Altersprozess, Demenzerkrankung, motorischen, sensorischen und psychischen Beeinträchtigungen und gravierenden Einschränkungen der Mobilität der Betroffenen betrachtet wird. Auf der Basis empirischer Befunde wurde folgendes Ergebnis formuliert (► **Mobilität**).

### Mobilität

Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen mit Demenz ist ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen und gleichzeitig sind die Risiken im Zusammenhang mit Mobilität zu verringern.

Die Ausschaltung aller Gefahren würde die Lebensqualität allerdings erheblich einschränken und wäre mit unverhältnismäßigen Eingriffen in die Persön-

lichkeitsrechte der Bewohner verbunden. Ziel ist es daher, den individuell sehr unterschiedlichen Wohnheiten und Sicherheitsbedürfnissen sowie dem individuellen Schutzbedarf der pflege- und hilfebedürftigen Menschen Rechnung zu tragen. Mobilität und Sicherheit spielen eine zentrale Rolle in der persönlichen Lebensgestaltung älterer Menschen und sind unter Berücksichtigung biografischer Gesichtspunkte im Dialog mit dem Betroffenen abzuwägen. BUKO-QS

## 5.5 Standardkriterium 4

**S4a** Die Einrichtung ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote und gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität.

**S4b** Die Pflegefachkraft ist zur Koordination der Interventionen autorisiert. **P4** Die Pflegefachkraft gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans. Sie sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung sowie für den Einsatz geeigneter Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe. **E4** Interventionen, Hilfsmittel und Umgebung sind dem individuellen Sturzrisiko des Patienten/Bewohners angepasst und fördern eine sichere Mobilität.

### 5.5.1 Implementierung

Maßnahmen der Wohnungsanpassung und Trainingsprogramme zur Sturzprophylaxe wurden schon bei den Standardkriterien 2 und 3 (► Abschn. 5.3.2 und ► Abschn. 5.4.1.1) beschrieben. Die Umsetzung dieses Standardkriteriums konzentriert sich deshalb auf die Beschreibung der verschiedenen Hilfsmittel, die eingesetzt werden können.

Betont wird in diesem Zusammenhang noch einmal die Verantwortung der Pflegeeinrichtung für bauliche und technische Voraussetzungen, welche die Sicherheit des Betroffenen erhöhen. Dazu zählen vor allem die Beleuchtung, räumliche Vor-

aussetzungen und die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln.

#### Bauliche Voraussetzungen:

- Handläufe
- Rutschfester Bodenbelag
- Größe des Zimmers

#### Technische Voraussetzungen:

- Erreichbarkeit der Lichtschalter
- Qualität des Lichts
- Bremsen an Nachttischen, Betten, WC-Stühlen
- Badewannenlift

In der Verantwortung der Einrichtung liegt es außerdem, regelmäßig Kontrollen der Sicherheit der Umgebung und der zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln durchzuführen.

#### Praxistipp

Geräte zur Messung der Lichtintensität (Luxmeter) sind erschwinglich und ermöglichen eine eindeutige Bestimmung der Beleuchtung. Für verschiedene Tätigkeitsbereiche sind Mindestwerte festgelegt, z. B. Computerarbeitsplätze 1500 bis 3000 lux, Leselampen 150 bis 300 lux, Toiletten 150 bis 300 lux.

### 5.5.2 Hilfsmittel

Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe können in verschiedene Gruppen eingeteilt werden. Zum einen werden Hilfsmittel eingesetzt, die die Mobilität erleichtern, zum anderen gibt es schützende Hilfsmittel, die bei einem Sturz die Sturzfolgen vermindern, sowie technische Hilfen, die dazu beitragen, die Mobilität zu erhalten und eine Freiheitsentziehung zu vermeiden.

#### Mobilitätshilfen

Diese Hilfsmittel erleichtern das Gehen, den Transfer oder den Lagerungswechsel im Bett. Mobilitätshilfen sind häufig Bestandteil der barrierefreien Ausstattung einer Pflegeeinrichtung oder werden individuell durch Sanitätshäuser angepasst.



■ **Abb. 5.4** SafeBag (mit freundlicher Genehmigung von MAGMA-Heimtex)

#### Beispiele für Mobilitätshilfen:

- Unterarmgehstützen
- Gehstöcke
- Rollatoren
- Walker
- Strümpfe mit Anti-Rutschsohlen
- Lifter
- Höhenverstellbare Betten
- Haltegriffe
- Toilettensitzerhöhung

#### Schützende Hilfsmittel

Diese Hilfsmittel sollen die unmittelbaren Sturzfolgen vermindern. Es handelt sich um körpernahe Protektoren, die im Falle eines Aufpralls die Energie absorbieren und verteilen und dadurch vor allem die Knochen schützen. Protektoren werden in Form von Sturzhelmen, Ellenbogenprotektoren, Handgelenksprotektoren, Knieprotektoren und Hüftprotektoren angeboten, gebräuchlich sind jedoch vor allem Hüftprotektoren. Schützende Hilfsmittel dienen dazu, im Falle eines Sturzes, sturzbedingte Verletzungen zu reduzieren. Dazu gehören auch Sturzmatten oder der SafeBag (■ Abb. 5.4).

Der Einsatz von Protektoren wird durch zwei Faktoren beeinflusst. Einerseits werden alle oberflächlichen und somit sichtbaren Protektoren von vielen Betroffenen aufgrund der optischen Auffälligkeit abgelehnt, allerdings auch Hüftprotektoren, die unter der Kleidung getragen werden und somit

nicht sichtbar sind, da gerade weibliche Betroffene das Gefühl haben, damit dick auszusehen.

Andererseits werden Hüftprotektoren aus finanziellen Gründen sowohl von Patienten und Bewohnern als auch von Angehörigen oftmals abgelehnt.

- ▶ **Das Verfahren zur Aufnahme von Hüftprotektoren in das Hilfsmittelverzeichnis und somit zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen vor dem Bundessozialgericht ergab, dass es sich nicht um ein Hilfsmittel zulasten der Krankenversicherung handelt.**

Der GKV-Spitzenverband verweist auf die Eigenverantwortung bei der Prophylaxe, ähnlich einem Fahrradhelm bei Kindern.

#### Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe sind wenig verbreitet und gebräuchlich. Sie können jedoch hilfreich sein, um frühzeitig zu erkennen, dass der Betroffene sein Bett, das Zimmer oder das Haus verlässt, oder im Alltag eine Erleichterung für den Pflegebedürftigen darstellen.

Gerade im ambulanten Bereich können technische Hilfen dazu beitragen, dass die Selbstständigkeit zunimmt, wenn beispielsweise Rollläden, Lichtschalter, Garagentore und andere technische Geräte über eine Fernsteuerung bedient werden können.

Die Entwicklung von technischen Hilfen im Haushalt hat rasante Fortschritte gemacht, die unter dem Begriff »intelligentes Wohnen« zusammengefasst werden, im Pflegebereich ist die Extremform des technischen Fortschritts der Einsatz von Pflegerobotern.

#### Technische Hilfen:

- Sensormatten
- Sensormatratzen
- Bewegungsmelder
- Sessel mit Aufstehhilfe
- Greifzangen
- Fernsteuerungen
- Notrufsysteme und Funkfinger
- Teppichböden, die Stürze erkennen
- Pflegeroboter

**Praxistipp**

Technische Hilfen können mit Sicherheit den Alltag erleichtern, sind jedoch kein Ersatz für menschliche Zuwendung und soziale Kontakte. Der »Werdenfeller Weg« möchte dazu beitragen, FEM zu reduzieren, indem auch Hilfsmittel gezielt eingesetzt werden. Spezialisierte Verfahrenspfleger mit pflegefachlichem Grundwissen für das gerichtliche Genehmigungsverfahren von Fixierungen werden fachlich fortgebildet und diskutieren im gerichtlichen Auftrag jeden Fixierungsfall individuell.

Bewohner nur kurzfristig einen anderen Bereich aufsucht, beispielsweise eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus zur Diagnostik, sollte auch hier eine direkte Übermittlung des Sturzrisikos erfolgen.

- Bei einer längerfristigen Betreuung durch eine andere Institution ist es von Vorteil, das Sturzrisiko, die geplanten Maßnahmen und die verwendeten Hilfsmittel in der Pflegeüberleitung mitzuteilen. Sofern die Hilfsmittel Eigentum des Betroffenen sind, müssen sie bei einer Verlegung selbstverständlich auch mitgegeben werden.

## 5.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten über das vorliegende Sturzrisiko informiert werden. **P5** Die Pflegefachkraft informiert die an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen über das Sturzrisiko des Patienten/Bewohners und gibt Hinweise zum situativ angemessenen Umgang mit diesem. **E5** Den an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen sind das individuelle Sturzrisiko und die jeweils notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bekannt.

### 5.6.1 Implementierung

Die Umsetzung dieses Standardkriteriums beinhaltet die Informationsweitergabe innerhalb der Pflegeeinrichtung, etwa bei Verlegungen im Haus. Dabei müssen sämtliche Berufsgruppen berücksichtigt werden, beispielsweise Beschäftigungstherapeuten, Röntgenassistenten, Physiotherapeuten und andere interne Leistungserbringer.

Für diese interne Kommunikation ist die direkte Informationsweitergabe am besten geeignet. Außerdem sollten regelmäßig Teamsitzungen stattfinden, an denen auch andere Berufsgruppen teilnehmen.

Außerdem ist die externe Kommunikation an eine weiterbetreuende Einrichtung Bestandteil dieses Standardkriteriums. Sofern ein Patient oder

## 5.7 Standardkriterium 6

**S6a** Die Pflegefachkraft ist zur systematischen Sturzerfassung und -analyse befähigt. **S6b** Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Auswertung und Analyse von Stürzen zur Verfügung **P6** Die Pflegefachkraft dokumentiert und analysiert systematisch jeden Sturz, gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen – und schätzt die Sturzrisikofaktoren neu ein. **E6a** Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert. **E6b** In der Einrichtung liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.

### 5.7.1 Implementierung

Die Umsetzung dieses Standardkriteriums beinhaltet die Dokumentation eines Sturzereignisses im Pflegebericht oder besser in einem Sturzereignisprotokoll. Dabei wird in der Aktualisierung zum einen die Individualität der Person, aber auch die Verantwortung der Einrichtung speziell erwähnt.

Das Protokoll sollte verschiedene Informationen beinhalten, um daraus Erkenntnisse über ein verändertes Sturzrisiko und für nachfolgende Veränderungen der Pflegemaßnahmen gewinnen zu können.

#### Inhalte des Sturzprotokolls:

- Personalien
- Zeitpunkt
- Ort
- Aktivität vor dem Sturz

- Körperlicher und psychischer Zustand, beispielsweise Blutdruck, Puls, Blutzucker, Orientierungsfähigkeit
- Sturzfolgen, Verletzungen
- Folgemaßnahmen, Untersuchungen, Arztkontakt

In den meisten Pflegeeinrichtungen werden Sturzprotokolle mittlerweile auch aus juristischen Gründen bei jedem Sturz erstellt und die Informationen daraus von der Pflegedienstleitung oder dem Qualitätsmanager ausgewertet.

## 5.8 Pflegedokumentation

Zur Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege sind verschiedene Formulare erforderlich, die an dieser Stelle zusammengefasst werden.

### Formulare:

- Sturzrisiko
- Informations- und Beratungsformular zur Sturzgefahr
- Schulungsmaterial, Flyer
- Sturzprotokoll
- Angaben zum Funktionsstatus vor dem Sturz
- Informationsweitergabe bei Sturzgefahr
- Sturzerfassung
- Sturzanalyse

Üblicherweise werden diese Formulare von den Herstellern der Pflegedokumentationssysteme angeboten und sind deshalb bekannt und gebräuchlich. An dieser Stelle wird deshalb auf die Darstellung weiterer Formulare verzichtet.

## 5.9 Organisation

Organisatorische Besonderheiten bei der Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege sind die Erarbeitung einer Verfahrensregelung für den Umgang mit Sturzrisiko und Sturz sowie die Erhebung einer Sturzstatistik.

In der Verfahrensregelung wird festgelegt, wer das Sturzrisiko erhebt, wann dies geschehen soll,

wie häufig eine Überprüfung stattfinden muss, welche Maßnahmen ergriffen werden, um Stürze zu vermeiden, welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen, welche räumlichen und technischen Anpassungen stattfinden sollen und wie die Evaluation zu erfolgen hat.

➤ **Die Sturzstatistik ermöglicht darüber hinaus die Analyse jedes einzelnen Sturzes, vor allem aber die Auswertung der Gesamtheit der Stürze. Dadurch können wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, um Wiederholungen zu vermeiden.**

Erfasst werden sollten die Uhrzeit, der Ort und die näheren Umstände aller Stürze. Häufungen in gewissen Räumlichkeiten können dann gezielt untersucht und durch technische Veränderungen oder durch die Anpassung der Beleuchtung vermieden werden. Bei einer Häufung zu gewissen Uhrzeiten ist ebenfalls eine Beeinflussung des Wiederholungsrisikos möglich. Dazu sollten jedoch die näheren Umstände der Stürze erfasst werden, um genauere Informationen über die Ursachen zu gewinnen. So kann beispielsweise ein Blutzuckerabfall in der Nacht durch die Veränderung der Essenszeiten oder durch eine Spätmahlzeit verhindert werden. Oftmals wird auch festgestellt, dass eine Sturzhäufung in Zeiten großer Arbeitsbelastung auftritt. Dieses Problem kann durch gezielte ablauforganisatorische Umstrukturierungen behoben werden.

## 5.10 Auswirkungen des Expertenstandards

Aufgrund der demografischen Entwicklung kommt es zu einer kontinuierlichen Zunahme von Stürzen in Deutschland. Dennoch wurde durch die Veröffentlichung des Expertenstandards Sturzprophylaxe ein sensiblerer Umgang mit dem Thema Sturzprävention erreicht.

Beobachtet werden konnte auch eine Zunahme juristischer Auseinandersetzungen in Folge von Stürzen, bei denen die Frage von Verantwortung und Haftung zu klären war. Nach einem Urteil des

Bundesgerichtshofs im Jahre 2005 war jedoch geklärt, dass Stürze nicht durch freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden müssen. Dies führte zu einer Beruhigung der Situation.

Die Identifizierung eines Sturzrisikos, die Versorgung mit Hilfsmitteln und das Erheben eines Sturzprotokolls ist mittlerweile in allen Pflegeeinrichtungen eine Selbstverständlichkeit. Moderne technische Hilfsmittel, Hüftprotektoren, Maßnahmen zur Vermeidung von Freiheitsentziehungen und die gezielte Auswertung von Sturzereignissen durch statistische Methoden werden immer weiter entwickelt, weil auch deren Notwendigkeit durch die Aktualisierung des Expertenstandards noch einmal bestätigt wurde. Problematisch in den Einrichtungen bleibt jedoch die Frage der Refinanzierung dieser Hilfsmittel.

Das Bewusstsein für die Kernaussage des Expertenstandards »Leben heißt, sich regen durch bewegen« wurde in jedem Falle geschärft.

## 5.11 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2013

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Sturzprophylaxe«*

*Cornelia Heinze, Jürgen Härlein, Siegfried Huhn, Markus Mai, Horst Mühlberger, Katrin Nitsch, Ulrich Rißmann, Andrea van Schayck, Michael Simon, Jens Ullmann, Wolfgang Schuldzinski, Helga Walter & Josef Weiß*

### 5.11.1 Präambel zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2013

Jeder Mensch hat ein Risiko zu stürzen, sei es durch Unachtsamkeit oder bei einer sportlichen Betätigung. Über dieses alltägliche Risiko hinaus

gibt es Stürze, deren Ursache im Verlust der Fähigkeit zur Vermeidung eines Sturzes liegt. Den betroffenen Patienten/Bewohnern<sup>1</sup>, überwiegend ältere Menschen oder Menschen mit reduziertem Allgemeinzustand, gelingt es nicht mehr, den Körper in Balance zu halten oder ihn bei Verlust des Gleichgewichts wieder in Balance zu bringen bzw. Sturzfolgen durch intakte Schutzreaktionen zu minimieren. Physische Auswirkungen von Stürzen reichen von schmerzhaften Prellungen über Wunden, Verstauchungen und Frakturen bis hin zum Tod. Zu den möglichen psychischen Folgen zählt vor allem der Verlust des Vertrauens in die eigene Mobilität. Durch die physischen und/oder psychischen Sturzfolgen kann es schließlich zu einer Einschränkung des Bewegungsradius kommen und damit schlimmstenfalls zur sozialen Isolation.

#### ■ Definition

Im vorliegenden Expertenstandard ist mit Sturzrisiko grundsätzlich das erhöhte Sturzrisiko gemeint, das über das alltägliche Risiko zu stürzen, hinausgeht. In Anlehnung an die WHO (2007) wird im Expertenstandard die folgende Definition zugrunde gelegt<sup>2</sup>:

» Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt.

Hiermit sind auch Stürze gemeint, in deren Folge die Betroffenen den Boden oder die tiefere Ebene nicht mit dem ganzen Körper berühren, sondern dort auch beispielsweise sitzen oder hocken. Häufig kann im Beisein von Pflegefachkräften ein Sturz so weit abgefangen werden, dass es nicht zu einer Berührung des Körpers mit dem Boden kommt. Diese »Beinahestürze« geben wichtige Hinweise auf zugrunde liegende Risikofaktoren, wie eine beeinträchtigte Balance oder eine orthostatische Hypotonie, wie z. B. nach dem Aufstehen. Die Ex-

1 Zur sprachlichen Vereinfachung und zur besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Geschlechtsform verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

2 World Health Organization (WHO). Global Report on Falls in Older Age. 2007, ► [http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/), Zugriff: 29.05.2012

pertenarbeitsgruppe hat sich darauf geeinigt, dass Beinahestürze nicht als Stürze zu definieren sind, aber im pflegerischen Alltag im Rahmen der Risikoeinschätzung berücksichtigt werden sollten.

#### ■ Zielsetzung

Der Expertenstandard hat zum Ziel, Pflegefachkräfte sowie Pflege- und Gesundheitseinrichtungen dabei zu unterstützen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenmeinungen, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren. Dieses Ziel ist allerdings nicht durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erreichen, sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität von Patienten/Bewohnern, verbunden mit einer höheren Lebensqualität. Die Expertenarbeitsgruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus.

#### ■ Anwender des Expertenstandards

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe richtet sich an alle Pflegefachkräfte<sup>3</sup>, die Patienten/Bewohner entweder in der eigenen häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung oder einer stationären Pflegeeinrichtung betreuen. Wenn im Expertenstandard von Einrichtung die Rede ist, so ist damit auch die häusliche Pflege gemeint, wohlwissend, dass dort nicht alle Interventionen, vergleichbar mit einem Krankenhaus oder einer stationären Pflegeeinrichtung, durchgeführt werden können.

#### ■ Zielgruppen

Der Expertenstandard bezieht sich auf alle Personen, die sich kurz- oder langfristig in pflegerischer Betreuung befinden. Hierbei sind explizit alle Altersgruppen gemeint sowie spezifische Gruppen, zum Beispiel Menschen mit Behinderungen.

Aufgrund der Studienlage lässt sich ableiten, dass sich die im Standard beschriebenen Sturzrisikofaktoren auch auf Kinder oder Personen mit Behinderungen beziehen lassen. Die limitierte Anzahl an Interventionsstudien lässt allerdings bezüglich letztgenannter Personengruppen keine spezifischen Schlussfolgerungen zu sturzprophylaktischen Maßnahmen zu.

#### ■ Aktualisierung des Expertenstandards

Der ersten Aktualisierung des Expertenstandards liegt eine ausführliche Recherche der nationalen und internationalen Literatur von September 2004 bis September 2011 zugrunde. Ausgeschlossen von der Recherche waren Studien zu Interventionen, die primär zum ärztlichen Verantwortungsbereich gehören, wie die Verschreibung von Medikamenten (z. B. Vitamin D) oder chirurgische Eingriffe (z. B. Kataraktoperationen). Es liegen Aussagen zur Epidemiologie des Sturzgeschehens, seiner Ursachen und Risikofaktoren sowie zur Risikoeinschätzung und zur Wirksamkeit präventiver Interventionen vor. Darüber hinaus wurden Studien zu Anforderungen an eine angemessene Beratung zur Sturzprophylaxe, vor allem aus Sicht der Betroffenen, und Aspekte zu relevanten Kontextbedingungen für die Umsetzbarkeit sturzprophylaktischer Maßnahmen in Organisationen recherchiert. Trotz der hohen Anzahl der in die Literaturanalyse einbezogenen Studien (275 Beiträge) lassen sich nur bedingt eindeutige Schlussfolgerungen für die Art und Weise der pflegerischen Einschätzung des Sturzrisikos und der Planung und Durchführung sturzprophylaktischer Maßnahmen ziehen. Beispielsweise liegen zu den sturzpräventiven Interventionen teilweise widersprüchliche Ergebnisse vor, oder sie sind nicht bei jeder Adressatengruppe gleichermaßen effektiv. Ein wesentlicher Grund hierfür ist sicherlich das multifaktorielle Geschehen, das zu einem Sturz führt und entsprechend komplexer Interventionen bedarf.

Interventionen zur Sturzprophylaxe können maßgeblichen Einfluss auf die Lebensführung von Patienten/Bewohnern haben, z. B. durch eine Umgebungsanpassung, die Empfehlung für spezielle Schuhe oder Hilfsmittel, die Aufforderung, nur mit Hilfestellung auf die Toilette zu gehen, oder das Besuchen von Kursen zur Förderung von Kraft

3 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) angesprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

und Balance. Aus diesem Grund ist es notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Sturzprophylaxe, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten/Bewohnern zu achten und zu unterstützen. Eine wichtige Grundlage dafür ist die umfassende Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen über das vorliegende Sturzrisiko und die möglichen Interventionen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Mit Einverständnis der Patienten/Bewohner sollten die Angehörigen grundsätzlich in die Information, Beratung und die Maßnahmenplanung eingebunden werden.

#### ■ Voraussetzungen für die Implementierung des Expertenstandards

Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in den Einrichtungen ist die gemeinsame Verantwortung der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte. Notwendige strukturelle Voraussetzungen, z. B. das Angebot von Fortbildungen für Pflegefachkräfte und hauseigenen Interventionen oder die Umsetzung von Umgebungsanpassungen in stationären Einrichtungen, sind von der leitenden Managementebene (Betriebsleitung und Pflegemanagement) zu gewährleisten.

Die Aufgabe der Pflegefachkraft besteht im Erwerb aktuellen Wissens, um Patienten/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko identifizieren und entsprechende Interventionen einleiten zu können sowie bei Bedarf zusätzliche notwendige Strukturen einzufordern und dies fachlich begründen zu können.

Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, beispielsweise mit den therapeutischen Berufsgruppen oder den Ärzten, ist maßgeblich für ein effektives Interventionsangebot. Auf der Grundlage der jeweiligen professionsspezifischen Qualitätsinstrumente (z. B. Leitlinien, Standards) können dann gemeinsame Vorgehensweisen vereinbart werden. Der konsequente Einbezug sowie eine umfassende Information der beteiligten Berufsgruppen ist dafür eine wesentliche Voraussetzung.

### 5.11.2 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung, (Stand Januar 2013)

**Zielsetzung:** Jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze weitgehend verhindert und Sturzfolgen minimiert.

**Begründung:** Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Frakturen über Einschränkung des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Mobilität bis hin zur Aufgabe einer selbstständigen Lebensführung reichen. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung kann eine sichere Mobilität gefördert werden.

#### Struktur

##### Die Pflegefachkraft

**S1** – verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation des Sturzrisikos.

#### Prozess

##### Die Pflegefachkraft

**P1** – identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann.  
– überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz.

#### Ergebnis

**E1** Eine aktuelle, systematische Erfassung des Sturzrisikos liegt vor.



**Struktur****Die Pflegefachkraft**

**S2** – verfügt über Beratungskompetenz bezüglich des Sturzrisikos und geeigneter Interventionen.

**Die Pflegefachkraft**

**S3** – kennt geeignete Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen.

**Die Einrichtung**

**S4a** – ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote, gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität.

**Die Pflegefachkraft**

**S4b** – ist zur Koordination der Interventionen autorisiert.

**Die Einrichtung**

**S5** – stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/ Bewohners Beteiligten über das vorliegende Sturzrisiko informiert werden.

**Die Pflegefachkraft**

**S6a** – ist zur individuellen Sturzerfassung und -analyse befähigt.

**Die Einrichtung**

**S6b** – stellt Ressourcen zur Auswertung und Analyse von Stürzen zur Verfügung.

**Prozess**

**P2** – informiert den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet Beratung und ggf. Schulung zu den Interventionen an.

**P3** – entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan.

**P4** – gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans.

– sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung sowie für den Einsatz geeigneter Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe.

**P5** – informiert die an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen über das Sturzrisiko des Patienten/ Bewohners und gibt Hinweise zum situativ angemessenen Umgang mit diesem.

**P6** – dokumentiert und analysiert jeden Sturz, gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

**Ergebnis**

**E2** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen das individuelle Sturzrisiko sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Die Beratung und ggf. die Schulung sind dokumentiert.

**E3** Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor.

**E4** Interventionen, Hilfsmittel und Umgebung sind dem individuellen Sturzrisiko des Patienten/Bewohners angepasst und fördern eine sichere Mobilität.

**E5** Den an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen sind das individuelle Sturzrisiko und die jeweils notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bekannt.

**E6a** Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert.

**E6b** In der Einrichtung liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 19,50 € (inkl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher; Dipl.-Pfleger Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Anna Möller, M.A.; Prof. Dr. Doris Schiemann; Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 • 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 • Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

**Literatur**

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006) Expertenstandard Sturzprophylaxe in

der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der 1. Aktualisierung 2013, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Becker C, Klie T (2006) Projekt ReduFix, Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern, Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF), Evangelische Fachhochschule Freiburg, gefördert durch das BMFSFJ

Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. BUKO-QS (Hrsg.) (2008) Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, Economica, Heidelberg

- ▶ [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- ▶ [www.redufix.de](http://www.redufix.de)
- ▶ [www.wohnungsanpassung-bag.de](http://www.wohnungsanpassung-bag.de)
- ▶ [www.bewegung-bei-demenz.de](http://www.bewegung-bei-demenz.de)

# Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 6.1 Grundlagen der Kontinenz – 109**
- 6.2 Standardkriterium 1 – 109**
  - 6.2.1 Implementierung – 109
  - 6.2.2 Kontinenzscreening – 110
- 6.3 Standardkriterium 2 – 112**
  - 6.3.1 Implementierung – 112
  - 6.3.2 Assessment – 112
  - 6.3.3 Kontinenzprofil – 113
- 6.4 Standardkriterium 3 – 115**
  - 6.4.1 Implementierung – 115
  - 6.4.2 Beratung – 115
  - 6.4.3 Klassifizierung der Inkontinenz – 115
- 6.5 Standardkriterium 4 – 116**
  - 6.5.1 Implementierung – 117
  - 6.5.2 Maßnahmenplan – 117
  - 6.5.3 Allgemeine Maßnahmen – 118
  - 6.5.4 Spezielle Maßnahmen – 119
  - 6.5.5 Hilfsmittel – 122
  - 6.5.6 Besonderheiten bei der Inkontinenzversorgung – 124
- 6.6 Standardkriterium 5 – 125**
  - 6.6.1 Implementierung – 125
- 6.7 Standardkriterium 6 – 126**
  - 6.7.1 Implementierung – 126
  - 6.7.2 Evaluation – 126

- 6.8 Pflegedokumentation – 126**
- 6.9 Organisation – 127**
- 6.10 Auswirkungen des Expertenstandards – 127**
- 6.11 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der  
Pflege 1. Aktualisierung 2014 – 127**
- 6.11.1 Präambel zum Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in  
der Pflege, 1. Aktualisierung 2014 – 127
- 6.11.2 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der  
Pflege – 1. Aktualisierung 2014 – 129

**Literatur – 131**

Die Inhalte des im September 2014 aktualisierten Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP werden in diesem Kapitel erläutert. In der Aktualisierung wurden die Inhalte bestätigt, redaktionell überarbeitet und Kommentierungen konkretisiert. Aufgrund der allgemeingültigen Formulierungen und der Komplexität dieses weitverbreiteten Problems ist die Umsetzung in den einrichtungsinternen Pflegestandard schwierig und sollte über einen längeren Zeitraum als Projekt geplant werden. In diesem Kapitel werden die Inhalte des aktualisierten Expertenstandards beschrieben, um die Implementierung in den Pflegeprozess zu erleichtern, außerdem werden Screening- und Assessmentinstrumente sowie Formulare vorgestellt, die im Alltag hilfreich sind. Die organisatorischen Besonderheiten bei der Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, beispielsweise die Überprüfung der sanitären Anlagen, oder die Aufgaben von Kontinenzbeauftragten werden am Ende dieses Kapitels erläutert.

## 6.1 Grundlagen der Kontinenz

Unter Kontinenz versteht die Expertenarbeitsgruppe die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Kontinenz beinhaltet jedoch auch die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellung zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen (■ Abb. 6.1).

Harninkontinenz bedeutet in Anlehnung an die »International Continence Society« jeglicher unwillkürliche Harnverlust, ein weitverbreitetes Problem, das in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten kann.

➤ **Der Bereich der Stuhlinkontinenz und die spezielle Pflege von Betroffenen mit einem Urostoma werden im Expertenstandard nicht berücksichtigt.**

Die Erkennung und Analyse des Problems Inkontinenz ist ein entscheidendes Kriterium des Expertenstandards, da gerade ältere Menschen

nur ungern über das schambehaftete Thema Kontinenz und Ausscheidung sprechen und von sich aus kaum Hilfe in Anspruch nehmen. Sowohl von den Betroffenen als auch von medizinischen Fachkräften wird die Inkontinenz oftmals als normales Phänomen des Alterungsprozesses betrachtet und entsprechend hingenommen.

➤ **Selbstverständlich ist deshalb ein professioneller Umgang, ein einfühlsames Handeln und ein angemessener Sprachgebrauch Grundvoraussetzung für die Förderung der Kontinenz.**

Sofern ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient, Bewohner, Pflegefachkraft und Angehörigen entstanden ist, kann eine individuelle Planung von Maßnahmen zur Kontinenzförderung durchgeführt werden, zumal fast alle Maßnahmen den Intimbereich direkt oder indirekt betreffen.

Außerdem leiden viele Patienten unter Einschränkungen der sozialen Teilhabe im Alltag, da sie durch Schmerzen, durch das Tragen von Inkontinenzmaterial, durch Gerüche und durch Ängste vor notwendigen Toilettenbesuchen in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind.

## 6.2 Standardkriterium 1

**S1** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz. **P1** Die Pflegefachkraft identifiziert im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz und wiederholt die Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen. **E1** Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert.

### 6.2.1 Implementierung

An dieser Stelle differenzierten die Experten zunächst zwischen einem Screening zum Thema Kontinenz, das vor dem eigentlichen Assessment durchgeführt werden soll. Auch dies geschieht



▣ **Abb. 6.1** »Harndrang« Foto Klaus Hackl, Ladenburg

unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Thema peinlich und sehr privat ist.

Aus diesem Grund werden zunächst allgemeine Fragen zur Identifizierung von Risikofaktoren gestellt, die der Betroffene ohne größere Überwindung beantworten kann. Von der Expertenarbeitsgruppe werden verschiedene Fragen vorgeschlagen, die an die individuelle Situation des Betroffenen angepasst werden.

## 6.2.2 Kontinenzscreening

Um die aktuelle Situation der Kontinenz zu überblicken, sollten zunächst allgemeine Fragen zum Bereich Ausscheidung gestellt werden.

### Fragen zur Kontinenz:

- Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Vorlagen/Einlagen, um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?

Wenn der Patient keine eindeutigen Aussagen machen möchte oder kann, müssen zusätzlich Anzeichen für Kontinenzprobleme eruiert werden. Dabei handelt es sich um auffällige Verhaltensweisen oder Befunde, die auf eine Harninkontinenz hinweisen könnten.

### Anzeichen für Inkontinenz:

- Häufige Toilettengänge
- Verstecken verunreinigter Wäsche
- Unruhiges Verhalten
- Geruch
- Hautveränderungen im Intimbereich
- Eventuell Stürze

Schließlich sollten konkrete Symptome der Inkontinenz erfragt werden, die von jedem Betroffenen anders beschrieben werden. Auch auf diese Symptome sollte im vertraulichen Gespräch diskret geachtet werden.

### Symptome der Inkontinenz:

- Unwillkürlicher Harnverlust bei körperlicher Betätigung
- Unwillkürlicher Harnverlust einhergehend mit Harndrang
- Verzögerter Beginn der Miktion
- Ständiger Harnabgang
- Harntropfeln
- Das Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase
- Brennen beim Wasserlassen

Werden Fragen mit »Ja« beantwortet oder Anzeichen beziehungsweise Symptome einer Inkontinenz erkannt, erfolgt eine differenzierte Einschätzung. In der folgenden Tabelle (▣ Tab. 6.1) werden Risikofaktoren für die Harninkontinenz aufgeführt und geschlechtsspezifisch zugeordnet. Prinzipiell sind Frauen bis zu viermal häufiger von einer Harninkontinenz betroffen als Männer.

➤ **Typischerweise führt dies gerade bei älteren Patientinnen oder Bewohnerinnen zu einer mangelnden Flüssigkeitsaufnahme mit der Gefahr der Exsikkose (► Kap. 8), weil sie nicht ausreichend trinken, um Toilettengänge zu vermeiden, vor allem wenn sie das Haus verlassen müssen, z. B. vor dem Einkaufen, sonntags vor dem Kirchgang oder vor dem Arzttermin.**

In der Aktualisierung wurden Inkontinenzprobleme im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt neu aufgenommen, dies auch unter dem Aspekt, dass es sich dabei um ein doppeltes Tabu handelt. Berücksichtigt werden sollte in diesem Zusammen-

**Tab. 6.1** Ausgewählte (patientenabhängige) Risikofaktoren

Risikofaktor	geschlechtsunabhängig	Frauen	Männer
Kognitive Einschränkungen	X		
Körperliche Einschränkungen, insbesondere in der Mobilität	X		
Erkrankungen z. B.: - Apoplex - Demenz - Diabetes mellitus - Morbus Parkinson - Multiple Sklerose	X		
Erkrankungen der Prostata/Operation der Prostata			X
Medikamente z. B.: - Anticholinergika - Diuretika - Opiate - Psychopharmaka	X		
Obstipation	X		
Harnwegsinfektion	X		
Belastung des Beckenbodens z. B. durch - Schwangerschaft/Entbindung - Adipositas - Lageveränderung/Vergrößerung der Gebärmutter		X	
Sexualisierte Gewalt mit Verletzungen im Beckenboden-/Vaginalbereich		X	
Ausgewählte Indikatoren			

hang, dass es vielfach nicht möglich ist, dieses Kriterium im Gespräch zu erfragen. Allerdings sollten Hinweise auf sexuelle Gewalt, beispielsweise Verletzungen oder unerklärliche vaginale Blutungen, sensibel betrachtet und erfasst werden, ohne dass dadurch eine Retraumatisierung ausgelöst wird.

Hinzu kommen Risikofaktoren, die durch die Umgebung verursacht werden. Aus diesem Grund ist es sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wichtig, die sanitären Anlagen und die Wege dorthin zu überprüfen.

**Umgebungsbedingte Risikofaktoren:**

- Erreichbarkeit
- Nutzbarkeit
- Zugänglichkeit von Toiletten z. B.:
  - Beschilderung
  - Beleuchtung

- Entfernung
- Türbreite
- Türschwelle
- Hygiene der sanitären Einrichtungen
- Haltegriffe
- Sitzerrhöhung
- Unpraktische Kleidung

- **Bei bestehenden Risikofaktoren muss eine differenzierte Einschätzung erfolgen. Das individuelle Wiederholungsintervall wird ebenfalls festgelegt, wobei bei plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustands oder der Umgebung innerhalb weniger Tage eine Wiederholung der Einschätzung notwendig wird.**

Im Risikoformular (► Anhang 1) befindet sich ein Abschnitt zur Einschätzung für Anzeichen und Risikofaktoren der Harninkontinenz. Gleichzeitig kann dadurch die erforderliche Dokumentation der Ergebnisse erreicht werden.

### Pflegeheim

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt eine sofortige Einschätzung im Rahmen der Pflegeanamnese bei der Heimaufnahme. Eine Wiederholung sollte nach ein bis zwei Monaten und dann in vierteljährlichen Abständen stattfinden, sofern der Pflegezustand stabil bleibt.

► Die Expertenarbeitsgruppe betont ausdrücklich die Autorisierung der Pflegefachkraft zur Initiierung und Koordination der Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Expertenstandard. In der Aktualisierung wurde jedoch betont, dass pflegerische Fachexperten zu allen Aufgaben der Kontinenzförderung hinzugezogen werden können.

In einigen Pflegeeinrichtungen wird das gesamte Verfahren durch Kontinenzbeauftragte übernommen. Vorteil dabei ist die Bündelung des Fachwissens und dadurch die kompetente Beratung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen. Von Nachteil ist es, wenn die Aufgaben der Kontinenzbeauftragten sich darauf beschränken, die Bestellung, Verteilung und Verbrauchsmenge des Inkontinenzmaterials zu organisieren und darauf zu achten, dass möglichst wenig Material verbraucht wird.

## 6.3 Standardkriterium 2

**S2a** Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen in Zusammenhang mit der Förderung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen. **S2b** Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz zur differenzierten Einschätzung bei Problemen mit der Harnkontinenz. **P2** Die Pflegefachkraft führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine differenzierte Einschätzung durch bzw. koordiniert in Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen. **E2** Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.

### Praxistipp

Wird das Verfahren der Kontinenzförderung komplett von Kontinenzbeauftragten übernommen, müssen diese spezielle Kenntnisse über Anzeichen, Symptome, Ursachen, Formen, Diagnostik und Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz besitzen.

Sofern Anzeichen oder Risikofaktoren für eine Harninkontinenz identifiziert wurden, muss eine weitere und detailliertere Einschätzung des Problems stattfinden. Hierfür sind verschiedene Befunde zu erheben.

### 6.3.1 Implementierung

Für die Umsetzung dieses Standardkriteriums muss die Einrichtung eine Verfahrensregelung erarbeiten, durch die festgelegt wird, wie die weiteren Schritte gewährleistet werden. Die Verfahrensregelung beinhaltet Angaben zur Zuständigkeit der einzelnen Berufsgruppen, ein Ablaufdiagramm des Standards, Informationen zur Vorgehensweise bei der Risikoeinschätzung, zur Dokumentation der Ergebnisse und zu den Formularen, die verwendet werden.

### 6.3.2 Assessment

Verschiedene Informationen sind für die weitere und differenziertere Einschätzung der Kontinenz notwendig.

#### Differenzierte Einschätzung:

- Anamnese:
  - Körpergewicht und BMI
  - Auffälligkeiten im Genitalbereich
  - Medikamente
  - Symptome



- Psychosoziale Auswirkungen
- Einschätzung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten
- Ausschluss eines Harnwegsinfekts
- Restharnbestimmung, ggf. mit mobilen Sonografiegeräten
- Miktionsprotokoll (3 bis 5 Tage)
- 24 h-Vorlagengewichtstest
- Erstellung eines Kontinenzprofils

Nicht alle Befunde können auf Veranlassung der Pflegefachkraft erhoben werden. Ein wichtiger Faktor ist deshalb die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation. Der Kontakt zum Arzt, zum Hausarzt oder zum Urologen ist Grundvoraussetzung für eine geeignete Befunderhebung (■ Abb. 6.2).

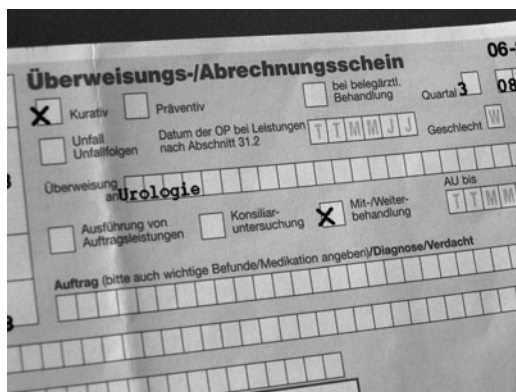
Die ärztliche Leistung Restharnbestimmung, etwa mit einem mobilen Sonografiegerät, dem sogenannten bladder scan, kann delegiert werden, wenn eine Kostenübernahme geklärt wurde.

Einige Bestandteile der Informationssammlung werden jedoch durch die Pflegefachkraft oder den Kontinenzbeauftragten durchgeführt, etwa das Erstellen und die Bewertung eines Miktionsprotokolls (► Anhang 14) oder die Einschätzung des Kontinenzprofils.

Das Miktionsprotokoll stellt ein wichtiges Instrument zur weiteren Analyse dar, es sollte jedoch nur dann geführt werden, wenn aus den Ergebnissen auch Konsequenzen möglich sind. Auf der Basis der Ergebnisse und Feststellungen wird die individuelle Ausprägung des Problems deutlich. Außerdem werden Maßnahmen ermöglicht, die sich gezielt an diesen individuellen Ausprägungen orientieren, beispielsweise Toilettengänge, die zu den tatsächlich notwendigen Zeiten stattfinden. Beurteilt man das Miktionsprotokoll, ist es notwendig, die Trinkgewohnheiten zu berücksichtigen, das heißt vor allem die Trinkmenge und den Zeitpunkt der Flüssigkeitsaufnahme.

#### Praxistipp

Während der Zeit des Miktionsprotokolls muss ein Einfuhrprotokoll geführt werden. Beide Formulare müssen parallel bewertet beziehungsweise Miktionen und Flüssigkeitszufuhr auf einem Formular eingetragen werden.



■ Abb. 6.2 Kooperation mit Fachärzten

Ein Zeitraum von drei bis fünf Tagen ist für die Einschätzung der Problematik zu kalkulieren. Möglicherweise kann jedoch nach diesem Zeitraum noch keine Regelmäßigkeit festgestellt werden, so dass eine Weiterführung der Aufzeichnungen sinnvoll ist.

In der Aktualisierung wurde betont, dass zu prüfen ist, ob das verwendete Miktionsprotokoll für die Zielgruppe geeignet ist. Fünf verschiedene Beispiele für Miktionsprotokolle zur Selbst- oder Fremdeinschätzung befinden sich deshalb im Anhang des Expertenstandards.

- **Hat der Betroffene zum Zeitpunkt der Aufnahme einen Dauerkatheter, muss in Kooperation mit dem behandelnden Arzt festgestellt werden, warum und wann dieser gelegt wurde und wann er entfernt werden kann.**

### 6.3.3 Kontinenzprofil

Zusätzlich zum Miktionsprotokoll ist eine Bestimmung des Kontinenzprofils hilfreich und wichtig. Dazu hat die Expertenarbeitsgruppe eine Übersicht entwickelt, die sich an den Fähigkeiten und der Abhängigkeit von Hilfe durch Personen oder Materialien orientiert. Diese Profile wurden in der Aktualisierung auf Wunsch der Fachöffentlichkeit beibehalten.

Zum besseren Verständnis werden an dieser Stelle zunächst die Begriffe abhängig und unabhängig sowie kompensiert und nicht kompensiert beschrieben.

- **Unabhängig** bedeutet, dass der Patient selbstständig in der Lage ist, die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen. Die Person ist ohne fremde Hilfe kontinent.
- **Abhängig** bedeutet, dass der Patient oder Bewohner die Auswirkungen der Harninkontinenz mit Unterstützung durch Angehörige oder eine Pflegefachkraft bewältigen kann. Er benötigt Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung der Kontinenz.
- **Kompensiert** bedeutet, dass der Betroffene die Folgen des Kontinenzproblems durch den Gebrauch von Hilfsmitteln ausgleichen kann. Hierzu zählen sowohl aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel als auch ableitende Hilfsmittel.

- **Nicht kompensiert** bedeutet, dass ein unwillkürlicher Harnverlust nicht durch Versorgungsmaßnahmen zu vermeiden ist.

Die Begrifflichkeiten werden in der folgenden, von der Expertenarbeitsgruppe erarbeiteten Tabelle noch einmal anhand von Beispielen dargestellt, um das Verständnis der Kontinenzprofile zu erleichtern und dadurch die praktische Umsetzung zu ermöglichen (■ Tab. 6.2).

Die genauere Betrachtung dieser Profile ist nicht nur Teil der Analyse der Kontinenz bzw. Inkontinenz, sie spielt auch eine entscheidende Rolle bei der Festlegung von Pflegezielen und folglich bei der Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen. Dabei wurde auch der Aspekt der Auswirkungen auf die Lebensqualität speziell erwähnt.

■ Tab. 6.2 Kontinenzprofile

Profil	Merkmal	Beispiel
Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust; keine personelle Hilfe notwendig; keine Hilfsmittel	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust; keine personelle Hilfe notwendig; selbstständige Durchführung von Maßnahmen	Patienten und Bewohner, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, intermittierenden Selbstkatheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen keinen unwillkürlichen Urinverlust haben
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust; personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig	Patienten und Bewohner mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten, oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust; keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln erfolgt selbstständig
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust; personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust; personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen	Dieses Profil trifft beispielsweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiver Erkrankungen nicht akzeptieren

- Für die Formulierung von Pflegezielen im Zusammenhang mit der Kontinenz sollte immer die Kompensation und die Unabhängigkeit angestrebt werden. Dies ist sicherlich nicht immer erreichbar, allerdings kann durch die Differenzierung von Nah- und Fernzielen eine schrittweise Verbesserung erreicht werden.

Betrachtet man die individuellen Ziele des Patienten, ist davon auszugehen, dass die Unabhängigkeit ein wichtiger Aspekt der Zielformulierung ist. Als allgemeines Ziel der Pflege ist mit Sicherheit die Kompensation der Inkontinenz anzusehen.

Es ist außerdem darauf zu achten, dass das Kontinenzprofil sich im Tages- bzw. Nachtverlauf verändern kann. So kann beispielsweise eine unabhängig kompensierte Inkontinenz am Tag zu einer abhängig kompensierten Inkontinenz in der Nacht werden.

## 6.4 Standardkriterium 3

**S3a** Die Einrichtung hält die erforderlichen Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harnkontinenz vor. **S3b** Die Pflegefachkraft verfügt über Beratungskompetenz zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz. **P3** Die Pflegefachkraft informiert den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine ausführliche Beratung zur Kontinenzhaltung oder -förderung und ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz an. Darüber hinaus werden dem Patienten/Bewohner weitere interne und externe Ansprechpartner benannt. **E3** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.

### 6.4.1 Implementierung

Um eine kompetente Beratung des Betroffenen und seiner Angehörigen durchzuführen, benötigt die Pflegefachkraft Materialien, die von der Einrichtung

zur Verfügung gestellt werden. Entscheidend sind jedoch die Fachkompetenz und die Kommunikationsfähigkeit, um den Patienten, den Bewohner oder seine Angehörigen verständlich über das Problem und die möglichen Interventionen zu informieren.

### 6.4.2 Beratung

Wichtigste Aussage dieses Standardkriteriums ist die Beratung des Betroffenen (► Kap. 1.4). Betont wird auch die Beratungskompetenz, worunter die Arbeitsgruppe wichtige Fähigkeiten und Aufgaben der Pflegefachkraft zusammenfasst.

#### Beratungskompetenz:

- Diskretion
- Einfühlungsvermögen
- Verständliche Sprache
- Beobachtung des Betroffenen, Befragung
- Erläuterung der geplanten Maßnahmen
- Mögliche Komplikationen, z. B. inkontinenz-assoziierte Dermatitis und Hautpflege
- Demonstration von Hilfsmitteln
- Anleitung beim Gebrauch von Hilfsmitteln

Zunächst ist es wichtig, die verschiedenen Formen der Inkontinenz voneinander zu unterscheiden.

#### Praxistipp

Auch für die Kontinenzberatung ist es sinnvoll, eine Beratungstasche mit Anschauungsmaterial zusammenzustellen. Dadurch kann die Scheu vor möglichen Hilfsmitteln reduziert werden. Je nach Verweildauer des Betroffenen sollte auch schriftliches Informationsmaterial angeboten bzw. der Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Kontinenzberatungsstellen vermittelt werden.

### 6.4.3 Klassifizierung der Inkontinenz

Je nach Genese der funktionellen Störung werden verschiedene Inkontinenzformen unterschieden. Prinzipiell wird differenziert, ob es sich um eine Störung der Speicherfunktion der Blase, um eine Störung der Blasenentleerung, eine Kombina-

tion dieser Störungen oder eine Beeinträchtigung außerhalb der Blase handelt.

### Formen der Inkontinenz:

1. Funktionelle Inkontinenz: Bei dieser Form des unfreiwilligen Harnverlusts ist der Urogenitaltrakt ohne pathologischen Befund; durch eine Beeinträchtigung der Mobilität oder durch kognitive Defizite kommt es jedoch zum Urinabgang.
2. Harninkontinenz aufgrund veränderter Speicher- oder Entleerungsfunktion:
  - Stressinkontinenz oder Belastungsinkontinenz: In Zusammenhang mit körperlicher Belastung kommt es zum unfreiwilligen Harnverlust, etwa beim Husten, Niesen oder Lachen. Die Speicherfunktion der Harnblase ist beeinträchtigt. Der Begriff Belastungsinkontinenz wird mittlerweile im deutschsprachigen Raum bevorzugt.
  - Dranginkontinenz: Durch einen plötzlichen und kaum zu unterdrückenden Harndrang kommt es zum unfreiwilligen Urinverlust. Auch hier ist die Speicherfunktion der Harnblase beeinträchtigt. Die Unterteilung sensorisch oder motorisch wird nicht mehr vorgenommen.
  - Mischinkontinenz: diese Störung der Blasenspeicherfunktion tritt sowohl im Zusammenhang mit Harndrang als auch bei körperlicher Belastung auf.
3. Extrarethrale Inkontinenz: Bei dieser Form der Inkontinenz ist sowohl die Speicherfunktion als auch die Entleerungsfunktion beeinträchtigt. Ein ständiger Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre liegt vor, beispielsweise eine Blasen-Scheidenfistel.
4. Inkontinenz bei chronischer Harnretention: Früher wurde diese Störung auch als »Überlaufblase« bezeichnet. Die Entleerungsfunktion ist beeinträchtigt, die Harnblase ist möglicherweise nach dem Toilettengang tastbar. Es kommt zur Restharnbildung.
5. Unkategorisierbare Inkontinenz: Es liegt ein unfreiwilliger Urinverlust vor, der nicht eindeutig zuzuordnen ist.

Die Ursachen für diese Funktionsstörungen liegen in der Blase selbst, nämlich in der Funktion der

zentralen oder peripheren Innervation der Harnwege, etwa bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, wie MS, Morbus Parkinson, Apoplex oder Demenz, in einer Funktionsstörung des Beckenbodens, in einer hormonellen Veränderung, etwa bei Östrogenmangel oder in einer Veränderung der Prostata.

- Eine Veränderung der Genital- und Vaginalschleimhaut durch Östrogenmangel nach dem Klimakterium führt über die nachlassende Elastizität zu einer Harninkontinenz. Verstärkt wird das Problem durch die häufig gleichzeitig auftretende Belastungs- oder Dranginkontinenz. Dieses Problem wurde in der Aktualisierung allerdings gestrichen.

Als Ursache kommt auch eine Medikamenten-nebenwirkung in Frage, z. B. bei der Einnahme von Benzodiazepinen oder anderen zentral wirksamen Substanzen. Auch Diuretika können einen unwillkürlichen Harnverlust bewirken.

- Die Beeinträchtigung der Kontinenz kann auch durch eine Einschränkung der Mobilität verursacht werden, wenn die Funktion der harnableitenden Organe zwar intakt ist, die Toilette jedoch nicht mehr rechtzeitig aufgesucht werden kann.

Beratungsaufgabe der Pflegefachkraft oder des Kontinenzbeauftragten ist es, mit dem Patienten, dem Bewohner und gegebenenfalls den Angehörigen vorerst über Formen und Ursachen des Problems zu sprechen. Dadurch wird die Compliance verbessert, weil die Gefahr der Stigmatisierung sinkt.

## 6.5 Standardkriterium 4

**S4** Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Planungskompetenz zur Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz. **P4** Die Pflegefachkraft plant unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen mit dem Patienten/Bewohner und ggf. mit seinen Angehörigen individuelle Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz

bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen. **E4** Ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils liegt vor.

### 6.5.1 Implementierung

Nachdem das Pflegeproblem identifiziert wurde, erfolgt die Festlegung des Pflegeziels, das prinzipiell in einer Verbesserung des Kontinenzprofils besteht. Dabei muss einerseits berücksichtigt werden, dass eine Verbesserung manchmal nur schrittweise möglich ist und deshalb eine Unterteilung in Nah- und Fernziele vorgenommen wird, andererseits ist es wichtig, dass der Betroffene selbst bestimmt, welches Profil er erreichen möchte.

Bei Betroffenen, die dies nicht verbalisieren können, muss das Verhalten beobachtet werden, um die Akzeptanz der Maßnahmen beurteilen zu können. Die Nahziele sollten möglichst kurzfristig, im Abstand von wenigen Wochen formuliert und evaluiert werden, damit bei Nichterreichen der Ziele frühzeitig reagiert werden kann.

#### Praxistipp

Die Formulierung von Nah- und Fernzielen ist meist schwierig, lediglich bei vorbestehender Hautschädigung ist das Nahziel zunächst die Abheilung des Hautdefekts, wobei eine eindeutige Festlegung in Millimetern erfolgen muss.

Das Fernziel ändert sich wenig, da als übergeordnetes Ziel immer die Autonomie und das Wohlbefinden des Patienten sowie die unversehrte, intakte Haut zu betrachten ist.

Prinzipiell muss eine regelmäßige Evaluation der Hautpflege in individuell festzulegenden Abständen erfolgen. In diesem Zusammenhang sollten auch die festgelegten Pflegeziele überprüft werden. Da die Inkontinenz nicht als Problem sondern als »normale« Auswirkung des Alters betrachtet wird, findet man in der Pflegeplanung oftmals Aussagen, wie »Wohlbefinden« und »intakte Haut« ohne das Ziel, die Inkontinenz an sich verbessern zu wollen.

Von besonderer Bedeutung sind auch die individuellen Ziele des Betroffenen. Die individuellen Ziele des Betroffenen können nur dann berücksichtigt werden, wenn der Patient Vertrauen zur Pflegeperson besitzt und offen über seine Bedürfnisse sprechen kann.

➤ **Dabei sollte man vor allem bei der Auswahl des Inkontinenzmaterials darauf achten, dass die Ziele von Pflegepersonen und Angehörigen häufig nicht mit dem individuellen Ziel des Betroffenen übereinstimmen.**

Pflegepersonal und Angehörige neigen dazu, eine zu große Inkontinenzversorgung auszuwählen, um nasse Kleidung oder Bettwäsche zu vermeiden. Für den Patienten selbst ist normalerweise eine kleinere Einlage angenehmer zu tragen und schränkt die Mobilität weniger ein. Von Vorteil ist auch, dass der Betroffene mit dem ausgewählten System möglichst selbstständig umgehen kann. Dadurch wird der unabhängige Toilettengang erleichtert.

Schließlich wird ein individueller Maßnahmenplan erarbeitet, bei dem nach Möglichkeit der Patient beziehungsweise der Bewohner mitarbeitet. Die Kooperation der Angehörigen findet nur statt, wenn der Betroffene sein ausdrückliches Einverständnis hierfür erteilt hat.

### 6.5.2 Maßnahmenplan

An dieser Stelle folgt zunächst eine Auflistung der möglichen Interventionen, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Die einzelnen Maßnahmen werden im Anschluss beschrieben.

➤ **Da sowohl Probleme als auch Ressourcen und Ziele individuell sehr variabel sind, erfolgt anstelle einer Pflegeplanung in diesem Kapitel die ausführliche Darstellung der möglichen Pflegemaßnahmen.**

#### Übersicht der Maßnahmen:

- Flüssigkeitszufuhr, wichtig sind Menge und Art der Getränke (► Abschn. 6.5.3)
- Gewichtsreduktion (► Abschn. 6.5.3)
- Obstipationsprophylaxe (► Abschn. 6.5.3)

- Förderung der Autonomie (▶ Abschn. 6.5.3)
- Blasentraining ohne oder mit unterstützender Technik (Biofeedback) (▶ Abschn. 6.5.4)
- Beckenbodentraining (▶ Abschn. 6.5.4)
- Blasenentleerung mit:
  - Intermittierendem Katheterismus (▶ Abschn. 6.5.4)
  - Valsalva-Technik oder Triggern (▶ Abschn. 6.5.4)
  - Doppel- oder Dreifachmiktion (Restharn) (▶ Abschn. 6.5.4)
- Toiletentraining (▶ Abschn. 6.5.4)
  - Angebotener Toilettengang
  - Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten
  - Toilettengang zu festgelegten Zeiten: der Effekt ist in Studien nicht nachweisbar!
- Hilfsmiteinsatz (▶ Abschn. 6.5.5)
  - Funktionell-anatomische Hilfsmittel
  - Mobile Toilettenhilfen
  - Ableitende Hilfsmittel
  - Aufsaugende Hilfsmittel (körperfern oder körpernah)

Die wichtigsten Elemente der Kontinenzförderung sollen im folgenden Abschnitt genauer beschrieben werden.

### 6.5.3 Allgemeine Maßnahmen

Maßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung und der Verbesserung der Selbstständigkeit können interdisziplinär bearbeitet werden und die Kontinenzsituation verbessern.

#### Flüssigkeitszufuhr

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist ein wichtiger Faktor zur Vermeidung des ungewollten Harnabgangs, da gerade bei der Dranginkontinenz die Symptomatik durch den stark konzentrierten Urin verstärkt werden kann.

Eine Trinkmenge von 1,5 bis 2 l in 24 Stunden wird empfohlen, besser ist jedoch eine genaue Berechnung des Gesamtflüssigkeitsbedarfs und der Trinkmenge. Tatsache ist, dass gerade ältere Men-

schen Probleme haben, eine bedarfsgerechte Flüssigkeitszufuhr zu erreichen. Gezielte Maßnahmen werden im Zusammenhang mit dem Expertenstandard Ernährungsmanagement beschrieben (▶ Kap. 8).

#### Praxistipp

Entscheidend ist jedoch nicht nur die Menge sondern auch die Art der Getränke. So muss man davon ausgehen, dass vor allem der Genuss von Kaffee, Alkohol und Zitrusgetränken einen negativen Einfluss auf die Inkontinenz ausüben.

Empfehlenswert sind gut verträgliche Getränke, wie Wasser, Tee oder verdünnte Säfte. Gleichzeitig bewirkt die bedarfsgerechte Flüssigkeitszufuhr eine Prophylaxe von Harnwegsinfekten und Obstipation.

#### Praxistipp

Ein Wirkstoff, der in Preiselbeeren und Cranberryfrüchten oder -saft enthalten ist, bewirkt die Bildung eines Schutzfilms auf der Blasen-schleimhaut, der die Anhaftung von Bakterien am Epithel verhindert und dadurch ebenfalls Harnwegsinfekte reduziert.

#### Gewichtsreduktion

Übergewicht bedeutet in doppelter Hinsicht einen Risikofaktor für Inkontinenz. Einerseits werden die Organe des kleinen Beckens durch das Gewicht und somit durch einen erhöhten Druck belastet und die Speicherfunktion der Blase dadurch eingeschränkt. Besonders die Belastungsinkontinenz wird durch einen erhöhten Druck auf die Harnwegsstrukturen infolge eines erhöhten Anteils an Fettgewebe im Bauchraum verursacht.

Andererseits wird bei einem erhöhten BMI aufgrund biochemischer Mechanismen der Beckenboden geschädigt und der Schließmuskel belastet. Bei Frauen mit einem BMI über 35 konnte ein um 125 % erhöhtes Inkontinenzrisiko festgestellt werden.

- Eine gezielte Gewichtsreduktion ist bei inkontinenzgefährdeten Menschen sinnvoll, zur Unterstützung kann eine Ernährungsberatung empfohlen werden.

### Obstipationsprophylaxe

Die Obstipation bewirkt über den gleichen Mechanismus des erhöhten intraabdominellen Drucks eine Beeinträchtigung der Kontinenz. Maßnahmen der Obstipationsprophylaxe bewirken deshalb gleichzeitig eine Entlastung von Blase und ableitenden Harnwegen.

#### Darmmanagement:

- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (► Kap. 8)
- Bewegungsförderung
- Ballaststoffreiche Ernährung
- Meiden von obstipierenden Nahrungsmitteln, etwa Schokolade, Bananen, Weißbrot
- Verdauungsfördernde Nahrungsmittel bevorzugen, z. B. Joghurt, Vollkornprodukte, Salate, Gemüse, Sauerkraut oder Dörrobst
- Einhalten eines regelmäßigen Tagesrhythmus
- Massage des Colons zur Anregung der Peristaltik

- Laxanzien führen zu Obstipation und sollten deshalb nur bei strenger Indikationsstellung eingesetzt werden.

### Förderung der Autonomie

Eine unterschätzte Maßnahme der Kontinenzförderung ist die Unterstützung der Selbstständigkeit des Betroffenen im Hinblick auf die Erreichbarkeit von sanitären Einrichtungen. Dabei muss sowohl die allgemeine bauliche Situation bedacht werden, also der Weg zur Toilette, die Entfernung, die Beleuchtung, die Beschilderung, die Möglichkeit des Transfers auf die Toilette oder die Toilettenhöhe, als auch die individuelle Situation des Betroffenen.

Körperliche und geistige Einschränkungen erschweren die selbstständige Benutzung der Toilette. Überprüft werden müssen deshalb die Orientierungsfähigkeit, die Mobilität, die Verwendung von Gehhilfen, die Bekleidung, die Fingerfertigkeit und das Sehvermögen.

- Maßnahmen der Mobilitätsförderung, der Überprüfung der Umgebung und Bekleidung, Orientierungshilfen und die Anpassung der Beleuchtung stellen kontinenzfördernde Maßnahmen dar.

### 6.5.4 Spezielle Maßnahmen

Um im Einzelfall eine Kontinenzförderung zu erreichen, müssen spezielle Maßnahmen durchgeführt werden.

#### Blasentraining

Da es sich bei der Blase um einen muskulären Hohlraum handelt, dessen Dehnungszustand für den Harndrang verantwortlich ist, kann durch ein gezieltes Hinauszögern das Blasenvolumen gesteigert werden. Sobald ein Harndrang verspürt wird, soll der Toilettengang um einige Minuten verzögert werden. Dieses Intervall wird kontinuierlich gesteigert, um letztendlich ein Zeitintervall von 3 bis 4 Stunden zu erreichen.

Eingesetzt wird das Blasentraining insbesondere bei Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz, um durch operantes Konditionieren, also eine verhaltenstherapeutische Intervention, ungünstige Gewohnheiten abzustellen. Nicht geeignet ist die Methode für Menschen mit deutlichen kognitiven Defiziten, zumal bei den Betroffenen der Eindruck entstehen kann, sie würden beim Toilettengang vertröstet werden.

- Kontraindiziert ist das Blasentraining bei Harnwegsinfekten.

Nicht zu verwechseln ist das Blasentraining zur Kontinenzförderung mit der Maßnahme des Blasentrainings, das früher eingesetzt wurde, wenn ein transurethraler Dauerkatheter gezogen werden sollte. Diese Maßnahme wird aus Gründen der Blasenhygiene nicht mehr durchgeführt.

#### Beckenbodentraining

Vor allem bei der Belastungsinkontinenz von Frauen aber auch bei anderen Inkontinenzformen von Personen jeden Alters kann durch das Beckenboden-

training eine Verbesserung der Kontinenz erreicht werden. Dabei wird durch gezielte Gymnastikübungen der Beckenboden angespannt und entspannt.

- **Grundvoraussetzung für den Erfolg der Übungen ist die Fähigkeit des Patienten, den Beckenboden zu spüren, zu lokalisieren und gezielt anzuspannen. Dies gelingt umso besser, wenn anatomische Kenntnisse vermittelt und Übungsanleitungen durch Physiotherapeuten oder Kontinenzbeauftragte erklärt werden.**

Angeboten wird das Beckenbodentraining auch durch Hebammen nach der Entbindung. Erfolgreich ist die Methode nur dann, wenn regelmäßig, täglich und kontinuierlich trainiert wird. Das Beckenbodentraining kann zusätzlich durch eine unterstützende Technik ergänzt werden. Zum Einsatz kommt die Methode des Biofeedbacks, bei der durch ein optisches oder akustisches Signal die Aktivität der Muskulatur angezeigt wird.

Bei der Elektrostimulation werden Elektroden dermal, vaginal oder anal appliziert, die einen elektrischen Reiz an die Muskulatur abgeben und dadurch eine Kontraktion auslösen. Außerdem können Vaginalkonden, also kegelförmige Gewichte, eingesetzt werden, die zur Anspannung der Beckenbodenmuskulatur verwendet werden (■ Abb. 6.3).

- **Das Beckenbodentraining mit unterstützender Technik wird nicht von allen Betroffenen toleriert und kann prinzipiell nur bei kooperationsfähigen Patientinnen eingesetzt werden.**

## Blasentleerung

Maßnahmen zur kontrollierten Entleerung der Blase werden bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen angewendet.

### ■ Intermittierender Katheterismus

Diese Form der Blasentleerung kann durch die Pflegefachkraft oder nach eingehender Schulung durch den Patienten selbst angewendet werden. Mittels eines Einmalkatheters wird die Blase in regelmäßigen Abständen entleert, um eine Harnretention zu vermeiden.



■ **Abb. 6.3** Vaginalkonden »LadySystem« ©APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dresden

Wird der intermittierende Katheterismus durch den Patienten selbst durchgeführt, besteht die Aufgabe der Pflegefachkraft in der korrekten Anleitung und Unterstützung des Patienten, besonders unter hygienischen Aspekten.

### ■ Valsalva-Technik oder Triggern

Sofern ein intermittierender Katheterismus nicht möglich ist, kann nach sorgfältiger urodynamischer Abklärung eine Blasausscheidung durch die Valsalva-Technik ausgelöst werden. Auch hierfür muss der Patient zunächst eingehend informiert werden.

Bei dieser Methode zur Blasenentleerung wird durch die Einwirkung von hohem Druck auf den Unterbauch mit den Händen eine Miktion ausgelöst. Bekannt ist die Methode auch unter dem Namen Credé-Technik. Eine andere Form dieser Blasenentleerung ist das Triggern, bei dem die Miktion durch Beklopfen der Blasenregion provoziert wird.

- **Beide Methoden sind bei neurogener Blasen-funktionsstörung mit großen Risiken verbunden, wobei vor allem Nierenschädigungen entstehen können, und sollten deshalb nicht mehr durchgeführt werden.**

### ■ Doppel- oder Dreifachmiktion

Ziel dieser Methode ist die vollständige Entleerung der Blase zur Vermeidung einer Restharnbildung. Dabei wird im Abstand von etwa 15 Minuten nach dem Toilettengang noch einmal oder zweimal die Blase entleert. Die Effektivität der Doppel- oder Dreifachmiktion ist umstritten, in der Praxis wird sie selten eingesetzt.



**Praxistipp**

Vorteil der Vermeidung der Restharnbildung ist jedoch die Reduktion von Harnwegsinfekten.

**Toilettentraining**

Das Toilettentraining ist vermutlich die häufigste Methode der Kontinenzförderung, wobei die Intervention zu festgelegten Zeiten in Form von Routinetoilettengängen vor allem in Langzeitpflegeeinrichtungen am häufigsten praktiziert wird. Ein positiver Effekt dieser Maßnahme ist in Studien nicht nachweisbar.

➤ **Im Gegensatz zum angebotenen Toilettentraining und vor allem zum Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten, werden dem Betroffenen kein positives Feedback und somit auch keine aktive Förderung der Kontinenz vermittelt.**

Eine verhaltenstherapeutische Intervention mit Trainingseffekt ist durch Routinetoilettengänge nicht erreichbar. Empfohlen wird deshalb die Intervention des angebotenen Toilettengangs beziehungsweise des Toilettengangs zu individuellen Entleerungszeiten. Nicht nachgewiesen ist die Effektivität der Maßnahmen in der Nacht, da kaum Studien vorliegen und die Intervention mit dem Ziel des ungestörten Schlafs kollidiert. Unter Berücksichtigung individueller Gewohnheiten sollte deshalb in der Nacht eine angemessene Versorgung gewählt werden und die Möglichkeit des Toilettengangs gewährleistet sein, wenn der Betroffene wach ist, besonders wenn das Kontinenzprofil in der Nacht von den festgestellten Fähigkeiten am Tag abweicht.

**Praxistipp**

Wenn bei einer Demenz im Endstadium oder bei einer stark erhöhten Miktionsfrequenz keine positiven Effekte festzustellen sind, sollte die Sinnhaftigkeit der Maßnahme überprüft werden. Nach einer Übungsphase von drei Tagen kann die Pflegefachkraft überprüfen, ob der Betroffene überhaupt auf die Maßnahme anspricht.

**■ Angebotener Toilettengang**

Beim angebotenen Toilettengang soll hingegen in Form einer verhaltenstherapeutischen Maßnahme die Kontinenz verbessert werden. Er beruht auf einer positiven Verstärkung einer erfolgreichen Blasenkontrolle und kann auch bei Menschen mit kognitiven Defiziten durchgeführt werden.

Voraussetzung für diese pflegerische Maßnahme ist die genaue Beobachtung des inkontinenten Patienten oder Bewohners und das Anbieten von Hilfe bei den Toilettengängen mit anschließender positiver Verstärkung. Der angebotene Toilettengang verläuft immer nach einem bestimmten Schema.

**Ablauf:**

1. Zu festgelegten Zeiten und in regelmäßigen Abständen wird Kontakt zur Person aufgenommen und direkt erfragt, ob sie eingenässt hat
2. Die Aussage des Betroffenen wird überprüft, bei Richtigkeit folgt ein verbales Feedback
3. Bei Bedarf erhält die Person Unterstützung bei der Hygiene, beim Wechsel der Kleidung und des Inkontinenzmaterials
4. Bei Bedarf wird Unterstützung angeboten
5. Bei erfolgreichem Toilettengang wird die Person gelobt; im Anschluss wird für den nächsten Toilettengang auf eine Kontaktaufnahme verwiesen und Unterstützung angeboten

Die Wirksamkeit dieser Methode wurde in Studien belegt. Festzuhalten bleibt, dass die Maßnahme zwar mit einem erheblichen personellen Aufwand verbunden ist, die Nachfrage der Toilettenbenutzung jedoch eindeutig anstieg und die Episoden von Inkontinenz messbar nachließen. Abhängig ist die Verbesserung der Inkontinenz von der Ausprägung der Symptomatik und den Zeitintervallen des angebotenen Toilettengangs.

➤ **Bei leichter Inkontinenz waren dreistündige Intervalle ausreichend, bei mittelschwerer Inkontinenz wurden zweistündige Intervalle benötigt und bei schwerer Inkontinenz konnte eine Verbesserung bei stündlichen Toilettengängen erreicht werden.**

### ■ Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten

Bei dieser Maßnahme zur Förderung der Kontinenz erfolgt das Angebot des Toilettengangs zu individuellen Zeiten. Geeignet ist die Intervention besonders für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Obwohl die Methode bisher nur in wenigen Studien überprüft wurde, waren die Ergebnisse positiv. Grundvoraussetzung für die Durchführung ist eine differenzierte Einschätzung der Kontinenz und eine ausführliche Erhebung der individuellen Ausscheidungszeiten durch das Miktionsprotokoll (► Anhang 14).

➤ **Das Angebot des Toilettengangs findet immer vor den individuellen Uhrzeiten statt, zu denen laut Miktionsprotokoll eine unwillkürliche Blasenentleerung erfolgte. Hierfür muss ein individueller Toilettenplan erstellt und eingehalten werden.**

Beobachtet werden konnte, dass nicht nur die Episoden der Inkontinenz reduziert wurden, sondern auch die Menge des ungewollt ausgeschiedenen Urins und gleichzeitig das Auftreten von Hautproblemen.

Eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Kontinenz besteht in der Verabreichung einer Substanz, die außerdem als Antidepressivum eingesetzt wird und eine Tonisierung des Blasenhalbes bewirkt. Dabei handelt es sich um den Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine, der in Deutschland derzeit unter dem Handelsnamen Yentreve® zur Behandlung der Belastungsinkontinenz auf dem Markt ist.

#### Praxistipp

Eine Verbesserung der Kontinenz konnte außerdem durch ein passives Beckenbodentraining bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität erreicht werden, die mit Unterstützung stehen können und auf einem vibrierenden Trainingsgerät lediglich stehen sollen.

Bei geriatrischen Patienten wurde durch die Vibration eine allgemeine Verbesserung der Muskelkraft beobachtet, die auch den Beckenboden einschließt.

## 6.5.5 Hilfsmittel

Die Vielzahl der angebotenen Hilfsmittel zur Verbesserung der Kontinenzsituation stellt Betroffene und Angehörige vor das Problem der Entscheidungsfindung und erfordert gezielte Beratung. Die angebotenen Materialien können in vier Gruppen eingeteilt werden.

### Einteilung von Hilfsmitteln:

1. Funktionell-anatomische Hilfsmittel
2. Mobile Toilettenhilfen
3. Ableitende Hilfsmittel
4. Aufsaugende Hilfsmittel

### Funktionell-anatomische Hilfsmittel

Hierzu zählen Materialien, die sich an den anatomischen Gegebenheiten orientieren und entweder intravaginal oder intraurethral appliziert werden. Dazu zählen Pessare, Tampons und Harnröhrenstöpsel, die den Blasenhalbes und die Urethra stützen oder verschließen und individuell angepasst werden müssen. Problematisch bei der Anwendung ist die geringe Akzeptanz der Betroffenen, die Möglichkeit von Schleimhautreizungen und Infektionen sowie die Notwendigkeit genauer anatomischer Kenntnisse, um das Hilfsmittel korrekt einlegen zu können.

➤ **Funktionell-anatomische Hilfsmittel sind nur für kooperationsfähige Patientinnen geeignet.**

### Mobile Toilettenhilfen

Diese Hilfsmittel dienen mobilitätseingeschränkten Menschen zur Erhaltung der Kontinenz und werden als Alternative zur Toilette eingesetzt. Verwendet werden Steckbecken, verschiedene Urinflaschen und Toilettenstühle.

➤ **Die Benutzung von mobilen Toilettenhilfen ist für den Betroffenen besonders unangenehm, wenn die Intimsphäre verletzt wird, beispielsweise durch andere Personen im Zimmer.**

### Ableitende Hilfsmittel

Diese Form von Hilfsmitteln kann vorübergehend oder dauerhaft eingesetzt werden, sollte jedoch nur dann in Betracht gezogen werden, wenn keine

andere Möglichkeit existiert. Besonders zu beachten ist die Infektionsgefahr, sowohl beim intermittierenden Selbstkatheterismus als auch bei Blasenverweilkathetern.

➤ **Aus diesem Grund dürfen transurethrale Blasenverweilkatheter nur nach einer strengen ärztlichen Indikationsstellung gelegt werden und sind immer als kurzfristige Maßnahme gedacht. Bei einer zu erwartenden Liegedauer von mehr als fünf Tagen muss eine suprapubische Ableitung angestrebt werden.**

Das Risiko nosokomialer Harnwegsinfekte steigt mit zunehmender Katheterisierungsdauer und in Abhängigkeit vom Kathetermaterial. Latexkatheter müssen nach maximal 5 Tagen entfernt oder gewechselt werden, latexbeschichtete Katheter nach 1 bis 2 Wochen, Silikonkatheter können bis zu 4 Wochen liegen. Bei suprapubischen Blasenkathe- tern aus Silikon oder Polyurethan beträgt die Liege- dauer bis zu 2 Monate.

#### Praxistipp

Eine Diskonnektion muss möglichst vermieden werden. Die Ballonfüllung zum Blocken des Katheters sollte mit sterilem Aqua dest. oder besser mit einer 8 bis 10 % Glycerin-Wasser- lösung vorgenommen werden. Inkrustationen am Katheter müssen durch eine ausreichende Harnmenge und gegebenenfalls durch das Ansäuern des Urins reduziert werden.

Eine weitere Möglichkeit von ableitenden Hilfs- mitteln sind Kondomurinale und Urinkollektoren. Vorteil dieser Materialien ist die geringere Infek- tionsgefahr im Vergleich zu invasiven Maßnah- men, Nachteil ist die Hautirritation und bei Urin- kollektoren die Gefahr des Verrutschens.

### Aufsaugende Hilfsmittel

Die Auswahl des geeigneten Materials ist abhängig von der Menge des ungewollt verlorenen Urins und von persönlichen Wünschen des Patienten. Als An- haltspunkt dient die Menge, die in etwa vier Stun- den ausgeschieden wird.

#### Verlust in vier Stunden:

- Leichte Inkontinenz: 50–100 ml
- Mittlere Inkontinenz: 100–200 ml
- Schwere Inkontinenz: 200–300 ml
- Schwerste Inkontinenz: > 300 ml

Unabhängig davon, ob ein offenes oder ein geschlos- senes System bevorzugt wird, muss das Inkonti- nenzmaterial spezielle Anforderungen erfüllen. Das offene System hat im Vergleich zum geschlossenen System Vorteile bei der Autonomie des Patienten.

#### Eigenschaften von Inkontinenzmaterial:

- Unparfümiert
- Keine Isolation und Wärmestau
- Luftdurchlässiges Material
- Geeignete Passform
- Angemessene Aufnahmekapazität
- Füllungszustand von außen kontrollierbar, durch farbliche Markierung

Bei allen Maßnahmen ist die Intimsphäre des Pa- tienten von enormer Bedeutung, da die Pflege und Versorgung mit einem Entblößen der Genitalre- gion verbunden ist und deshalb für den Betroffe- nen besonders peinlich und unangenehm ist.

Wenn das Pflegepersonal eine angenehme At- mosphäre schaffen kann, hat dies direkte Auswir- kungen auf die Frequenz der Maßnahmen. Gerade der Wechsel von Inkontinenzmaterial sollte immer dann erfolgen, wenn trotz der Absorptionsfähigkeit des Materials Nässe auf der Haut entsteht.

➤ **Eine Kombination von offenen und geschlos- senen Materialien ist kontraindiziert.**

Sollte die Versorgung nicht ausreichend sein, muss entsprechend häufiger gewechselt oder ein anderes System ausprobiert werden.

#### Ambulante Pflege

Vor allem in der ambulanten Pflege und in der nächtlichen Versorgung ist der zeitgerechte Wechsel des Inkontinenzmaterials schwierig. Wenn keine Angehörigen vorhanden sind oder diese einen Wechsel des Inkontinenzmaterials nicht bewältigen können, kann dies die Mög- lichkeit der ambulanten Versorgung limitieren.

### 6.5.6 Besonderheiten bei der Inkontinenzversorgung

Die Haut als Barriere zwischen Körper und Umwelt ist mit ungefähr zwei Quadratmetern Größe ein wichtiges Organ und dient auch der Reizaufnahme von Sinneswahrnehmungen. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Epidermis, die zum Schutz der darunterliegenden Schichten einen Hydrolipidfilm besitzt und aus Talg, Schweiß und CO<sub>2</sub> den Säureschutzmantel produziert.

Bei Inkontinenz ist dieses Organ speziellen Belastungen ausgesetzt, die Auswirkungen auf die Reizaufnahme von Temperatur-, Tast- und Schmerzsinne und auf das Wohlbefinden des Betroffenen haben. Die Schutzfunktionen der Epidermis können durch Feuchtigkeit, Reibung, Druck und die aggressiven Inhaltsstoffe von Harn und Stuhl geschädigt werden.

#### Hautprobleme bei Inkontinenz

Insbesondere durch permanente Feuchtigkeit neigt die Haut zu Mazerationen, die dann schnell zu kleineren Einrissen und oberflächlichen Hautdefekten führen können. Dadurch entsteht eine Eintrittspforte für Bakterien und Pilze. Häufige Hautprobleme bei Inkontinenz sind Intertrigo, Infektionen, Ekzeme oder sogenannte Windeldermatitiden.

#### ■ Allgemeine Maßnahmen

Bei nicht geschädigter Haut erfolgt eine intensive, an den Bedürfnissen der Haut orientierte Pflege. Ein Teil der Betroffenen leidet unter trockener Altershaut, die besonders vorsichtig gereinigt und gepflegt werden muss. Der Hautturgor ist meist ab dem 6. Lebensjahrzehnt durch eine verminderte Wasserbindungskapazität herabgesetzt, die Haut ist rau, schuppig und neigt zu Juckreiz.

#### Hautreinigung und Hautpflege:

- Klares Wasser
- Keine Seifen
- Bei starker Verunreinigung Waschlotion mit leicht saurem pH (< 5,5)
- Sparsame Dosierung von Reinigungsmitteln
- Gründliches Abspülen der Waschsubstanz
- Waschlappen nicht mehrfach verwenden
- Gut trocknen aber nicht rubbeln

- Duschen statt Baden
- Wassertemperatur möglichst niedrig wählen
- Hauttypgerechte Verwendung von Pflegemitteln
- W/Ö-Lotionen bei trockener Haut bevorzugen
- Keine Salben, Pasten, Puder
- Kompressen oder Saugkompressen in trockene Hautfalten legen

#### ■ Spezielle Maßnahmen

Sobald Hautdefekte entstanden sind, sollten weitere Maßnahmen ergriffen werden, um eine Abheilung zu ermöglichen.

Eine antiseptische Behandlung ist bei Intertrigo, Infektionen und Hautdefekten indiziert, bei denen die oberen Hautschichten geschädigt sind. Bei bakterieller Superinfektion oder Candidose muss eine gezielte therapeutische Maßnahme durch den behandelnden Arzt eingeleitet werden. Antibiotikahaltige Salben oder Pilmittel werden nicht prophylaktisch sondern nach Keimbestimmung verabreicht.

➤ **In der Praxis werden insbesondere Heilsalben mit antimykotischer Wirkung häufig unkontrolliert und oft für einige Tage angewendet. Diese Präparate sind nicht rezeptpflichtig und werden auch von Pflegefachkräften empfohlen. Dadurch entstehen jedoch Resistenzen und fast immer ist das Hautproblem nur vorübergehend gebessert.**

Ebenso ist die lokale antibiotische Therapie genau abzuwägen, da neben der Resistenzbildung eine eingeschränkte Wirksamkeit und sogar ein wundheilungshemmender Effekt beschrieben wurden.

Auch bei der Verwendung von Inkontinenzmaterial kann die defekte Haut mit Hydrokolloidverbänden, Polyurethan oder Alginaten abgedeckt werden, es sollte allerdings darauf geachtet werden, dass das Material gut hält und der Verband nicht ständig abgenommen und erneuert werden muss.

Zum Schutz der Haut, etwa bei Diarrhö können Hautschutzpräparate mit einer Barrierefunktion eingesetzt werden, da die aggressiven Substanzen des dünnflüssigen Stuhls die Haut in kürzester Zeit enorm angreifen.

### ■ Ernährung zur Unterstützung der Hautpflege bei Inkontinenz

Hautpflege erfolgt von außen und innen, so dass der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (► Kap. 8) eine entscheidende Rolle zukommt. Die bedarfsgerechte Versorgung mit Kohlehydraten, Eiweiß, Vitaminen, Spurenelementen und Flüssigkeit unterstützt die Unversehrtheit und somit die Abwehr- und Schutzfunktion der Haut.

#### Ernährung bei Inkontinenz:

- Proteine und Kohlenhydrate
- Vitamin A, C und E
- Selen
- Zink und Eisen

Wenn der Betroffene die erforderlichen Nährstoffe nicht mit der normalen Kost zu sich nehmen kann, ist die Substitution einzelner Stoffe durch Zusatznahrung oder Nahrungsergänzungsmittel möglich.

## 6.6 Standardkriterium 5

**S5a** Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte Personalplanung, ein Kontinenz förderndes Umfeld, geschlechtsspezifische Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz. **S5b** Die Pflegefachkraft verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu Maßnahmen der Kontinenzförderung und der Anwendung von Hilfsmitteln. **P5** Die Pflegefachkraft koordiniert die multidisziplinäre Behandlung und sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans. Auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung wird unverzüglich reagiert. **E5** Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten und Bewohners bei der Ausscheidung angepasst.

### 6.6.1 Implementierung

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen allgemeinen und speziellen Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz werden in diesem Standardkriterium von der Expertenarbeitsgruppe zwei Forderungen ausgesprochen. Ein Kontinenz förderndes Umfeld beinhaltet zum einen die Erreichbarkeit, Nutzbar-

keit und Barrierefreiheit der Toiletten, zum anderen aber auch die Nutzbarkeit von Rufanlagen oder Hilfsmitteln. Maßnahmen sollten außerdem Beckenboden schonend und nicht überfordernd sein.

Wichtigste Aussage zu den Strukturkriterien ist die Verpflichtung der Einrichtung, für eine bedarfsgerechte Personalplanung zu sorgen. Diese Forderung ist zunächst erfreulich, da die personellen Ressourcen für den fördernden Umgang mit Kontinenz und die angemessene Unterstützung bei Inkontinenz in der Praxis sicherlich erheblich sind. Dennoch muss die Umsetzung dieses Kriteriums bei steigender »Leistungsverdichtung« im Alltag kritisch betrachtet werden.

- **Fraglich bleibt, ob die bedarfsgerechte Personalplanung zur vollständigen Umsetzung der Anforderungen des Expertenstandards überhaupt machbar und finanzierbar ist, auch in Hinsicht auf die demografische Entwicklung. Für den ambulanten Bereich ist diese Forderung nicht gültig, da sie nicht umsetzbar ist.**

Ein wichtiger Punkt der Personalplanung ist dennoch die Dienstplangestaltung unter dem Aspekt des Einsatzes von männlichen und weiblichen Pflegekräften, um die Intimsphäre der Betroffenen zu wahren.

- **Die Aussage der Expertenarbeitsgruppe, dass auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung unverzüglich reagiert wird, ist wahrscheinlich eine der bedeutendsten Aussagen des Expertenstandards.**

Außerdem sollte auch die Bedeutung des Phänomens Ekel bei der Kontinenzförderung bedacht werden. Dies betrifft sowohl die Versorgung durch Angehörige als auch die Betreuung durch professionelle Pflegekräfte. Allerdings wird das Problem eher thematisiert, wenn Angehörige die Versorgung übernehmen, da sie als Laien eher über Ekel und unangenehme Gefühle sprechen dürfen.

Einer professionellen Pflegekraft wird diese Möglichkeit nicht zugestanden, da man selbstverständlich davon ausgeht, dass jeder, der diesen

Beruf wählt, schon vorher weiß, dass die Tätigkeit mit dem Kontakt mit Ausscheidungen und unangenehmen Gerüchen verbunden ist.

#### Praxistipp

Im Alltag kommt es immer wieder vor, dass auf Ausscheidungswünsche von Pflegebedürftigen nicht oder verzögert reagiert wird. Dabei sollte das Phänomen Ekel nicht unterschätzt werden. Für die Mitarbeiter ist es deshalb von Vorteil, wenn über negative Gefühle im Zusammenhang mit Ausscheidungen offen gesprochen werden kann.

6

## 6.7 Standardkriterium 6

**S6** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Inkontinenz zu beurteilen. **P6** Die Pflegefachkraft überprüft in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg der Maßnahmen und entscheidet gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner, seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen über deren Fortführung bzw. Modifikation. **E6** Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten. Für den Patienten/Bewohner ist das individuell höchstmögliche Maß an Harnkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit sichergestellt.

### 6.7.1 Implementierung

Die Umsetzung dieser Forderung liegt in der Evaluation der durchgeführten Pflegemaßnahmen unter Berücksichtigung der zuvor formulierten Pflegeziele. Die Arbeitsgruppe hat die Vorgaben zur Evaluation genauer festgelegt.

### 6.7.2 Evaluation

Die Überprüfung der geplanten Maßnahmen ist der übergeordnete Faktor dieses Standardkriteriums.

Zunächst wird das Evaluationsintervall beschrieben, das wie bei allen anderen Expertenstandard auch nicht für alle Patienten oder Bewohner in allgemein gültigen Routineintervallen bestehen soll, sondern anhand der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen, anhand des Schweregrads der Symptomatik, anhand der Kooperationsfähigkeit und den jeweiligen Wünschen des Betroffenen individuell festgelegt werden muss.

➤ **Bei der Evaluation muss auch die differenzierte Einschätzung und Festlegung des aktuellen Kontinenzprofils berücksichtigt werden.**

Eine weitere Forderung bezieht sich auf die Integration von Patient oder Bewohner und – wenn dies gewünscht wird – auch von Bezugspersonen und Angehörigen. Die multiprofessionelle Kooperation, beispielsweise in Teamsitzungen mit den verschiedenen Berufsgruppen, bei der die Pflegefachkraft eine zentrale Koordinationsfunktion übernimmt, wird ebenfalls noch einmal eingefordert. Bei der Evaluation sollte beachtet werden, dass Maßnahmen, insbesondere das Toilettentraining, nur erfolgreich sind, wenn sie unter weitgehend stressfreien Bedingungen erfolgen.

## 6.8 Pflegedokumentation

Um die Implementierung in den Alltag zu gewährleisten, muss die Einrichtung verschiedene Dokumente zur Verfügung stellen.

#### Notwendige Formulare:

- Screening der Kontinenzsituation (► Anhang 1)
- Assessment des Kontinenzprofils (► Anhang 1)
- Miktionsprotokoll (► Anhang 14)
- Bilanzierungsblatt
- Standard Beckenbodentraining
- Standard Toilettentraining
- Standard Verwendung von Kontinenzhilfen
- Anschauungsmaterial

Vorgaben zur sinnvollen Benutzung der Formulare sind ebenfalls schriftlich zu formulieren. Insbesondere das Führen eines Miktionsprotokolls sollte nicht routinemäßig bei allen Inkontinenten und

dauerhaft erfolgen. Dies führt dazu, dass lückenhafte Protokolle vorliegen, die dann auch unter haftungsrechtlichen Aspekten bedenklich sind. Eine sinnvolle Auswertung von Miktionsprotokollen ist nur in Kombination mit Einfuhrprotokollen möglich.

## 6.9 Organisation

Als organisatorische Aufgabe wurde die Kontrolle und Anpassung der sanitären Anlagen bereits dargestellt (► Kap. 6.2.2).

Auch die Notwendigkeit einer Verfahrensregelung wurde erläutert (► Abschn. 6.3.1). In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Funktion und Aufgaben von Kontinenzbeauftragten eingegangen.

Üblicherweise stellt man jedoch fest, dass in der alltäglichen Pflegepraxis die Funktion des Kontinenzbeauftragten eher der Tätigkeit eines Inkontinenzbeauftragten entspricht. Die Aufgaben des Kontinenzbeauftragten liegen noch deutlich im organisatorischen Bereich, beispielsweise in der Bestellung, Koordination der Verordnungen, Lagerung und Überwachung des Verbrauchs von Inkontinenzmaterial. Hinzu kommt, dass diese Aufgaben vermehrt von den Herstellern des Materials begleitet werden, die ebenfalls Beratungen zur Versorgung mit Inkontinenzmaterial anbieten.

► **Dabei wird jedoch die Vermeidung, Diagnostik, Therapie und Durchführung von speziellen pflegerischen Interventionen häufig übersehen, so dass immer noch viele Pflegebedürftige mit aufsaugenden Hilfsmitteln versorgt werden, obwohl die Notwendigkeit eventuell gar nicht vorhanden wäre.**

## 6.10 Auswirkungen des Expertenstandards

Die Effekte des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege sind noch nicht eindeutig beweisbar. Mit Sicherheit hat sich der Umgang mit dem Thema durch die Veröffentlichung sensibilisiert.

Neuerungen und Veränderungen in der Pflege sind oft erst nach einigen Jahren zu beobachten, es ist deshalb davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren ein fachlich kompetenter Umgang mit der Kontinenzförderung stattfinden wird. Momentan konzentrieren sich die Maßnahmen noch oft auf die fachgerechte Versorgung mit aufsaugenden Hilfsmitteln.

## 6.11 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 1. Aktualisierung 2014

### 6.11.1 Präambel zum Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung 2014

Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes Problem, das in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten kann und statistisch gesehen überwiegend Frauen und ältere Menschen beiderlei Geschlechts betrifft. Demzufolge befassen sich auch die meisten Studien mit diesen beiden Personengruppen, wobei ältere Männer wissenschaftlich schlechter untersucht sind als ältere Frauen. Konkrete Zahlen zur Prävalenz von Inkontinenz zu nennen ist trotz eines Zuwachses an Forschungsergebnissen noch immer schwer, da es sich um ein ausgesprochen schambehaftetes, mit Vorurteilen besetztes Thema handelt. Viele von Inkontinenz betroffene Menschen suchen keine professionelle Hilfe, sondern sie verheimlichen ihre Problematik, auch weil sie glauben, Probleme mit der Harnausscheidung gehörten zu einem normalen Alterungsprozess dazu.

#### ■ Definition

Der Expertenstandard »Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung« befasst sich mit der Harninkontinenz bei erwachsenen Patienten/Bewohnern<sup>1</sup>, die inkontinent sind oder

<sup>1</sup> In diesem Expertenstandard können nicht alle in diesem Kontext zutreffenden Begriffe für die betreuten Menschen berücksichtigt werden, wie z. B. Klient, Gast, Betroffener, Mieter usw. Deshalb wurden die aus Expertenstandards bereits bekannten Bezeichnungen

zu einer Risikogruppe für die Entwicklung einer Inkontinenz gehören. In Anlehnung an die »International Continence Society« ist Harninkontinenz jeglicher unwillkürliche Harnverlust (Abrams et al. 2002a). Unter Kontinenz versteht die Expertenarbeitsgruppe die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Harnkontinenz beinhaltet weiterhin die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellungen zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen (Royle & Walsh zitiert in Getliffe & Dolman 1997). Der ebenfalls sehr wichtige Bereich der Stuhlinkontinenz wurde im vorliegenden Standard nicht berücksichtigt, da die einzuleitenden Maßnahmen sehr unterschiedlich sind. Auch die sehr spezielle Pflege von Betroffenen mit einem Urostoma konnte hier nicht mit einbezogen werden, ohne Gefahr zu laufen, wichtige Aspekte vernachlässigen zu müssen. Es wurde versucht, Wünschen aus der Praxis zur Hautpflege zu entsprechen, jedoch ist die inkontinenzassoziierte Dermatitis so komplex, dass sie hier nicht tiefer gehend berücksichtigt werden konnte.

#### ■ Anwender des Expertenstandards

Der Expertenstandard Kontinenzförderung richtet sich an Pflegefachkräfte<sup>2</sup> in Einrichtungen der ambulanten Pflege, der Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung. Gerade beim Thema der Inkontinenz gibt es aber auch zunehmend Beratungsangebote außerhalb dieser Settings, z. B. in Kontinenz-Beratungsstellen oder Sanitätshäusern,

---

Patient/Bewohner beibehalten. Zur sprachlichen Vereinheitlichung und damit zur besseren Lesbarkeit wird im Text lediglich die männliche Geschlechtsform verwendet. Die weibliche Form wird verwendet, wenn explizit Frauen gemeint sind.

- 2 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen) angesprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

die ebenfalls von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Auch in diesen Settings kann der Expertenstandard von Pflegefachkräften berücksichtigt werden, eine erfolgreiche Umsetzung hängt aber von der Kontinuität der pflegerischen Betreuung in diesen Bereichen ab.

Der ersten Aktualisierung des Expertenstandards liegt eine ausführliche Recherche der internationalen und nationalen Literatur von 1990 bis 2013 zu Grunde. Die Literatur zeigte kein einheitliches Bild und nicht jede empirische Untersuchung war methodisch akzeptabel. Deutlich wurde, dass Untersuchungen zur Kontinenzförderung aufgrund der multifaktoriellen Ursachen der Inkontinenz kaum ein vergleichbares Bild zeigen. Dies trifft auf die Stichprobenbildung, das Interventionsdesign und die Ergebniskriterien zu. Bestimmte Themengebiete sind zu wenig erforscht, jedoch aus Sicht der professionellen Pflege von Bedeutung. Im Vergleich zum ersten Expertenstandards aus dem Jahre 2007 fällt allerdings auf, dass international ein deutlicher Zuwachs an Leitlinien und Chochrane-Reviews zu verzeichnen ist, wodurch zwar evidenzbasierte Empfehlungen zugenommen haben, jedoch längst nicht in allen Bereichen und zu allen betroffenen Gruppen. Im Gegensatz zur Literaturlage für den ersten Expertenstandard zeigt die Literatur derzeit trotz der dargestellten Einschränkungen insgesamt aber ein differenzierteres Bild, da bestimmte Gruppen, wie z. B. Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit neurologischen Erkrankungen und junge Menschen stärker berücksichtigt wurden. Auch wenn die Datenlage hier teilweise recht schwach ist, so ist es doch möglich, einen besseren Einblick in spezifische Bedürfnisse und Probleme zu erhalten.

Wie schon im ersten Expertenstandard erforderte die Evidenzlage von den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe auch für die Aktualisierung, bei unzureichender Forschungsevidenz ein Expertenurteil zu fällen und Empfehlungen aufgrund ihrer Fachexpertise zu formulieren.



### ■ Zielsetzung

Der Expertenstandard fokussiert auf Erkennung und Analyse von Kontinenzproblemen, Erhebungsmethoden, die Einschätzung unterschiedlicher Kontinenzprofile und verschiedene Interventionsmöglichkeiten. Dazu können wir feststellen, dass die von der Expertengruppe 2006 entwickelte Einteilung der Kontinenzstufen zur Bestimmung eines Kontinenzprofils von der Praxis weitgehend aufgegriffen wurde. Dabei haben das Erleben und die subjektive Sicht der Betroffenen eine große Bedeutung. Harninkontinenz ist immer noch gesellschaftlich tabuisiert. Harninkontinenz und Kontinenzförderung betreffen intime Bereiche. Professionelles Handeln zu dieser Problematik erfordert Einfühlungsvermögen und Orientierung am individuellen Fall und es gilt unter allen Umständen, das Schamempfinden der Betroffenen zu schützen. Hierzu gehört zum einen ein angemessener Sprachgebrauch, der berücksichtigt, dass es sich um Erwachsene handelt und Begriffe aus der Säuglingspflege, wie »trockenlegen«, »pampern« oder »Windel«, vermeidet. Zum anderen bedarf es vor der Einbeziehung der Angehörigen unbedingt der Rücksprache mit dem Patienten/Bewohner, da dieser möglicherweise nicht wünscht, dass seine Angehörigen informiert werden. Auch wenn die Nicht-Einbeziehung der Angehörigen zu großen Problemen bei einer kontinuierlichen Umsetzung führen kann, muss dieser Wunsch berücksichtigt werden. Harninkontinenz kann für (pflegende) Angehörige aus unterschiedlichen Gründen (z. B. durch das Empfinden von Scham und Ekel) belastend sein und zu einer Veränderung der Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen führen.

### ■ Voraussetzungen für die Implementierung des Expertenstandards

Die Einführung und Umsetzung des Expertenstandards erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen. Besonders bei der Einschätzung der Harninkontinenz müssen professionell Pflegende, Ärzte und gegebenenfalls weitere therapeutische Berufsgruppen eng

zusammen arbeiten. Bei bestimmten Problemlagen gilt dies auch für die Auswahl erforderlicher Interventionen. Die vorliegende erste Aktualisierung des Expertenstandards orientiert sich an der Logik professionellen Handelns, sie kann jedoch nicht vorschreiben, wie dieses Handeln in jedem Fall und unter spezifischen institutionellen Bedingungen umgesetzt wird. Hier kommt dem jeweiligen Management die Aufgabe zu, für eindeutige und effektive Verfahrensregelungen Sorge zu tragen. Zusätzlich ist es erforderlich, dass einerseits professionell Pflegende die Pflicht haben, sich Wissen zu dem multidimensionalen Themenbereich Harninkontinenz und Kontinenzförderung anzueignen und dass andererseits das Management hierfür geeignete Bedingungen schafft.

## 6.11.2 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege – 1. Aktualisierung 2014

**Standardaussage:** Bei jedem Patienten und Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.

**Begründung:** Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes pflegerrelevantes Problem. Für die betroffenen Menschen ist sie häufig mit sozialem Rückzug, sinkender Lebensqualität und steigendem Pflegebedarf verbunden. Durch frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Patienten/Bewohnern und der gemeinsamen Vereinbarung von spezifischen Maßnahmen kann dieses Problem erheblich positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus können durch Harninkontinenz hervorgerufene Beeinträchtigungen reduziert werden.

**Struktur****Die Pflegefachkraft**

**S1** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz.

**S2a** Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.

**S2b** Die Pflegefachkraft verfügt über die erforderliche Kompetenz zur differenzierten Einschätzung bei Problemen mit der Harnkontinenz.

**S3a** Die Einrichtung hält die erforderlichen Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harnkontinenz vor.

**S3b** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Beratungskompetenz zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz.

**S4** Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Planungskompetenz zur Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz.

**Prozess****Die Pflegefachkraft**

**P1** – identifiziert im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz.

- wiederholt die Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen.

**P2** – führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine differenzierte Einschätzung durch bzw. koordiniert in Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen.

**P3** – informiert den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine ausführliche Beratung zur Kontinenzhaltung oder -förderung und ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz an. Darüber hinaus werden dem Patienten/Bewohner weitere interne und externe Ansprechpartner genannt.

**P4** – plant unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen mit dem Patienten/Bewohner und ggf. mit seinen Angehörigen individuelle Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz bzw. zur Kompensation der Harninkontinenz und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen.

**Ergebnis**

**E1** Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert.

**E2** Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.

**E3** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.

**E4** Ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils liegt vor.

**Struktur**

**S5a Die Einrichtung** sorgt für eine bedarfsgerechte Personalplanung, ein Kontinenz förderndes Umfeld, geschlechtsspezifische Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz.

**S5b Die Pflegefachkraft** verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu Maßnahmen der Kontinenzförderung und der Anwendung von Hilfsmitteln.

**S6 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Inkontinenz zu beurteilen.

**Prozess**

**P5** – koordiniert die multidisziplinäre Behandlung und sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans. Auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung wird unverzüglich reagiert.

**P6** – überprüft in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg der Maßnahmen und entscheidet gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner, seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen über deren Fortführung bzw. Modifikation.

**Ergebnis**

**E5** Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten/Bewohners bei der Ausscheidung angepasst.

**E6** Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten. Für den Patienten/Bewohner ist das individuell höchstmögliche Maß an Harnkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit sichergestellt.

Der vollständige Sonderdruck kann zu einem Preis von 16 € (inkl. MwSt. und Versand) **schriftlich** bestellt werden beim

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Anna Möller, M.A.; Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Sandra Wurm

Hochschule Osnabrück - Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 - 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 - Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de)

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

**Literatur**

- 
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2007) Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014) Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung 2014, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

# Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

*Simone Schmidt*

- 7.1 Grundlagen der Versorgung – 135**
  - 7.1.1 Wundtherapie – 136
  - 7.1.2 Wundtherapeutika – 136
- 7.2 Standardkriterium 1 – 137**
  - 7.2.1 Implementierung – 137
  - 7.2.2 Lebensqualität – 137
  - 7.2.3 Verfahrensregelung – 138
  - 7.2.4 Assessment – 138
  - 7.2.5 Wundspezifisches Assessment – 139
- 7.3 Standardkriterium 2 – 141**
  - 7.3.1 Implementierung – 141
  - 7.3.2 Maßnahmenplan – 141
  - 7.3.3 Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen – 142
  - 7.3.4 Maßnahmen zum Umgang mit Körperbildstörungen – 142
  - 7.3.5 Krankheitsspezifische Maßnahmen – 143
- 7.4 Standardkriterium 3 – 145**
  - 7.4.1 Implementierung – 145
- 7.5 Standardkriterium 4 – 146**
  - 7.5.1 Implementierung – 146
- 7.6 Standardkriterium 5 – 146**
  - 7.6.1 Implementierung – 147
- 7.7 Dokumentation – 147**

**7.8 Organisation – 147**

**7.9 Auswirkungen des Expertenstandards – 148**

**7.10 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015 – 148**

7.10.1 Präambel zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015 – 148

7.10.2 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – 1. Aktualisierung 2015 – 150

**Literatur – 152**

Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP verfolgt nicht das Ziel, detaillierte Angaben zur Behandlung von Wunden und Produkten zur Wundversorgung anzubieten. Vielmehr liegt der Fokus auf den Einschränkungen der Betroffenen durch die Wunde, etwa durch die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, durch Abhängigkeit und Einschränkungen im Alltag, durch Veränderungen im sozialen Bereich und durch Schmerzen. Auch in der Aktualisierung 2015 wurde dieses Ziel beibehalten. Der Expertenstandard beinhaltet deshalb Standardkriterien, die Aussagen zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, zur Wiedererlangung von Unabhängigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden treffen. Diese Standardkriterien werden in diesem Kapitel zunächst inhaltlich vorgestellt und anschließend die Implementierung in den Pflegeprozess erläutert. Aufgrund der Komplexität des Themas war es den Experten besonders wichtig, die Informationen so anzubieten, dass die Übersichtlichkeit gewahrt wird.

Dabei werden Informationen angeboten, die bei der Einarbeitung des Expertenstandards in den einrichtungsinternen Pflegestandard hilfreich sind. Notwendige Formulare, etwa in Form des Risikoassessments oder des Wundprotokolls werden inhaltlich beschrieben.

Die organisatorischen Besonderheiten bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden werden vorgestellt. Dazu zählt in diesem Zusammenhang auch die Kooperation mit speziell ausgebildeten Pflegeexperten, beispielsweise bei der Wundberatung oder der Ernährungsberatung, aber auch die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, der die Therapiehoheit bei der Wundbehandlung ausübt.

## 7.1 Grundlagen der Versorgung

Schätzungsweise 3 bis 4 Mio. Menschen in Deutschland leiden an einer chronischen Wunde, verbunden mit Beeinträchtigungen im Alltag, mit Veränderungen des gewohnten Lebenswan-

dels, mit therapiebedingten Einschränkungen, wie Schmerzen, Geruchsbelästigungen, Exsudat, Bewegungseinschränkungen und Einschränkungen bei der Körperpflege, zum Beispiel durch die Wundversorgung.

Damit ist das Auftreten von chronischen Wunden nicht nur ein gesundheitsökonomisches Problem, vielmehr stellt es auch für den einzelnen Betroffenen eine deutliche Veränderung in der Lebensführung dar.

Die Inhalte des Expertenstandards beschäftigen sich deshalb nur allgemein mit Materialien und Methoden der Wundtherapie, zumal dies so wieso eine ärztliche Aufgabe ist. Die Arbeitsgruppe hat sich vielmehr an der Zielsetzung orientiert, die Lebensqualität, die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden von Menschen mit chronischen Wunden positiv zu beeinflussen.

► **Unter einer chronischen Wunde versteht die Expertenarbeitsgruppe jede Wunde, die unter fachgerechter, konsequenter Therapie innerhalb eines Zeitraums von vier bis zwölf Wochen keine Heilungstendenzen zeigt. Dabei werden verschiedene Wundarten unterschieden, da die Grunderkrankung einen erheblichen Einfluss auf die Versorgung ausübt.**

### Chronische Wunden im Sinne des Expertenstandards:

1. Dekubitus
2. Diabetisches Fußulcus
3. Ulcus cruris
  - Ulcus cruris venosum
  - Ulcus cruris arteriosum
  - Ulcus cruris mixtum

Die Aussagen zu Behandlungsstrategien und Pflegemaßnahmen in den folgenden Abschnitten orientieren sich an der Einteilung von chronischen Wunden im Expertenstandard.

An dieser Stelle werden einige grundlegende Informationen zur Wundtherapie angeführt, detaillierte therapeutische Optionen sind jedoch die Aufgabe des behandelnden Arztes oder Facharztes in Kooperation mit pflegerischen Fachexperten, also Pflegefachkräften, die eine entspre-

■ **Tab. 7.1** Phasen der Wundheilung

Wunde	Stoffwechsel
1. Exsudative Phase	Katabole Phase
2. Resorptive Phase	
3. Proliferative Phase	Anabole Phase
4. Reparative Phase	

de Fort- und Weiterbildung zum Wundmanager oder Wundtherapeuten absolviert haben und die Versorgung des Betroffenen kompetent begleiten können.

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt keine spezielle Ausbildung zum Wundexperten, verweist jedoch auf Kurse der nationalen und internationalen Fachgesellschaften, etwa der Initiative Chronische Wunde ICW e.V., der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung DGfW e.V., des Fachverbands Stoma und Inkontinenz DVET e.V., der Österreichischen Gesellschaft für Vaskuläre Pflege ÖGVP, der Swiss Association for Wound Care SafW e.V. und der European Wound Management Association EWMA.

## 7.1.1 Wundtherapie

Die Auswahl des geeigneten Produkts zur Wundtherapie erfolgt immer unter Berücksichtigung der jeweiligen Heilungsphase (■ Tab. 7.1).

Die phasengerechte Wundtherapie orientiert sich an der jeweiligen Stoffwechsellage der Wunde, am Prinzip der feuchten Wundbehandlung und an hygienischen Kriterien bei der Wundversorgung. Aufgabe der Fachexperten ist in diesem Zusammenhang die Empfehlung des geeigneten Materials in Absprache mit dem behandelnden Arzt, die Fortbildung und Anleitung von Pflegefachkräften und Patienten sowie die Kontrolle des Wundverlaufs.

➤ **Die Dokumentation der Wunde, der Wundbehandlung und des Heilungsverlaufs erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen den Pflegefachkräften und dem Wundexperten. Dabei müssen eindeutige Absprachen getroffen**

**werden, wer in welchen Abständen für Eintragungen oder Fotodokumentationen zuständig ist.**

## 7.1.2 Wundtherapeutika

Die verschiedenen Materialien zur Behandlung von Wunden werden an dieser Stelle nur in der Übersicht dargestellt, zumal die letztendliche Entscheidung über das geeignete Produkt von dem behandelnden Arzt getroffen wird. Außerdem ist das Angebot an Produkten inzwischen so umfangreich, dass es für nicht spezialisierte Fachkräfte nur schwer zu überschauen ist.

Grundsätzlich gilt für die Auswahl von Wundauflagen jedoch die Orientierung an verschiedenen Kriterien.

### Kriterien zur Auswahl von Wundauflagen:

- Wundheilungsstadium
- Wundlokalisierung
- Exsudatmenge
- Infektionszeichen
- Hautzustand
- Schmerz
- Kontinenz
- Kosten und Effektivität

Für die Auswahl der geeigneten Wundauflage ist es hilfreich, die einzelnen Substanzen zu unterscheiden.

### Wundtherapeutika:

- Wundreinigung:
- Enzymatische Wundreinigung, z. B. Streptokinase
  - Mechanische Wundreinigung, z. B. NaCl, Ringerlösung
  - Antibiotische Wundreinigung
  - Antiseptika, z. B. Octenidin
  - Silberhaltige Wundauflagen
- Wundauflagen und saugende Materialien:
  - Alginat
  - Baumwoll- oder Vlieskompressen
  - Wundgaze
  - Hydrokolloid HC
  - Hydrogel
  - Hydropolymer
  - Polyurethan PU

- Polyvinylalkohol PVAL
- Folien
- Wundfixierung:
  - Schlauchverband
  - Binden
  - Fixiermaterial mit Klebeschicht
  - Polstermaterial

## 7.2 Standardkriterium 1

**51a** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen, Krankheitsverständnis und gesundheitsbezogene Selbstmanagementfähigkeiten sensibel und verstehend zu erkunden.

**51b** Die Einrichtung verfügt über eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Sie stellt sicher, dass ein pflegerischer Fachexperte zur Verfügung steht, und hält erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereit. **P1a** Die Pflegefachkraft erfasst im Rahmen der pflegerischen Anamnese bei allen Patienten/Bewohnern mit einer chronischen Wunde das Krankheitsverständnis, wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements. **P1b** Die Pflegefachkraft holt eine medizinische Diagnose ein. Für das wundspezifische Assessment zieht sie, insbesondere zur Ersteinschätzung und Dokumentation der Wunde, einen pflegerischen Fachexperten hinzu und bindet diesen nach Bedarf in die weitere Versorgung ein. **E1** Die Dokumentation enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten:

- Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch
- Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung, individuelles Krankheitsverständnis, Körperbildstörungen, Ängste
- Wissen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie Selbstmanagementkompetenzen
- Spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund und Entzündungszeichen

### 7.2.1 Implementierung

Die Expertenarbeitsgruppe versteht unter den Voraussetzungen zur Identifizierung von Menschen mit einer chronischen Wunde und zum pflegerischen Assessment eine fundierte Fachkompetenz, die durch Fortbildung, Literaturrecherche und Teilnahme an Fachveranstaltungen erworben wird, mit dem Ziel, Patienten mit Einschränkungen durch eine chronische Wunden frühzeitig zu erkennen.

Das dabei zu erwerbende Wissen wird konkretisiert und bezieht sich zum einen auf fachliche Aspekte zum anderen aber auf die Einschränkungen des Betroffenen durch Erkrankung, Behandlung, Abhängigkeit, Veränderungen des Alltags und Beeinträchtigungen der Lebensqualität.

Fachliche Qualifikationen beinhalten Kenntnisse über Entstehung, Begleiterkrankungen und Komplikationen von chronischen Wunden, wobei an dieser Stelle noch einmal deutlich differenziert wird zwischen den verschiedenen Wundarten.

#### Wundarten:

- Dekubitus
- Diabetisches Fußulcus
- Ulcus cruris venosum U.c.v.
- Ulcus cruris arteriosum U.c.a.
- Ulcus cruris mixtum U.c.m.

### 7.2.2 Lebensqualität

Unabhängig von der Art der Wunde erlebt der Betroffene die Wunde als mehr oder minder stark ausgeprägte Beeinträchtigung seines Alltags. Die drei wichtigsten Bereiche der Einschränkung betreffen die Problemfelder Schmerz, Bewegungsfähigkeit, Auswirkungen der Wunde, beispielsweise durch Geruch und Exsudat.

Hinzu kommen Veränderungen des Körperbildes, Abhängigkeit in der Alltagsgestaltung durch häufige Behandlungstermine oder Verbandwechsel, finanzielle Belastungen, Beeinträchtigungen bei der Berufsausübung, schmerzbedingte Einschränkungen im Tagesablauf und beim Nachtschlaf, soziale Isolation und das Bedürfnis, eine soziale Distanz zu anderen Menschen aufzubauen. Die selbstgewählte soziale Distanz durch die Auswirkungen der Wunde, wie Geruch, Eiter und Exsudat,



und durch die Einschränkung der Mobilität betrifft auch das Zusammenleben mit den Angehörigen, so dass diese ebenfalls unter der Situation leiden können.

- **Folge der unangenehmen Begleiterscheinungen einer Wunde ist die negative Wahrnehmung der eigenen Person in Form einer Veränderung des Körperbildes, die sich aber auch auf die psychische Situation und die Persönlichkeit auswirkt.**

Dabei durchläuft der Betroffene typische Phasen, die von der Pflegefachkraft kompetent wahrgenommen und begleitet werden müssen. Ein Modell der Verarbeitungsphasen ist das bekannte Trauermodell nach Elisabeth Kübler-Ross.

#### **Trauerphasen nach Kübler-Ross:**

1. Nicht wahrhaben wollen, Isolierung
2. Zorn
3. Verhandeln
4. Depressive Phase
5. Akzeptanz

Der zweite Teil dieses Standardkriteriums beschäftigt sich mit den Anforderungen, die an die Einrichtung gestellt werden, und betrifft die Verfahrensregelung.

### **7.2.3 Verfahrensregelung**

Der wichtigste Aspekt der Verfahrensregelung ist die Koordination und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team. Die Pflegefachkraft ohne Zusatzqualifikation übernimmt eine zentrale Stelle und bildet eine Schnittstelle zwischen den beteiligten Berufsgruppen, wobei der fachspezifisch weitergebildete Pflegeexperte die Supervision, Beratung, Begutachtung und Fortbildung der Pflegefachkräfte innehat.

- **Pflegerische Fachexperten sind Pflegefachkräfte, die eine entsprechende Fort- und Weiterbildung zum Wundmanager oder Wundexperten bei einer nationalen oder internationalen Fachgesellschaft absolviert haben.**

Die Kooperation und Zuständigkeit von pflegerischen Fachexperten, Ärzten, Fachärzten, Pflegefachkräften, Ernährungsberatern, Physiotherapeuten, Diabetesberatern, Podologen, Lymphtherapeuten, Schuhmechanikern, Psychologen und Apotheken muss von der betreuenden Pflegeeinrichtung eindeutig festgelegt werden, damit alle beteiligten Berufsgruppen ihre Aufgaben und Kompetenzen kennen. Dabei sollten die Zuständigkeiten für die einzelnen Bereiche, etwa Anamnese, Wundfotografie, Dokumentation, Diagnosestellung und Therapieentscheidung, bedacht werden.

- **Dies gilt vor allem dann, wenn bestimmte Aufgaben durch externe Kooperationspartner übernommen werden. In diesem Zusammenhang sind auch vertragliche und haftungsrechtliche Fragen von Bedeutung. Wichtig ist jedoch auch, dass der Partner produktunabhängig arbeitet und die ständige Erreichbarkeit gewährleistet ist.**

### **7.2.4 Assessment**

Im Rahmen der Pflegeanamnese erfasst die Pflegefachkraft Beeinträchtigungen, Probleme und Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten von Menschen mit chronischen Wunden. Allerdings existiert bisher kein standardisiertes, validiertes und formal genaues Instrument für das Assessment.

Die Expertenarbeitsgruppe hat deshalb die Ergebnisse der Literaturstudie in Form einer Kriterienliste zusammengetragen (► Kriterien zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenzen). Die Kriterienliste beinhaltet Bereiche, in denen Einschränkungen durch die Wunde möglich sind.

Darüber hinaus konnte die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch den Würzburger Wundscore WWS überprüft werden, bei dem es sich um einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung handelt. Dieses Instrument wurde im ursprünglichen Expertenstandard aus dem Jahr 2009 empfohlen. Er ist jedoch in den WoundQoL eingeflossen und wird deshalb nicht mehr empfohlen.

In der Aktualisierung wird ein weiteres Instrument vorgestellt, das WoundQoL (► Anhang 15). Dabei handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung, der 17 Fragen beinhaltet und aus drei verschiedenen validierten Instrumenten am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen IVDP am Universitätsklinikum Hamburger-Eppendorf erstellt wurde. Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen sieben Tage. Auch dieses Instrument wird im Anhang vorgestellt (► Anhang 15b).

Für Betroffene mit Diabetischem Fußulcus beinhaltet die Aktualisierung außerdem den Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege Prävention Diabetisches Fußulcus FAS-PräDiFuß.

Schließlich empfehlen die Experten noch ein weiteres Instrument, in dem gesundheitsbezogene Selbstpflegekompetenzen und -defizite erfragt werden, der Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen WAS-VOB.

Dabei handelt es sich um eine Liste von 59 Fragen, die sich auf alltägliche Aktivitäten beziehen und die der Betroffene gemeinsam mit der Pflegefachkraft beantworten sollte. Die umfangreichen Items beziehen sich auf verschiedene Bereiche und werden an dieser Stelle nur in einer thematischen Auflistung vorgestellt.

#### Items des WAS-VOB:

- Fragen über Maßnahmen zur Kompression
- Fragen über Maßnahmen zur Bewegung
- Fragen über Maßnahmen zum Umgang mit Wärme
- Fragen über Maßnahmen zum Umgang mit einer Venenüberlastung
- Fragen über Maßnahmen zur Verhinderung eines Hautdefektes
- Fragen über Maßnahmen zur Wundheilung

Die einzelnen Fragen können sowohl numerisch durch Zuordnung eines Punktwertes als auch inhaltlich ausgewertet werden.

### 7.2.5 Wundspezifisches Assessment

Der zweite Teil des Standardkriteriums beschäftigt sich mit dem Einholen einer medizinischen Diagnose und mit der genaueren Wundbeurteilung,

-erfassung und -vermessung. Bei der Ersteinschätzung wird empfohlen, einen Wundmanager einzu beziehen.

Auch für diese Aufgabe hat die Expertenarbeitsgruppe eine Kriterienliste zusammengestellt, um ein umfassendes wundspezifisches Assessment zu gewährleisten (► Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment).

Die einzelnen Punkte der Liste werden noch konkretisiert, die wichtigsten Elemente befinden sich im folgenden Abschnitt.

#### Anmerkungen zur Kriterienliste zur Erstellung der Wunddokumentation:

- Die verschiedenen Klassifikationssysteme für die drei Wundarten werden an dieser Stelle nur erwähnt, eine eindeutige Klassifikation sollte in Kooperation mit dem behandelnden Arzt und dem Wundberater vorgenommen werden, wobei in der Dokumentation vermerkt muss, welches System verwendet wurde.
- Bezüglich der Lokalisation sollte eine fachlich korrekte verbale (z. B. medial, lateral, anterior, posterior) und eine grafische Darstellung in einer Körperskizze vorgenommen werden.
- Unter Wunddauer versteht man die Zeit vom Auftreten der Wunde bis zur aktuellen Einschätzung.
- Die Dokumentation der Wundgröße ist entscheidend für die Beurteilung des Verlaufs. Beschrieben wird die größte Länge und Breite 90° zur Länge sowie die Tiefe anhand steriler Materialien (Pinzetten, Knopfsonden, Watteträger) an der tiefsten Stelle bezogen auf das Hautniveau. Watteträger müssen hierfür geeignet sein, damit keine Wattereste in der Wunde verbleiben.
- Zur Beschreibung der Quantität von Exsudat und Transudat kann die Anzahl der notwendigen Kompressen oder die Häufigkeit der Verbandwechsel festgehalten werden. Die Qualität wird verbal beschrieben.
- Dies gilt auch für den Wundgeruch. Er wird prinzipiell mit ja oder nein beschrieben.
- Bei der Beschreibung von Wundrand und Wundumgebung kann man sich an den Stichworten der Kriterienliste orientieren.
- Hinweise auf Infektionen orientieren sich an den klassischen Entzündungszeichen oder am

### Kriterien zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohnern und Angehörigen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verständnis des Krankseins           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zu Ursachen der Wunde</li> <li>■ Zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit</li> <li>■ Zu Symptomen (z. B. Geruch, Exsudat, Juckreiz)</li> <li>■ Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression)</li> </ul> </li> <li>2. Wund- und therapiebedingte Einschränkungen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen</li> <li>■ Schmerzen               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stärke (z. B. analog der visuellen Analogskala VAS oder Fremdeinschätzungsinstrument)</li> <li>– Schmerzqualität (z. B. brennend, stechend, krampfartig, pochend)</li> <li>– Häufigkeit und Dauer</li> <li>– Situationen, die mit Schmerzen einhergehen (z. B. Verbandwechsel, Beine hochlegen, Bewegung)</li> <li>– Schmerzort (ausformuliert und auf Körperskizze eingezeichnet)</li> <li>– Erfahrungen mit Maßnahmen zur Linderung der Schmerzen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Abhängigkeit von personeller Hilfe</li> <li>■ Schlafstörungen</li> <li>■ Jucken und Schwellungen der Beine</li> <li>■ Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl</li> <li>■ Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene</li> <li>■ Psychosoziale Aspekte (z. B. soziale Isolation, Machtlosigkeit, Energiemangel, Sorgen, Frustrationen, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Gefühl des Kontrollverlustes)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Vorhandene wundbezogene Hilfsmittel (z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckverteilende Matratzen, Sitzkissen)</li> <li>4. Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohnern und Angehörigen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zum Umgang mit Einschränkungen</li> <li>■ Zur Wunde und zum Verbandwechsel (z. B. Wundgeruch, Schmerzen beim Verbandwechsel)</li> <li>■ Erhalt von Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hobbys, Spaziergehen)</li> </ul> </li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Krankheitsspezifische Maßnahmen           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Entstauende Maßnahmen               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompression (Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden)</li> <li>- Aktivierung des Sprunggelenks und der Muskelpumpe</li> <li>- Hochlegen der Beine über Herzniveau</li> <li>- Sitzposition</li> <li>- Gefäßtraining, z. B. strukturiertes Gehtraining</li> </ul> </li> <li>– Fußpflege und -inspektion</li> <li>– Präventive Maßnahmen bei Diabetischem Fußulcus: z. B. Fußpflege, -inspektion, Umgang mit Schuhen</li> <li>– Druckentlastung der Wunde               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Matratzen, Kissen, (Verband-)Schuhe ggf. mit speziellen Einlagen zur Druckentlastung)</li> <li>- Bewegungsförderung/ Positionswechsel</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ Hautschutz, Hautpflege</li> <li>■ Ernährung</li> <li>■ Blutzuckereinstellung</li> <li>■ Rauchentwöhnung</li> </ul> |
|--|--|---|

### Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Wunddiagnose:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grunderkrankung</li> <li>■ Wundarten und Schweregrad-einteilung der Wunde bzw. der Grunderkrankung               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dekubitus: European Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP, National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP</li> <li>– Ulcus cruris venosum: Einteilung der chronisch venösen Insuffizienz nach Widmer, Widmer (mod. N. Marshall),</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> | <p>CEAP-Schema (clinical condition, etiology, anatomic location, pathophysiology)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ulcus cruris arteriosum: Einteilung der Symptome nach Fontaine, Rutherford, TASC II-Klassifikation (Trans Atlantic Inter-Society Consensus for the Management of the Peripheral Arterial Disease)</li> <li>– Diabetisches Fußulcus: Wagner-Armstrong</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Wundlokalisation: grafisch und schriftlich</li> <li>3. Wunddauer</li> <li>4. Rezidivzahl</li> <li>5. Wundgröße:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Größte Länge (cm)</li> <li>■ Größte Breite (cm)</li> <li>■ Tiefe (cm)</li> <li>■ Taschen, Fisteln, Unterminierung: Länge, Ausrichtung nach Uhr</li> </ul> </li> </ol> |
|---|--|---|

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Wundgrund/häufigste Gewebeart:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Granulationsgewebe</li> <li>■ Fibringewebe</li> <li>■ Feuchtes oder trockenes avitales Gewebe</li> <li>■ Muskel, Faszie, Sehne</li> <li>■ Knochen</li> <li>■ Fettgewebe</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dermis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Exsudat/Transudat:           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quantität: z. B. kein, wenig, mittel, viel</li> <li>■ Qualität: z. B. trübe, serös, blutig</li> </ul> </li> <li>8. Wundgeruch: ja/nein</li> <li>9. Wundrand: z. B. flach, vital, unterminiert, wulstig, mazeriert, hyperkeratös</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Wundumgebung: z. B. Rötung, Schwellung, Blasenbildung, Mazeration, trockene oder feuchte Haut,</li> <li>11. Infektionszeichen</li> <li>12. Wund- bzw. wundnaher Schmerz</li> </ul> |
|--|--|--|---|

Ausmaß von Cellulite, Verhärtungen, Verweichungen etc.

- Die Häufigkeit des wundspezifischen Assessments in Bezug auf die Einschätzung der Wunde und des Heilungsverlaufs wird bei jedem Verbandwechsel empfohlen, spätestens jedoch nach einer Woche. Abhängig ist dieses Intervall von der Art der Wunde, von der Wundbeschaffenheit und von den jeweiligen Leitlinien. Die Eintragungen erfolgen im Wundprotokoll. Sofern die Wundbedingungen sich deutlich verändern, sollte umgehend eine Dokumentation stattfinden.

## 7.3 Standardkriterium 2

**S2** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen, zu krankheitsspezifischen Maßnahmen je nach Wundart (z. B. Bewegungsförderung, Druckverteilung oder Kompression), zur Wundversorgung, zur Grunderkrankung und zur Rezidiv- und Infektionsprophylaxe sowie zum Hautschutz und zur Hautpflege. **P2** Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen zu folgenden Bereichen: wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, wundspezifische Erfordernisse, Grunderkrankung und Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Schäden, Umsetzen medizinischer Verordnungen. **E2** Eine individuelle, alltagsorientierte Maßnahmenplanung, die die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.

### 7.3.1 Implementierung

Das Standardkriterium beinhaltet die Erarbeitung eines umfassenden Maßnahmenplans, in dem alle Bereiche der Versorgung des betroffenen Menschen berücksichtigt werden. Auch bei dieser Aufgabe müssen andere Berufsgruppen, der Patient und seine Bezugspersonen einbezogen werden.

Um alle notwendigen Maßnahmen tatsächlich zu erfassen, werden die einzelnen Bereiche noch einmal genauer benannt.

### 7.3.2 Maßnahmenplan

#### Bereiche der Maßnahmenplanung:

- Wund- und therapiebedingte Einschränkungen
- Maßnahmen zum Umgang mit Körperbildstörungen
- Krankheitsspezifische Maßnahmen je nach Wundart
- Kompressionstherapie
- Wundversorgung
- Grunderkrankung
- Rezidiv- und Infektionsprophylaxe
- Hautschutz und Hautpflege

Bei einer chronischen Wunde handelt es sich normalerweise um ein Begleitsymptom oder die Komplikation einer Grunderkrankung, wie Diabetes mellitus, periphere arterielle Verschlusskrankheit pAVK, chronisch venöse Insuffizienz CVI, Apoplex oder Querschnittslähmung.

Fachkenntnisse über die Grunderkrankung bedeutet deshalb unter Beachtung der einzelnen Wundarten, dass Pflegemaßnahmen geplant werden müssen, die das Krankheitsbild oder dessen Auswirkungen betreffen. Im Einzelnen sind dies:

1. Dekubitus: Identifizierung des Dekubitusrisikos, Auswahl druckverteilender Hilfsmittel, Entwicklung eines individuellen Bewegungsförderungsplanes
2. Diabetisches Fußulcus: allgemeine Diabetesbehandlung, Umgang mit druckentlastenden Hilfsmitteln, Rezidivprävention
3. Ulcus cruris venosum: allgemeine Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz, Bewegungsübungen, Anlegen eines Kompressionsverbands, Rezidivprävention
4. Ulcus cruris arteriosum: allgemeine Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, Rezidivprävention
5. Ulcus cruris mixtum: je nach venöser/arterieller Beteiligung siehe Ulcus cruris venosum und Ulcus cruris arteriosum

### 7.3.3 Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen

Die schwierigste Beeinträchtigung durch die Wunde oder durch die Behandlung ist der Schmerz (► Kap. 4).

Im Zusammenhang mit der Wundbehandlung treten Schmerzen vor allem bei notwendigen Verbandwechseln und bei der Durchführung von Bewegungsübungen auf. Diese Situationen sind größtenteils absehbar und unterliegen einem planbaren Zeitschema, so dass eine präventive Schmerzmittelgabe in einem ausreichenden zeitlichen Abstand vor der Maßnahme möglich ist.

Ein ebenfalls deutlich beeinträchtigendes Phänomen ist die Einschränkung der Mobilität, beispielsweise durch eine erforderliche Ruhigstellung. In diesem Fall kann durch das Anpassen von orthopädischen Schuhen, durch Orthesen oder durch eine Gipsbehandlung eine Verbesserung der Bewegungsfreiheit erreicht werden.

Die sehr unangenehme Auswirkung der Wunde bei starker Geruchsbildung kann nur ursächlich

behandelt werden, indem eine vorhandene Infektion der Wunde mit geeigneten Produkten bekämpft wird. Dabei ist allerdings nicht immer eine sofortige Verbesserung zu erwarten.

► Für den Betroffenen ist deshalb eine spürbar wertschätzende Haltung der Pflegefachkraft wichtig. Der Einsatz von Duftstoffen verbessert die Situation nicht, es kommt lediglich zu einer Überlagerung, die ebenfalls sehr lästig sein kann.

Ähnliches gilt für die verstärkte Absonderung von Wundexsudat. Die Verwendung von absorbierenden Wundauflagen und die Anpassung der Bekleidung sind notwendig, je nach Grunderkrankung kann durch Kompression eine Verbesserung erreicht werden.

### 7.3.4 Maßnahmen zum Umgang mit Körperbildstörungen

Betroffene leiden oftmals unter Veränderungen des Körperbilds durch das Gefühl der Objektivierung, den fehlenden Einbezug von Alltagsproblemen, Unattraktivität, Scham und sozialen Rückzug. Sie wünschen Trost, Vertrauen und möchten »als ganzer Mensch wahrgenommen werden«. Hilfreich können Religion, Humor und das Gefühl der Autonomie sein.

Im ursprünglichen Expertenstandard wurde in diesem Zusammenhang das Konzept Caring von P. Benner und J. Wrubel aufgegriffen. Dabei handelt es sich um eine Haltung der Pflegepersonen, die beinhaltet, dass sie sich kümmern, zuhören, geduldig sind, mithoffen und Verständnis haben.

Diese Maßnahmen ermöglichen es dem Betroffenen, mit seiner Trauer umzugehen und Abwehrstrategien zu entwickeln. Aufgabe der Pflegefachkraft ist in diesem Zusammenhang das aktive Zuhören und die emotionale Begleitung. Dabei sollte die eigene Körpersprache reflektiert werden.

#### Mögliche Inhalte der Beratung:

- Hilfsmittel und Pflegeutensilien
- Positive Assoziationen mit anderen Körperteilen/Eigenschaften
- Maßnahmen zur Gewichts Anpassung
- Kosmetik- und Kleidungsberatung

- Kosmetische oder rekonstruktive chirurgische Maßnahmen
- Aromatherapie, Einreibungen, Ölaufagen oder Massagen für das Wohlbefinden (nicht zur Wundtherapie)
- Soziale Unterstützung (Freunde anrufen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen)
- Literaturhinweise
- Ggf. Psychopharmakologie, psychotherapeutische Interventionen

### 7.3.5 Krankheitsspezifische Maßnahmen

Diese Maßnahmen müssen in Abhängigkeit von der Grunderkrankung des betroffenen Menschen geplant und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen sowie in Absprache mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden.

- **Prinzipiell geht man davon aus, dass eine Heilung der Wunde nur zu erreichen ist, wenn gleichzeitig die Grunderkrankung behandelt wird.**

#### Wundversorgung

Die lokale Wundbehandlung erfolgt nach ärztlicher Anordnung nach dem Prinzip der Wundreinigung, des Entfernens von abgestorbenem Gewebe und des Abdeckens der Wunde mit einer geeigneten Auflage unter hygienischen Bedingungen, wobei die Empfehlungen des Robert Koch Instituts berücksichtigt werden müssen.

- **Hygienische Voraussetzungen:**
  - Regelrechte Händedesinfektion
  - Tragen von keimarmen Einmalhandschuhen und Schutzkleidung
  - Non-touch-Technik durch Einsatz von sterilen Instrumenten
  - Verwendung von sterilen Materialien und Lösungen
  - Haltbarkeit der Materialien
  - Anbruchsdatum der Lösungen
  - Entsorgung von verwendetem Material und Instrumenten
  - Korrekte Aufbewahrung des Materials

Die Auswahl der Materialien erfolgt in Absprache mit dem behandelnden Arzt und pflegerischen Fachexperten, auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Überlegungen.

Eine moderne Wundauflage ist nur dann sinnvoll, wenn dadurch das Intervall des Verbandwechsels verlängert werden kann. Ärztliche Leitlinien zur Wundtherapie, die AWMF-Leitlinien, orientieren sich an den jeweiligen Grunderkrankungen.

- **In diesem Zusammenhang ist es jedoch auch von Bedeutung, dass Pflegefachkräfte unter Beachtung der Reonstrationspflicht verpflichtet sind, Maßnahmen abzulehnen, die nicht dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen, und diese Ablehnung auch zu dokumentieren.**

#### Bewegungsförderung

Ein wichtiger Bereich krankheitsspezifischer Maßnahmen ist die Bewegungsförderung unter Berücksichtigung der verschiedenen zugrundeliegenden Krankheitsbilder:

- Beim Dekubitus steht die Bewegungsförderung und Mobilisation in individuell festzulegenden Intervallen unter dem Aspekt der Druckverteilung im Vordergrund (► Kap. 2).
- Beim Diabetischen Fußulcus steht ebenfalls die Druckentlastung der Wunde im Vordergrund, so dass die Patienten im akuten Krankheitsstadium so wenig wie möglich laufen sollten. Im weiteren Verlauf der Erkrankung und nach Abheilen der Wunde sollte ein Gehtraining angeschlossen werden. Eine Gangschule ist besonders dann sinnvoll, wenn durch die Sensibilitätsstörungen der Füße die Standsicherheit gemindert ist (► Kap. 5).
- Die Bewegungsförderung bei Patienten mit Ulcus cruris venosum und Ulcus cruris mixtum beschäftigt sich vor allem mit dem Gehtraining zur Vermeidung einer Versteifung des Sprunggelenks, die durch die dysfunktionale Wadenmuskulatur begünstigt wird. Außerdem bewirkt das Gehtraining eine Verbesserung der Muskelpumpe und somit einen positiven Effekt auf den venösen Rückfluss.

- **Das Gehtraining wird mit der Kompressions-therapie kombiniert. Schrittzähler können hilfreich sein.**

## Kompressionstherapie

Für die Betroffenen ist die Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum und Ulcus cruris mixtum oftmals sehr unangenehm. Wenn zusätzlich die Wirksamkeit der Maßnahme vom Patienten nicht verstanden oder in Frage gestellt wird, ist die Compliance beeinträchtigt.

Eine Maßnahme zur Verbesserung der Mitarbeit konnte bisher in Studien nicht identifiziert werden, ein beeinflussender Faktor ist wahrscheinlich die Aufklärung und Hilfe beim An- und Ausziehen, zumal dies für viele Betroffene durchaus beschwerlich ist.

- **In Studien zeigte sich jedoch, dass eine Kompression die Wundheilung fördert, wobei eine hohe Kompression effektiver ist als eine niedrige Kompression.**

### ■ Kompressionsverband

Allgemeine Grundlagen für die Anlegetechnik eines Kompressionsverbandes gelten unabhängig von der Art des ausgewählten Materials.

#### Anlegetechnik:

- Die Position des Sprunggelenks ist immer rechtwinklig
- Die Zehengrundgelenke und die Fersen werden mit gewickelt
- Der Druck sinkt von der Peripherie nach proximal
- Die Wickeltechnik berücksichtigt, dass weder Schmerzen noch Druckstellen oder Schnürfurchen auftreten dürfen
- Pelotten oder Druckpolster können die Druckverteilung optimieren
- Keine Verwendung von beiliegenden Fixierklammern, den sogenannten »Schwiegermüttern« wegen Verletzungsgefahr!

Daraus ergibt sich, dass der Kompressionsverband nur durch speziell geschulte Pflegefachkräfte angelegt werden darf, um Schädigungen auszuschließen.

- **Die Effektivität kann durch regelmäßige Messungen von Vorfuß-, Knöchel- und Wadenumfang festgestellt werden. Sofortige Beendigung der Kompression bei Schmerz, Veränderungen der Hautfarbe, Parästhesien, Schweißausbruch und Kurzatmigkeit.**

### ■ Kompressionsstrümpfe

Die Compliance der Betroffenen beim Tragen von Kompressionsstrümpfen ist im Allgemeinen schlecht. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Strümpfe, genau wie Kompressionsverbände, bis zum Abheilen der Wunde kontinuierlich, also 24 Stunden täglich getragen werden müssen und auch nach Abheilen der Wunde weiter getragen werden sollten, beobachtete man in Studien, dass Patientenschulungen zu einer verbesserten Akzeptanz führen.

## Ernährung

Die Bedeutung der Ernährung für die Wundheilung wurde in verschiedenen Untersuchungen untermauert, wobei insbesondere die Mangelernährung einen Einfluss auf den Verlauf ausübt (► Kap. 8).

Der Einsatz einer Nahrungsergänzung im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden entspricht prinzipiell den Anforderungen im Nationalen Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege und werden im entsprechenden Kapitel (► Kap. 8) erläutert.

- **Die Auswirkungen der Ernährung müssen zusätzlich bei Diabetes mellitus betont werden. Die Einstellung der Blutzuckerwerte hat einen maßgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Wundheilung und auf das Risiko von Rezidiven.**

## Rezidivprophylaxe

Die Vorbeugung von Rezidiven ist ebenfalls abhängig von der Wundart und der Grunderkrankung.

- Beim Dekubitus wird die Prophylaxe durch Druckverteilung, Bewegungsförderung, Hautpflege und weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Gewebetoleranz erreicht (► Kap. 2).

- Beim Diabetischen Fußulcus wird zusätzlich zur optimalen Einstellung der Blutzuckerwerte durch Ernährungsberatung eine Prophylaxe durch Vermeidung von Fußkomplikationen erreicht, wobei die regelmäßige Inspektion der Füße und Schuhe, die intensive Pflege der Füße und die Vermeidung von Verletzungen im Vordergrund stehen.
- **Zur Vermeidung von Verletzungen bei der Pflege der Fußnägel wird die medizinische Fußpflege durch Podologen durchgeführt. Außerdem ist die Schuhauswahl zu beachten.**
- Beim Ulcus cruris venosum dienen lebenslange Kompression, Vermeidung von Verletzungen, Bewegungsförderung und Gehtraining sowie das Hochlegen der Beine als Prophylaxe.
- **Bei kleinsten Verletzungen muss der Arzt aufgesucht werden, eine Selbstmedikation mit frei verkäuflichen »Venemitteln« ist nicht sinnvoll.**
- Beim Ulcus cruris arteriosum kommen ebenfalls Bewegungstraining und Ernährungsberatung als prophylaktische Maßnahmen in Frage, zusätzlich muss eine optimale Blutdruckeinstellung erfolgen, von Vorteil ist außerdem die Rauchentwöhnung.
- **Der Schwerpunkt der Ernährungsberatung liegt in den Bereichen Gewichtsreduktion und Cholesterinsenkung.**

### Hautschutz und Hautpflege

In den verschiedenen Untersuchungen konnte kein Nachweis geführt werden, dass bestimmte Produkte beim Hautschutz zu bevorzugen sind. Wichtig ist, dass die Wundumgebung vor Belastungen geschützt werden muss, insbesondere vor Stuhl und Urin. Zu beachten sind jedoch die allgemeinen Grundregeln der Hautpflege (► Kap. 2.11.4). Dies gilt vor allem für Patienten mit Kompressionsstrümpfen.

## 7.4 Standardkriterium 3

**S3a** Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Umsetzungs Kompetenzen bezogen auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

**S3b** Die Einrichtung stellt sicher, dass verordnete Hilfs- und Verbandsmittel unverzüglich bereitgestellt werden und Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung stehen. Sie sorgt für eine den komplexen Anforderungen angemessene Personalplanung. **P3a** Die Pflegefachkraft koordiniert die inter- und intraprofessionelle Versorgung (z. B. durch Ärzte, pflegerische Fachexperten, Physiotherapeuten, Podologen und Diabetesberater). **P3b** Die Pflegefachkraft gewährleistet eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen. **E3** Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen sind sach- und fachgerecht umgesetzt. Ihre Durchführung und Wirkung sind fortlaufend dokumentiert. Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.

### 7.4.1 Implementierung

Dieses Standardkriterium betont noch einmal die Koordination aller an den Maßnahmen beteiligten Berufsgruppen sowie die Einbeziehung des Patienten und seiner Bezugspersonen in die Versorgung. Dabei müssen die kognitiven Fähigkeiten des Betroffenen beachtet werden.

Ein weiterer Faktor ist die Berücksichtigung von hygienischen Vorgaben bei der Wundversorgung, wobei die Pflegeeinrichtung für die erforderlichen Voraussetzungen und Materialien und eine adäquate Personalbesetzung mit fachlich kompetenten Mitarbeitern verantwortlich ist.

- **Außerdem wird noch einmal die Pflicht zur Remonstration angeführt, die für die fachlich korrekte Durchführung der Maßnahmen entscheidend ist, wenn die ärztlich verordneten Maßnahmen, Techniken oder Wundtherapeutika nicht dem aktuellen Kenntnisstand entsprechen.**



Die Umsetzung dieser Forderung bereitet vielen Pflegefachkräften Probleme, weil das Thema an sich nicht durchgehend bekannt ist und weil der Arzt im Rahmen seiner Therapiehoheit gerade im ambulanten Bereich oder in der Langzeitpflege durch das Ausstellen eines Rezepts oder einer Verordnung beziehungsweise durch das Verweigern der Verordnung einen großen Einfluss auf die durchzuführenden Maßnahmen ausübt.

## 7.5 Standardkriterium 4

**S4a** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zu Information, Beratung, Schulung und Anleitung zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement. **S4b** Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung zur Verfügung. **P4** Die Pflegefachkraft schult zu Wundursachen und fördert die Fähigkeiten des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Wundversorgung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen durch Maßnahmen der Patientenedukation. Sie unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Berufs-, Selbsthilfe- oder weiteren Gesundheitsgruppen. **E4** Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.

### 7.5.1 Implementierung

Kernaussage dieses Standardkriteriums ist die Bedeutung von Schulungs- und Beratungsmaßnahmen für den Patienten und seine Angehörigen im Umgang mit der Wunde aber auch zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung von Rezidiven.

Die Einrichtung wird an dieser Stelle verpflichtet, die erforderlichen Materialien zur Verfügung zu stellen und die Voraussetzungen für die Beratung zu schaffen.

Die Expertenarbeitsgruppe differenziert zwischen allgemeinen Inhalten der Beratung und krankheitsspezifischen Schulungen. An dieser Stelle werden die allgemeinen Themen der Beratung aufgeführt, da die krankheitsspezifischen Themen der Schulung unter Berücksichtigung der jeweiligen Grunderkrankung bereits bei der Rezidivprophylaxe (► Abschn. 7.3.5) besprochen wurden. Die Durchführung von krankheitsspezifischen Beratungen und Schulungen wird außerdem zum Teil von anderen Berufsgruppen durchgeführt.

#### Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege werden auch Patienten betreut, die an einem Disease Management Programm DMP für Diabetiker teilnehmen und deshalb durch die betreuende Arztpraxis speziell geschult und prophylaktisch betreut werden. Für die Pflegefachkräfte ist es von Vorteil, zu wissen, ob der Patient an einem DMP teilnimmt, und dies in der Pflegedokumentation zu vermerken.

#### Allgemeine Beratungsinhalte:

- Sachgerechte Durchführung erforderlicher Maßnahmen zur Wundheilung
- Bedarfsgerechte Ernährung
- Hygiene
- Umgang mit Beschwerden, z. B. geschwollene Beine, Schmerzen
- Umgang mit psychischen und sozialen Problemen
- Bedeutung von Schmerz, Exsudat und Geruch
- Vermeidung von Verletzungen
- Hautschutz und Hautpflege
- Regelmäßige Beobachtung der Wunde
- Zeitliche Dauer der Wundheilung
- Rauchentwöhnung
- Schuh- und Kleidungsauswahl

## 7.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Heilungsverlauf der Wunde und die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen zu beurteilen.

**P5a** Die Pflegefachkraft beurteilt in individuell festzulegenden Abständen, spätestens jedoch nach vier Wochen die lokale Wundsituation (Wiederholung des wundspezifischen Assessments). **P5b** Die Pflegefachkraft überprüft unter Beteiligung eines pflegerischen Fachexperten spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und nimmt in Absprache mit allen an der Versorgung Beteiligten gegebenenfalls Änderungen daran vor. **E5** Anzeichen für eine Verbesserung der Wundsituation oder der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität liegen vor. Änderungen in der Maßnahmenplanung sind dokumentiert.

### 7.6.1 Implementierung

In diesem Standardkriterium wird die Bedeutung der Dokumentation mit anschließender Evaluation der durchgeführten Maßnahmen festgeschrieben.

Dabei ist jedoch nicht nur der Wundverlauf zu beachten. Da der Fokus des Expertenstandards auf der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden unter dem Aspekt der Lebensqualität liegt, müssen auch Veränderungen bei alltäglichen Aktivitäten in die Dokumentation mit aufgenommen werden.

Von den Herstellern von Pflegedokumentationssystemen oder Materialien zur Wundbehandlung werden verschiedenste Protokolle für die Wunddokumentationen angeboten.

➤ **Entscheidend bei der Auswahl eines Wunddokumentationsformulars ist die inhaltliche Bewertung, ob die wundspezifischen Kriterien (► Abschn. 7.3.5) umfassend beachtet werden. Aus diesem Grund wird im Anhang kein spezielles Formular abgebildet.**

Häufig sind die Formulare zweigeteilt und beschäftigen sich im ersten Abschnitt mit dem wundspezifischen Assessment und im zweiten Abschnitt mit der Verlaufsdocumentation. Dadurch entsteht ein Überblick über den gesamten Prozess der Wundversorgung.

Zu beachten sind außerdem Vorgaben über die Häufigkeit der Einschätzung, wobei für die individuell festzulegenden Einschätzungsintervalle neben dem Wundverlauf auch die Durchführung von speziellen Interventionen ausschlaggebend ist. Auch die Chronizität der Grunderkrankung ist zu beachten, um den Betroffenen vor unrealistischen Erwartungen zu schützen.

➤ **Eine Beschreibung in der Wunddokumentation muss auch erfolgen, wenn außergewöhnliche Maßnahmen, etwa die Entfernung von abgestorbenem Gewebe, durchgeführt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Wundmanager bei der Dokumentation und bei der Evaluation ist unerlässlich.**

## 7.7 Dokumentation

Im Rahmen der Dokumentation liegt der Schwerpunkt mit Sicherheit auf der Erstellung der Wunddokumentation, allerdings müssen bei Bedarf auch andere Formulare eingesetzt werden, die zur Dokumentation von Pflegemaßnahmen im Rahmen der Grunderkrankung vonnöten sind.

### Formulare:

- Wundassessment (► Anhang 1) und Wundprotokoll
- Formular für die Vitalzeichenkontrolle
- Bewegungsplan und Bewegungsförderungsprotokoll (► Anhang 5)
- Ernährungsplan und Ernährungsprotokoll (► Anhang 6)
- Trinkplan und Trinkprotokoll (► Anhang 20)
- Informations- und Beratungsmaterial

## 7.8 Organisation

Für die Pflegeeinrichtung ist die Erarbeitung einer geeigneten Verfahrensregelung als wichtigste organisatorische Maßnahme zu betrachten. Dabei sind genaue Festlegungen zu treffen, in welcher Form interne und externe Fachexperten in die Durchführung der aus den verschiedenen Standardkriterien entstehenden Aufgaben einzubeziehen sind. Dazu gehört die Kontaktaufnahme mit Ärzten,

Fachärzten, Wundmanagern, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Diätassistenten, Apotheken, Sanitätshäusern, Podologen und anderen Fachexperten.

- Für die Pflegeeinrichtung ist der Abschluss von entsprechenden Kooperationsverträgen vor allem dann wichtig, wenn externe Kooperationspartner angefordert werden und daraus haftungsrechtliche Ansprüche entstehen.

Empfehlenswert ist das Führen einer statistischen Erhebung, in der die Häufigkeit von chronischen Wunden, der Entstehungsort, der Wundverlauf und das Abheilen der Wunden dokumentiert werden.

## 7.9 Auswirkungen des Expertenstandards

Aufgrund der Komplexität der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden sind die Auswirkungen des Expertenstandards nur schwer zu beurteilen. Inhaltlich ist der Expertenstandard sehr differenziert und umfassend, wobei die Expertenarbeitsgruppe großen Wert auf die Erhaltung der Übersichtlichkeit gelegt hat. Je nach Pflegesektor und Fachbereich werden die Effekte wohl sehr unterschiedlich ausfallen, da im praktischen Pflegealltag das Auftreten von chronischen Wunden sehr unterschiedlich ist. In einigen Bereichen sind chronische Wunden ein immer wiederkehrendes Problem, in anderen Bereichen der Pflege sind sie als eher selten zu betrachten.

Dennoch bleibt festzustellen, dass der Fokus der Verbesserung der Lebensqualität in Bezug auf Alltagsaktivitäten, den die Experten ausgewählt haben, eine andere Betrachtungsweise ermöglicht und deshalb für die Betroffenen mit Sicherheit einen positiven Effekt bewirkt.

## 7.10 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009)

*Eva-Maria Panfil, Gonda Bauernfeind, Katherina Berger, Annegret Feirer, Marion Goertz, Carsten Hampel-Kalthoff, Vlastimil Kozon, Thomas Neubert, Kerstin Protz, Doris Schöning, Gerhard Schröder, Andreas Uschok, Doris von Siebenthal*

### 7.10.1 Präambel zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015

#### ■ Definition

In der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden dann als chronisch zu bezeichnen, wenn diese innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung – hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle – unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen. Der Expertenstandard fokussiert konkret und praktikabel die Versorgung von Menschen mit Dekubitus, Diabetischem Fußulcus und gefäßbedingtem Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum) für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung. Damit werden die häufigsten chronischen Wundarten aufgegriffen, mit denen Pflegefachkräfte<sup>1</sup> in ihrer Praxis befasst sind.

Grundsätzlich ist die Wundversorgung eine multiprofessionelle Aufgabe. Der Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Auch wenn in der Literaturrecherche Menschen mit Querschnittlähmung wegen der besonderen Problematik ausgeschlossen wurden, können nach Ansicht der Expertengruppe die formulierten Empfehlungen auf diese Gruppe übertragen werden. Die Übertragbarkeit auf Kinder sowie auf Patienten mit anderen chronischen Wunden, z. B. posttraumatische Wunden, wird ohne eine ent-

1 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger und -pflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen) angesprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

sprechende Literaturrecherche als kritisch gesehen, aber insbesondere für einzelne Aspekte, wie z. B. den hygienischen Umgang mit der Wunde, nicht ausgeschlossen.

#### ■ Zielsetzung

Der Pflegebedarf von Menschen mit den oben genannten Wundarten entsteht aus den wund- und therapiebedingten Einschränkungen auf das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Mit jeder chronischen Wunde sind neben körperlichen Beeinträchtigungen (z. B. Schmerzen) auch Einschränkungen der Selbständigkeit und des sozialen Lebens verbunden. Hauptsächliche Gründe dafür sind mangelnde Bewegungsfähigkeit und Belastungen, die durch Wundgeruch und -exsudat hervorgerufen werden. Aufgabe der Pflege ist die Förderung und Erhaltung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements und des Wohlbefindens der Betroffenen. Sie sollten – soweit möglich – Maßnahmen zur Heilung der Wunde, zur Symptom- und Beschwerdenkontrolle und zur Rezidivprophylaxe erlernen und das Erlernte in ihren Alltag integrieren und nachhaltig umsetzen. Wenn das gesundheitsbezogene Selbstmanagement nicht oder nur bedingt möglich ist, wie z.B. bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, übernehmen und begleiten Pflegefachkräfte primär temporär und sekundär dauerhaft die Durchführung der Wundversorgung und/oder Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe.

#### ■ Voraussetzungen für die Anwendung des Expertenstandards

Wundheilung und Rezidivprophylaxe sind nur in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen, deren Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen zu erreichen. Eine Versorgung nach dem Muster der Akutversorgung ist nicht angebracht, da sie weder mit dem chronischen Charakter der Erkrankung noch den Alltagsbedürfnissen der Patienten/Bewohner vereinbar ist. Qualitative Studien zu Erfahrungen mit Verbandwechsel, Kompressions-therapie oder schlecht riechenden Wunden weisen darauf hin, dass sich Betroffene in erster Linie als »Wunde« und nicht als Mensch behandelt fühlen. Für die Zusammenarbeit der Betroffenen mit den professionellen Akteuren, aber auch auf Art und

Ausmaß des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements haben diese Erfahrungen erhebliche Auswirkungen. Patienten/Bewohner<sup>2</sup>, die beispielsweise als »noncompliant« hinsichtlich der Kompressionstherapie beschrieben werden, missachten die Verordnungen meist nicht aus Gründen mangelnder Auffassungsgabe oder mangelndem Kooperationswillen, sondern aufgrund abweichender Vorstellungen zur Therapie und deren Relevanz.

Betroffene verfügen über individuelle Vorstellungen zur Entstehung der Wunde und deren erfolgreicher Therapie und erleben Ängste im Umgang mit der Wunde. Studien zum Thema »Chronische Krankheiten« zeigen, dass betroffene Menschen in der Versorgung nicht immer das Ziel eines optimalen Krankheitsmanagements, sondern vorrangig »Normalität« im Alltag anstreben. Eine wertschätzende und verstehende Haltung und Kommunikation sowie eine bedürfnisorientierte Pflegeplanung, Information, Schulung und Anleitung der Betroffenen sind wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden. Der Expertenarbeitsgruppe ist wichtig darauf hinzuweisen, dass bei Patienten/Bewohnern mit chronischen Wunden nicht immer die Wunde oder die Wundheilung im Vordergrund stehen. Abhängig von der individuellen Lebenssituation müssen zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität bei den Pflegezielen entsprechend andere Prioritäten gesetzt werden.

Die im Expertenstandard thematisierten chronischen Wunden sind überwiegend Komplikationen bestehender unterschiedlicher Grunderkrankungen, wie der chronisch venösen Insuffizienz, der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit oder des Diabetes mellitus. Eine Heilung dieser Wunden und eine Rezidivprophylaxe sind nur dann zu erreichen, wenn die Grunderkrankung behandelt wird und das Verständnis des Patienten/Bewohners für die Krankheit und den Umgang damit gefördert wird. Im Expertenstandard werden diese Zusammenhänge nur am Rande berücksich-

2 Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint

tigt, um eine inhaltliche Überfrachtung des Standards zu vermeiden.

Einrichtungen, in denen nur selten Menschen mit chronischen Wunden betreut werden, können auf eine vollständige Einführung verzichten. Es sollte aber dafür Sorge getragen werden, dass die erforderliche Kompetenz zur Anwendung des Expertenstandards verfügbar ist, wenn ein Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde aufgenommen wird<sup>3</sup>.

#### ■ Anwender des Expertenstandards

Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und im Krankenhaus. Die Thematik ist jedoch so komplex, dass eine allgemeine pflegerische Expertise nicht in jedem Fall zu allen notwendigen Aufgaben befähigt. Studien weisen darauf hin, dass für die kompetente Wahrnehmung ausgewählter Aufgaben wie z. B. der systematischen Einschätzung und Dokumentation von chronischen Wunden, spezielle Kompetenzen und Erfahrungen notwendig sind. Um den ausgewählten, spezifischen Anforderungen des Expertenstandards entsprechen zu können, müssen Pflegefachkräfte über Qualifikationen verfügen, die der komplexen Problemsituation der Betroffenen gerecht werden. Zusätzlich müssen sie die Möglichkeit haben, pflegerische Fachexperten anlassbezogen beratend und unterstützend hinzu ziehen zu können. Der vorliegende Expertenstandard orientiert sich an der Logik professionellen Handelns, er kann jedoch nicht vorschreiben, wie dieses Handeln in jedem Fall und unter spezifischen institutionellen Bedingungen umgesetzt wird. Hier kommt dem jeweiligen Management die Aufgabe zu, für eindeutige und

effektive Verfahrensregelungen Sorge zu tragen. Dies trifft auch auf die ambulanten Pflegedienste zu, deren vertragliche Vereinbarungen mit ihren Patienten in Form von Leistungskomplexen nur Teilaspekte des möglicherweise tatsächlich identifizierten Pflege- und Unterstützungsbedarfs abdecken.

### 7.10.2 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – 1. Aktualisierung 2015

**Zielsetzung:** Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

**Begründung:** Chronische Wunden sind häufig Symptome einer chronischen Krankheit, die maßgeblich den Alltag der betroffenen Person beeinflusst. Sie führen, insbesondere durch Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität, Wundexsudat und -geruch, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Durch Anleitung und Beratung der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen zu alltagsorientierten Maßnahmen im Umgang mit der Wunde und den wund- und therapiebedingten Auswirkungen können die Fähigkeiten zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement so verbessert werden, dass sich positive Effekte für Wundheilung und Lebensqualität ergeben. Des Weiteren verbessern sachgerechte Beurteilung und phasengerechte Versorgung der Wunde sowie regelmäßige Dokumentation des Verlaufs unter Berücksichtigung der Sichtweise der Patienten/Bewohner auf ihr Kranksein die Heilungschancen.

3 Hinweise zur Einführung finden sich im Implementierungskapitel des Expertenstandards aus dem Jahr 2009, welches auf der Homepage des DNQP (► [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)) zum kostenlosen Download zur Verfügung steht.

### Strukturkriterien

**S1a Die Pflegefachkraft** verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen, Krankheitsverständnis und gesundheitsbezogene Selbstmanagementfähigkeiten sensibel und verstehend zu erkunden.

**S1b Die Einrichtung** verfügt über eine inter- und intraprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Sie stellt sicher, dass ein pflegerischer Fachexperte zur Verfügung steht und hält erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereit.

**S2 Die Pflegefachkraft** verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen, zu krankheitsspezifischen Maßnahmen je nach Wundart (z. B. Bewegungsförderung, Druckverteilung oder Kompression), zur Wundversorgung, zur Grunderkrankung und zur Rezidiv- und Infektionsprophylaxe sowie zum Hautschutz und zur Hautpflege.

**S3a Die Pflegefachkraft** verfügt über Steuerungs- und Umsetzungskompetenzen bezogen auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

**S3b Die Einrichtung** stellt sicher, dass verordnete Hilfs- und Verbandmittel unverzüglich bereitgestellt werden und Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung stehen. Sie sorgt für eine den komplexen Anforderungen angemessene Personalplanung.

**S4a Die Pflegefachkraft** verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zu Information, Beratung, Schulung und Anleitung zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement.

**S4b Die Einrichtung** stellt zielgruppenspezifische Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung zur Verfügung.

### Prozesskriterien

**P1a Die Pflegefachkraft** erfasst im Rahmen der pflegerischen Anamnese bei allen Patienten/Bewohnern mit einer chronischen Wunde das Krankheitsverständnis, wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements.

**P1b Die Pflegefachkraft** holt eine medizinische Diagnose ein. Für das wundspezifische Assessment zieht sie, insbesondere zur Ersteinschätzung und Dokumentation der Wunde, einen pflegerischen Fachexperten hinzu und bindet diesen nach Bedarf in die weitere Versorgung ein.

**P2 Die Pflegefachkraft** plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen zu folgenden Bereichen: wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, wundspezifische Erfordernisse, Grunderkrankung und Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Schäden, Umsetzen medizinischer Verordnungen.

**P3a Die Pflegefachkraft** koordiniert die inter- und intraprofessionelle Versorgung (z. B. durch Arzt, pflegerischen Fachexperten, Physiotherapeut, Podologe und Diabetesberater).

**P3b Die Pflegefachkraft** gewährleistet eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen.

**P4 Die Pflegefachkraft** schult zu Wundursachen und fördert die Fähigkeiten des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Wundversorgung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen durch Maßnahmen der Patientenedukation. Sie unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Berufs-, Selbsthilfe- oder weiteren Gesundheitsgruppen.

### Ergebniskriterien

**E1 Die Dokumentation** enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten:

- Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung, individuelles Krankheitsverständnis, Körperbildstörungen, Ängste
- Wissen der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie gesundheitsbezogene Selbstmanagementkompetenzen
- Spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisation, -größe, -rand, -umgebung, -grund und Entzündungszeichen.

**E2 Eine individuelle, alltagsorientierte Maßnahmenplanung**, die die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.

**E3 Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen** sind sach- und fachgerecht umgesetzt, ihre Durchführung und Wirkung fortlaufend dokumentiert. Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.

**E4 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen** kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.

**Strukturkriterien**

**S5 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, den Heilungsverlauf der Wunde und die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen zu beurteilen.

**Prozesskriterien**

**P5a Die Pflegefachkraft** beurteilt in individuell festzulegenden Abständen, spätestens jedoch nach vier Wochen, die lokale Wundsituation (Wiederholung des wundspezifischen Assessments).

**P5b Die Pflegefachkraft** überprüft unter Beteiligung eines pflegerischen Fachexperten spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und nimmt in Absprache mit dem Patienten/ Bewohner und allen an der Versorgung Beteiligten gegebenenfalls Änderungen daran vor.

**Ergebniskriterien**

**E5** Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder der Wundsituation liegen vor. Änderungen in der Maßnahmenplanung sind dokumentiert.

7

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien, eine umfassende Literaturstudie zum Thema, ein im Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards entwickeltes Audit-Instrument zur Messung des Zielerreichungsgrades bei der Anwendung des Expertenstandards sowie detaillierte Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung.

Die abschließende Veröffentlichung kann schriftlich beim DNQP bestellt werden.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Anna Möller M.A.,

Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Elke Rausing und Bianca Grams

Hochschule Osnabrück - Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 - 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 - Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

**Literatur**

- 
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2009) Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2015) Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Benner P, Wrubel J (1989) The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness, Prentice Hall, New Jersey
- [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

# Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 8.1 Grundlagen der Ernährung – 155**
- 8.2 Standardkriterium 1 – 156**
  - 8.2.1 Implementierung – 156
  - 8.2.2 Screening des Ernährungszustands – 156
  - 8.2.3 Risikofaktoren – 158
  - 8.2.4 Assessment – 158
  - 8.2.5 Ess- und Trinkprotokoll – 160
- 8.3 Standardkriterium 2 – 161**
  - 8.3.1 Implementierung – 161
  - 8.3.2 Ethik und Lebensverlängerung – 162
  - 8.3.3 Verfahrensregelung – 163
- 8.4 Standardkriterium 3 – 164**
  - 8.4.1 Implementierung – 164
  - 8.4.2 Gestaltung der Mahlzeiten – 164
- 8.5 Standardkriterium 4 – 169**
  - 8.5.1 Implementierung – 169
- 8.6 Standardkriterium 5 – 170**
  - 8.6.1 Implementierung – 171
- 8.7 Standardkriterium 6 – 171**
  - 8.7.1 Implementierung – 171
  - 8.7.2 Evaluation – 171



- 8.8 **Dokumentation – 172**
- 8.9 **Organisation – 172**
- 8.10 **Auswirkungen des Expertenstandards – 173**
- 8.11 **Expertenstandard Ernährungsmanagement zur  
Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der  
Pflege – 173**
  - 8.11.1 Präambel zum Expertenstandard – 173
  - 8.11.2 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung  
und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege  
(Stand Januar 2009) – 175
- Literatur – 177**

Das Thema Ernährungsmanagement in der Pflege ist unverändert aktuell und war schon immer ein zentrales Thema, das sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Patienten und Bewohner eine bedeutende Rolle spielt. Auch in diesem Kapitel werden zunächst die Inhalte des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP zusammengefasst und die Implementierung in den Pflegeprozess erläutert. Die Umsetzung in der Praxis und die Implementierung in den einrichtungsinternen Pflegestandard wird genauer erklärt, etwa durch ein geeignetes Screening und Assessment, durch die Bedarfsermittlung, durch die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, durch spezielle Maßnahmen, wie Schlucktraining und durch die Planung und Überprüfung der Flüssigkeitsversorgung. Notwendige Formulare, beispielsweise Vorschläge für ein geeignetes Assessment, ein Risikoformular für die Pflegeanamnese, ein Ernährungsplan, ein Ernährungsprotokoll oder ein Formular für die Bilanzierung, werden beschrieben oder im Anhang vorgestellt.

Organisatorische Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Thema Ernährung sind zum Beispiel die Kooperation mit Küche und Diätassistenten beziehungsweise mit externen Kooperationspartnern, die Gestaltung der Speisepläne, Besonderheiten bei der Bestellung, Zubereitung und Verteilung der Nahrung oder das Führen von statistischen Erhebungen zur Überwachung der Ernährungssituation in der Pflegeeinrichtung.

## 8.1 Grundlagen der Ernährung

Bereits im Jahr 1860 stellte Florence Nightingale fest, dass bei unsachgemäßer Krankenversorgung Patienten zu verhungern drohen, obwohl ausreichend Lebensmittel vorhanden sind.

» Every careful observer of the sick will agree in this, that thousands of patients are annually starved in the midst of plenty, from want of attention to the ways which alone make it possible for them to take food. (F. Nightingale 1860)

Essen und Trinken dienen nicht nur der Erhaltung von körperlichen Funktionen, sie sind auch ein Bereich, der mit soziokulturellen Aspekten und natürlich mit Genuss zusammenhängt. Die Versorgung von Menschen mit Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme beinhaltet deshalb nicht nur die Zubereitung, Vorbereitung und Verabreichung der Nahrung, wesentlicher Bestandteil von Pflegemaßnahmen ist die Milieugestaltung beim Essen und der Charakter der Tischkultur.

Der Expertenstandard Ernährungsmanagement in der Pflege beschäftigt sich ausschließlich mit der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme von erwachsenen Menschen mit dem Schwerpunkt der Vermeidung oder Behebung von Mangelernährung.

Eine Definition des Begriffs Mangelernährung beinhalten auch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin DGEM und das Qualitätsniveau II der BUKO-QS »Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege« (Bartholomeyczik et al. 2008):

» Ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand.

Grund hierfür ist die Relevanz des Themas im Pflegealltag, zumal die Mangelernährung auch eine gesundheitspolitische Bedeutung besitzt. Betroffene Menschen leiden unter einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, unter einer Einschränkung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität und sind gefährdet für weitere Komplikationen.

» Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Versorgung mit Flüssigkeit von der Expertearbeitsgruppe als Bestandteil der Ernährung betrachtet wird und deshalb auch Inhalt des Expertenstandard ist.

Man schätzt, dass durch pflegerische Maßnahmen oder Krankenhausaufenthalte in Deutschland auf-

grund von Mangelernährung Kosten von rund neun Milliarden Euro jährlich verursacht werden.

Folgen der Mangelernährung sind Komplikationen im Krankheitsverlauf und andere Risiken, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen.

#### Folgen der Mangelernährung:

- Abnahme der Muskelkraft
- Erhöhtes Sturzrisiko (► Kap. 5)
- Beeinträchtigte Immunfunktion, Infektanfälligkeit
- Haut-/Schleimhautdefekte
- Wundheilungsstörungen und Dekubitusrisiko (► Kap. 2)
- Neurologische und kognitive Beeinträchtigungen
- Beeinträchtigung der Herzleistung und Atemfunktion
- Verlangsamte Rekonvaleszenz

Selbstverständlich muss ein Pflegestandard Aussagen über die Ermittlung von Ernährungsrisiken und die daraus resultierenden Maßnahmen und Kontrollen beinhalten, er muss jedoch auch einen Anhaltspunkt geben zur Unterstützung und Gestaltung der Nahrungsaufnahme und zur Vorgehensweise bei Nahrungsverweigerung.

► **Daraus ergibt sich im Individualfall auch eine ethische Fragestellung, die erfreulicherweise in diesem Expertenstandard ebenfalls thematisiert und kommentiert wird.**

Mangelernährung ist außerdem ein medienwirksames Thema, das immer wieder in den Schlagzeilen auftaucht.

## 8.2 Standardkriterium 1

**51a** Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung (Screening) und zur tiefer gehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment). **51b** Die Einrichtung stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen. **P1** Die Pflegefachkraft erfasst bei allen Pa-

tienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening). Die Pflegefachkraft führt bei vorliegendem Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch (Assessment). **E1** Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten/Bewohnern mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.

### 8.2.1 Implementierung

Die Aufgabe der Pflegefachkraft bei der Umsetzung des ersten Standardkriteriums besteht zunächst in der Identifizierung von Risikofaktoren und – sofern Anzeichen für Ernährungsprobleme oder eine bereits bestehende Mangelernährung beobachtet werden – in der Durchführung eines tiefer gehenden Assessments.

Eine grobe Einschätzung der Ernährungssituation kann durch verschiedene Hinweise ermöglicht werden. Deshalb wird im Rahmen der Pflegeanamnese beziehungsweise im Erstgespräch speziell auf derartige Hinweise geachtet.

### 8.2.2 Screening des Ernährungszustands

Hauptrisikofaktor einer Mangelernährung ist ein eindeutiger Gewichtsverlust, allerdings können auch Menschen mit einem deutlichen Übergewicht fehl- oder mangelernährt sein. Bei diesem Personenkreis finden sich Hinweise auf Ernährungsprobleme dann, wenn die Beobachtung der Ernährung auffallend kleine Portionen oder eine einseitige Ernährungsweise ergibt.

**Anzeichen für Mangelernährung im Screening:**

- Sichtbare Zeichen eines Gewichtsverlustes
- Sichtbare Zeichen eines Flüssigkeitsmangels
- Erhöhter Nährstoffbedarf

- Verstärkter Nährstoffverlust
- Auffallend geringe Nährstoffzufuhr

## Gewicht

- Ein Gewichtsverlust von über 5 % in 1 bis 3 Monaten oder über 10 % in 6 Monaten ist als Anzeichen eines Ernährungsproblems zu betrachten.

Bei Menschen mit ausreichendem Ernährungsstatus oder gar mit Übergewicht fällt es schwer, an eine Mangelernährung zu glauben. Klassisches Beispiel hierfür ist der »Suppenkasper« (■ Abb. 8.1). Obwohl er zu Beginn noch relativ wohlgenährt aussieht, kann auch hier schon eine Mangelernährung vorliegen.

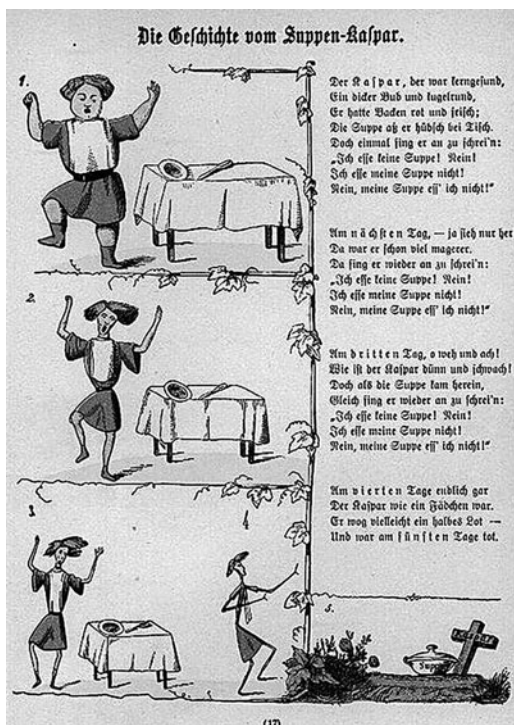
Gerade bei Patienten oder Bewohnern mit Mobilitätseinschränkungen herrscht oft die Meinung vor, dass es sowohl für den Betroffenen als auch für die Pflegekräfte günstiger ist, wenn Gewicht abgenommen und dadurch die Pflege erleichtert wird. Eine bereits bestehende Mangelernährung wird dadurch noch verschlechtert.

- Zu beachten ist in diesem Zusammenhang außerdem die Funktionsfähigkeit der Waage. Sowohl bei Rollstuhlwaagen als auch bei der klassischen Balkenwaage verstellt sich beim Transport die Einstellung und es muss kontrolliert werden, ob bei der Inbetriebnahme eine Nullstellung vorliegt.

Gewichtsschwankungen treten auch dann gehäuft auf, wenn verschiedene Waagen verwendet werden. Eine regelmäßige Eichung der Waagen ist in der stationären Pflege ebenfalls unerlässlich.

Für die Wiederholung der Kontrollen muss ein geeignetes und individuelles Intervall festgelegt werden, das abhängig vom Gefährdungspotenzial und von anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestimmt wird, beispielsweise bei Ödemenneigung oder drohender Dehydratation. Die Expertenarbeitsgruppe beschreibt Intervalle von einem Tag bis hin zu drei Monaten, je nach Pflegesektor.

Bei akuten Veränderungen des Zustands, etwa bei Durchfallerkrankungen, Zahnproblemen, Fieber, Infektionen und anderen Krankheitszeichen,



■ Abb. 8.1 Formen der Mangelernährung nach Heinrich Hoffmann »Der Struwwelpeter«

muss jedoch eine sofortige Überprüfung stattfinden.

- Darauf ist vor allem dann zu achten, wenn ein sehr langes Wiederholungsintervall gewählt wurde. Die meisten Einrichtungen der Langzeitpflege wählen deshalb ein monatliches Wiegeintervall.

## Ambulante Pflege

Die Feststellung eines Gewichtsverlusts ist im ambulanten Bereich vor allem dann problematisch, wenn aufgrund einer Immobilität nicht gewogen werden kann. In diesem Fall finden sich Hinweise auf eine reduzierte Nahrungsaufnahme auch bei der Betrachtung der Kleidung, wenn die Konfektionsgröße sich sichtbar verändert hat und die Kleidung zu weit geworden ist.

Zu berücksichtigen ist außerdem das Risiko der Dehydratation. Auch hierfür sind richtungsweisende Anzeichen zu prüfen.

**Zeichen einer Dehydratation:**

- Tiefliegende Augäpfel
- Stehende Hautfalten
- Konzentrierter Urin
- Trockene Schleimhäute
- Trockene Haut
- Belegte, borkige Zunge
- Orientierungsstörung

Unter Dehydratation oder Exsikkose wird ein Mangel an Körperwasser und Natrium verstanden, der durch eine zu geringe Aufnahme oder eine zu große Ausscheidung entsteht. Die Folgen können vital bedrohlich sein und entstehen relativ schnell.

**Folgen der Dehydratation:**

- Übelkeit, Appetitlosigkeit
- Tachykardie
- Obstipation
- Apathie, Antriebslosigkeit
- Unruhe, Desorientiertheit
- Krämpfe

### Body Mass Index BMI

Zusätzlich zu regelmäßigen Gewichtskontrollen wird im Alltag normalerweise bei allen Patienten oder Bewohnern der Body Mass Index BMI errechnet. Prinzipiell kann dadurch vor allem der Verlauf der Gewichtsentwicklung in der Langzeitpflege gut eingeschätzt werden.

- **Die Expertenarbeitsgruppe warnt jedoch ausdrücklich vor einer unkritischen Bewertung des BMI.**

Fehlerhafte oder ungenaue BMI-Werte werden durch verschiedene Faktoren ausgelöst. Nach Amputationen ist der errechnete Wert zunächst nicht aussagekräftig, eine Umrechnung mit einem entsprechenden Faktor ergibt auch nur einen Näherungswert.

Eine weitere Verfälschung des BMI-Wertes findet man bei Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, also bei Ödemen oder Exsikkose. Auch eine Veränderung der Körpergröße, beispielsweise bei Wirbelsäulenverkrümmungen oder Osteoporose bewirkt

eine Verfälschung des ermittelten Werts, die sich aufgrund der Berechnungsformel sogar quadriert. Schätzwerte der Körpergröße oder Nachmessen führt deshalb zu nicht aussagekräftigen Werten.

- **Gelegentlich findet man die ursprüngliche Körpergröße jedoch im Personalausweis. Zu den verfälschenden Faktoren gehört auch das hohe Alter, denn schon durch die veränderte Körperzusammensetzung sind die Verhältnisse bei alten Menschen nicht mehr so wie in jungen Jahren.**

Im Screening muss besonders auf allgemeine oder spezielle Risikofaktoren für Mangelernährung geachtet werden.

### 8.2.3 Risikofaktoren

Die Expertenarbeitsgruppe hat eine Auflistung von Risikofaktoren angeführt, die alle als Hinweise für eine Mangelernährung herangezogen werden können (► Risikofaktoren für Mangelernährung). Dabei wird unterschieden zwischen allgemeinen Risikofaktoren, die bei allen Betroffenen auftreten können, und speziellen Risiken für die einzelnen Pflegesektoren Krankenhaus, ambulante Pflege und Langzeitpflege.

Werden Risikofaktoren jeglicher Art bemerkt, beobachtet oder von dem Betroffenen geäußert, wird ein ausführliches Assessment vorgenommen.

#### Praxistipp

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das ausgewählte Instrument zur Pflegeanamnese passt, um Doppeldokumentationen nach Möglichkeit zu vermeiden.

### 8.2.4 Assessment

Eine Vielzahl von Studien beschäftigt sich mit der Prävalenz von Mangelernährung bei geriatrischen Patienten. Dabei wurden auch verschiedene Assessmentinstrumente einbezogen und teilweise miteinander verglichen. Aus den Ergebnissen die-

## Risikofaktoren für Mangelernährung

### Allgemeine Risiken für Mangelernährung:

- Krankheits-, therapie- und altersbedingte Einschränkungen
  - Akute und chronische Krankheit
  - Multimorbidität
  - Auswirkungen von Krankheit oder Behandlung (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Schmerzen)
  - Nebenwirkungen von Medikamenteneinnahme (z. B. Müdigkeit, Appetitlosigkeit)
  - Erhöhter Energie-, Nährstoff- oder Flüssigkeitsbedarf (z. B. offene Wunden, Fieber, motorische Unruhe)
  - Kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Demenz)
  - Körperliche Beeinträchtigungen (Funktionalitäts-, Mobilitätseinschränkungen)
  - Verminderte Sinneswahrnehmung
  - Schluckstörungen, schlechter Mund-, Zahnstatus
  - Appetitlosigkeit
- Psycho-soziale Einschränkungen
  - Depressionen
  - Einsamkeit/Isolation, fehlendes soziales Netz
  - Ungünstiges Ernährungsverhalten (z. B. durch Armut, Unkenntnis, Gewohnheit, Abhängigkeit von Alkohol und anderen Suchtmitteln)

- Ängste, z. B. im Umgang mit Allergien, Unverträglichkeiten oder Vergiftung (Paranoia)
- Schlankeitswahn
- Umgebungsbedingte Einschränkungen
  - Unflexible Essenszeiten
  - Unzureichendes, unangemessenes Hilfsmittel- oder Unterstützungsangebot während der Mahlzeiten
  - Unruhe, Unterbrechungen während der Mahlzeiten
- Unerkannter oder ungeäußerter Unterstützungsbedarf beim Essen und Trinken

### Spezielle Risiken für Mangelernährung im Krankenhaus:

- Ernährungsbeeinträchtigende Krankheiten bzw. chirurgische Eingriffe (z. B. große intestinale Operationen, Nahrungskarenz, künstliches Koma, intensivmedizinische Behandlung)
- Angst vor Diagnose/Behandlung
- Ungewohnte, befremdliche Umgebung
- Abneigung/Ablehnen der Krankenhauskost (z. B. Geschmack, Angst vor unbekanntem, nicht gewünschten Speisenzusätzen/-inhalten)
- Unterbrechungen bei den Mahlzeiten (z. B. Untersuchungen, Visiten)

### Spezielle Risiken für Mangelernährung in der ambulanten Pflege:

- Einschränkungen bei der Lebensmittelversorgung (z. B. mangelnde Einkaufsmöglichkeit im näheren Umfeld bzw. eingeschränktes Angebot für bestimmte Kostformen, finanzielle Einschränkungen)
- Einschränkungen bei der selbstständigen Lebensführung (z. B. Lebensmittelbesorgung, Zubereitung der Mahlzeiten)
- Einschränkungen beim selbstständigen Essen und Trinken
- Soziale Isolation, Einsamkeit, Depression

### Spezielle Risiken für Mangelernährung in der stationären Langzeitpflege, Wohngruppen:

- Störende Umgebungsfaktoren (z. B. Lärm, Unruhe bei den Mahlzeiten)
- Störende Mitbewohner
- Scham, Zurückhaltung oder mangelnde Ausdrucksfähigkeit beim Einfordern von Unterstützung/Hilfe
- Ungeäußerte Wünsche, Bedürfnisse oder Gewohnheiten beim Essen und Trinken
- Abneigung/Ablehnung der Speisen-/Getränkeangebote in der Gemeinschaftsverpflegung

ser Untersuchungen konnten verschiedene Instrumente zur differenzierten Einschätzung der Mangelernährung herausgefiltert werden.

#### Instrumente:

- Mini Nutritional Assessment MNA
- Mini Nutritional Assessment Short Form MNA-SF
- Nutritional Risk Screening NRS
- Malnutrition Universal Screening Tool MUST

#### Weitere Instrumente

- Subjective Global Assessment SGA
- Nutritional Risk Assessment Scale NuRAS

Diese Instrumente werden im Expertenstandard zwar erwähnt, jedoch nicht weiter beschrieben. Verschiedene Faktoren der einzelnen Erhebungsinstrumente sind kritisch zu betrachten, dennoch beinhaltet der Expertenstandard eine klare Empfehlung eines Assessmentverfahrens für jeden Pflegesektor.

Dabei werden auch die Empfehlungen von Fachgesellschaften einbezogen, speziell der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin DGEM und der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism ESPEN.

### Krankenhaus

Die Fachgesellschaften und der Expertenstandard empfehlen momentan die Verwendung des Nutritional Risk Screening NRS (► Anhang 16).

### Pflegeheim

Für den Bereich stationäre Altenpflege, geriatrische Pflege und Wohngruppen werden Mini Nutritional Assessment MNA beziehungsweise die Kurzform des MNA, das Mini Nutritional Assessment Short Form → MNA-SF empfohlen (► Anhang 17). Beim MNA-SF werden nur die Items der Voranamnese betrachtet, um eine schnelle Einschätzung in nur drei Minuten zu ermöglichen.

### Ambulante Pflege

Für die ambulante Pflege wird die Verwendung des Malnutrition Universal Screening Tool MUST empfohlen (► Anhang 18).

Die jeweils aufgeführten Instrumente sind unter bestimmten Umständen geeignet, Risikofaktoren für Mangelernährung zu erkennen, jede Skala weist allerdings auch Schwachpunkte auf. So wird beispielsweise beim MNA die Zusammensetzung der Nahrung nur oberflächlich betrachtet und die Inhalte der Skala sind für die weitere Maßnahmenplanung nur bedingt handlungsleitend. In der NuRAS werden die Einschränkung der verschiedenen Lebensaktivitäten des Betroffenen genauer erfasst, bei diesem Verfahren kommt es allerdings zur Addition von völlig unterschiedlichen Items, die dann einen gemeinsamen Risikowert ergeben, beispielsweise Medikamente, Alkohol- oder Nikotinkonsum.

Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt ein neues Screening- und Assessmentinstrument einer interdisziplinären Expertengruppe, das im Rahmen eines Projekts der BUKO-QS erstellt wurde, das aber zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Expertenstandards noch nicht ausreichend validiert war. Das PEMU – Pflegerische Erfassung von Man-

gelernährung und deren Ursachen – besteht im ersten Teil aus einem Screening- und im zweiten Teil aus einem Assessmentinstrument.

- **Unabhängig von dem verwendeten Instrument, aber abhängig vom Risikopotenzial muss das individuelle Wiederholungsintervall für eine erneute Einschätzung festgelegt und bei akuten Veränderungen des Gesundheitszustands angepasst werden.**

## 8.2.5 Ess- und Trinkprotokoll

Im weiteren Verlauf des Assessments werden die Ernährungsgewohnheiten und die oral zugeführten Nahrungsmengen sowie die Flüssigkeitsversorgung beurteilt. Über einen Zeitraum von mehreren Tagen werden die zugeführten Portionen oder Einfuhrmengen in entsprechenden Formularen dokumentiert (► Anhang 20). Die Expertenarbeitsgruppe gibt als geeigneten Zeitraum beispielsweise 3 bis 5 Tage an.

- **Dieser Zeitraum wird bei Bedarf ausgedehnt, wenn beispielsweise kein individuelles Ernährungsmuster oder Vorlieben deutlich werden. Bei fortbestehenden Problemen muss ebenfalls eine Verlängerung oder eine Wiederholung der Maßnahme in Betracht gezogen werden.**

Im Anschluss an die Erhebung folgt die Auswertung der dokumentierten Mengen. Mehrere Faktoren sind für die Bewertung der Ernährungsgewohnheiten von Bedeutung.

### Bewertung der Ess- und Trinkprotokolle:

- Größe der Portion bzw. Nahrungsmenge
- Zugeführte Nährstoffe
- Trinkmenge
- Bevorzugte Speisen
- Bevorzugte Getränke
- Bevorzugte Mahlzeiten
- Uhrzeiten der Nahrungsaufnahme
- Hunger bzw. Appetit im Tages- und Nachtverlauf
- Durst im Tages- und Nachtverlauf

➤ **Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokolle geben Aufschluss über eine bedarfsgerechte Versorgung und über die Bedürfnisse des Betroffenen.**

Voraussetzung für eine Auswertung der Protokolle ist neben den genannten Punkten auch die Bewertung von Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf. Die Expertenarbeitsgruppe empfiehlt hierfür die Kooperation mit spezialisierten Berufsgruppen, etwa Ernährungsberatern oder Diätassistenten.

Eine individuelle Berechnung des Kalorien- und Flüssigkeitsbedarfs beinhaltet auch die Grundsatzstellungnahme »Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen«, die 2003 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. MDS veröffentlicht und 2014 aktualisiert wurde. Aus dieser Veröffentlichung stammen auch die beiden Berechnungsformeln mit Beispielen, die im Anhang dargestellt werden (► Anhang 19). Die Grundsatzstellungnahme enthält außerdem Referenzwerte für die Versorgung mit einzelnen Nährstoffen, z. B. Vitaminen.

Im Expertenstandard Ernährungsmanagement wird zur Beurteilung des Nährstoffbedarfs auf die Referenzwerte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. DGE verwiesen, die in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung ÖGE, der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung SGE sowie der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung SVE erarbeitet wurden (D-A-CH-Referenzwerte).

➤ **Bei der Berechnung des Flüssigkeitsbedarfs muss unbedingt auf den Unterschied zwischen Gesamtflüssigkeitsbedarf und Trinkflüssigkeitsmenge geachtet werden, da ein Teil der benötigten Flüssigkeit über die Nahrung aufgenommen wird.**

Eine Überprüfung der errechneten Menge ist deshalb sinnvoll, wenn die Beratung durch eine externe Firma vorgenommen wird. Sofern die Bewertung durch Ernährungsberater oder Diätassistenten begleitet wird, muss von Seiten der Pflegefachkraft dennoch auf deutliche Hinweise für Risiken geachtet werden. Auch hierfür hat das DNQP genaue

Kriterien formuliert, die in der folgenden Aufzählung knapp zusammengefasst sind.

**Untersuchungskriterien für das Assessment nach dem DNQP:**

- Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen
- Fehlende Lust zum Essen oder Trinken
- Ungünstige Umgebungsfaktoren
- Inadäquates Angebot
- Erhöhter Bedarf
- Vereinsamung

Die einzelnen Punkte werden bei den möglichen Interventionen genauer aufgeführt.

## 8.3 Standardkriterium 2

**S2a** Die Pflegefachkraft verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.

**S2b** Die Einrichtung verfügt über eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement. **P2** Die Pflegefachkraft koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft sowie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Logopäden, Diätassistenten) Maßnahmen für eine individuell angepasste Ernährung. **E2** Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.

### 8.3.1 Implementierung

Bei der Umsetzung dieses Standardkriteriums sind Aushandlungsprozesse und Fachkompetenz im Umgang mit dem Betroffenen und in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen entscheidend. Biografische Aspekte, religiöse Überzeugungen, abweichende Wahrnehmungen und Grundeinstellungen sowie ethische Aspekte sind bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.



- **Als wichtiger Faktor für das weitere Vorgehen muss in jedem Fall die Erhebung einer Ernährungsbiografie betrachtet werden. Dabei sollen sowohl Vorlieben und Abneigungen als auch die Bedeutung der Mahlzeit im Tagesverlauf erfasst werden.**

Sofern der Betroffene zu diesen Punkten keine genauen Angaben machen kann, ist es meistens möglich, genauere Informationen von den Angehörigen zu erfragen (► Anhang 1). Es bleibt jedoch zu bedenken, dass sich die erhobenen Vorlieben oder Abneigungen im Laufe des Lebens verändern können, insbesondere im Verlauf einer demenziellen Veränderung.

### 8.3.2 Ethik und Lebensverlängerung

In den letzten Jahren hat das Thema Ethik in der Pflege, in der Medizin und vor allem im Zusammenhang mit Lebensverlängerung oder Lebensbeendigung an Bedeutung gewonnen. Das Leitbild der Pflegeeinrichtung und die individuelle Einstellung von Mitarbeitern, Patienten, Bewohnern, Angehörigen und Betreuern sowie die gesellschaftliche Diskussion über ethische und juristische Fragestellungen beeinflusst das Meinungsbild und die Entscheidung im Einzelfall.

Der Hinweis der Expertenarbeitsgruppe auf den ethischen Aspekt der Mangelernährung ist deshalb besonders zu begrüßen.

- **Die Einstellungen von Pflegebedürftigen und Pflegenden zu Leben, Sterben und eingreifenden Maßnahmen können zu belastenden, konfliktbeladenen Situationen führen und müssen aus diesem Grund immer wieder reflektiert, hinterfragt, diskutiert und festgehalten werden.**

Für die Dokumentation kann ein Formular zur Ethischen Fallbesprechung verwendet werden, das im Anhang beispielhaft dargestellt wird (► Anhang 21 und 22).

### Patientenverfügung

Auch wenn eine Patientenverfügung vorhanden ist, in der der Patient seinen ausdrücklichen Willen dokumentiert hat, wird die Therapieentscheidung letztendlich durch die Anordnungen des Arztes getroffen. Patientenverfügungen geben zwar Auskunft über die Grundeinstellung des Betroffenen, sind jedoch in vielen Fällen nicht detailliert oder nicht aktuell.

Interessanterweise konnte in einer Studie festgestellt werden, dass die weitverbreitete Meinung der Nutzlosigkeit und Beschwerlichkeit von Pflegemaßnahmen zur Ernährung, gerade bei einer Demenz, aus Sicht der Patienten nicht immer zutrifft. Bei einer Befragung von Altenheimbewohnern, die kognitiv nicht beeinträchtigt waren und mit dem hypothetischen Fall einer gravierenden Erkrankung konfrontiert wurden, konnte festgestellt werden, dass immerhin 59 % der alten Menschen auch bei einer Gefahr des Verschluckens essen und trinken wollen, 25 % würden einer künstlichen Ernährung über eine nasogastrale und 23 % über eine PEG-Sonde zustimmen. Erstaunlicherweise stimmten in dieser Befragung 61 % einer Krankenhausbehandlung und sogar 42 % einer künstlichen Beatmung zu.

In einer anderen Untersuchung, in der das Vorhandensein und die Inhalte von Patientenverfügungen bei Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen thematisiert wurden, legten lediglich 7 % der Teilnehmer in der Patientenverfügung eindeutig fest, dass eine Ernährungsfortführung am Lebensende nicht gewünscht sei.

Ein Zusammenhang zwischen dem Lebenswollen und dem Willen zu Essen wurde auch in anderen Studien hergestellt, wobei die psychische Verfassung und Stimmung und das persönliche Werteverständnis die Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme und dadurch die Lebensqualität beeinflussen.

Da die Pflegefachkraft zumeist eine enge Beziehung zu dem Betroffenen entwickelt, ist sie in vielen Fällen in der Lage, die Ursachen einer Nahrungsverweigerung zu beurteilen und die Interessen der beteiligten Personen zu hinterfragen.

Gelegentlich muss auch daran gedacht werden, dass die Entscheidung durch finanzielle Interessen beeinflusst wird. Die Meinung und die möglicherweise dahinterstehenden Interessen aller Beteiligten müssen deshalb genau erfragt und verglichen wer-

den. Wenn dabei ein Interessenkonflikt zwischen Patient, Arzt, gesetzlichem Betreuer oder Angehörigen besteht, muss das Vormundschaftsgericht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

- **Wenn eine Patientenverfügung vorliegt, muss dies in der Dokumentation vermerkt sein und bei Verlegungen an die weiterbetreuende Einrichtung übermittelt werden.**

### Nahrungsverweigerung

Zu bedenken ist außerdem, dass wenn ein Patient beim Essen anreichern den Mund nicht öffnet oder zukneift, dies nicht prinzipiell mit einer Nahrungsverweigerung gleichzusetzen ist. Nicht immer ist eindeutig zu erkennen, ob der Betroffene nicht essen möchte oder nicht essen kann.

Diese Tatsache wird selten genauer überprüft, für die pflegende Person kann sie jedoch als persönliche Zurückweisung erscheinen. Als Erfolg wird gewertet, wenn der Patient wieder anfängt zu essen oder zu trinken.

#### Mögliche Ursachen der Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung:

- Probleme beim Beißen, Kauen oder Schlucken
- Fehlender Appetit
- »Schlechter« Geschmack der Speisen
- Falsches Speiseangebot
- Falsches oder fehlendes Hilfsangebot
- Falsche oder fehlende Hilfsmittel
- Angst vor Gewichtszunahme
- Angst vor Vergiftungen
- Angst vor Toilettengängen oder Obstipation
- Angst vor bestimmten Lebensmitteln:
  - Bei Speiseverboten, z. B. Schweinefleisch bei Moslems
  - Bei Unverträglichkeiten

Die Einstellung der Pflegekraft zum Wert des Lebens und der Autonomie des Betroffenen definiert auch die Bereitschaft, gewaltsame Maßnahmen zu ergreifen, was unbedingt vermieden werden sollte, etwa das Öffnen des Mundes, das Zuhalten der Nase oder das Festhalten bei der Nahrungsaufnahme beziehungsweise das Eingeben von Nahrung oder Flüssigkeit mit einer Spritze.

Patienten mit Appetitlosigkeit und Problemen bei der Nahrungsaufnahme entwickeln in der häus-

lichen Umgebung Bewältigungsstrategien, die es ihnen erlauben, die Kontrolle und Autonomie bei der Nahrungsaufnahme zu erhalten. Die Auswahl der Nahrungsmittel beim Einkauf und die soziokulturelle Gestaltung der Nahrungsaufnahme im Kreis der Familie spielen dabei die wichtigste Rolle. Allerdings entfallen diese Bewältigungsstrategien fast immer in dem Moment, in dem die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung oder ein Krankenhaus stattfindet oder dann, wenn eine autonome Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist.

### 8.3.3 Verfahrensregelung

In diesem Standardkriterium wird darüber hinaus die Forderung an die Einrichtung ausgegeben, eine geeignete Verfahrensregelung zu entwickeln, die das genaue Vorgehen bei Ernährungsproblemen beschreibt. Dabei sind vor allem die Aufgabenverteilung und die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu regeln.

#### Inhalte der Verfahrensregelung:

- Wer übernimmt Screening und Assessment?
- Wie häufig wird die Einschätzung wiederholt?
- Wer nimmt eine genauere Bedarfsberechnung vor?
- Wer ist an der Maßnahmenplanung beteiligt?
- Wer ist an der Beratung beteiligt?
- Wie erfolgt die Kooperation zwischen Küche, Hauswirtschaft und Pflege?
- Wer ist für die Bestellung, Zubereitung, Verteilung, Vorbereitung und Verabreichung der Speisen zuständig?
- Welche Vorsichtsmaßnahmen sind bei Schluckstörungen zu beachten?
- Welche Evaluationsvorgaben müssen beachtet werden?
- Wer ist für die statistische Auswertung der Ernährungspflege zuständig?
- Wer ist für die Kontrolle und Eichung der Waagen zuständig?

- **Ausdrücklich wird festgelegt, dass die Pflegefachkraft autorisiert ist, Maßnahmen zu initiieren und koordinieren. Eine Möglichkeit zur Umsetzung dieser Aussage bietet die Fallbesprechung.**

In der Kommentierung dieses Standardkriteriums wird ausdrücklich auch die ethische Fallbesprechung (► Anhang 21 und 22) erwähnt, bei der alle Berufsgruppen und Betroffenen gemeinsam eine Lösung erarbeiten können.

## 8.4 Standardkriterium 3

**S3a** Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung. **S3b** Die Einrichtung verfügt über ein geeignetes Verpflegungskonzept. **P3** Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/ Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen und zieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein. **E3** Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.

### 8.4.1 Implementierung

Eine Kernaufgabe der professionellen Pflege ist die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und die Gestaltung der Mahlzeiten. Insbesondere bei Menschen mit kognitiven Defiziten hat eine Vielzahl von Faktoren Einfluss auf die bedarfsgerechte Ernährung, die sowohl von der professionellen Pflegefachkraft als auch von Angehörigen oftmals nicht bewusst wahrgenommen werden.

#### Praxistipp

Berücksichtigt man die Tatsache, dass der demente Mensch die Situation nicht immer genau einordnen kann, muss man davon ausgehen, dass er vermutet, zum Essen in einer Gaststätte oder einer anderen fremden Umgebung zu sein und entsprechende Verhaltensweisen entwickelt. Schon die Tatsache, dass er keinen Geldbeutel dabei hat, um das Essen zu bezahlen, kann dazu führen, dass er auf die Mahlzeit verzichtet.

Der Zusammenhang zwischen Ernährung und kognitiven Defiziten wurde in verschiedenen Studien untersucht und bestätigt.

### 8.4.2 Gestaltung der Mahlzeiten

Einen großen Einfluss auf Appetit und Nahrungsaufnahme hat die Gestaltung der Mahlzeiten unter den Aspekten der Umgebungs- und Milieugestaltung, der Präsentation und Zusammensetzung der Speisen, der sozialen Interaktion während der Mahlzeit, der Beeinflussung der Tischkultur und des Angebots von Hilfe und Hilfsmitteln.

#### Zusammensetzung der Nahrung

Die Veränderungen der Zusammensetzung der Nahrung in Form von hochkalorischer Kost oder Zusatznahrung steht bei den Pflegemaßnahmen meistens an erster Stelle. Dazu zählt auch das Anreichern der Nahrung, etwa durch Butter oder Sahne, das Einrühren von Eiweiß- oder Kalorienpulver und das Anbieten von Zwischenmahlzeiten.

In diesen Bereich gehören auch Maßnahmen, die individuelle Vorlieben des Betroffenen berücksichtigen und gezielt Liebesspeisen oder bevorzugte Getränke anbieten, wobei die Einbeziehung von Patient, Bewohner, Angehörigen und Bezugspersonen stattfindet.

Die Anpassung der Kostform an den Bedarf des Betroffenen stellt in den meisten Pflegeeinrichtungen kein Problem dar. Üblicherweise finden eine Kooperation und ein Informationsaustausch zwischen Station, Wohnbereich, Küche, Hauswirtschaft und den entsprechenden Berufsgruppen statt.

#### Pflegeheim

In vielen Einrichtungen der Langzeitpflege können Probleme mit dem Angebot verschiedener Kostformen lediglich für spezielle Diäten beobachtet werden.

Bilanzierte und teilbilanzierte Trinknahrungen bieten die Möglichkeit, Nährstoffdefizite auszugleichen und die Energiezufuhr zu steigern. Sie können als ausschließliche Ernährung oder als zusätzliche Mahlzeiten angeboten werden, wobei zunächst



■ Abb. 8.2 »Krankenhauskost« © Rainer Sturm/PIXELIO



■ Abb. 8.3 »Normalkost«

geschmackliche Vorlieben festgestellt werden müssen. Ein Gewichtsverlust kann durch die Verwendung von Trinknahrung reduziert oder vermieden werden.

### Präsentation der Nahrung

Dieser Bereich der Ernährung wird nicht in allen Pflegeeinrichtungen bedacht, obwohl die Darbietung der Mahlzeiten einen enormen Einfluss auf die Anregung des Appetits ausübt (■ Abb. 8.2 und ■ Abb. 8.3). Alle Faktoren der Darbietung sind normalerweise gut beeinflussbar.

#### Präsentation der Nahrung:

- Aussehen
- Geruch
- Farbe
- Form, vor allem bei passierter Kost
- Temperatur
- Geschmack
- Konsistenz
- Anrichten auf dem Teller
- Dekoration des Essplatzes
- Geschirr, Gläser
- Besteck
- Servietten

Ein spezielles Problem stellt das Angebot von passierter oder pürierter Kost dar. Die einzelnen Bestandteile sind nicht mehr erkennbar, insbesondere dann, wenn diese miteinander verrührt werden. Das Verwenden von Förmchen oder die Veränderung der Konsistenz bewirken, dass die Nahrungs-

bestandteile appetitlich und weitgehend identifizierbar sind.

Für Menschen mit Schluckstörungen wurde das sogenannte »Smooth-Food®« entwickelt, das in geschmeidiger Konsistenz anstelle passierter Kost angeboten wird (■ Abb. 8.4). Durch die Verbindung von klassischen Zubereitungsarten mit Anwendungen der Molekularküche entsteht eine nährstoffreiche und optisch ansprechende Kostform.

Eine weitere Sonderkost für Menschen mit kognitiven Störungen und Unruhe ist das Bereitstellen von kleinen Nahrungsportionen an sichtbarer Stelle, die ohne Besteck im Vorbeilaufen gegessen werden können. Man spricht dabei von Finger-Food oder »Eat by Walking« (■ Abb. 8.5). Dabei muss sich das Angebot an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

### Bestellsystem

Die Organisation der Nahrungsbestellung hat großen Einfluss auf den Appetit. Werden verschiedene Menüs angeboten, kann der Patient oder Bewohner wählen, was er gerne essen möchte. Im Langzeitpflegebereich werden normalerweise zusätzlich Vorlieben und Abneigungen erfragt und bei der Bestellung berücksichtigt.

Problematisch ist die Wahlmöglichkeit bei Bewohnern oder Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, die sich nicht immer exakt erinnern, welches Menü sie bestellt haben. Im Extremfall kommt es sogar zu Streitigkeiten mit anderen



■ **Abb. 8.4** a,b Smooth-Food® mit freundlicher Genehmigung von Markus Biedermann, Herzogenbuchsee, Schweiz



■ **Abb. 8.5** Finger-Food © BrandtMarke/PIXELIO

Patienten oder Bewohnern beziehungsweise zu Beschwerden bei den Mitarbeitern. Der Speiseplan muss an geeigneter Stelle ausgehängt werden und auch für Menschen mit Beeinträchtigungen der Sehkraft leserlich sein.

#### Praxistipp

Von Bedeutung sind außerdem die Benennung der Speisen und das Angebot regionaler Spezialitäten. In Langzeitpflegeeinrichtungen sollten die Bewohner in die Planung einbezogen werden. Zu berücksichtigen sind außerdem Bewohner mit Migrationshintergrund.

Befragt man Bewohner im Pflegeheim kurz vor den Essenszeiten, was auf dem Speiseplan steht, können

diese oftmals keine Auskunft geben. Eine Vorfreude auf das Essen ist dann nicht gegeben.

#### Pflegeheim

Das Aufstellen einer Schiefertafel, auf der das Datum, das Mittagsmenü und eventuelle Beschäftigungsangebote stehen, kann die Vorfreude und den Appetit auf das Essen erhöhen und die Kommunikation der Bewohner über das Essen steigern. Häufig kommt es zum Austausch von Kochrezepten oder regionalen Besonderheiten, die ebenfalls bei der Ernährung berücksichtigt werden müssen.

#### Verteilungssystem

Die Qualität der angebotenen Speisen wird nicht nur durch die Art der Zubereitung sondern auch durch das System der Speisenverteilung und das Portionieren und Servieren bestimmt. Das Leitbild der Einrichtung und die Umsetzung der Unternehmensphilosophie, auch durch externe Kooperationspartner, etwa durch das Catering-Unternehmen, beeinflusst die Ernährung der Pflegebedürftigen.

Beim Tablettssystem ist der Einfluss auf das Portionieren und Servieren nicht mehr gegeben, lediglich die Temperatur der Speise kann noch zum Teil beeinflusst werden. Für Langzeitpflegeeinrichtungen ist das Tablettssystem ungeeignet.

Beim Schöpfsystem kann die Portion an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst und einzelne Komponenten ausgetauscht werden. Auch die Geschwindigkeit des Servierens und die Speisen-

abfolge können den Bedürfnissen entsprechend erfolgen. Außerdem entsteht durch das Bereitstellen der Nahrung in Schüsseln auf dem Tisch eine gewohnte, familiäre Atmosphäre.

Werden die Mahlzeiten in Buffetform angeboten, kann der Patient oder Bewohner selbst wählen, wann er welche Komponenten in welcher Menge zu sich nehmen möchte.

### Krankenhaus

Das Schöpfsystem existiert im Klinikbereich nicht mehr, die meisten Einrichtungen arbeiten mit dem Tablettsystem. Einige Krankenhäuser versuchen jedoch zumindest in speziellen Fachabteilungen, ein Buffet anzubieten. Der Patient hat dann die Wahlmöglichkeit zwischen dem Tablett im Zimmer und dem Buffet im Speiseraum.

### Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege sind die Qualität, die Zusammensetzung und die Präsentation von Nahrung kaum beeinflussbar. Einzige Möglichkeit der Pflegefachkraft ist die Beratung von Angehörigen und die Inspektionen und Überprüfung der Mahlzeiten, wenn Patienten »Essen auf Rädern« geliefert bekommen.

### Hilfsmittel

Geschirr, Besteck, Gläser, Tischdecken, Servietten und die Tischdekoration beeinflussen nicht nur den Appetit sondern auch das Erkennen der Situation (■ Abb. 8.6).

In Einrichtungen der Altenhilfe muss besonders auf geeignetes Geschirr und Besteck geachtet werden, um die Situation der Nahrungsaufnahme für den Betroffenen deutlich zu machen und eine angenehme, heimische und geborgene Atmosphäre zu schaffen. Aus diesem Grund ist es förderlich, Geschirr zu verwenden, das ältere Menschen aus ihrer Kindheit, Jugend oder jungen Erwachsenenzeit kennen (■ Abb. 8.7).

Die Expertenarbeitsgruppe hat sich eindeutig zum Einsatz von Schnabelbechern (■ Abb. 8.8) geäußert.



■ Abb. 8.6 Sammeltasse © Siegfried Fries/PIXELIO



■ Abb. 8.7 Altes Geschirr © Günter Havlena/PIXELIO



■ Abb. 8.8 Schnabeltasse



■ Abb. 8.9 Milieugestaltung 1 © Sandra Krümme/PIXELIO

- ▶ Bei Menschen mit Einschränkungen ist beim Trinken die Gefahr des Verschluckens oder Verbrennens bei diesen Trinkgefäßen sehr hoch. Es sollte deshalb auf die Verwendung von Schnabelbechern unbedingt verzichtet werden.

In vielen Pflegeheimen findet man im Speiseraum alte Küchenschränke mit altem Geschirr oder Küchenutensilien zur Milieugestaltung, in den wenigsten Einrichtungen werden diese Gegenstände tatsächlich benutzt (■ Abb. 8.9 und ■ Abb. 8.10).

Bei der Verwendung von Geschirr mit auffälligem Dekor muss darauf geachtet werden, dass Bewohner mit Einschränkungen der Sehkraft oder kognitiven Beeinträchtigungen dadurch nicht irritiert werden. Ein deutlicher Kontrast zwischen Unterlage und Teller muss gegeben sein, damit der Betroffene die angebotene Speise als solche erkennen kann. Dies erfordert eine genaue Beobachtung des Verhaltens beim Essen durch die Pflegefachkraft und muss auch das Angebot von Besteck mit einbeziehen.



■ Abb. 8.10 Milieugestaltung 2 © Harald Wanetschka/PIXELIO

- ▶ Prinzipiell sollte jeder Bewohner oder Patient ein komplettes Essbesteck erhalten. Ist er jedoch aufgrund einer Demenz mit der Handhabung überfordert, darf nur das gerade notwendige Besteckteil auf den Tisch gelegt werden, um die selbstständige Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

Anstelle eines Kleidungsschutzes, der an ein »Lätzchen« erinnert, müssen Stoffservietten verwendet werden.

Oberste Priorität bei der Nahrungsaufnahme hat die Autonomie des Betroffenen. Hilfsmittel, wie Teller mit erhöhtem Rand, abgewinkeltes Besteck oder Trinkgefäße mit Nasenausschnitt müssen in Absprache mit dem Betroffenen und gegebenenfalls mit Ergotherapeuten ausgewählt werden.

### Kultureller Aspekt und Interaktion

Gemeinsame Mahlzeiten stehen in enger Beziehung zur Umgebung und spiegeln den sozialen und kulturellen Hintergrund des Betroffenen wieder. Die Gestaltung des Umfelds bei der Nahrungsaufnahme, die Gesellschaft bei Tisch und die Interaktion zwischen Patient, Bewohner, Pflegefachkraft und der Tischgemeinschaft beeinflusst das Wohlbefinden und den Genuss beim Essen.

Eine verbale Unterstützung und Anleitung und ein geführtes Essen sind zwar zeitintensiv, verbessern jedoch die aufgenommene Nahrungsmenge. Oftmals ist die Interaktion auch abhängig von der Person, die das Essen begleitet. Eine

positive Beziehungsgestaltung verbessert die Eigenständigkeit bei der Nahrungsaufnahme und reduziert die Sitzunruhe und Unterbrechungen beim Essen.

- **Gezielte verbale Verhaltensbeeinflussung und eingreifende Interaktionen, etwa das Berühren des Unterarms oder das sanfte Führen der Hand wirken sich positiv auf die Ernährung aus, wenn ein Macht- bzw. Kontrollbedürfnis von Seiten der Pflegekraft nicht beobachtbar ausgeübt wird.**

Ist dies jedoch der Fall, kann dadurch ein ablehnendes Verhalten entstehen und die verzehrte Nahrungsmenge sinkt. Im Einzelfall kann deshalb die verzehrte Nahrungsmenge in Abhängigkeit von der anwesenden Person variieren. Die Kommunikation im Team und die Reflexionsfähigkeit der Mitarbeiter ist somit ein wichtiger Faktor, um derartige Phänomene zu erkennen und darauf zu reagieren.

## 8.5 Standardkriterium 4

**S4a** Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Personalausstattung und -planung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements. Die Einrichtung gewährleistet geeignete räumliche Voraussetzungen für eine patienten-/bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung. **S4b** Die Pflegefachkraft verfügt über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich besonderer Risikosituationen bzw. bei speziellen Beeinträchtigungen. **P4** Die Pflegefachkraft gewährleistet eine die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Patienten/Bewohners fördernde Unterstützung (z. B. Begleitung zum Speisesaal, genügend Zeit) und eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung (z. B. personale Kontinuität, erwünschte Tischgemeinschaften, Platz für Gehhilfen) während der Mahlzeiten. Die Pflegefachkraft unterstützt den Patienten/Bewohner mit spezifischen Gesundheitsproblemen (z. B. Dysphagie, Demenz) fachgerecht. **E4** Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte

Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/Bewohners.

### 8.5.1 Implementierung

Das Standardkriterium beschreibt die Maßnahmenplanung bei Menschen mit speziellen Beeinträchtigungen, beispielsweise Schluckstörungen. Das Eindicken von Flüssigkeiten ist mittlerweile üblich, wenig beachtet ist jedoch die Tatsache, dass Menschen mit derartigen Problemen sich bei der Nahrungsaufnahme vor Zuschauern schämen und deshalb eventuell in Gesellschaft weniger essen als alleine. Auch umgekehrt kann eine Beeinträchtigung durch unappetitliche Tischsitten auftreten.

#### Tischgesellschaft

Die Bedeutung der Gestaltung der Umgebung wurde bereits erwähnt, in diesem Zusammenhang soll auch die räumliche Gestaltung der Nahrungsaufnahme bedacht werden. Zunächst muss in Kooperation mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen geklärt werden, ob die Nahrungsaufnahme im eigenen Zimmer oder im Speiseraum erfolgen soll.

Möchte der Patient oder Bewohner lieber alleine sein beim Essen, sollte ihm immer wieder ein Angebot zur Einnahme der Mahlzeiten in Gesellschaft unterbreitet werden. Die Organisation der Sitzordnung ist bei der Nahrungsaufnahme von großer Bedeutung.

- **Gelegentlich entstehen durch Zufall Tischgemeinschaften, die dann unumstößlich weiterbestehen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Sitzordnung in der Gemeinschaft förderlich aber auch hinderlich sein kann und deshalb immer wieder neu überdacht werden muss.**

Für demente Bewohner ist es meist angenehmer, die Mahlzeiten in einer kleineren Gruppe oder





▣ **Abb. 8.11** Tischkultur © Rainer Sturm/PIXELIO

einem abgeschirmten Winkel einzunehmen, da zu große Unruhe oder Unterbrechungen beim Essen den Betroffenen ablenken.

- **Sofern in Gemeinschaftsräumen Musik gespielt wird, muss berücksichtigt werden, dass sich die Musikauswahl an den Bedürfnissen der Bewohner und nicht der Mitarbeiter orientieren muss.**

Eine wohnliche Gestaltung der Räume unter Berücksichtigung biografischer Aspekte wird durch die entsprechende musikalische Gestaltung, beispielsweise durch Schlager aus den 1950er Jahren, ergänzt.

### Räumliche Gestaltung

Die räumliche Gestaltung der Nahrungsaufnahme unter biografischen Aspekten und zur Verbesserung des Appetits beziehungsweise zur Gewährleistung einer ansprechenden Atmosphäre wurde bereits besprochen.

Ein weiterer Faktor der räumlichen Gestaltung ist die Reaktion auf motorische Beeinträchtigun-

gen der Betroffenen durch geeignete Sitzgelegenheiten, ausreichend Platz für Gehhilfen, flexible Gestaltung der Tischgemeinschaften und ausreichend Sitzgelegenheiten für Pflegekräfte, die die Nahrungsaufnahme organisieren, anleiten und begleiten (▣ Abb. 8.11).

### Einfluss von Tischsitten

Tischsitten, Höflichkeit und Verhaltensnormen wirken sich ebenfalls auf die Nahrungsaufnahme aus, vor allem bei dementen Menschen, die die Situation nicht korrekt einordnen können. Wenn ein Mensch mit kognitiven Defiziten sich in einem Restaurant oder bei fremden Menschen zu Besuch vermutet, wird er eventuell aus Gründen der Höflichkeit nicht essen, beispielsweise wenn eine Pflegeperson am Tisch sitzt, die noch nichts auf dem Teller hat. Steht der Teller vor der Pflegeperson, wird er vielleicht nicht essen, weil man nicht von anderer Leute Teller ist.

Wähnt man sich in einer Gaststätte, wird man beim Essen auch nicht »den Wirt« um Hilfe bitten. Vielmehr lässt man Nahrungsmittel, die man nicht zerkleinern kann, auf dem Teller liegen. Auch das Anreichen von Nahrung in der Öffentlichkeit ist peinlich. Eine Beschwerde über den Geschmack des Essens gilt auch als unhöflich und wird nach Möglichkeit vermieden. Auch die fehlende Gewohnheit, ein Tischgebet zu sprechen, kann dazu führen, dass der Betroffene nicht mit dem Essen beginnt.

## 8.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Pflegefachkraft verfügt über Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung. **P5** Die Pflegefachkraft informiert und berät den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung (z. B. Art der Unterstützung) und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an (z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln). **E5** Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.

### 8.6.1 Implementierung

Die Umsetzung dieses Standardkriteriums beinhaltet die Beratung, die Anleitung und Schulung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen bei allen Problemen, die im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auftreten. Die Einrichtung sollte hierfür geeignetes Informationsmaterial zur Verfügung stellen.

- **Das Standardkriterium meint jedoch nicht die spezielle Ernährungsberatung von Menschen mit spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, etwa bei Diabetes mellitus. Diese Schulungen werden durch Ernährungsberater, Diätassistenten und Ernährungsmediziner durchgeführt.**

In diesem Zusammenhang muss noch einmal auf die Notwendigkeit der Dokumentation von Besonderheiten, Beratungsinhalten und Beratungsergebnissen hingewiesen werden.

- **Dazu gehört auch die Dokumentation der Nahrungsverweigerung.**

## 8.7 Standardkriterium 6

**S6** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen. **P6** Die Pflegefachkraft überprüft gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen und nimmt gegebenenfalls eine Neueinschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vor. **E6** Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend sichergestellt.

### 8.7.1 Implementierung

In diesem Standardkriterium wird die Bedeutung der Evaluation hervorgehoben. Für den Bereich des Ernährungsmanagements kann der Gewichtsver-

lauf ein geeignetes Kriterium darstellen, die Evaluation beschränkt sich jedoch nicht nur auf eine Gewichtszunahme oder das Erreichen einer Stabilität des Körpergewichts.

Vielmehr müssen die individuellen Ziele des Betroffenen berücksichtigt werden. Möchte der Betroffene nicht an Gewicht zunehmen, wird es kaum möglich sein, das geplante Zielgewicht zu erreichen. Dennoch können die geplanten Maßnahmen sinnvoll und korrekt sein. Eine Zielanpassung in Kooperation mit Patient, Bewohner, Angehörigen, gesetzlichem Betreuer, behandelndem Arzt und anderen Berufsgruppen, etwa der Ernährungsberatung, Ergotherapeuten und Logopäden, trägt dazu bei, ein realistisches Ziel zu formulieren.

### 8.7.2 Evaluation

Das Evaluationsintervall ist abhängig von den formulierten Zielen und muss immer wieder neu bestimmt werden. Dabei ist die Formulierung von Nah- und Fernzielen hilfreich.

Im Rahmen der Evaluation soll jedoch nicht nur die Zielerreichung überprüft werden, alle anderen Bereiche des Pflegeprozesses müssen neu durchlaufen werden. Gerade bei der Informationssammlung und bei der Berücksichtigung von biografischen Aspekten können Veränderungen beobachtet werden.

- **Die Tatsache, dass der Betroffene bisher bestimmte Lebensmittel bevorzugt oder ablehnt hat, kann sich im Verlauf von Krankheiten deutlich verändern. Bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten beobachtet man häufig, dass der Geschmacksinn variiert.**

Plötzlich werden manchmal Speisen bevorzugt, die der Betroffene bisher ablehnte. Dies gilt vor allem für süße Speisen und Getränke und ist Bestandteil des normalen Alterungsprozesses. Es ist deshalb unerlässlich, im Rahmen der Evaluation auch eine Aktualisierung von Vorlieben und Abneigungen vorzunehmen.

Die Zufriedenheit mit der angebotenen Nahrung und mit der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der

Evaluation, der im Übrigen auch problemlos an veränderte Bedingungen angepasst werden kann.

#### Evaluation:

- Veränderte Vorlieben und Abneigungen
- Veränderungen des Geschmacksinns und des Temperaturempfindens
- Zufriedenheit mit der Nahrung
- Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten
- Zufriedenheit mit Hilfsmitteln
- Geplante Maßnahmen
- Ergebnis, also beispielsweise Gewicht, BMI

Sofern das Ziel nicht erreicht werden kann, müssen Hinweise darauf in der Evaluation zu finden sein.

- **Dabei hat die Autonomie und Selbstbestimmung stets Vorrang vor dem Erreichen des festgelegten Bedarfs. Besonders wichtig ist dieser Aspekt in der Palliativsituation, in der die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit unter Umständen akzeptiert werden muss.**

## 8.8 Dokumentation

Die Pflegedokumentation und die Dokumentation der Ernährungspflege in der gesamten Pflegeeinrichtung ist ein wichtiger Bestandteil des Ernährungsmanagements. Für den einzelnen Pflegebedürftigen müssen verschiedene Formulare vorliegen, die auch im Falle einer juristischen Auseinandersetzung den korrekten Umgang mit Ernährungsproblemen aufzeigen.

Notwendig ist jedoch auch die Erhebung verschiedener Daten für die gesamte Einrichtung, um Defizite in der Versorgung erkennen zu können und entsprechende Korrekturmaßnahmen einzuleiten. Sinnvoll ist es, diese Erhebungen bereichsübergreifend in Kooperation mit dem medizinischen und dem hauswirtschaftlichen Bereich vorzunehmen.

#### Notwendige Formulare:

- Übersicht über Gewicht und BMI
- Ernährungsanamnese
- Berechnung von Kalorienbedarf, Gesamtflüssigkeitsbedarf und Trinkmenge
- Ernährungsplan
- Ernährungsprotokoll (► Anhang 20)
- Trinkplan

- Einfuhrprotokoll (► Anhang 20)
- Bilanzierung
- Informationsmaterial

## 8.9 Organisation

Für alle Pflegeeinrichtungen sind organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit der Ernährung, der Speiserversorgung und der Überprüfung des Ernährungsmanagements wichtig.

Eine dieser Aufgaben ist die Vorgabe zur Durchführung und Auswertung des Risikoassessments durch die Pflegefachkräfte und in der Gesamtbetrachtung durch die Leitungsebene, um Probleme und Mängel zeitnah festzustellen und darauf zu reagieren.

#### Praxistipp

Ein wichtiger Bestandteil des Ernährungsmanagements ist die Auswertung von Beschwerden im Qualitätsmanagement. Dabei ist es erforderlich, dass Beschwerden überhaupt als solche wahrgenommen werden.

Häufig beklagen Patienten oder Bewohner, dass das Essen nicht gut schmeckt, dass die angebotene Menge nicht ihren Bedürfnissen entspricht und dass die Auswahl mangelhaft ist. Diese Klagen sind allen Mitarbeitern bekannt, werden jedoch oft mit der Aussage abgetan, dass es eben sehr schwierig ist, für viele Menschen zu kochen und dabei zu erreichen, dass alle zufrieden sind. Deshalb wird der größte Teil der Beschwerden gar nicht erhoben und gelangt nicht an die Stelle, die darauf reagieren könnte. Wenn die Küche und die Hauswirtschaft nicht darüber informiert werden, dass Probleme bei der Speiserversorgung vorliegen, können sie diese Probleme auch nicht beheben.

- **Sinnvoll ist deshalb zumindest eine Kurzmeldung an die Küche, wenn bei einer Mahlzeit Probleme in Form von Geschmacks- oder Temperaturveränderungen zu beanstanden sind. Dabei muss darauf geachtet werden, dass der bürokratische Aufwand in einem vertretbaren Rahmen bleibt.**

Umgekehrt ist es gerade in der Langzeitpflege empfehlenswert, dass der Küchenchef die Wohnbereiche aufsucht und Kritik oder Wünsche direkt erfragt.

## 8.10 Auswirkungen des Expertenstandards

Die Hochschule Esslingen überprüfte im März 2012 die Auswirkungen des Expertenstandards in einer Studie und kam zu dem Ergebnis, dass Bewohner, die ein Ernährungsmanagement bekamen, ein niedrigeres Risiko für Mangelernährung aufwiesen. Sie schätzten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität höher ein, stürzten seltener, hatten häufigere Arztvisiten und zusätzliche Krankenhausaufenthalte und dadurch eine intensivere Kooperation mit medizinischer Versorgung.

Es konnte festgestellt werden, dass die Implementierung des Expertenstandards mit einem erheblichen Aufwand für die Einrichtungen verbunden ist, aber zu einer qualitativen Verbesserung für die Betroffenen führt.

Auch die modellhafte Implementierung ergab eine hohe Relevanz, Praxistauglichkeit und Akzeptanz in den beteiligten Einrichtungen.

## 8.11 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Ernährungsmanagement«*

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (wiss. Leitung); Dr. Siegfried Borker; Dipl.-Sozialwissenschaftler Jürgen Brüggemann; Gisela Flake (Patientenvertreterin); Ute Hansen, MScN; Dipl. Pflegewissenschaftlerin Maria Henning; Christian Kolb; Stefan Ott; Dipl.-Pflegerin Barbara Pews; Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Petra Renz; Andreas Sommer; Dr. Antje Tannen*

### 8.11.1 Präambel zum Expertenstandard

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen daher eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Kranke und pflegeabhängige Menschen können sich selbst oft nicht angemessen ernähren und benötigen daher besondere Unterstützung. Findet keine adäquate Unterstützung statt, besteht die Gefahr einer Mangelernährung – in Anlehnung an die Definition der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) verstanden als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktion und Gesundheitszustand. Die Folgen von Mangelernährung ziehen häufig sehr aufwändige und langwierige Behandlungen und pflegerische Versorgung nach sich.

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement und zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen zu sichern und zu fördern. Mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten ist zu gewährleisten, dass eine Mangelernährung verhindert oder bereits bestehenden Ernährungsdefiziten begegnet wird.

Es kann allerdings die Situation eintreten, dass trotz der Möglichkeit zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zeitweise oder dauerhaft der Bedarf an Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit durch Essen und Trinken alleine nicht ausreichend gedeckt wird. In solchen Fällen und auch in Situationen, die eine spezifische Behandlung erfordern, z. B. eine ergänzende oder vollständige künstliche Ernährung, ist rechtzeitig eine ernährungstherapeutische Beratung und Behandlung durch Fachexperten<sup>1</sup> einzuleiten. Dennoch wird im Experten-

<sup>1</sup> Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils anderen Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

standard als Zielsetzung und Ergebnis formuliert, dass die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt ist, da die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, begründbare und begründungspflichtige Ausnahmen darstellen.

Ausgerichtet ist der Expertenstandard auf die Zielgruppe der erwachsenen Menschen, die der Pflege bedürfen und ganz oder teilweise in der Lage sind, oral Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die Einbeziehung von Angehörigen bei der pflegerischen Anamnese, der Umsetzung von Interventionen sowie im Rahmen der Information, Beratung und Anleitung zum Thema Ernährung ist dabei von großer Bedeutung.

Es gibt eine Reihe von Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit Ernährung, die in diesem Expertenstandard nicht angesprochen sind. Dazu gehört die Übergewichtigkeit mit therapeutisch indizierter Gewichtsreduktion, denn diese würde völlig andere Maßnahmen als die hier empfohlenen erfordern. Nicht übersehen werden darf dabei allerdings, dass auch übergewichtige Menschen eine Mangelernährung aufweisen können, die nicht selten aufgrund der Gewichtsverhältnisse übersehen wird. Daher ist bei der Erfassung der Ernährungssituation übergewichtiger Menschen ebenso auf Veränderungen von Gewicht, Essverhalten oder krankheitsbedingt erhöhtem Nährstoffbedarf zu achten wie bei normalen oder untergewichtigen Menschen. Im Expertenstandard ebenfalls unberücksichtigt bleiben Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, da sich bei ihrer Ernährungsversorgung im Vergleich zu Erwachsenen deutlich andere pflegerische, medizinische und diätetische Anforderungen ergeben. Darüber hinaus ist das spezielle Ernährungsmanagement bei ernährungsbezogenen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Anorexia nervosa) nicht Gegenstand des vorliegenden Expertenstandards. Schließlich gibt es noch einige komplexe ernährungsbezogene Themenbereiche, die im Rahmen einer sinnvollen Themeneingrenzung im Standard nur als Schnittstelle angesprochen werden. Dazu gehören die künstliche (enterale/parenterale) Ernährung, das Erkennen von und der Umgang mit Schluckstörungen und Problemen im Mundbereich.

Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte<sup>2</sup> in der Krankenhausversorgung, der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Bei der Ernährungsversorgung und der Unterstützung bei den Mahlzeiten ergeben sich hohe Anforderungen an Pflegefachkräfte. Für die Umsetzung des Expertenstandards ist es daher wesentlich, dass die Wissensbasis von professionell Pflegenden in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Ernährung vertieft und verbreitert wird. Pflegefachkräften kommt im multidisziplinären Team eine Schlüsselrolle im Rahmen des Ernährungsmanagements zu. Aufgrund der Nähe zu den Patienten/Bewohnern während der täglichen Versorgung nehmen sie weite Einblicke in Risikobereiche, sie kennen die Beeinträchtigungen und den Unterstützungsbedarf und können die Copingstrategien der Patienten/Bewohner in schwierigen Situationen einschätzen und in die Interventionen oder Alltagsbewältigung einbinden.

Aus der Literaturanalyse zum Expertenstandard geht hervor, dass Pflegenden großen Einfluss auf das Ernährungsverhalten pflegebedürftiger Menschen nehmen können. So kann Appetitlosigkeit schwerkranker und alter Menschen durch die Umgebungs- und Beziehungsgestaltung maßgeblich beeinflusst werden. Unzureichende Unterstützung durch die Pflegenden ist in erster Linie auf Zeitmangel und Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal einschließlich personaler Kontinuität während der Mahlzeiten zurückzuführen, aber es werden auch unzureichende Qualifikationsangebote für Pflegefachkräfte in diesem Kontext angeführt. Um Patienten bei den Mahlzeiten angemessen unterstützen und ihre Selbständigkeit und Autonomie fördern zu können, bedarf es angemessener personeller und zeitlicher Ressourcen. Ein personenorientiertes Organisationssystem, wie z.B. Primary Nursing, stellt darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für die Kontinuität der Pflege dar.

2 Im Standard werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine grundständige Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

Eine optimale Ernährungsversorgung ist nur in enger berufsübergreifender Zusammenarbeit erreichbar. Dies sollte in jeder Einrichtung gleich zu Beginn der Einführung des Expertenstandards durch eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung festgelegt werden. Zur Implementierung des Standards bedarf es gemeinsamer Anstrengungen der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte sowie der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (z. B. berufliche Qualifikation, Besprechungszeit, bedürfnis- und bedarfsgerechte Mahlzeiten- und Zwischenmahlzeitenangebote), der Festlegung hausinterner Verfahrensgrundsätze und der Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards.

### 8.11.2 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Stand Januar 2009)

**Zielsetzung:** Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

**Begründung:** Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.

#### Struktur

##### Die Pflegefachkraft

**S1a** – verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung (Screening) und zur tiefergehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment).

##### Die Einrichtung

**S1b** – stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.

#### Prozess

##### Die Pflegefachkraft

**P1** – erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening).

– führt bei vorliegendem Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment) durch.

#### Ergebnis

**E1** Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten/Bewohnern mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.

## Struktur

### Die Pflegefachkraft

**S2a** – verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.

Die Einrichtung

**S2b** – verfügt über eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Berufsgruppen übergreifende Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement.

### Die Pflegefachkraft

**S3a** – verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung.

### Die Einrichtung

**S3b** – verfügt über ein geeignetes Verpflegungskonzept.

**S4a** – sorgt für eine angemessene Personalausstattung und -planung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements.

– gewährleistet geeignete räumliche Voraussetzungen für eine patienten-/bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung.

### Die Pflegefachkraft

**S4b** – verfügt über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich besonderer Risikosituationen bzw. bei speziellen Beeinträchtigungen.

**S5** – verfügt über Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung.

**S6** – verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.

## Prozess

**P2** – koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft sowie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Logopäden, Diätassistenten) Maßnahmen für eine individuell angepasste Ernährung.

**P3** – plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen und zieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein.

**P4** – gewährleistet eine, die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Patienten/Bewohners fördernde Unterstützung (z. B. Begleitung zum Speisesaal, genügend Zeit) und eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung (z. B. personale Kontinuität, erwünschte Tischgemeinschaften, Platz für Gehhilfen) während der Mahlzeiten.

– unterstützt den Patienten/Bewohner mit spezifischen Gesundheitsproblemen (z. B. Dysphagie, Demenz) fachgerecht.

**P5** – informiert und berät den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung (z. B. Art der Unterstützung) und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an (z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln).

**P6** – überprüft gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen und nimmt gegebenenfalls eine Neu-Einschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vor.

## Ergebnis

**E2** Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.

**E3** Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.

**E4** Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/ Bewohners.

**E5** Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.

**E6** Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend sichergestellt.

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien, eine umfassende Literaturstudie zum Thema, ein im Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards entwickeltes Audit-Instrument zur Messung des Zielerreichungsgrades bei der Anwendung des Expertenstandards sowie detaillierte Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 24 € (incl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

### Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,

Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Dipl.-Geograph Jan Kolja Paulus

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 19 40 • 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 • Fax: (0541) 9 69-29 71

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

### Literatur

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010) Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück
- Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. BUKO-QS (Hrsg.) (2008) Qualitätsniveau II: Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung, Economica, Heidelberg
- Biedermann M (2011) 3. A. Essen als basale Stimulation, Vincentz Network, Hannover
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK-Bundesverband e.V. (2005 - 2008) Ernährung im Alter Folge 1-4, DBfK-Verlag, Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK (2007) Leitfaden Ernährungsstatus, DBfK Südwest e.V., Stuttgart
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. MDS (Hrsg.) (2014) Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, MDS, Essen
- Schütz T, Valentini L, Plauth M (2005) Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN Leitlinien 2002, Aktuelle Ernährungsmedizin 2005; 30: 99-103, Thieme Verlag, Stuttgart
- [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)
  - [www.buko-qs.de](http://www.buko-qs.de)
  - [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)
  - [www.forum99.ch](http://www.forum99.ch)
  - [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org)
  - [www.nutrines.nestle.de](http://www.nutrines.nestle.de)



# Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

*Simone Schmidt*

- 9.1 Chronische Schmerzen – 181**
- 9.2 Standardkriterium 1 – 182**
  - 9.2.1 Initiales Assessment – 183
  - 9.2.2 Stabile Schmerzsituation – 184
  - 9.2.3 Differenziertes Schmerzassessment – 184
  - 9.2.4 Instabile Schmerzsituation – 185
- 9.3 Standardkriterium 2 – 185**
  - 9.3.1 Maßnahmenplanung – 185
- 9.4 Standardkriterium 3 – 186**
  - 9.4.1 Schulung und Beratung – 186
  - 9.4.2 Das bio-psycho-soziale Modell – 187
- 9.5 Standardkriterium 4 – 188**
  - 9.5.1 Implementierung – 188
  - 9.5.2 Medikamentöse Therapie – 189
  - 9.5.3 Nebenwirkungsmanagement – 189
  - 9.5.4 Nicht-medikamentöse Maßnahmen – 190
- 9.6 Standardkriterium 5 – 190**
  - 9.6.1 Evaluation – 190
- 9.7 Dokumentation – 191**
- 9.8 Organisation – 191**

**9.9 Auswirkungen des Expertenstandards – 192**

**9.10 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen – 192**

9.10.1 Präambel zum Expertenstandard – 192

9.10.2 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Stand April 2015 – 195

**Literatur – 197**

Die Aktualisierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen im Jahr 2011 hat schon im Vorfeld dazu geführt, dass durch die Veränderung der Studienlage eine genauere Definition der Zielgruppen erfolgen sollte. Die Arbeitsgruppe hat deshalb eine Unterteilung in akute und chronische Schmerzen vorgenommen, da das Vorgehen sich deutlich unterscheidet, wenn eine Chronifizierung eingetreten ist. Die Umsetzung der Inhalte des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP erfordert von der Pflegefachkraft neben dem Expertenwissen um ein professionelles Schmerzmanagement auch eine hohe soziale Kompetenz. Dies ist die Folge der Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren im Umgang mit dem Thema Schmerz. Diese Faktoren gründen auf der Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells als mehrdimensionales Konzept, das über die medizinische Betrachtungsweise hinaus auch andere Dimensionen der Entstehung und Folgen chronischer Schmerzen betrachtet.

» Meine vergangenen Schmerzen werden mir zum Panzer gegen die folgenden.  
(Nicolas Chamfort 1741-90)

## 9.1 Chronische Schmerzen

In Deutschland sind etwa 12 Mio. Menschen von chronischen oder tumorbedingten Schmerzen betroffen. Auch durch die Veröffentlichung des ersten Expertenstandards zum Thema Schmerzmanagement hat die Aufmerksamkeit für Schmerzen in den verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zugenommen.

In der Folge kam es einerseits zur Ausbildung von 11.500 pflegerischen Schmerzexperten, andererseits wurde das Thema Schmerz auch in der Berufsgruppe aufgegriffen, beispielsweise durch die Gründung einer Fachgruppe pflegerischer Schmerzexperten beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK im Oktober 2013.

Auch das Forschungsprojekt »Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster«, das unter ► [www.schmerzfreie-stadt.de](http://www.schmerzfreie-stadt.de)

schmerzfreie-stadt.de viele Informationen anbietet und als best-practice-Modell der Weltgesundheitsorganisation WHO bewertet wurde, um den Umgang mit Schmerzen und die Vernetzung der Sektoren in einer kompletten Stadt zu verbessern, hat dazu beigetragen, dass Schmerz und Lebensqualität im Gesundheitswesen aber auch in der Öffentlichkeit präsenter sind.

An dieser Stelle muss zunächst erläutert werden, was man überhaupt unter chronischen Schmerzen versteht.

### Schmerz

Die International Association for the Study of Pain IASP hat bereits 1986 Schmerz definiert als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühls-erlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Die Chronifizierung kann nicht an einem konkreten Zeitpunkt festgemacht werden, da die Übergänge fließend sind und sich am individuellen Schmerzerleben orientieren.

Entsprechend komplex ist es für die Pflegefachkraft, zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu unterscheiden. Zunächst muss man sich bewusst machen, dass der chronische Schmerz im Gegensatz zum akuten Schmerz kein Symptom oder Warnsignal des Körpers ist, das als Folge einer Gewebsschädigung auftritt, sondern vielmehr ein eigenständiges Krankheitsbild. Ursache ist die Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses durch die Veränderung von Nozizeptoren. Nozizeption führt physiologisch zur körpereigenen Analgesie, eine Beeinflussung ist allerdings auch durch Stress möglich.

Dieses Schmerzgedächtnis führt zu einem veränderten Schmerzempfinden und wird sogar schon im Neugeborenenalter ausgebildet.

► **Die Chronifizierung ist somit abhängig von verschiedenen physiologischen und psychologischen Faktoren, die zur Ausbildung eines zentralen Schmerzgedächtnisses beitragen. Eine wichtige Maßnahme zur Vermeidung der Bildung eines Schmerzgedächtnisses ist die vorausschauende Analgesie.**

Prinzipiell betrachtet man beim Schmerzmanagement verschiedene Arten von Schmerzen, abhängig von der Ursache. Weitere Unterscheidungen können vor allem bei Tumorschmerzen anhand der Pathophysiologie erfolgen.

#### Schmerzklassifikation:

1. Neuropathische Schmerzen, oft Dysästhesien, einschließend oder brennender Dauerschmerz
2. Viszerale Schmerzen, oft dumpf, schlecht lokalisierbar, evtl. kolikartig
3. Somatische Schmerzen, oft spitz, umschrieben, stechend

## 9.2 Standardkriterium 1

**S1a** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und die Kompetenz zur Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz und zur systematischen Schmerzeinschätzung. **S1b** Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten. **P1a** Die Pflegefachkraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner Schmerzen, zu erwartende Schmerzen oder schmerzbedingte Einschränkungen hat und ob vorliegende Schmerzen akut oder chronisch sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in versorgungsspezifischen individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt. **P1b** Die Pflegefachkraft führt bei allen Patienten/Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation ein differenziertes Assessment durch und erfasst individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können. **P1c** Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten zum differenzierten Assessment hinzu. **E1** Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.

Der entscheidende Prozess dieses Standardkriteriums ist die Einschätzung der Schmerzsituation.

Dabei ist die Erhebung in der folgenden Reihenfolge sinnvoll (► Schmerzanalyse).

### Schmerzanalyse

1. Erster Schritt: Sind Schmerzen vorhanden? Z. B. initiale Einschätzung mit den Fragen zur Schmerzeinschätzung nach McCaffery und Pasero (► Kap. 4, ► Anhang 1). Wenn aktuell keine Schmerzen vorhanden sind, erfolgt eine Überprüfung in einem festgelegten Intervall.
2. Zweiter Schritt: Ist der Schmerz akut oder chronisch? Bei akutem Schmerz erfolgt eine weitergehende Einschätzung unter Berücksichtigung des Expertenstandards akute Schmerzen (► Kap. 4).
3. Dritter Schritt: Ist die chronische Schmerzsituation stabil oder instabil?

Um eine Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu ermöglichen, beinhaltet der Expertenstandard Hinweise auf Anzeichen einer Chronifizierung, da eine genaue Festlegung der Krankheitsdauer nicht möglich ist.

- **Durch die Vielzahl von Arten und Ursachen für chronischen Schmerz schwankt die Dauer der Chronifizierung meist zwischen 4 und 12 Wochen.**

In der folgenden Übersicht werden einige Beispiele benannt, eine Festlegung sollte jedoch bei jedem Patienten individuell getroffen werden.

#### Hinweise auf Chronifizierung:

- Kreuzschmerz: länger als 12 Wochen
- Nackenschmerz: 0 bis 3 Wochen akut, 4 bis 12 Wochen subakut, über 12 Wochen chronisch
- Spannungskopfschmerz und Migräne: Dauer über 3 Monate und Häufigkeit öfter als 15 Tage im Monat, darunter episodischer Kopfschmerz, Komplexität der Symptome, etwa Übelkeit, Erbrechen
- Chronischer Schmerz in mehreren Körperregionen: länger als 3 Monate in der jeweiligen Lokalisation

- FMS Fibromyalgiesyndrom und chronischer Unterbauchschmerz bei Frauen: über 6 Monate schwer quälender Schmerz, psychische Komorbidität, ggf. fehlender Zusammenhang mit körperlicher Ursache

Begünstigend auf eine Chronifizierung wirken Begleiterscheinungen und Folgen des Schmerzes, aber auch psychische Faktoren.

#### Risikofaktoren der Chronifizierung:

- Depressivität
- Distress
- Gedankenunterdrückung
- Katastrophisieren
- Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Angst-Vermeidungs-Verhalten
- Passives Schmerzverhalten
- Somatisieren
- Früher Behinderungsstatus
- Abnehmende Funktionsfähigkeit
- Hohe Schmerzintensität zu Beginn des Geschehens
- Höheres Alter

Eine genaue Beobachtung der körperlichen und psychischen Verfassung des Betroffenen kann dazu beitragen, eine Chronifizierung zu vermeiden oder zumindest frühzeitig zu erkennen.

### 9.2.1 Initiales Assessment

Wenn Anzeichen für Schmerzen in Kombination mit einer Chronifizierung vorliegen, sollte eine initiale Bewertung stattfinden und dokumentiert werden. Dabei werden verschiedene Bereiche betrachtet.

#### Bereiche des initialen Assessments:

- Schmerz ist vorhanden
- Ursache des Schmerzes
- Zeitlicher Verlauf
- Schmerzintensität
- Schmerzqualität
- Schmerzlokalisierung
- Individuell akzeptables Schmerzmaß, dies entspricht nicht zwingend dem Schmerzmaß des akuten Schmerzes

#### Praxistipp

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zunächst geeignete Formulare für das Schmerzmanagement zu implementieren. Dabei könnte ein Formular genutzt werden, das sowohl für akute als auch für chronische Schmerzen geeignet ist. Alternativ gibt es für das Schmerzmanagement zwei separate Formulare.

Die Einrichtung sollte zunächst überprüfen, ob überwiegend Betroffene mit akuten oder chronischen Schmerzen betreut werden, oder ob das Verhältnis eher ausgewogen ist. Sinnvoll ist es außerdem, verschiedene Formulare von den Mitarbeitern testen zu lassen. In der Risikomatrix der Strukturierten Informationssammlung SIS wird Schmerz ganz allgemein erhoben, die Unterscheidung und das Assessment sollte in diesem Fall dann ebenfalls auf einem geeigneten Formular ergänzt werden.

Zu bedenken ist außerdem, dass nicht jeder Patient oder Bewohner das Thema Schmerz von sich aus anspricht oder in der Lage ist, weitergehende Fragen zu beantworten. Die Kompetenz der Pflegefachkraft ist deshalb bereits zu Beginn des Schmerzmanagements besonders wichtig. Sensibilität und Fachwissen durch entsprechende Fortbildungen sind unerlässlich, um ein adäquates Schmerzmanagement zu erreichen.

➤ **Bei Problemen oder Unklarheiten sollte deshalb frühzeitig ein pflegerischer Schmerzexperte hinzugezogen und der Kontakt zu den involvierten Berufsgruppen hergestellt werden. Die Instrumente zur Einschätzung der Schmerzintensität entsprechen den bekannten Skalen des Expertenstandards akute Schmerzen (► Kap. 4).**

Die Einrichtung ist verpflichtet, die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, insbesondere durch die Befähigung der Pflegefachkraft, aber auch durch die Bereitstellung der notwendigen Materialien, von Schulungs- und Beratungskonzepten und durch eine Verfahrensregelung, in der unter anderem die multiprofessionelle Kooperation geregelt ist.

Im nächsten Schritt erfolgt die Bewertung der Stabilität der Schmerzsituation.

### 9.2.2 Stabile Schmerzsituation

Unter einer stabilen Schmerzsituation versteht man eine bestehende medikamentöse oder nicht-medikamentöse Therapie auf Basis eines Behandlungsplans, der von dem Patienten/Bewohner akzeptiert wird und der aus professioneller Sicht angemessen ist. Der Betroffene ist zufrieden mit der Situation und kann am Alltagsleben teilhaben. Die bereits eingeleitete Schmerztherapie ist der Fachkraft bekannt und in der Pflegeprozessplanung berücksichtigt.

#### Kennzeichen der stabilen Schmerzsituation:

- Akzeptable Schmerzsituation ohne Überschreitung des individuellen Schmerzmaßes
- Akzeptable Funktionalität und Mobilität
- Bewältigungsstrategien für mögliche Krisen und Komplikationen sind bekannt
- Keine unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie, keine Komplikationen der Erkrankung

- **Wenn eine stabile Schmerzsituation festgestellt wird, sollte nach Möglichkeit in Absprache mit dem Patienten das Wiederholungsintervall für die Evaluation festgelegt werden. Ist dies nicht möglich, orientiert sich der Zeitraum am individuellen Setting.**

### 9.2.3 Differenziertes Schmerzassessment

Abhängig vom Leidensdruck bei vorhandenen Schmerzen oder drohender Instabilisierung muss eine differenzierte Beobachtung erfolgen. Im differenzierten Schmerzassessment werden weitere Faktoren berücksichtigt.

#### Differenziertes multidimensionales Schmerzassessment:

- Zeitliche Dimension, etwa Beginn, Dauer oder Episoden
- Stabilisierende und destabilisierende Faktoren

- Fragen zur Lebensqualität: Funktionsbeeinträchtigungen, Relevanz, Therapiezufriedenheit
- Erklärungsmodell des Betroffenen
- Ermittlung der Schmerzanamnese
- Begleitsymptome, etwa Parästhesien, Hyperalgesie, Schwitzen, Erbrechen, Schlafstörungen
- Individuelles Schmerzmaß
- Schmerzverursachende Erkrankungen
- Individuelle Bewältigungsstrategien, verstärkende und lindernde Faktoren
- Gegebenenfalls der Grad der Chronifizierung

- **Dabei ist zu beachten, dass die Selbstausskunft prinzipiell der Goldstandard ist, eine Fremdeinschätzung durch spezifische Instrumente ist nur bei Menschen durchzuführen, die nicht ausreichend kommunikationsfähig sind und erfolgt am besten durch Bezugsperson und Angehörige.**

In einigen Fällen kann jedoch die Bezugsperson selbst als Schmerzauslöser in Frage kommen. Eine Fremdeinschätzung erfolgt dann durch die Pflegefachkraft oder wird von ihr geprüft.

In diesem Kontext werden die Instrumente des Expertenstandards akute Schmerzen erwähnt, wobei dieser Expertenstandard noch weitere Instrumente beinhaltet, die für besondere Patientengruppen, beispielsweise Kinder und Jugendliche, entwickelt wurden.

Ziel des Assessments ist immer die höchstmögliche aktive Teilhabe und die minimalste Beeinträchtigung der Lebensqualität, so dass die Befragung des Patienten zu Funktionseinschränkungen und zur Akzeptanz der Situation eine zentrale Aufgabe darstellt.

Ausschlaggebend in diesem Zusammenhang ist aber auch die Reflexionsfähigkeit der Pflegefachkraft bezüglich der eigenen Kompetenz, die Kooperation mit pflegerischen Schmerzexperten, das vorhandene Dokumentationsmaterial sowie die Aktualität der Instrumente unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der jeweiligen Pflegeeinrichtung und der Grunderkrankung des Patienten, da für einige Krankheitsbilder spezielle Instrumente zur Verfügung stehen.

### 9.2.4 Instabile Schmerzsituation

Ergibt das initiale Assessment Hinweise auf Einschränkungen der Lebensqualität oder Veränderungen der Schmerzsituation, muss die Stabilität überprüft werden.

#### **Kennzeichen der instabilen Schmerzsituation:**

- Schmerzsituation und -linderung entspricht dauerhaft einer nicht akzeptablen Situation
- Gesundheitsbezogene oder alltagsbezogene Krisen treten auf
- Versorgungsbrüche entstehen, die nicht durch Selbstmanagementkompetenz, familiäre oder professionelle Unterstützung überbrückt werden können
- Komplikationen mit oder durch die Therapie bzw. Nebenwirkungen
- Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder sozialer Teilhabe, die nicht mehr dem direkt geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten/Bewohners entspricht
- Regelmäßige kritische Reflexion der Situation vor allem im Prozess der langsamen Verschlechterung

Auch bei einer instabilen Schmerzsituation erfolgt ein differenziertes Assessment, bei dem psychosoziale Faktoren, etwa Hinweise auf Belastungssituationen, eine gesonderte Rolle spielen.

- **Wenn eine instabile Schmerzsituation nicht kurzfristig in eine stabile Situation übergeleitet werden kann, sollte die Pflegefachkraft eine Pain Nurse hinzuziehen, den behandelnden Arzt informieren und die Koordination von Maßnahmen übernehmen.**

Gegebenenfalls kann eine spezialisierte Schmerzambulanz oder Schmerzpraxis in die weitere Behandlung einbezogen werden.

## 9.3 Standardkriterium 2

**S2a** Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Koordinationskompetenzen bezogen auf das pflegerische Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen. **S2b** Die Einrichtung verfügt über eine

interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement für Patienten/Bewohner mit chronischem Schmerz. **P2** Die Pflegekraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Patienten/Bewohners. **E2** Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Schmerzmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.

### 9.3.1 Maßnahmenplanung

In Kooperation mit allen Beteiligten koordiniert die Pflegefachkraft eine individuelle Planung der Maßnahmen unter Berücksichtigung der Stabilität der Schmerzsituation.

- **Unter Berücksichtigung der Selbstmanagementkompetenzen werden medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen geplant. Dabei sollten das individuelle Schmerzmaß und das angestrebte Maß an Alltagsaktivitäten ausschlaggebend sein.**

#### **Stabile Schmerzsituation**

In einer stabilen Schmerzsituation sind folgende Bereiche der Maßnahmenplanung zu bedenken:

- Erstellung eines individuellen Behandlungsplans
- Festlegung des akzeptablen Schmerzmaßes bzw. des angestrebten Maßes an Freizeitaktivitäten
- Anpassung der Maßnahmen an die konkrete Alltagssituation, die individuelle Lebenswelt und den Tagesablauf
- Ärztliche Anordnung
- Durchführung und Evaluation

Außerdem sollen sowohl in einer stabilen als auch in einer instabilen Schmerzsituation nicht-medikamentöse Maßnahmen berücksichtigt werden.

Dabei steht nicht nur die Schmerzlinderung im Vordergrund, auch die Prävention von Schmerzen und schmerzauslösenden Situationen sollte beachtet werden.

### Instabile Schmerzsituation

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Maßnahmen wird bei einer instabilen Schmerzsituation das folgende Vorgehen gewählt:

- Prüfung und Anpassung oder Erstellung eines Behandlungsplans
- Ärztliche Anordnung
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen
- Kooperation mit einer Pain Nurse und der Apotheke
- Überprüfung von Wechselwirkungen
- Vermeidung von Schmerzen durch pflegerische Handlungen
- Stärkung der Selbstmanagementkompetenz
- Aktivierung

Eine Ausnahme im Zusammenhang mit der Aktivierung stellt die Palliative Versorgung dar. Hier muss unbedingt berücksichtigt werden, dass den Aktivitäten des täglichen Lebens möglicherweise die »Passivitäten des täglichen Lebens« entgegengesetzt werden.

#### Krankenhaus

Eine Besonderheit der Maßnahmenplanung findet sich bei der perioperativen Versorgung. Hier sollten einige Faktoren berücksichtigt werden, insbesondere die zusätzliche Bedarfsmedikation beim Pausieren der Dauermedikation, die postoperative Schmerztherapie, die Durchführung der Mobilisierung, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder andere Bereiche. Wichtig ist außerdem die Weiterleitung der Informationen im Entlassungsbrief oder im Pflegeüberleitungsbogen.

## 9.4 Standardkriterium 3

**S3a** Die Pflegefachkraft verfügt über notwendige Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenzen. **S3b** Die Einrichtung stellt sicher, dass

Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden und stellt die notwendigen Materialien zur Verfügung. **P3a** Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei. **P3b** Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu. **E3** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.

### 9.4.1 Schulung und Beratung

Von der Einrichtung müssen angemessene Schulungs- und Informationsmaterialien in Form der verschiedensten Medien zur Verfügung gestellt werden. Dadurch ist die Pflegefachkraft in der Lage, eine individuelle Beratung und Schulung durchzuführen. Eine Dokumentation sollte auch in Form von Schmerz- oder Aktivitätstagebüchern ermöglicht werden.

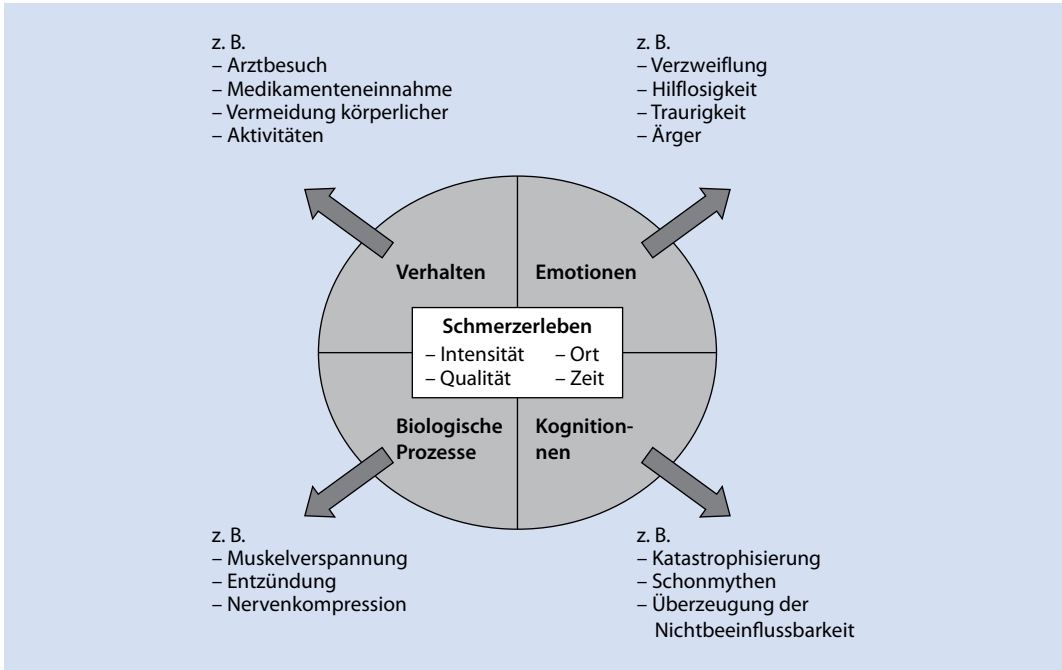
Die Inhalte der Schulung und Beratung sind von der Pflegeeinrichtung und von der individuellen Situation des Patienten abhängig.

#### Mögliche Inhalte:

- Einsatz der medikamentösen Verfahren
- Umgang mit Schmerzmedikamenten
- Vorbeugung von Nebenwirkungen
- Schmerzreduzierendes Verhalten

Die Durchführung erfolgt in Einzel- oder Gruppenschulungen, wobei eine Einzelberatung z. B. bei der Palliativversorgung vorzuziehen ist, Gruppenschulung hingegen beispielsweise bei Patienten mit chronischen Kopf- oder Rückenschmerzen oder Rheuma. Falsche Grundannahmen oder Ängste sollen abgebaut werden, die Beziehungsgestaltung, etwa zur Bezugspflege und zu Co-Therapeuten, kann verbessert werden, ebenso die Motivation, auch von Angehörigen.





■ **Abb. 9.1** Das bio-psycho-soziale Modell des Schmerzes (Herwig-Kröner 2010)

➤ **Zeitliche und personelle Ressourcen, Material, z. B. Schmerz- oder Aktivitätstagebücher und Dokumentationsmaterial müssen bereitgehalten werden.**

Außerdem können Hilfsmittelberatung, Entspannung, Ablenkung, Ernährung, emotionale Bewältigung Inhalte von Schulungen sein, genau wie sozialrechtliche Themen, etwa Rehabilitation, Berentung oder Schwerbehinderung. Weitere Berufsgruppen können in die Beratung und Schulung von Betroffenen einbezogen werden, beispielsweise Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder pflegerische Schmerzexperten. Die Inhalte und der Umfang von Beratung und Schulung sind abhängig von der Erkrankungs- bzw. Bewältigungsphase.

**Bewältigungsphasen:**

1. Diagnosephase
2. Phase des Krankheitsfortschritts
3. Palliatives Stadium

## 9.4.2 Das bio-psycho-soziale Modell

Die Effizienz aller Maßnahmen und Beobachtungen im Zusammenhang mit Krankheit, Schmerz und Chronifizierung beruht auf der multidimensionalen Betrachtungsweise des Schmerzes, die über eine rein medizinisch-biologische Sichtweise hinaus geht und alle biologischen, aber auch psychosoziale Faktoren des Krankheitsverlaufs betrachtet.

Schon in den 1950er-Jahren wurden psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Krankheitsentstehung erkannt, später beschäftigte sich auch die Stressforschung mit diesen Faktoren. Der Psychiater George L. Engel entwickelte dann 1977 das bio-psycho-soziale Modell BPS, das im Schmerzmanagement noch heute betrachtet wird und in der folgenden Abbildung dargestellt wird (■ Abb. 9.1).

Cicely Saunders, eine Vorreiterin der Palliativmedizin und Hospizbewegung, berücksichtigt im Total-Pain-Konzept zusätzlich noch die spirituelle

Dimension. Wichtige Elemente und Aufgaben der Pflegefachkraft sind folglich auch die Trauer- und Verlustarbeit, das Ermutigen, Schmerz zu kommunizieren, aber auch der Erhalt der Mobilität und die Aktivierung zur Förderung und Entwicklung von Durchhaltestrategien.

➤ **Eigenverantwortung ist ein wichtiger Bewältigungsfaktor, je größer die Überzeugung, etwas tun zu können, desto besser gelingt die Bewältigung.**

## 9.5 Standardkriterium 4

**S4a** Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zu medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung, schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen, Kontraindikationen, schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen. **S4b** Die Einrichtung stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können. **P4** Die Pflegefachkraft koordiniert die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams, stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen sicher, setzt die pflegerischen nicht-medikamentösen Maßnahmen des Behandlungsplans um, vermeidet schmerzauslösendes Vorgehen bei pflegerischen Interaktionen. **E4** Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.

### 9.5.1 Implementierung

Die Planung und Dokumentation aller Maßnahmen des Schmerzmanagements ist eine wichtige Aufgabe der Pflegefachkraft in Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

#### Aufgaben und Maßnahmen:

- Koordination der Maßnahmen
- Medikamentöse Maßnahmen nach Behandlungsplan
- Nebenwirkungsmanagement
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen

- Prävention und Vermeidung schmerzauslösenden Vorgehensweisen

- » Deutsche Schmerzgesellschaft: Jeder Mensch hat einen Anspruch auf eine angemessene Schmerzbehandlung.

Verschiedene Bereiche sollten unterschieden werden:

- **Multimodale Schmerztherapie**

Erfolgt interdisziplinär, mindestens zwei Fachdisziplinen sind beteiligt, darunter immer Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychologie. Umfasst medizinische Behandlung, Information und Schulung, konsequente Steigerung der körperlichen Aktivität, psychotherapeutische Behandlung und arbeitsorientierte Trainingsprogramme.

- **Palliative Versorgung**

Zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihrer Familie, durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO).

- **Therapeutischer Patientenkontakt**

Methoden der Gesprächsführung stehen im Fokus, patientenzentrierte Kommunikation, Haltung des Behandlers ist ausschlaggebend, Zuversicht vermitteln, Transparenz, psychosoziale Aspekte erfragen, dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, Engagement und Verbindlichkeit zeigen.

- **Psychologische Maßnahmen**

Bei Schwierigkeiten mit der Krankheitsbewältigung, Verstärkung der Beschwerden durch Alltagsstress oder zusätzlichen psychischen Störungen.

- **Spezifische Interventionen**

Beispielsweise Strahlentherapie Radioisotopenbehandlung oder Plexusblockaden.

In diesem Kontext erfolgt auch eine Auseinandersetzung mit der Verabreichung von Placebo unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2010. Unter sehr streng definierten Voraussetzungen wäre eine Gabe von Placebo möglich.

**Placebo (BÄK 2010):**

- Es ist keine geprüfte wirksame (Pharmako-) Therapie vorhanden
- Es handelt sich um relativ geringe Beschwerden und es liegt der ausdrückliche Wunsch des Patienten nach einer Behandlung vor
- Es besteht Aussicht auf Erfolg einer Placebo-behandlung bei dieser Erkrankung
- Eine Therapie erfolgt nur unter Beachtung der Regeln der Heilkunst, die den Arzt dazu verpflichten, eine wirksame Therapie anzuwenden und eine solche, die dem Patienten nicht zum Schaden gereicht. Unterbleibt dies oder wird eine chronische Erkrankung nicht verbessert, erfüllt das Weiterführen dieser Vorgehensweise den Tatbestand der Körperverletzung.

Die Pflegefachkraft kann bei Bedenken die Gabe verweigern oder ihre Bedenken gegenüber dem verschreibenden Arzt deutlich zum Ausdruck bringen.

➤ **Im Kontext der medikamentösen Behandlung werden im Expertenstandard auch die Themen Medikationengewöhnung, -missbrauch, Abhängigkeit und Sucht thematisiert, wobei die Aufgabe der Pflegefachkraft in diesem Zusammenhang vor allem in der Beratung und Information des Betroffenen liegt.**

## 9.5.2 Medikamentöse Therapie

Zusätzlich zu den Vorgaben der medikamentösen Therapie, die bereits im Expertenstandard akute Schmerzen in der Pflege (► Kap. 4) beschrieben sind, gibt es einige Ergänzungen für die Behandlung von chronischen Schmerzen.

**Medikamentöse Therapie:**

- Bei neuropathischen Schmerzen Trizyklische Antidepressiva (Nortriptylin), SSNRI (Venlafaxin - Trevilor®), Gabapentin (Neurontin®), Pregabalin (Lyrica®), lokales Lidocain, ggf. schwaches Opioid.
- Nicht-tumorbedingte chronische Schmerzen: Abhängig von der Art des Schmerzes kann nach Prüfung von Indikation/Kontraindikation eine Opioidtherapie erfolgen, Aus-

nahme sind alle primären Kopfschmerzen, funktionelle Störungen in Kombination mit psychischen Befindlichkeiten, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit, psychische Instabilität, Suizidrisiko, Schlafapnoe, Zweifel an verantwortungsvollem Gebrauch, besondere psychosoziale Faktoren, wie Krankheitsgewinn oder laufendes Rentenverfahren, Kooperation mit Schmerzteam, Suchtspezialist oder Verhaltenstherapeut, ggf. Behandlungsvertrag.

- Bei den tumorbedingten chronischen Schmerzen erfolgt die Medikation nach WHO-Stufenschema, Problem ist die Adhärenz, die durch Schulungen verbessert werden kann.
- Adjuvante Analgetika: Antidepressiva und Antikonvulsiva bei neuropathischen Schmerzen, Ketamine bei Schmerzen, die schlechte auf Opioide ansprechen, Biphosphonate bei Knochenschmerzen, Kortikoide vor allem bei tumorbedingtem Druck, Anticholinergika bei Schmerzen durch Darmverstopfung, Cannabinoide werden bei Tumorschmerzen nicht empfohlen.

## 9.5.3 Nebenwirkungsmanagement

Nebenwirkungen können zu Beginn einer Opioidbehandlung oder bei Dosiserhöhung auftreten, sind jedoch bei stabiler Therapie normalerweise innerhalb weniger Tage rückläufig.

**Nebenwirkungsmanagement:**

- Nebenwirkungen müssen initial erfasst und behandelt werden.
- Die Pflegefachkraft sollte Nebenwirkungen, z. B. Übelkeit oder Erbrechen, erwarten, diese beobachten und eine prophylaktische antiemetische Behandlung in Absprache mit dem Arzt einleiten.
- Zu beachten ist, dass auch andere Ursachen, etwa Erkrankungen oder Medikamente, den opioidinduzierten Nebenwirkungen ähneln.
- Bei Dauergabe von Antirheumatika ist auf einen konsequenten Magenschutz zu achten.
- Obstipation ist die häufigste Nebenwirkung, welche über den ganzen Therapiezeitraum bestehen oder im Verlauf zunehmen kann, deshalb prophylaktische Gabe von Laxanzien.

- Gefahr eines Analgetika-Asthas oder einer Leberschädigung bei Paracetamol
- Agranulozytose oder Blutdruckabfall bei Metamizol (Novalgin®).
- Wechselwirkungen

### 9.5.4 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Auch für diesen Bereich wurden schon vielfältige Methoden im Expertenstandard akute Schmerzen in der Pflege beschrieben (► Kap. 4). Der Expertenstandard chronische Schmerzen in der Pflege beinhaltet ebenfalls komplementäre, nicht-medikamentöse Maßnahmen des Schmerzmanagements.

#### Komplementäre Maßnahmen:

- Massagen bei rheumatisch veränderten Händen, ggf. Rückenschmerzen
- Akupunktur, nicht bei rheumatoider Arthritis, Spannungskopfschmerz
- Wärmetherapie, nicht bei akuter Gelenkentzündung, ggf. Selbstapplikation, Thermalbäder
- Hilfsmittel, z. B. Orthesen, nicht empfohlen bei Nackenschmerzen wegen Passivierung
- Meditative Techniken
- Eventuell Achtsamkeitstraining
- TENS bei chronischem Blasenschmerzsyndrom
- Weitere komplementäre Maßnahmen, etwa Naturheilkunde, Heilfasten, vegetarische Ernährung, Musiktherapie, Triggerpunkt- oder Reflexzonentherapie etc., werden nicht empfohlen
- Tumorschmerztherapie: komplementäre Verfahren z. B. Lebensrückblick, soziale Interaktion, spirituelle Beratung und therapeutische Berührung, wie Reiki können ebenfalls wegen fehlender Evidenz nicht empfohlen werden
- Rückenschule

## 9.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der

pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen. **P5a** Die Pflegefachkraft beurteilt anlassbezogen und regelmäßig die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen und das Erreichen der individuellen Therapieziele. **P5b** Die Pflegefachkraft informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu. **E5** Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.

### 9.6.1 Evaluation

Die Beurteilung der Wirksamkeit erfordert Kompetenz zur patientenzentrierten Gesprächsführung und Interaktion. Da der chronische Schmerz Auswirkungen auf das soziale System hat, sollten Angehörige in die Evaluation miteinbezogen werden, wenn es sich um Kinder oder Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten handelt.

Eine Ausnahme besteht dann, wenn der Angehörige als Auslöser oder Verstärker der Schmerzsituation identifiziert wird. Bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder instabiler Schmerzsituation sollte ein pflegerischer Schmerzexperte hinzugezogen werden, vor allem dann, wenn über die Reduktion von therapeutischen Maßnahmen entschieden wird.

- **Das Evaluationsintervall bei stabiler Schmerzsituation wird gemeinsam mit dem Patienten festgelegt, bei instabiler Schmerzsituation erfolgt die Überprüfung kurzfristig und engmaschig oder anlassbezogen.**

#### Anlassbezogene Überprüfung:

- Veränderungen der Schmerzsituation
- Veränderung der Therapie
- Ungewohnt häufiges Einfordern von kurzfristigen Interventionen, z. B. Bedarfsmedikation, nicht-medikamentöse Maßnahmen
- Krankheitsfortschritt

- Einmalige oder kurzfristige gesundheitliche Maßnahmen
- Veränderung der langfristigen Lebensumstände, z. B. Umzug in ein Pflegeheim oder Hospiz, Wechsel der Bezugsperson, kritische Ereignisse

Die Experten haben außerdem definiert, welche Themen im Rahmen der Evaluation hinterfragt werden sollten.

#### Themen der Evaluation:

- Aktuelles differenziertes Assessment
- Alltag, Lebensqualität, soziale Teilhabe, Funktionsfähigkeit, psychische Belastbarkeit, Stimmung
- Beeinträchtigungen durch die Therapie oder Nebenwirkungen
- Individuelle Zielsetzung wurde ausgehandelt, verabredet, erreicht? Falls nein, warum nicht?
- Ziele bis zur nächsten Überprüfung
- Ist die individuelle Grenze für Maßnahmen aktuell?
- Veränderungen im Selbstmanagement und im individuellen Behandlungsplan
- Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit, bei Kindern zum Schulbesuch als Zielkriterium
- Anzeichen für aktuelle oder zu erwartende Komplikationen
- Anzeichen für aktuellen oder zu erwartenden Krankheitsfortschritt
- Möglichkeit, therapeutische Maßnahmen zu reduzieren oder zu ändern, da Stabilität erkennbar ist
- Veränderungsbedarf der kurzfristigen Interventionen zur Schmerzlinderung

Die Ergebnisse werden schriftlich an einem vereinbarten Ort dokumentiert und sollten für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams nutzbar sein. Bei instabiler Schmerzsituation muss der Arzt informiert und ein Schmerzexperte hinzugezogen werden.

## 9.7 Dokumentation

Für die Implementierung des Expertenstandards chronische Schmerzen in der Pflege sind vor allem Schmerzskaleten und an die Einrichtung angepasste Formulare erforderlich.

#### Formulare:

- Schmerzskaleten
- Schmerzanamnese
- Schmerzprotokoll
- Behandlungsplan
- Ärztliche Anordnung
- Ärztliche Kommunikation
- Fallbesprechung
- Informations- und Schulungsmaterial

Um geeignete Formulare zu finden, die sich an den Bedürfnissen der betreuten Patientengruppe orientiert, ist es sinnvoll, zunächst verschiedene Formulare zu testen, oder ein geeignetes Formulare selbst zu erstellen.

## 9.8 Organisation

Da die Implementierung des Expertenstandards chronische Schmerzen in der Pflege vor allem von der Fachkompetenz der Mitarbeiter abhängt, ist zunächst die Fortbildung aller Mitarbeiter ein wichtiger Schritt. Außerdem ist die Kooperation mit anderen Berufsgruppen in vielen Pflegeeinrichtungen ein Problem, das durch eine gute Organisation beeinflusst werden kann.

Dazu sollte zunächst allen betroffenen Berufsgruppen ein Meinungsauustausch ermöglicht werden. Schon dadurch können Vorbehalte oft zumindest verbessert werden.

#### Praxistipp

Ein wichtiger Diskussionspunkt ist immer der Zeitfaktor, so dass zum einen mit pflegerischen Schmerzexperten oder Ärzten eine feste Visitenzeit vereinbart werden sollte. So können alle Beteiligten sich vorbereiten und dafür sorgen, dass zu diesem Zeitpunkt auch Ressourcen vorhanden sind. Zum anderen ist auch die Dokumentation zu beachten, die im Team, möglichst mit allen beteiligten Berufsgruppen, gemeinsam bei Fallbesprechungen durchgeführt werden kann.

Schließlich kann die Identifikation der betroffenen Patienten Probleme bereiten, die durch genaue

Vorgaben der Einrichtungsleitung behoben werden können, beispielsweise durch eine Verfahrensregelung, in der festgelegt wird, dass alle Patienten/Bewohner, die Schmerzmittel bekommen, bei der Umsetzung des Expertenstandards zu berücksichtigen sind.

- Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass Patienten, die sich nicht ausreichend äußern können, versehentlich nicht berücksichtigt werden.

## 9.9 Auswirkungen des Expertenstandards

Der Expertenstandard chronische Schmerzen in der Pflege wurde im April 2014 veröffentlicht, so dass bisher noch keine direkten Auswirkungen zu erwarten sind. Allerdings konnte schon nach der Veröffentlichung des Expertenstandards akute Schmerzen in der Pflege eine veränderte Sensibilität in der Fachöffentlichkeit für das Thema beobachtet werden.

Bisher beobachtet man in der Pflegepraxis, dass viele Mitarbeiter noch Schwierigkeiten haben, akute und chronische Schmerzen voneinander zu unterscheiden oder eine stabile von einer instabilen Schmerzsituation abzugrenzen. Oft liegt die Ursache hierfür wahrscheinlich an der Fortbildungssituation. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich dies zeitnah verbessern wird.

## 9.10 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015)

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen«*

Prof. Dr. Dr. Jürgen Osterbrink (Wiss. Leitung); Andrea Besendorfer, MScN; Dipl.-Pflegepäd. Axel Doll; Prof. Dr. Thomas Fischer; Irmela Gnass, MScN; Markus Heisel, Bettina Hübner-Möhler, MScN; Dr. Gabriele Müller-Mundt; Nadja Nestler,

MScN; Dr. Nada Ralic, Dr. Erika Sirsch; Monika Thomm; Susanne Wüste

### 9.10.1 Präambel zum Expertenstandard

Chronische Schmerzen können für Betroffene tiefgreifende und umfassende Auswirkungen haben, die den Schmerz dauerhaft zum Lebensmittelpunkt werden lassen. Für ca. 12 Millionen Patienten/Bewohner<sup>1</sup> in Deutschland geht chronischer Schmerz einher mit Angst, Bedrohung, Stress und dem Kampf zur Erhaltung eines Mindestmaßes an Lebensfreude und -qualität<sup>2</sup>. Erfahrungen von Unter- und Fehlversorgung gehören zu langfristigen Leidensgeschichten mit hohen wenn gleich schwer zu bestimmenden volkswirtschaftlichen Kosten. Pflege im multiprofessionellen Kontext spielt eine zentrale Rolle im erfolgreichen Management chronischer Schmerzen. Dieser Expertenstandard gilt für die professionelle Pflege von Menschen mit chronischen Schmerzen und Tumorschmerzen in allen vorstellbaren pflegerischen Versorgungszusammenhängen.

#### ■ Definition

Als Orientierung jeder Definition von chronischen Schmerzen gilt die Schmerzdefinition der International Association for the Study of Pain (IASP). Die Chronifizierung von Schmerzen wird nicht mehr nur als ein zu einem exakten Zeitpunkt eintretender Zustand diskutiert, sondern der Übergang wird mehr und mehr als fließend und am individuellen Schmerz- und Krankheitserleben ausgerichtet erkannt. Eine kontinuierliche Betrachtung der Kriterien Intensität der Pathologie und Dauer sowie das wechselseitige und dynamische Zusammenspiel physiologischer und psychologischer Faktoren wer-

- 1 Da die Begrifflichkeit für die verschiedenen Pflegebedürftigen variabel ist, wird im Weiteren von Patienten/Bewohnern gesprochen. Damit sind gleichermaßen Klienten, Kunden oder Gäste gemeint, wann immer sie professionell-pflegerisch versorgt werden. Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.
- 2 Deutsche Schmerzliga e.V. (2013). Schwarzbuch Schmerz - Über die Versorgungsrealität von Schmerzpatienten in Deutschland - Fakten und Erlebnisse. Oberursel., S. 1.

den als wichtige Besonderheit der Chronifizierung identifiziert. Die Expertenarbeitsgruppe legt Wert darauf, dass pflegerisches Schmerzmanagement stets unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells erfolgen muss. Damit ist gemeint, dass die Vermittlung, Förderung und Einnahme einer bio-psycho-sozialen Sichtweise bzw. eines Krankheitsverständnisses sowohl für den Patienten/Bewohner als auch für die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen notwendig ist. Damit rückt die Autonomie des Patienten/Bewohners und deren Förderung in den Mittelpunkt pflegerischen Schmerzmanagements und die multifaktorielle Betrachtungsweise des Phänomens Schmerz stellt die Grundlage für die pflegerische Planung und Handlung dar. Eine Anpassung des pflegerischen Handelns an die Zielgruppe wird beispielsweise bei Menschen mit höherem Lebensalter, mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern und Früh- und Neugeborenen nötig. Die Abgrenzung von chronisch-tumorbedingten zu nicht-tumorbedingten Schmerzen wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Zwar zeigen sich in der Versorgung Unterschiede von Menschen mit Tumorschmerzen und chronisch nicht-tumorbedingten Schmerzen, dennoch werden in diesem Standard die Phänomene gleichzeitig angesprochen. Wenn also im Expertenstandard von chronischen Schmerzen die Rede ist, wird darunter der andauernde oder intermittierende Schmerz jedweder Genese verstanden. Unterschiede in der Versorgung werden in der Literaturanalyse und den Kommentierungen der Standardkriterien explizit ausgewiesen.

#### ■ Zielsetzung

Dieser Expertenstandard fordert von Pflegefachkräften<sup>3</sup>, bei Vorliegen chronischen Schmerzes, eine Unterscheidung zwischen stabiler und instabiler Schmerzsituation vorzunehmen. Herstellung und der Erhalt einer stabilen Schmerzsituation wird sogar als Ziel pflegerischen Schmerzmanagements for-

muliert. Diese Begrifflichkeit ist an Theorien zu Verlaufskurven-Modellen chronischer Erkrankung und Stress-Bewältigungsmodellen angelehnt. Es gibt zurzeit kein Assessmentinstrument, das dabei unterstützen könnte, die Stabilität einer Schmerzsituation objektiviert einzuschätzen. Es sollten jedoch stets die Elemente Schmerzerleben, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und soziale Teilhabe Berücksichtigung finden. Die folgenden definitorischen Aspekte entstammen einer Sammlung der Experten und dienen in erster Linie dazu, pflegerisches Handeln an individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten/Bewohners auszurichten und falsche Hoffnungen zu vermeiden. Die Einschätzung der Stabilität einer Schmerzsituation richtet sich maßgeblich an den Selbstmanagementkompetenzen eines Betroffenen aus. Handelt es sich um einen Patienten/Bewohner mit stark eingeschränkten Selbstmanagementkompetenzen, muss die Schmerzsituationsbeurteilung anhand von Verhaltensweisen und in enger Abstimmung mit pflegenden Angehörigen und dem multiprofessionellen Team erfolgen.

Eine stabile Schmerzsituation herrscht demnach, wenn

- der Patient/Bewohner mit chronischem Schmerz seine Schmerzsituation subjektiv als akzeptabel und nicht veränderungsbedürftig erlebt.
- Zielkriterien für Stabilität sich konkret an der Lebenswelt des Patienten/Bewohners orientieren und mit dem Patienten/Bewohner ausgehandelt wurden.
- die Kriterien der Stabilität mit dem Patienten/Bewohner unter fachlicher Beratung der Bezugspflegefachkraft ermittelt wurden. Dadurch werden potentielle Bedrohungen der subjektiv stabilen Situation besprochen und antizipiert. Für mögliche Krisen und Komplikationen liegen gemeinsam entwickelte Strategien zur Prävention vor. Angehörige sind in diesen Prozess ebenfalls mit einzubeziehen.

Eine instabile Schmerzsituation herrscht, wenn

- die Schmerzsituation und -linderung dauerhaft nicht einer akzeptablen Situation entspricht.
- gesundheitsbezogene oder alltagsbezogene Krisen auftreten oder noch nicht wieder durch eine akzeptable Situation abgelöst wurden.

3 In dieser Veröffentlichung werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

- Versorgungsbrüche entstehen, die nicht mit Hilfe von Selbstmanagementkompetenz, familialer oder professioneller Unterstützung überbrückt werden können.
- Komplikationen mit der oder durch die Therapie oder deren Nebenwirkungen auftreten.
- durch die Schmerzsituation eine Einbuße an Lebensqualität, Funktionalität oder sozialer Teilhabe entstanden ist, die nicht mehr dem direkt geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten/Bewohners entspricht. Besonders der Prozess der langsamen Verschlechterung des Gesundheitszustandes fordert von Pflegefachkräften, eine regelmäßige kritische Reflektion der Schmerzsituation vorzunehmen.

#### ■ Anwender des Expertenstandards

Anwender dieses Expertenstandards sind Pflegefachkräfte ohne spezielle Weiterbildung im Schmerzmanagement. Sind für die Durchführung spezielle Kompetenzen im Schmerzmanagement nötig, wird dies ausgewiesen. Eine spezielle pflegfachliche Expertise zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen erlangen beispielsweise Pflegefachkräfte, die eine Weiterbildung zur Pain Nurse oder zur algesiologischen Fachassistenz absolviert haben. Im Expertenstandard wird deutlich, dass es einige Bereiche des pflegerischen Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen gibt, die ohne eine besondere Expertise zum Thema nicht bewältigt werden können. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich dezidiert für diese Vorgehensweise entschieden, weil insbesondere in vorangeschrittenen Stadien chronischer Schmerzkrankheit die Anforderungen an das Assessment sowie die Steuerung und Durchführung der Therapie die Möglichkeiten der regulären Pflegefachkraft überschreiten können. Bestehende Weiterbildungsmöglichkeiten bedürfen hier jedoch einer weiteren Differenzierung für die Anforderungen des Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen im ambulanten Versorgungsbereich, der Abstimmungsprozesse mit niedergelassenen Ärzten sowie für Menschen am Lebensende und Menschen mit psychischen Erkrankungen. Pflegefachkräfte, die in spezialisierten Versorgungseinheiten, wie Schmerzambulanzen oder -kliniken tätig sind, eignen sich im Rahmen von Einarbeitung und Berufserfahrung besonde-

res Wissen und Kompetenzen an, die ebenfalls bei einer Pflegefachkraft ohne diesen besonderen Erfahrungshintergrund nicht vorausgesetzt werden können.

#### ■ Voraussetzungen für die Anwendung des Expertenstandards

Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches pflegerisches Schmerzmanagement ist die enge Zusammenarbeit mit anderen patientennah tätigen Berufsgruppen. Der Pflegefachkraft kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige integrative und koordinierende Aufgabe zu, und zugleich stellen nicht zuletzt die vielen psycho-sozialen Herausforderungen im Umgang mit chronischem Schmerz die Pflegefachkräfte in eine kontinuierliche therapeutische Beziehung zum Patienten/Bewohner.

Neben der Pflegefachkraft, die im Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen diesen Expertenstandard anwendet, bestehen außerdem Anforderungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des (Qualitäts-)Managements von Leistungserbringern aller Bereiche, die für ein erfolgreiches Schmerzmanagement unerlässlich sind. Hierzu zählt die Bereithaltung von besonderer pflegerischer Expertise zum Schmerzmanagement als Rücksprachemöglichkeit für die Pflegefachkräfte, jedoch auch die Einführung oder Anpassung von Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Pflegefachkräfte stehen ohne die Kooperationsbereitschaft durch Allgemeinmediziner und ggfs. Fachärzte oft vor Hindernissen, nicht nur im medikamentösen Schmerzmanagement. Hier sind Einrichtungen, Träger und politisch Verantwortliche gefordert, die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen zu optimieren und an die Forderungen dieses Expertenstandards anzupassen.

#### ■ Literaturgrundlage und Stand der Forschung

Die Empfehlungen dieses Expertenstandards traf die Expertenarbeitsgruppe unter Einbezug einer Analyse relevanter internationaler und nationaler Leitlinien und Guidelines sowie in Einzelfällen auf Basis von Primärliteratur. Viele Empfehlungen mussten jedoch wegen eines Mangels an literaturbasierter Evidenz, die auf die deutsche Versorgungssituation anwendbar wäre, überwiegend auf Basis einer professionellen Expertise getroffen werden.



Es ergeht daher die wichtige Aufforderung an die Berufsgruppe der Pflegenden, sich kritisch und systematisch mit dem eigenen Handeln am Menschen mit chronischen Schmerzen auseinanderzusetzen und Forschungsvorhaben sowohl zur Wirkung von Interventionen, als auch auf der Versorgungssystemebene anzustreben und zu unterstützen.

### 9.10.2 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Stand April 2015

**Standardaussage:** Jeder Patient/Bewohner mit chronischen Schmerzen erhält ein individuell angepasstes Schmerzmanagement, das zur Schmerz-

linderung, zu Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

**Begründung:** Chronischer Schmerz wirkt beeinträchtigend auf die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein. Durch das Schmerzerleben sinkt die Lebensqualität, wird die Funktionsfähigkeit und die soziale Teilhabe erheblich eingeschränkt und es kann zu gesundheitlichen Krisen aufgrund von Destabilisierungen der Schmerzsituation kommen. Ein individuell angepasstes pflegerisches Schmerzmanagement leistet einen wichtigen Beitrag in der interprofessionell abgestimmten Schmerzbehandlung.

#### Strukturkriterien

**S1a Die Pflegefachkraft** verfügt über aktuelles Wissen zur Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz und zur systematischen Schmerzeinschätzung.

**S1b Die Einrichtung** verfügt über aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexperten.

**S2a Die Pflegefachkraft** verfügt über Planungs- und Koordinationskompetenzen bezogen auf das pflegerische Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen.

**S2b Die Einrichtung** verfügt über eine interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement für Patienten/Bewohner mit chronischem Schmerz.

#### Prozesskriterien

**P1a Die Pflegefachkraft** erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner akute oder chronische Schmerzen, zu erwartende Schmerzen oder schmerzbedingte Einschränkungen hat und ob vorliegende Schmerzen akut oder chronisch sind. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in versorgungsspezifischen individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.

**P1b Die Pflegefachkraft** führt bei allen Patienten/Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation ein differenziertes Assessment durch und erfasst individuelle Faktoren, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können.

**P1c Die Pflegefachkraft** informiert bei instabiler Schmerzsituation den behandelnden Arzt und zieht einen pflegerischen Schmerzexperten zum differenzierten Assessment hinzu.

**P2 Die Pflegefachkraft** beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner unter Berücksichtigung dessen Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung individueller Therapieziele, eines individuellen medikamentösen Behandlungsplans und der Planung nicht-medikamentöser Maßnahmen nach dem individuellen Bedarf des Patienten/Bewohners.

#### Ergebniskriterien

**E1** Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.

**E2** Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.

### Strukturkriterien

**S3a Die Pflegefachkraft** verfügt über notwendige Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenzen.

**S3b Die Einrichtung** stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Materialien zur Verfügung.

**S4a Die Pflegefachkraft** verfügt über aktuelles Wissen zu

- medikamentöser und nicht-medikamentöser Schmerzbehandlung,
- schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Prophylaxen,
- Kontraindikationen,
- schmerzauslösenden Faktoren und schmerzvermeidenden Verhaltensweisen.

#### Die Einrichtung

**S4b** – stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.

**S5 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen.

### Prozesskriterien

**P3a Die Pflegefachkraft** informiert, schult und berät den Patienten/Bewohner und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei.

**P3b Die Pflegefachkraft** zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.

#### P4 Die Pflegefachkraft

- koordiniert die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams,
- stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen sicher,
- setzt die pflegerischen nicht-medikamentösen Maßnahmen des Behandlungsplans um,
- vermeidet schmerzauslösendes Vorgehen bei pflegerischen Interventionen.

**P5a Die Pflegefachkraft** beurteilt anlassbezogen und regelmäßig die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen und das Erreichen der individuellen Therapieziele.

**P5b Die Pflegefachkraft** zieht bei instabiler Schmerzsituation einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.

### Ergebniskriterien

**E3** Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert

**E4** Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.

**E5** Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.

Die vollständige Veröffentlichung zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen enthält darüber hinaus eine ausführliche Kommentierung der Standardkriterien, eine umfassende Literaturstudie zum Thema, ein im Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards entwickeltes Audit-Instru-

ment zur Messung des Zielerreichungsgrades bei der Anwendung des Expertenstandards sowie detaillierte Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung.

Die abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 25 € (incl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich beim DNQP bestellt werden.

## Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Geschäftsführung: Heiko Stehling, MScN

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher;

Dipl. Pfleger Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Anna Möller, M.A.;

Prof. Dr. Doris Schiemann; Heiko Stehling, MScN

DNQP-Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Postfach 1940 • 49009 Osnabrück

Tel.: (0541) 969-2004 • Fax: (0541) 969-2971

E-mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) •

Internet: ► <http://www.dnqp.de>

## Literatur

---

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen Entwicklung - Konsentierung - Implementierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Mc Caffery M, Pasero C (1999) Pain Clinical Management, Mosby, St. Louis

Herwig-Kröner B, Frettlöh J, Klinger R (2010) Schmerzpsychotherapie. Grundlage, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung, Springer Verlag, Heidelberg Berlin

Osterbrink J (Hrsg.) Mc Caffery M, Beebe A, Latham J (1999) Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis, Ullstein Mosby GmbH, Berlin, Wiesbaden

► [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

► [www.schmerzfreie-stadt.de](http://www.schmerzfreie-stadt.de) (Informationen zu Schmerz und Schmerzbehandlung)

► [www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de) (Informationen zur entbürokratisierten Pflegeplanung)

# Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege

*Simone Schmidt*

- 10.1 **Pflegeweiterentwicklungsgesetz – 200**
- 10.2 **Standardkriterium 1 – 201**
  - 10.2.1 Screening und Assessment – 201
- 10.3 **Standardkriterium 2 – 203**
  - 10.3.1 Internes Qualitätsmanagement – 204
- 10.4 **Standardkriterium 3 – 205**
  - 10.4.1 Information und Beratung – 205
- 10.5 **Standardkriterium 4 – 205**
  - 10.5.1 Maßnahmenplanung – 206
- 10.6 **Standardkriterium 5 – 206**
  - 10.6.1 Evaluation – 206
- 10.7 **Dokumentation – 207**
- 10.8 **Organisation – 207**
- 10.9 **Auswirkungen des Expertenstandards – 207**
- 10.10 **Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Abschlussbericht 13. Juni 2014 (ENTWURF) – 208**
  - 10.10.1 Präambel zum Expertenstandard – 208
  - 10.10.2 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Stand Juni 2014 – 211
- Literatur – 213**

Der Auftrag zur Entwicklung des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI wurde im Jahr 2013 an das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP vergeben. Der Entwurf wurde dann im März 2014 auf der Konsensuskonferenz vorgestellt und diskutiert. Zu diesem Zeitpunkt wurde der erste Expertenstandard nach diesem Verfahren in der Fachöffentlichkeit bereits mit Spannung erwartet, zumal das Thema Mobilität für alle Pflegeeinrichtungen relevant ist. Dieser konsentrierte Entwurf wird nun seit Beginn des Jahres 2015 modellhaft in Pflegeeinrichtungen implementiert, wobei im Unterschied zu den bisherigen Expertenstandards nicht das DNQP hierfür verantwortlich ist. Mit einem Ergebnis der modellhaften Implementierung wird dann Mitte des Jahres 2016 gerechnet, wobei neben der Praxistauglichkeit auch die Einführungs- und Dauerkosten für die Einrichtungen ermittelt werden sollen. Wenn dieses Ergebnis vorliegt, entscheiden die Vertragspartner über die für alle Pflegeheime und Pflegedienste verbindliche Einführung. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist die Umsetzung verpflichtend. In diesem Kapitel werden die Inhalte des konsentrierten Entwurfs vorgestellt.

## 10.1 Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Im Jahr 2008 wurde durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz auch die Bedeutung der Expertenstandards gestärkt und deren Erarbeitung neu geregelt. Die Vertragspartner auf Bundesebene, also Vertreter von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, werden in das Verfahren eingebunden. Dazu wurde beim GKV-Spitzenverband Bund der Krankenversicherung eine Geschäftsstelle eingerichtet, die den gesamten administrativen Ablauf mitgestaltet. Die Geschäftsstelle führt Ausschreibungen durch und vergibt nach Entscheidung durch die Vertragspartner den Auftrag zur Erstellung oder Aktualisierung eines Expertenstandards.

Das weitere Verfahren entspricht weitgehend dem Prozess, der auch bei denen bisher veröffentlichten Expertenstandards durchlaufen wurde. Unterschiede zeigten sich jedoch beispielsweise bei der modellhaften Implementierung und bei der Veröffentlichung.

- Ein Vorteil dieses Verfahrens ist es, dass die Pflegefachkraft nicht jeden einzelnen Expertenstandard anschaffen muss, da dieser im Bundesanzeiger veröffentlicht wird. Die Anschaffung war bisher mit Kosten und Aufwand verbunden.

In Zukunft werden Expertenstandards möglicherweise besser verfügbar sein. Ob dadurch ein höherer Verbreitungsgrad ermöglicht wird, ist nicht absehbar, da die Bekanntheit des Bundesanzeigers in der Fachöffentlichkeit wahrscheinlich eher gering ist.

Die Expertenarbeitsgruppe hat in der Präambel des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI angemerkt, dass eine Trennung der Institutionen, die den Expertenstandard erarbeiten und die die modellhafte Implementierung begleiten, nicht sinnvoll ist. Das Wissen der Experten, auch aus den Literaturstudien, ist vermutlich bei der praktischen Erprobung nicht so schnell abrufbar.

Mobilität ist eine grundlegende Voraussetzung für Selbstständigkeit, soziale Teilhabe, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Bewegungsmangel gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für schwerwiegende Gesundheitsprobleme.

### Mobilität

Der Expertenstandard definiert Mobilität als die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen. Die Berücksichtigung dieser Definition ist wichtig, um eine Abgrenzung von den Begriffen Aktivität oder Bewegung bzw. Beweglichkeit deutlich zu machen.

Bereits bei der Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2010 wurde deutlich, dass eine Differenzierung der Aktivität und der Mobilität notwendig ist.

- Der größte Teil der Menschen, die professionell gepflegt werden, ist von Beeinträchtigungen der Mobilität betroffen, so dass eine Verbesserung der Mobilität ein zentrales Ziel der professionellen Pflege sein muss. Da-

durch werden weitere Einschränkungen der Selbstständigkeit vermieden, die einen »Teufelskreis« zunehmender Pflegebedürftigkeit verursachen würden.

## 10.2 Standardkriterium 1

**S1** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen, Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen sowie Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind, systematisch einzuschätzen. **P1** Sie schätzt zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität ein. Sie wiederholt die Einschätzung regelmäßig in individuell festzulegenden Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren. **E1** Eine aktuelle Einschätzung der vorhandenen Mobilität und möglicher Probleme und Ressourcen im Zusammenhang mit der Mobilität liegen vor. Die Entwicklung der Mobilität ist abgebildet.

### 10.2.1 Screening und Assessment

Grundlegend für die Einschätzung einer Mobilitätsbeeinträchtigung ist der Gedanke, dass jede Art von Pflegebedürftigkeit als erhöhtes Risiko betrachtet werden muss.

➤ **Das bedeutet, dass eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bereits ein Instrument des Screenings darstellt. Berücksichtigt werden sollten zusätzlich aber auch biografische, kognitive und psychische Beeinträchtigungen sowie die entsprechenden Ressourcen in diesen Bereichen.**

Ein spezielles Instrument zur Einschätzung einer Mobilitätsbeschränkung oder zur Beurteilung der Mobilität wird nicht empfohlen, es werden jedoch zahlreiche Instrumente aufgeführt, die abhängig vom jeweiligen Pflegesektor genutzt werden können. Dabei handelte sich einerseits um komplexe

Instrumente, die Pflegebedürftigkeit an sich berücksichtigen, und andererseits um spezifische Instrumente, die ausschließlich eine Bewertung der Mobilität ermöglichen.

Die Nutzung dieser Instrumente ist stark geprägt vom jeweiligen Pflegesektor, ein Instrument, das beispielsweise in der Rehabilitation sinnvoll ist, kann im ambulanten Bereich nicht angewendet werden. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle die Instrumente benannt, die von der Expertenarbeitsgruppe eingehender untersucht wurden.

#### **Komplexe Instrumente:**

- Barthel-Index (► Anhang 6)
- FIM (► Anhang 7)
- Geriatrisches Assessment
- Pflegeabhängigkeitsskala
- Resident Assessment Instrument RAI
- Neues Begutachtungsinstrument NBA zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit
- EASYCare, entwickelt im Rahmen eines WHO-Projekts

#### **Praxistipp**

Die Nutzung derartiger Instrumente stellt auch eine Schnittstelle zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (► Kap. 3) dar und ist sicher in diesem Zusammenhang relevant, für den praktischen Pflegealltag ist eine wiederholte Einschätzung aufgrund des hohen Zeitaufwandes jedoch sicher nicht immer praktikierbar.

Bei den spezifischen Instrumenten wurden zahlreiche Test genannt, die prinzipiell verwendet werden könnten. Auch hier erfolgt nur eine kurze Aufzählung, da eine Empfehlung für einzelne Pflegesektoren im Rahmen dieses Kapitels nicht möglich ist.

#### **Spezifische Instrumente:**

- Timed-Up-and-Go-Test TUG
- Zehn-Meter-Gehtest 10 m-G
- Back Performance Scale
- Dynamic-Gait-Index
- Esslinger Transferskala
- General Motor Function Assessment Scale GMF
- Sechs-Minuten-Gehtest 6 MWT
- Erfassungsbogen Mobilität EBoMo

Von diesen Verfahren ist vor allem der Timed-Up-and-Go-Test TUG erwähnenswert, da er bereits im Rahmen des Expertenstandards Sturzprophylaxe eine Rolle spielte. Eine flächendeckende Durchführung im praktischen Pflegealltag ist jedoch nicht zu erwarten, zumal im Rahmen der Aktualisierung des Expertenstandards ein »umfassenderer« Blick auf das Sturzrisiko (► Kap. 5) empfohlen wird.

### Pflegeheim

Der Erfassungsbogen Mobilität EboMo, wurde von der Universität Witten/Herdecke erstellt und ist besonders geeignet, die Mobilität von Pflegeheimbewohnern zu beurteilen. Er besteht aus 14 Items und ist dadurch auch vom Umfang her im Alltag nutzbar. Die Items bestehen aus Fragen zu den Bereichen:

- Positionswechsel im Bett
- Transfer
- Sitzen im Stuhl
- Stehen/Gehen/Treppensteigen
- Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung

Anhand der Literaturstudien konnten jedoch Risikofaktoren identifiziert werden, die in einer Kriterienliste zusammengestellt wurden und für das Screening genutzt werden können. Die Berücksichtigung dieser Kriterienliste im Risikoassessment ist mit Sicherheit eine Unterstützung der Pflegefachkraft in ihrer Fachkompetenz. Sie ist deshalb Bestandteil des beispielhaften Risikoassessments im Anhang (► Anhang 1), allerdings mit leicht veränderten Formulierungen.

#### Kriterienliste:

- Körperliche Inaktivität
- Visuelle Beeinträchtigungen
- Übergewicht
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Müdigkeit bei der Verrichtung von alltäglichen Aktivitäten
- Einnahme von Benzodiazepinen und Anticholinergika
- Einnahme von Antidepressiva und Nicht-Einnahme von Medikamenten zur Leistungssteigerung bei Menschen mit Demenz
- Vorhandensein eingeschränkter Mobilität, Depression

- Schmerzen
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Hohe Nachbarschaftsdeprivation
- Niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen (Männer)
- Geringe soziale Teilhabe
- Niedriges Kohärenzgefühl (Frauen)
- Häufige Niedergeschlagenheit, Aggression oder Müdigkeit (Männer)
- Angst vor Stürzen

Besondere Aufmerksamkeit wurde in den Kommentierungen auch Faktoren geschenkt, die von außen dazu beitragen können, die Mobilität einzuschränken, bis hin zur Bettlägerigkeit. Dabei wurden Therapien und Hilfsmittel untersucht, die von Ärzten, Pflegekräften oder Angehörigen eingesetzt werden, um den Betroffenen zu unterstützen. Möglicherweise entwickelt sich jedoch gerade durch diese Maßnahmen ein Mobilitätsverlust.

#### Praxistipp

Besonders gängig ist die Verwendung des Hilfsmittels Rollstuhl, der jedoch im Alltag eher als Sitzmöbel genutzt wird und dadurch seine eigentliche Funktion als Fortbewegungsmittel verliert. Rollstühle werden auch eingesetzt, um Zeit zu sparen oder wenn befürchtet wird, dass der Pflegebedürftige stürzen könnte.

Gerade in der Langzeitpflege ist zu beobachten, dass der Transfer von einem Rollstuhl als Fortbewegungsmittel in ein richtiges Sitzmöbel nicht regulär stattfindet.

Ähnlich dem Erfassungsbogen Mobilität kann eine Einschätzung des aktuellen Status auch unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte durchgeführt werden:

#### Einschätzung der Mobilität:

1. Selbstständige Lagewechsel in liegender Position
2. Selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
3. Selbstständiger Transfer: aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen
4. Selbstständige Fortbewegung über kurze Strecken (Wohnräume)
5. Selbstständiges Treppensteigen

Diese Erhebung sollte auch Bestandteil der Dokumentation sein. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass auch der frühere Mobilitätsstatus behoben werden muss. Einerseits zeigt dieser, ob schon zuvor Beeinträchtigungen vorhanden waren, beispielsweise durch individuelle körperliche Einschränkungen, andererseits kann dadurch eine Bewertung des zeitlichen Verlaufs stattfinden.

Die Mobilitätseinschätzung sollte auch Ressourcen und eine umfassende Sichtweise berücksichtigen. Aus diesem Grund werden zusätzliche Faktoren genannt, die für die Pflegefachkraft relevant sind.

#### Differenziertes Assessment:

- Aktueller Mobilitätsstatus
- Früherer Mobilitätsstatus
- Kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen
- Umgebungsfaktoren
- Erkrankungen und Therapien

➤ **Der Abbau von körperlichen Fähigkeiten, auch als Folge des Alterungsprozesses, und die Wirksamkeit von bewegungsfördernden Maßnahmen ist nur durch eine wiederholte Einschätzung möglich.**

Die Arbeitsgruppe hat diesbezüglich formuliert, dass das Intervall der Wiederholung sehr stark vom Pflegesektor und vom Zustand des Betroffenen abhängig ist (► Abschn. 10.6). Das Ergebnis dieser Einschätzung kann eine Beschreibung der Ausprägungen von Mobilität oder Immobilität sein. Dies reduziert den Dokumentationsaufwand, da abhängig vom Pflegesektor eine detaillierte Einschätzung nicht möglich oder notwendig ist.

#### Ambulante Pflege

Im ambulanten Bereich muss die Mobilitätsförderung nicht zwingend Bestandteil des pflegerischen Auftrags sein, sie ist jedoch Bestandteil einer angemessenen Pflegequalität. Eine Einschätzung der Mobilität ist deshalb notwendig, der Pflegedienst kann eine geeignete Form dafür selbst festlegen.

Die Kompetenz der Pflegefachkraft ermöglicht es, den Mobilitätsstatus durch knappe Formulierungen festzuhalten. Im Expertenstandard werden Beispiele für diese Beschreibung aufgeführt:

#### — Weitgehende Immobilität

Der Betroffene besitzt Ressourcen, die es ihm ermöglichen, Mikrobewegungen oder Positionswechsel im Bett selbstständig durchzuführen. Diese Bewegungen können bei Pflegehandlungen aktiv genutzt und gefördert werden, beispielsweise durch das »nach unten Treten« der Bettdecke.

#### — Teilmobilität außerhalb des Bettes

Der Betroffene kann aktiv bei Transfers mitarbeiten oder ist in der Lage, frei zu sitzen oder kurz zu stehen. Die Zeit außerhalb des Bettes kann auch als Indikator für eine Mobilitätsverbesserung durch die Maßnahmen genutzt werden.

#### — Mobilität außerhalb des Bettes

Der Betroffene kann eigenständig Transfers ausführen oder ist in der Lage, sich im Raum gehend oder mit Hilfsmitteln fortzubewegen. In diesem Fall müssen Umgebungsfaktoren unter dem Aspekt der Sturzprophylaxe beachtet werden. Die Umgebung kann jedoch auch eine Ressource sein, beispielsweise dann, wenn dadurch das Festhalten möglich und die Selbstständigkeit verbessert werden.

## 10.3 Standardkriterium 2

**S2a** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

**S2b** Die Einrichtung stellt sicher, dass Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind. **P2** Die Pflegefachkraft plant und koordiniert in enger Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen individuelle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung seiner Präferenzen. Sie sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans. **E2** Ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur



Erhaltung und Förderung der Mobilität des pflegebedürftigen Menschen liegt vor.

### 10.3.1 Internes Qualitätsmanagement

In diesem Standardkriterium wird festgelegt, welche Aufgaben die Pflegefachkraft und welche Aufgaben die Pflegeeinrichtung im Rahmen der Koordination und Kooperation übernimmt. Prinzipiell ist es Aufgabe der Pflegeeinrichtung, Voraussetzungen zu schaffen, die eine Mobilitätsförderung im Pflegealltag bewirken. Eine Verfahrensregelung wurde in den bisherigen Expertenstandards als Grundlage betrachtet, in diesem Expertenstandard wird allgemein das interne Qualitätsmanagement benannt.

#### Inhalte des QMHB zur Mobilitätsförderung:

- Stellenwert der Mobilitätsförderung
- Konzeption
- Vorgehensweise
- Angebote innerhalb der Einrichtung
- Fortbildung der Mitarbeiter
- Schulungen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen
- Einsatz von einwandfreien Hilfsmitteln
- Möglichkeit der Umgebungsgestaltung
- Kompetenzen der beteiligten Stellen
- Verantwortung der Berufsgruppen
- Informationsweitergabe
- Durchführung von Fallbesprechungen
- Bei externen Anbietern: Organisation von Beförderung und Begleitung

Entsprechend der Vorgaben im Qualitätsmanagement-Handbuch sind die Aufgabenbereiche der Pflegefachkraft benannt. Diese variieren abhängig von der Art der jeweiligen Pflegeeinrichtung.

#### Ambulante Pflege

Im ambulanten Bereich, in dem die Mobilitätsförderung vor allem in der Beratung eine Rolle spielt, sollte deshalb ein umfassendes Beratungskonzept vorliegen. Die Berücksichtigung der räumlichen Umgebung ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, ähnlich wie im Expertenstandard Sturzprophylaxe (► Kap. 5).

Selbstverständlich ist die Umgebungsgestaltung auch in allen anderen Pflegeeinrichtungen ein entscheidender Faktor, allerdings sind die Gestaltungsmöglichkeiten beispielsweise in der stationären Langzeitpflege vielfältiger. Über die Barrierefreiheit hinaus können Anregungen zur Mobilitätsförderung durch die räumliche aber auch durch die soziale Umgebung angeboten werden.

So können beispielsweise Angebote der sozialen Betreuung oder die Organisation der Speisenversorgung Einfluss auf die Mobilität haben. Abhängig von Vorlieben und Gewohnheiten der pflegebedürftigen Person kann eine Gruppenveranstaltung oder ein Frühstücksbuffet mobilitätsfördernd sein, aber auch das genaue Gegenteil bewirken. In teilstationären und stationären Einrichtungen ist die Verbesserung der Motivation, sich zu bewegen, ein entscheidender Faktor.

Die Arbeitsgruppe hat deshalb auch die möglichen Einflussbereiche der Pflegefachkraft beschrieben.

#### Aufgaben der Pflegefachkraft:

- Berücksichtigung und Erhebung von Vorlieben, Wünschen und biografischen Gewohnheiten
- Durchführung der Bezugspflege
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen, z. B. Ergotherapeuten, Betreuungskräften, Physiotherapeuten, Ärzten
- Koordination von Angeboten innerhalb der Einrichtung
- Kooperation mit externen Anbietern, z. B. Pfarr-/Gemeinde, Sportverein, Volkshochschule
- Kontinuität der Maßnahmen

#### Ambulante Pflege

Über das Internet können auch demente Menschen, gegebenenfalls gemeinsam mit ihren Angehörigen, Übungen durchführen, die verständlich erklärt und angeleitet werden. So findet man ein Heimtrainingsprogramm beispielsweise von einer Arbeitsgruppe des geriatrischen Zentrums am Bethanien Krankenhaus Heidelberg unter ► [www.bewegung-bei-demenz.de/content/heimtrainingsprogramm](http://www.bewegung-bei-demenz.de/content/heimtrainingsprogramm).

## 10.4 Standardkriterium 3

**S3** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbstständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren. **P3** Sie bietet dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an. **E3** Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.

### 10.4.1 Information und Beratung

In diesem Standardkriterium wird die Bedeutung der Beratung und der Schulung von pflegebedürftigen Menschen ihren Angehörigen genauer definiert. Dabei wird als Grundlage und auch als erster Schritt die Information des Betroffenen und seiner Bezugspersonen beschrieben.

- **In der Beratungssituation sollte der Schwerpunkt der Mobilitätsförderung immer auch auf der Förderung der Eigenverantwortlichkeit liegen. Der Einfluss von Bewegung auf die Gesundheit und Gesunderhaltung sollte unbedingt vermittelt werden.**

Schulungen und spezielle Kursangebote gibt es für etliche Krankheitsbilder, beispielsweise für Menschen mit Sehbehinderung, mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates oder nach Herzoperationen. Bei anderen Pflegebedürftigen konzentriert sich die Informationsweitergabe eher auf die Anleitung, etwa bei der Bewegungsförderung im Alltag oder bei gezielten Fitness- und Bewegungsübungen.

- **Die Inhalte der Information, Beratung und Schulung sind sehr stark abhängig vom physischen und psychischen Zustand des pflegebedürftigen Menschen. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang Menschen mit kognitiven Einschränkungen, etwa einer fortgeschrittenen Demenz, dar.**

Bei Menschen mit Demenz ist oftmals nur die Anleitung durchführbar, wobei mobilitätsfördernde Alltagshandlungen immer wieder geübt werden können. Außerdem können, unter Berücksichtigung der tageszeitlichen Schwankungen, auch Maßnahmen erforderlich sein, die der Sturzprophylaxe (▶ Kap. 5), der Dekubitusprophylaxe (▶ Kap. 2) oder der Kontinenzförderung (▶ Kap. 6) dienen.

#### Praxistipp

Die Berücksichtigung biografischer Besonderheiten ist vor allem bei Menschen mit Demenz unerlässlich. Mobilitätsfördernde Maßnahmen, die der Betroffene schon aus der Vergangenheit kennt, können oftmals auch bei einer fortgeschrittenen Demenz abgerufen werden, beispielsweise Tanzen, Schwimmen, Fahrradfahren, Wandern oder Kegeln.

Auch der korrekte Umgang mit Hilfsmitteln ist Bestandteil von Information, Beratung oder Anleitung.

## 10.5 Standardkriterium 4

**S4a** Die Einrichtung verfügt über personelle, materielle und räumlichen Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitäts-erhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung. **S4b** Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Ermöglichung und Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen. **P4** Die Pflegefachkraft unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt die mit

dem Pflegebedürftigen vereinbarten Maßnahmen durch. **E4** Die Maßnahmen sind plangemäß durchgeführt und wirken sich positiv auf die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen aus.

### 10.5.1 Maßnahmenplanung

Prinzipiell werden im Expertenstandard drei verschiedene Arten von Maßnahmen zur Mobilitätsförderung unterschieden.

#### Mobilitätsfördernde Maßnahmen:

- Gezielte Einzelinterventionen
- Gruppeninterventionen
- Integration von mobilitätsfördernden Aspekten in Alltagsaktivitäten und alltägliche pflegerische Maßnahmen

Die Maßnahmen müssen jedoch an die individuelle Situation angepasst werden. Aus diesem Grund werden im Expertenstandard keine speziellen Maßnahmen empfohlen, es werden jedoch etliche mögliche Maßnahmen angeführt.

#### Möglichkeiten der Mobilitätsförderung:

- Information und Beratung mit verschiedenen Medien
- Allgemeine Fitness- und Bewegungsübungen
- Transfer und Mobilitätsförderung im Alltag, z. B. aufgabenbezogenes Gehtraining
- Kinästhetik
- Übungen mit komplexen Bewegungsabläufen, z. B. Tanzen, Tai Chi Chuan
- Sonstige Interventionen:
  - Spezifisches Mobilitäts- und Orientierungstraining für Menschen mit Sehbehinderungen
  - Bewegungstraining im Wasser
  - Spielkonsolen
  - Ggf. Nahrungsergänzung
  - Evtl. Ganzkörpervibrationen
  - Assistive Übungen, z. B. bei M. Parkinson in vorgegebenem Tempo
  - Feedback während des Trainings:
    - Telefonkontakt, regelmäßig oder unregelmäßig
    - Direktes Feedback während des Trainings

- Bei allen in Literaturstudien untersuchten Maßnahmen kann man feststellen, dass die Wirksamkeit sehr stark abhängig ist von der Kontinuität und Regelmäßigkeit.

Bei Erkrankungen, die die Mobilität beeinträchtigen, bei akuten Verschlechterungen oder bei Schmerzen kann auch die Koordination einer erforderlichen Diagnostik und Therapie eine sinnvolle Maßnahme sein.

### 10.6 Standardkriterium 5

**S5** Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen. **P5** Sie überprüft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf vereinbart sie mit dem pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage einer erneuten Einschätzung Veränderungen am Maßnahmenplan. **E5** Eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen liegt vor.

In diesem Standardkriterium werden die Anforderungen an die Evaluation beschrieben. Dabei sollte zunächst das Intervall festgelegt werden, in dem eine Wiederholung der Einschätzung und eine Überprüfung des Maßnahmenplans stattfinden soll.

#### 10.6.1 Evaluation

Im Expertenstandard wird ausdrücklich festgelegt, dass die Festlegung eines genauen Zeitrahmens für die Evaluation nicht sinnvoll ist. Vielmehr ist die Zeitspanne vor allem abhängig vom körperlichen Status und Pflegebedarf des Betroffenen.

#### Krankenhaus

Bei einer akuten Erkrankung muss eine Überprüfung kurzfristig erfolgen, wobei die Abstände zwischen täglich und in wenigen Wochen schwanken.

**Pflegeheim + Ambulante Pflege**

In der Langzeitpflege kann ein Intervall von mehreren Monaten ausreichen, wenn sich weder Veränderungen im Pflegebedarf noch in der räumlichen und sozialen Umgebung zeigen.

Bei plötzlichen Veränderungen des Pflegebedarfs oder der kognitiven und psychischen Ressourcen sollte sofort eine Evaluation von Assessment, Beratungsbedarf und Maßnahmenplanung durchgeführt werden, wobei sowohl der pflegebedürftige Mensch als auch seine Angehörigen nach Möglichkeit in die Überprüfung einbezogen werden.

**10.7 Dokumentation**

Bisher wurden von den meisten Herstellern der Pflegedokumentationssysteme noch keine speziellen Formulare für den Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität entwickelt. Die Berücksichtigung von Mobilitätseinschränkungen im Risikoassessment ist sicher sinnvoll, eine mögliche Umsetzung wird im Anhang (► Anhang 1) dargestellt.

► **Da das Thema Mobilität schon immer Bestandteil der Informationssammlung in der Pflegeanamnese war, sollte jede Pflegeeinrichtung zunächst überlegen, ob gesonderte zusätzliche Formulare überhaupt erforderlich sind.**

Im Idealfall finden sich Ressourcen, Risiken und mobilitätsfördernde Maßnahmen ohnehin schon in der Pflegedokumentation, beispielsweise in den Bereichen Tagesstrukturplanung, Bewegungsförderungsprotokoll, Sturzprophylaxe oder Beschäftigung und Aktivierung.

Ein separates Formular erleichtert zwar die Evaluation und schärft möglicherweise auch den Blick auf die Mobilitätsförderung, es ist jedoch nicht immer zwingend notwendig. Wenn spezielle Formulare genutzt werden sollen, kommen folgende Formulare infrage.

**Formulare:**

- Risikoassessment
- Bewegungsübungsplan
- Sturzrisiko
- Bewegungsförderungsplan
- Dekubitusrisiko
- Mobilisierungsprotokoll (► Anhang 23)
- Informations- und Schulungsmaterial
- Beratungsformular
- Fallbesprechung

**10.8 Organisation**

Hinweise auf organisatorische Besonderheiten, die für die Umsetzung des Expertenstandards notwendig sind, beinhaltet das Standardkriterium 2, in dem ausführlich die erforderlichen Rahmenbedingungen und Inhalte des internen Qualitätsmanagements beschrieben werden.

Dabei wird auch berücksichtigt, dass die Organisation sich sowohl an den Besonderheiten der jeweiligen Pflegeeinrichtung orientieren muss als auch an den verschiedensten Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen, die in diesen Einrichtungen betreut werden.

**10.9 Auswirkungen des Expertenstandards**

Die Implementierung des Expertenstandards Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege hat noch nicht stattgefunden, so dass eine Aussage über die Auswirkungen derzeit nicht möglich ist. Die Expertenarbeitsgruppe hat jedoch selbst formuliert, welche Auswirkungen wünschenswert sind. Der Expertenstandard sollte für die Pflege einerseits als Impuls betrachtet werden, die Voraussetzungen für ein mobilitätsförderndes Umfeld zu schaffen und in den Alltag zu integrieren.

Die Experten sehen jedoch auch eine Gefahr, da es sich um den ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI handelt und dadurch die Verbindlichkeit der Inhalte untermauert wird. Es wäre deshalb nicht wünschenswert, wenn die Inhalte des Standards zu starren Festlegungen und Regelungen

im Pflegealltag beitragen, zumal das Recht des pflegebedürftigen Menschen auf Selbstbestimmung auch bedeutet, dass er berechtigt ist, Pflegemaßnahmen und Angebote abzulehnen.

## 10.10 Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Abschlussbericht 13. Juni 2014 (ENTWURF)

Der vorliegende Expertenstandard-Entwurf wurde im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI erarbeitet.

**Herausgeber:** Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

**Autoren:** *Expertenarbeitsgruppe »Erhaltung und Förderung der Mobilität«*

*Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher; Anna Möller, M.A.; Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann; Dipl.-Pflegerin Heiko Stehling, MScN*

### 10.10.1 Präambel zum Expertenstandard

Mobilität und Mobilitätserhaltung sind für pflegebedürftige Menschen<sup>1</sup> und für Menschen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, von besonderer Wichtigkeit. Mobilität ist in vielen Lebensbereichen eine grundlegende Voraussetzung für Selbstständigkeit und autonome Lebensführung, für soziale Teilhabe, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Bewegungsmangel und Mobilitätseinbußen gehören zu den zentralen Risikofaktoren für schwerwiegende Gesundheitsprobleme und sind

zusammen mit kognitiven Beeinträchtigungen die wichtigsten Ursachen für dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen, die durch Pflegefachkräfte<sup>2</sup> versorgt werden, ist von Mobilitätseinbußen unterschiedlichster Ausprägung betroffen.

Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung sind daher zentrale Ziele einer professionellen Pflege. Pflegerische Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität tragen nicht nur dazu bei, elementare Grundlagen der selbstständigen Lebensführung zu erhalten. Sie leisten auch einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung der Entstehung neuer Funktionseinbußen und gesundheitlicher Störungen, die ihrerseits auf die Mobilität rückwirken und somit einen Prozess befördern, der in eine weitgehende Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe führt.

Erhaltung und Verbesserung von Mobilität weisen daher auch ein großes Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention auf. Dies gilt sowohl für den allgemeinen gesundheitlichen Status und elementare Ressourcen der Selbstpflege als auch für spezifische Risiken, mit denen sich pflegebedürftige Menschen konfrontiert sehen. Bei einer Sturz-, Kontrakturen-, Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus- oder Obstipationsgefährdung ist die Fähigkeit, sich fortzubewegen und eigenständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen, stets von elementarer Bedeutung. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Verbesserung bzw. zum Erhalt dieser Fähigkeit ein wichtiges pflegfachliches Mittel, um diesen Gefährdungen frühzeitig entgegenzutreten.

Der vorliegende Expertenstandard definiert Mobilität als die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine La-

1 Die verwendeten Begrifflichkeiten für pflegebedürftige Menschen in den verschiedenen Settings sind unterschiedlich. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich für diesen Expertenstandard dazu entschlossen, von dem pflegebedürftigen Menschen zu sprechen, da damit die Gruppe bezeichnet ist, für die dieser Expertenstandard gültig ist. Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

2 In dieser Veröffentlichung werden unter dem Begriff »Pflegefachkraft« die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

geveränderung des Körpers vorzunehmen. Lageveränderung und Fortbewegung umfassen den Lagewechsel im Liegen und Sitzen, das Aufstehen und das Umsetzen sowie das Gehen mit oder ohne Hilfen. Der Expertenstandard formuliert einen allgemeinen konzeptionellen Rahmen für die evidenzbasierte, bedürfnisgerechte Pflege zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. Er richtet sich an Pflegefachkräfte und Einrichtungen in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege, also Versorgungsbereiche, in denen die Begleitung pflegebedürftiger Menschen eine gewisse Kontinuität aufweist und damit eine stetige Förderung der Mobilität möglich ist. Damit angesprochen sind ausdrücklich auch Menschen mit Demenz, bei denen jedoch manche Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eine besondere Herausforderung darstellen und in Teilen auch an Grenzen stoßen. Die im Rahmen der Langzeitpflege ebenfalls stattfindende Versorgung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen ist im Standard nicht explizit angesprochen.

An die Akutpflege im Krankenhaus stellen sich je nach Bereich vergleichbare, aufgrund der kurzen Verweilzeiten oft aber auch abweichende Anforderungen. Bei der Pflege in Rehabilitationseinrichtungen können Teile des Expertenstandards ebenfalls Anwendung finden, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Pflege hier in der Regel Teil definierter Programme ist, die von anderen Berufsgruppen strukturiert werden. Von Pflegefachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist der Standard prinzipiell anwendbar, sofern die dort geregelte Kooperation mit anderen Berufsgruppen einen geeigneten Handlungsrahmen bietet. In einigen Einrichtungen der Behindertenhilfe werden Bewegungsangebote von Physio-, Sporttherapeuten oder anderen Berufsgruppen durchgeführt oder koordiniert. Unter diesen Umständen sind verschiedene fachliche Vorgaben des Standards auf diesen Versorgungsbereich nicht ohne Weiteres übertragbar.

Aber auch in der Langzeitpflege ist für die systematische Förderung der Mobilität ein geeigneter Rahmen erforderlich. Soll sie Wirksamkeit entfalten, kann sie nicht nebenbei erfolgen,

und es darf auch nicht den zufällig entstehenden Spielräumen im Versorgungsalltag überlassen bleiben, ob eine Förderung der Mobilität erfolgt oder nicht. Die Umsetzung des Standards setzt dementsprechend einen expliziten pflegerischen Auftrag voraus. Dieser entsteht durch die Vereinbarung zwischen einem pflegebedürftigen Menschen und einer Pflegefachkraft im Rahmen des Pflegeprozesses. Die Verständigung erfolgt vor dem Hintergrund gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, die für die verschiedenen Bereiche der pflegerischen Versorgung unterschiedlich gestaltet sind.

Für die ambulante Pflege fehlen einige der strukturellen Voraussetzungen, um Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Rahmen des pflegerischen Auftrags vereinbaren zu können. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Gewährleistung einer engmaschigen Begleitung der Maßnahmen sowie der für den ambulanten Bereich besonders betonten Bedeutung von Information, Anleitung und Beratung. Die Vertragsparteien sind hier gefordert, die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.

In der stationären Versorgung besteht hinsichtlich der Vereinbarung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eine größere Freiheit in der Planung und Gestaltung von Pflegemaßnahmen als in der ambulanten Pflege, da Pflegeleistungen pauschal und nicht verrichtungs- oder leistungs-komplexbezogen vergütet werden. Angesichts steigender finanzieller, personeller und zeitlicher Belastungen in der stationären Versorgung bedürfen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität einer Entsprechung in den verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen und sollten in Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden.

Für die Kurzzeitpflege und die teilstationären Einrichtungen gilt einerseits Ähnliches wie für die stationäre Pflege, andererseits geht es nicht, wie in der stationären Pflege, um eine dauerhafte und kontinuierliche Gestaltung des Pflegeprozesses, sondern um eine zeitlich begrenzte Versorgung. Ihre Aufgabe besteht entsprechend in der Wahrung der Kontinuität von Maßnahmen, die im jeweiligen

Versorgungssetting begonnen wurden und die es fortzuführen gilt.

Die Vereinbarung eines pflegerischen Auftrags zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachkraft ist das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses. Als allgemeiner Grundsatz professionellen Pflegehandelns gilt dabei die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des pflegebedürftigen Menschen. Dieses umfasst immer das Recht, auf Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität zu verzichten. Die Herausforderung für die Pflege besteht darin, dem pflegebedürftigen Menschen Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität darzulegen und Hinweise auf die damit verbundenen Chancen zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität aufzuzeigen. Da es oftmals nicht allein physische Faktoren sind, die zu einer Beeinträchtigung der Mobilität führen, sondern auch nachlassende Motivation oder Ängste einen Einfluss haben können, kommt diesen Aspekten eine hohe Bedeutung im Aushandlungsprozess zu.

Für die Erhaltung und Förderung der Mobilität werden im Expertenstandard drei verschiedene Maßnahmen unterschieden. Neben gezielten Einzel- und Gruppeninterventionen wird der Integration von mobilitätsfördernden Aspekten in Alltagsaktivitäten und alltäglichen pflegerischen Maßnahmen ein hoher Stellenwert eingeräumt. Bei der Umsetzung des Expertenstandards sind die jeweiligen Anforderungen in den verschiedenen Settings der Langzeitpflege zu berücksichtigen. So werden ambulante Pflegedienste, anders als voll- oder teilstationäre Einrichtungen, für ihre Klientel in der Regel keine eigenen Gruppenaktivitäten zur Förderung der Mobilität anbieten können, auch wenn diese grundsätzlich möglich sind. Demgegenüber hat die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in der ambulanten Pflege einen besonderen Stellenwert.

Der Expertenstandard orientiert sich ausschließlich an der Frage, wie Mobilität erhalten oder verbessert werden kann. Neben der individuellen Beratung, der Gestaltung der räumlichen Umgebung, der Nutzung von Hilfsmitteln und

der Integration der Mobilitätsförderung in Alltagshandlungen sind körperliche Aktivität und Bewegungsübungen zentrale Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Körperliche Aktivität hat für pflegebedürftige Menschen jedoch auch unabhängig von diesem Ziel einen wichtigen Stellenwert, der im vorliegenden Standard aber nicht im Mittelpunkt steht. Analoges gilt für pflegerische Interventionen, die auf andere, spezifische Pflegeprobleme oder Risiken ausgerichtet sind. Dazu gehören unter anderem die Themen Sturzvermeidung, Kontrakturen oder Dekubitusgefährdung. Wenngleich es enge inhaltliche Bezüge zwischen Mobilitätserhalt und diesen Themen gibt, stellt der vorliegende Standard kein Konzept zur Vermeidung von Stürzen, Dekubitus o. a. dar. Diese pflegerischen Aufgaben umfassen speziellere Fragen und die fachlichen Anforderungen sind zum Teil auch bereits in anderen Expertenstandards dargelegt. Die Erhaltung und Förderung der Mobilität kann jedoch als übergeordnetes Ziel pflegerischen Handelns angesehen werden und einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung der genannten Gefährdungen leisten.

Insofern ist es empfehlenswert, das Potenzial der Erhaltung und Förderung der Mobilität für die Risikovermeidung bewusst und schon in einem frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit zu nutzen. Erhaltung und Förderung der Mobilität einerseits und die Vermeidung verschiedener gesundheitlicher Gefährdungen pflegebedürftiger Menschen andererseits sollten im Pflegeprozess explizit aufeinander abgestimmt werden.

Der Expertenstandard rückt die Bedeutung der Mobilität stärker in das Blickfeld der Pflegefachkräfte und der Einrichtungen. Durch die Integration einer systematischen Mobilitätsförderung in den Versorgungsalltag unter Wahrung des Grundsatzes der Bedürfnisorientierung ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne einer wirksamen Prävention, gesteigerten Lebensqualität und vermehrter Teilhabechancen erreichbar. Auch die seit langem bemängelte Orientierung an Defiziten wird mit dem Standard – in einem Teilbereich des pflegerischen Handelns – zugunsten

einer konsequenten Ressourcenorientierung aufgehoben.

Gleichwohl stellen Maßnahmen zur Erhaltung und zur Förderung der Mobilität die Pflegefachkräfte vor eine große Herausforderung. Die Expertenarbeitsgruppe geht davon aus, dass Pflegefachkräfte grundsätzlich für die Umsetzung dieses Expertenstandards befähigt sind. Wie bei anderen Expertenstandards auch, sollten bei der Implementierung umfangreiche Fortbildungsaktivitäten durchgeführt werden, um die notwendigen Kenntnisse zu vertiefen. Diese umfassen das Wissen um die Faktoren, die auf die Mobilität Einfluss nehmen, aber auch eine ausgereifte Kompetenz zur Einschätzung komplexer pflegerischer Sachverhalte, das Wissen um geeignete Interventionen und nicht zuletzt das Wissen um die eigenen fachlichen Grenzen bzw. die Notwendigkeit, bei Bedarf andere Berufsgruppen mit einzubeziehen. Die Mobilitätsförderung ist ein Aufgabenfeld, in dem auch die Fähigkeit und Bereitschaft der Berufsgruppen zur Kooperation und zu einem verbindlich abgestimmten Vorgehen von größter Bedeutung ist. In diesem Sinne verbindet sich mit der Vorstellung dieses Expertenstandards der Wunsch, der Pflegepraxis einen Impuls für mehr Mut zur Bewegung im Pflegealltag zu geben.

Abschließend sei kurz auf die besonderen Herausforderungen hingewiesen, die mit diesem ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI einhergehen. Die im Gesetz verankerte unmittelbare Verbindlichkeit des Expertenstandards stellt für die Erhaltung und Förderung der Mobilität pflegebedürftiger Menschen zugleich Chance und Gefahr dar. Die Chance besteht darin, diesen Expertenstandard als wichtigen Impuls zu begreifen, um auf allen Ebenen die Voraussetzungen zu schaffen, die Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu fördern und damit eines der wichtigsten Ziele der Pflegeversicherung, die individuellen Folgen der Pflegebedürftigkeit abzumildern, zu unterstützen. Die Verbindlichkeit des Expertenstandards geht jedoch auch mit der Gefahr einher, zu star-

re Festlegungen zu treffen, um der verbindlichen Umsetzung zur Durchsetzung zu verhelfen. Bei der Einführung dieses Expertenstandards sollte der Schwerpunkt entsprechend darauf liegen, die Pflegefachkräfte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Erhaltung und Förderung der Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu unterstützen und nicht ab dem Tag der Gültigkeit in die Auseinandersetzung um Prüfverfahren einzutreten. Trotz der gesetzlichen Festlegung bleibt ein Expertenstandard ein Instrument der internen Qualitätsentwicklung. Er bietet den Pflegediensten und -einrichtungen die Chance, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege im Hinblick auf die Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu verbessern.

### 10.10.2 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Stand Juni 2014

---

**Zielsetzung:** Jeder pflegebedürftige Mensch erhält eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung und/oder zur Förderung der Mobilität beiträgt.

**Begründung:** Eine eingeschränkte Mobilität ist ein Risiko für pflegebedürftige Menschen. Sie kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen und mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z. B. Dekubitus, Sturz) einhergehen. Durch eine regelmäßige Einschätzung der Mobilität, differenzierte Informations- und Edukationsangebote, eine motivierende und mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung, das Angebot sowie die Koordination zielgerichteter, die Eigenaktivität fördernder Maßnahmen kann zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beigetragen werden. Eine so verstandene pflegerische Unterstützung hat gesundheitsfördernden Charakter. Die damit erreichte Mobilität hat eine große Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe.



### Strukturkriterien

**S1 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen, Gründe für Mobilitätsbeeinträchtigungen sowie Umgebungsmerkmale, die für die Mobilität relevant sind, systematisch einzuschätzen.

**S2a Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

**S2b Die Einrichtung** stellt sicher, dass Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements sind.

**S3 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren.

**S4a Die Einrichtung** verfügt über personelle, materielle und räumliche Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitätserhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung.

**S4b Die Pflegefachkraft** verfügt über Kompetenzen zur Ermöglichung und Durchführung von mobilitätsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen.

**S5 Die Pflegefachkraft** verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.

### Prozesskriterien

**P1 Die Pflegefachkraft** schätzt zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen sowie Probleme, Wünsche und Ressourcen im Zusammenhang mit der Erhaltung und der Förderung der Mobilität ein.

Sie wiederholt die Einschätzung regelmäßig in individuell festzulegenden Abständen sowie bei Veränderungen der mobilitätsrelevanten Einflussfaktoren.

**P2 Die Pflegefachkraft** plant und koordiniert in enger Absprache mit dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen individuelle Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung seiner Präferenzen.

Sie sorgt für eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans.

**P3 Die Pflegefachkraft** bietet dem pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seinen Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an.

**P4 Die Pflegefachkraft** unterbreitet dem pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich Angebote zur Erhaltung und Förderung der Mobilität und führt die mit dem Pflegebedürftigen vereinbarten Maßnahmen durch.

**P5 Die Pflegefachkraft** überprüft gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. seinen Angehörigen sowie weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen den Erfolg und die Angemessenheit der Maßnahmen. Bei Bedarf vereinbart sie mit dem pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage einer erneuten Einschätzung Veränderungen am Maßnahmenplan.

### Ergebniskriterien

**E1** Eine aktuelle Einschätzung der vorhandenen Mobilität und möglicher Probleme und Ressourcen im Zusammenhang mit der Mobilität liegen vor.

Die Entwicklung der Mobilität ist abgebildet.

**E2** Ein individueller Maßnahmenplan mit den vereinbarten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität des pflegebedürftigen Menschen liegt vor.

**E3** Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.

**E4** Die Maßnahmen sind plangemäß durchgeführt und wirken sich positiv auf die Mobilität des pflegebedürftigen Menschen aus.

**E5** Eine Evaluation der vereinbarten Maßnahmen liegt vor.

Hochschule Osnabrück • Fakultät für Wirtschafts-  
und Sozialwissenschaften

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in  
der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Bü-  
scher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra  
Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher; Anna  
Möller, M.A.; Prof. Dr. Martin Moers; Prof. Dr.  
Doris Schiemann; Dipl. Pfleger Heiko Stehling,  
MScN

Geschäftsstelle: Sandra Wurm

## Literatur

---

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

DNQP (2014) Expertenstandard nach § 113a SGB XI  
Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege  
Abschlussbericht, Hochschule Osnabrück

Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits-  
und Pflegewesen e.V. BUKO-QS (Hrsg.) (2008) Quali-  
tätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen  
mit demenziellen Einschränkungen in stationären  
Einrichtungen, Economica, Heidelberg

► [http://www.bewegung-bei-demenz.de/content/heim-  
trainingsprogramm](http://www.bewegung-bei-demenz.de/content/heim-<br/>trainingsprogramm) (Trainingsprogramm für demente  
Menschen zu Hause)

# Serviceeteil

## Anhang – 216

- Anhang 1 Risikoassessment – 216
  - Anhang 2 Braden Skala – 233
  - Anhang 3 Waterlow Skala – 235
  - Anhang 4 Medley Skala – 236
  - Anhang 5 Bewegungsförderungsprotokoll – 237
  - Anhang 6 Barthel Index – 238
  - Anhang 7 Das FIM Funktionaler Selbstständigkeitsindex mit Zusatzkriterien des FAM – 239
  - Anhang 8 Leitfaden für das Telefoninterview – 241
  - Anhang 9 ECPA – 242
  - Anhang 10 BPI Brief Pain Inventory (Schmerzskala zur Erfassung von tumorbedingtem Schmerz) – 244
  - Anhang 11 ZOPA© Zurich Observation Pain Assessment – 246
  - Anhang 12 Beispiele für wahrnehmbare Schmerzindikatoren – 247
  - Anhang 13 Messinstrument für häusliche Stürze und Unfälle Home FAST – 250
  - Anhang 14 Miktionsprotokoll – 254
  - Anhang 15 Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden – 255
  - Anhang 16 Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus – Nutritional Risk Screening – 256
  - Anhang 17 Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen – 257
  - Anhang 18 Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich – Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene – 258
  - Anhang 19 Kalorienbedarf und Flüssigkeitsberechnung – 259
  - Anhang 20 Ernährungs- und Trinkprotokoll – 261
  - Anhang 21 Ethische Fallbesprechung – 262
  - Anhang 22 Beispielpflegeheim – Ethische Fallbesprechung – 263
  - Anhang 23 Mobilisierungsprotokoll – 264
- Stichwortverzeichnis – 265**



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Assessment

#### **Einschränkungen der Aktivität**

Definition: Ausmaß, in dem sich ein Patient oder Bewohner von einem Ort zu einem anderen bewegt

Einschränkungen (Auswahl):

- Abhängigkeit von Gehhilfsmitteln oder personeller Unterstützung beim Gehen
- Abhängigkeit beim Transfer
- Abhängigkeit vom Rollstuhl bei der Fortbewegung im Raum
- Bettlägerigkeit

---



---

#### **Einschränkungen der Mobilität**

Definition: Ausmaß, in dem ein Patient oder Bewohner seine Körperposition wechselt

Einschränkungen (Auswahl):

- Abhängigkeit von personeller Unterstützung beim Lagewechseln im Bett
- Kaum oder keine Kontrolle über Körperposition im Sitzen oder Liegen
- Unfähigkeit zu selbstständigen kleinen Positionsveränderungen (Mikrobewegungen)

---



---

#### **Extrinsisch bzw. iatrogen bedingte Exposition gegenüber Druck und/oder Scherkräften durch (Auswahl):**

- Auf die Körperoberfläche eindrückende Katheter, Sonden oder im Bett/auf dem Stuhl befindliche Gegenstände (z.B. Fernbedienung) bzw. Hilflosigkeit für die Lagerung
- Nasale Tuben
- Zu fest oder schlecht sitzende Schienen oder Verbände, Bein- oder Armprothesen
- Unzureichend druckverteilende Hilfsmittel für die Lagerung
- Länger dauernde Operationen

---



---

#### **Hautinspektion**

---



---

Planung prophylaktischer Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja

Nein

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Entlassungsmanagement

Unterstützungsbedarf poststationär zu erwarten?

Ja  Nein

Erstschätzung

Häufige Krankenhausaufenthalte? Ja  Nein

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Sozialer Status \_\_\_\_\_

Wohnsituation \_\_\_\_\_

Besondere Diagnosen \_\_\_\_\_

Funktionseinschränkungen im täglichen Leben \_\_\_\_\_

Differenziertes Assessment erforderlich?

Ja  Nein

Instrument:

Barthel-Index  FIM  NNAI  RAP

Ergebnis der Einschätzung:

Datum	
Score	
Hz	

Entlassungsplanung erstellt

Datum	
Hz	

Weitere Maßnahmen und Kontakte erforderlich?

Ja  Nein

Maßnahmen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonische Evaluation am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Ergebnis:

\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Schmerzmanagement Akut**

Ersterhebung: Fragen nach McCaffery und Pasero:

Haben Sie zurzeit irgendwelche schmerzbedingten Probleme?  
 Ja                       Nein

Haben Sie jetzt Schmerzen?  
 Ja                       Nein

Wenn eine der Antworten mit Ja beantwortet wurde:  
 Lokalisation der Schmerzen \_\_\_\_\_ (evtl. Skizze)  
 Schmerzintensität (NRS 0–10) in Ruhe: \_\_\_\_\_ bei Belastung: \_\_\_\_\_  
 Individuelles Schmerzmaß in Ruhe: \_\_\_\_\_ bei Belastung: \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie Schmerzmedikamente ein und wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_

Führen Sie Nicht-medikamentöse Maßnahmen durch und wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_

Sind ihre Schmerzen ausreichend gelindert?    Ja                       Nein

Hinweis:  
 Wenn ein Schmerzproblem festgestellt wird, das nicht zufriedenstellend gelöst ist, kann eine umfassendere Schmerzeinschätzung angezeigt sein.

Schmerzerhebung Schmerzskala: \_\_\_\_\_

Datum									
Intensität									
Ruhe/Bewegung									
Qualität									

Schmerzindikatoren nach ZOPA® vorhanden?

Ja     Nein

Planung von Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja     Nein

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen erforderlich?

Ja     Nein

Beratungsinhalte:

\_\_\_\_\_

Beratungsergebnis:

\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Schmerzmanagement Chronisch

Ersterhebung: Fragen nach McCaffery und Pasero:

Haben Sie schmerzbedingte Probleme?

Ja                       Nein  Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie jetzt Schmerzen?

Ja                       Nein

Wenn eine der Antworten mit Ja beantwortet wurde:

Lokalisation der Schmerzen \_\_\_\_\_ (evtl. Skizze)

Schmerzintensität (NRS 0–10) jetzt: \_\_\_\_\_

Individuelles Schmerzmaß: \_\_\_\_\_

Behandlungsplan vorhanden?                      Ja                       Nein

\_\_\_\_\_

Sind ihre Schmerzen ausreichend gelindert?    Ja                       Nein

Hinweis:

Wenn ein Schmerzproblem festgestellt wird, das nicht zufriedenstellend gelöst ist, kann eine umfassendere Schmerzeinschätzung angezeigt sein.

Anzeichen für Chronifizierung vorhanden?

Ja     Nein

Schmerzsituation?

Stabil     Instabil

Schmerzerhebung Schmerzsкала: \_\_\_\_\_

Datum						
Intensität						
Qualität						

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen erforderlich?

Ja     Nein

Beratungsinhalte:

\_\_\_\_\_

Beratungsergebnis:

\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Sturzprophylaxe**

Sturzrisikofaktoren	
Personenbezogene Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten <input type="checkbox"/> z. B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance <input type="checkbox"/> z. B. Einschränkungen der Gehfähigkeit oder Balance-Störungen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen <input type="checkbox"/> Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch) <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Sturzangst <input type="checkbox"/> Stürze in der Vorgeschichte
Medikamenten-bezogene Sturzrisikofaktoren	<input type="checkbox"/> Antihypertensiva <input type="checkbox"/> Psychotrope Medikamente <input type="checkbox"/> Polypharmazie
Umgebungs-bezogene Sturzrisikofaktoren	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Gefahren in der Umgebung (z. B. Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung) <input type="checkbox"/> Inadäquates Schuhwerk

Einschätzung durchgeführt am:

Datum						
Risiko						

Individuelles Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

Einschätzung nach Sturz: \_\_\_\_\_

Aktualisiertes Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

Planung prophylaktischer Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja

Nein

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen  
erforderlich?

Ja

Nein

Beratungsinhalte:

---

---

Hilfsmittel:

---

---

Wohnraum- bzw. Umfeldanpassung

---

---

Beratungsergebnis:

---

---

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Kontinenzförderung**

## Screening

Fragen zur Anamnese

- Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Vorlagen/Einlagen um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?

Anzeichen für Inkontinenz

- Häufige Toilettengänge
- Verstecken verunreinigter Wäsche
- Unruhiges Verhalten
- Geruch
- Hautveränderungen im Intimbereich
- Eventuell Stürze

Symptome der Inkontinenz

- Unwillkürlicher Harnverlust bei körperlicher Betätigung
- Unwillkürlicher Harnverlust einhergehend mit Harndrang
- Verzögerter Beginn der Miktion
- Ständiger Harnabgang
- Harntröpfeln
- Das Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase
- Brennen beim Wasserlassen

Wichtig: Wenn Risikofaktoren vorhanden sind, muss eine differenzierte Einschätzung erfolgen

## Assessment der Kontinenzsituation: Kontinenzprofile

Profil	Merkmal	Beispiel
1 Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Keine Hilfsmittel	
2 Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Selbstständige Durchführung von Maßnahmen.	Patienten und Bewohner, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, Intermittierenden

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

		Katheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen keinen unwillkürlichen Urinverlust haben.
<b>3</b> Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig	Patienten und Bewohner mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird.
<b>4</b> Unabhängige kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln erfolgt selbstständig.
<b>5</b> Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
<b>6</b> Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen	Dieses Profil trifft beispielsweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiver Erkrankungen nicht akzeptieren.

Festgestelltes Kontinenzprofil: \_\_\_\_\_

Angestrebtes Kontinenzprofil: \_\_\_\_\_

Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

Evaluation:

Datum						
Profil Nr.						
Kontrolle						

Miktionsprotokoll:

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Weitere Abklärung erforderlich?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Planung prophylaktischer Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja  Nein

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen erforderlich?

Ja  Nein

Beratungsinhalte:

- Flüssigkeitsversorgung
- Gewichtsreduktion
- Darmmanagement
- Blasentraining
- Beckenbodentraining
- Blasenentleerung
- Toilettentraining  angeboten  zu individuellen Zeiten
- Hilfsmittel
- Sonstiges

---

---

---

Beratungsergebnis:

---

---

---

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Wundmanagement**

Vitalzeichenkontrolle nach ärztl. AO \_\_\_\_\_

Datum						
RR						
Puls						
Temp						
Atmung/AF						
BZ						

Wiederholungsintervalle: \_\_\_\_\_

Wiederholungsintervalle: \_\_\_\_\_

Akute Veränderung des Zustandes: \_\_\_\_\_

Assessment mit Kriterienliste

Kriterien zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohnern und Angehörigen

**Patienten- /Angehörigenwissen**

- Zu Ursachen der Wunde
- Zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit
- Zu Symptomen (z. B. Geruch, Exsudat, Juckreiz)
- Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression)

**Wund- und therapiebedingte Einschränkungen:**

- Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen
- Schmerzen
  - Stärke (z. B. analog der visuellen Analogskala)
  - Schmerzqualität (z. B. brennend, stechend, krampfartig, klopfend)
  - Häufigkeit und Dauer
  - Situationen, die mit Schmerzen einhergehen (z. B. Verbandwechsel, Beine hochlegen, Bewegung)
  - Schmerzzort (mit Körperskizze)
  - Erfahrungen mit Maßnahmen zur Verbesserung der Schmerzen
- Abhängigkeit von personeller Hilfe

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

- Schlafstörungen
- Jucken und Schwellungen der Beine
- Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl
- Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene
- Psychosoziale Aspekte (z. B. Soziale Isolation, Machtlosigkeit, Energiemangel, Sorgen, Frustrationen, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Gefühl des Kontrollverlustes)

- Vorhandene wundbezogene **Hilfsmittel** (z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckreduzierende Matratzen)

**Selbstmanagementkompetenzen von Patient/Bewohner und Angehörigen**

- Zum Umgang mit Einschränkungen (siehe oben)
- Zur Wunde und Verbandwechsel (z. B. Wundgeruch, Schmerzen beim Verbandwechsel)
- Erhalt von Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hobbys, Spaziergehen)
- Krankheitsspezifische Maßnahmen
  - Entstauende Maßnahmen
    - Kompression (Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden)
    - Aktivierung des Sprunggelenks und der Muskelpumpe
    - Hochlegen der Beine
  - Fußpflege und –inspektion
  - Präventive Maßnahmen bei Diabetischem Fußulcus: z. B. Fußpflege, -inspektion, Umgang mit Schuhen
  - Druckentlastung der Wunde
    - Hilfsmittel (z. B. Orthesen, Matratzen, Kissen)
    - Bewegungsförderung/Umlagerung
- Hautschutz, Hautpflege
- Ernährung, Gewichtsreduktion (z. B. Nahrungsbeschaffung, Ernährungsgewohnheiten)
- Blutzuckereinstellung
- Raucherentwöhnung

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Einschätzungsergebnis:

---

---

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen  
erforderlich?

Ja

Nein

Beratungsinhalte:

---

---

---

Beratungsergebnis:

---

---

---

Sonstiges:

---

---

Wunddokumentation:

Wundprotokoll wurde angelegt

Ja

Nein

Weitere Formulare wurden angelegt

Ja

Nein

---

Fotodokumentation wurde durchgeführt

Ja

Nein

Wundtherapie wurde angeordnet

Ja

Nein

Wundberatung wurde eingeschaltet

Ja

Nein

Weitere Fachexperten wurden eingeschaltet

Ja

Nein

---

---

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Ernährung**

Größe \_\_\_\_\_ cm      aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg BMI Faktor \_\_\_\_\_

Gewicht vor 1 Monat \_\_\_\_\_ kg vor 3 Mon. \_\_\_\_\_ kg vor 6 Mon. \_\_\_\_\_ kg

Konfektionsgröße bisher \_\_\_\_\_ aktuell \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Portionsgröße:       ○     ◐     ◑     ◒     ●

Datum						
Gewicht						
BMI						
Kalorienbedarf						
Trinkmenge						

Häufigkeit der Gewichtskontrolle: \_\_\_\_\_

**Differenzierte Einschätzung mittels:**

MNA-SF       MNA       NRS       MUST       PEMU

Datum						
Score						

Wiederholungsintervall: \_\_\_\_\_

**Ernährungsgewohnheiten/Ernährungsplan:**

Frühstück      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

1. ZMZ      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

Mittagessen      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

2. ZMZ      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

Abendessen      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

Spätmahlzeit      \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ kcal

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Lieblingsspeisen

---

---

Abneigungen

---

---

Besondere Gewohnheiten/Hilfsmittel

---

Isst am liebsten:

Alleine

In Gesellschaft

Besondere Kost/Diät

---

Planung von Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja

Nein

Zusatznahrung

hochkalorische Kost

Hilfsmittel

Begleitetes Essen

Weitere Maßnahmen \_\_\_\_\_

---

---

Flüssigkeitsversorgung

Errechneter Flüssigkeitsbedarf: \_\_\_\_\_ ml

Einfuhrprotokoll von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Trinkmenge: \_\_\_\_\_ ml

Trinkgewohnheiten/Trinkplan:

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ ml

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Liebingsgetränke

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abneigungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Planung von Maßnahmen in der Pflegeplanung?

Ja

Nein

Hilfsmittel

Infusionstherapie \_\_\_\_\_

Weitere Maßnahmen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maßnahmen bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder Flüssigkeit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kontaktaufnahme: Arzt  Betreuer  Angehörige

Angeordnete Trinkmenge: \_\_\_\_\_ ml

Korrekturmaßnahme: \_\_\_\_\_

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

Beratung des  Patienten/Bewohners  der Angehörigen/Bezugspersonen  
erforderlich?

Ja

Nein

Beratungsinhalte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beratungsergebnis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Mobilitätsförderung

#### Kriterien für Mobilitätseinschränkungen

- Körperliche Inaktivität
- Visuelle Beeinträchtigungen
- Übergewicht
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Müdigkeit bei der Verrichtung von alltäglichen Aktivitäten
- Einnahme von Benzodiazepinen und Anticholinergika
- Einnahme von Antidepressiva und Nicht-Einnahme von Medikamenten zur Leistungssteigerung bei Menschen mit Demenz
- Vorhandensein eingeschränkter Mobilität, Depression
- Schmerzen
- Sozialer Status
- Wenige Kontakte in der Nachbarschaft
- Niedrige Selbstmanagementkompetenz (Männer)
- Geringe soziale Teilhabe
- Niedriges Zugehörigkeitsgefühl(Frauen)
- Häufige Niedergeschlagenheit, Aggression oder Müdigkeit (Männer)
- Angst vor Stürzen

#### Einschätzung der Mobilität:

1. Selbstständige Lagewechsel in liegender Position

\_\_\_\_\_

2. Selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition

\_\_\_\_\_

3. Selbstständiger Transfer: Aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen

\_\_\_\_\_

4. Selbstständige Fortbewegung über kurze Strecken (Wohnräume)

\_\_\_\_\_

5. Selbstständiges Treppensteigen

\_\_\_\_\_

#### Bewegungsförderung:

\_\_\_\_\_

#### Beratung:

\_\_\_\_\_

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

## Anhang 2 Braden Skala

Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln oder zu halten	Ernährung Ernährungsgewohnheiten	Reibung und Scherkräfte
<p><b>1</b></p> <p><b>Fehlt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli, mögliche Gründe:</li> <li>Bewegungslosigkeit, Sedierung oder</li> <li>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den grössten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</li> </ul>	<p><b>1</b></p> <p><b>Ständig feucht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot</li> <li>immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen</li> </ul>	<p><b>1</b></p> <p><b>Bettlägerig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ans Bett gebunden</li> </ul>	<p><b>1</b></p> <p><b>Komplett immobil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kann keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen</li> </ul>	<p><b>1</b></p> <p><b>Sehr schlechte Ernährung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3</li> <li>Trinkt zu wenig</li> <li>Nimmt keine Ergänzungs-kost zu sich oder</li> <li>Darf oral keine Kost zu sich nehmen oder</li> <li>Nur klare Flüssigkeiten</li> <li>Erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</li> </ul>	<p><b>1</b></p> <p><b>Problem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel</li> <li>Anheben ist ohne Schleifen nicht möglich</li> <li>Rutscht im Bett oder im (Roll-)Stuhlständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden</li> <li>Ist sehr unruhig (scheuert auf der Unterlage)</li> </ul>
<p><b>2</b></p> <p><b>Stark eingeschränkt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize</li> <li>Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe)</li> <li>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</li> </ul>	<p><b>2</b></p> <p><b>Oft feucht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haut ist oft feucht, aber nicht immer</li> <li>Bettzeug oder Wäsche muss mindestens 1-mal/Schicht gewechselt werden</li> </ul>	<p><b>2</b></p> <p><b>Sitzt auf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kann mit Hilfe etwas laufen</li> <li>Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen</li> <li>Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)</li> </ul>	<p><b>2</b></p> <p><b>Mobilität stark eingeschränkt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten)</li> <li>Kann sich aber nicht regelmässig allein ausreichend umlagern</li> </ul>	<p><b>2</b></p> <p><b>Mäßige Ernährung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Isst selten eine normale Portion auf, aber isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung</li> <li>Isst etwa 3 Eiweißportionen</li> <li>Nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich oder</li> <li>Erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</li> </ul>	<p><b>2</b></p> <p><b>Potenzielles Problem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe</li> <li>Beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben)</li> <li>Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl)</li> <li>Rutscht nur selten herunter</li> </ul>



## Anhang 3 Waterlow Skala

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

## Waterlow-Skala

<b>Körperbau/Gewicht im Verhältnis zur Größe</b>	durchschnittlich 0	überdurchschnittlich 1	Adipositas 2	Kachexie 3				
<b>Hauttyp/optisch feststellbare Risikobereiche</b>	gesund 0	Gewebe verdünnung 1	trocken 1	ödematös 1	Kaltschweißig (Temperatur) Fieber 1	blass 2	geschädigt/wund 3	
<b>Geschlecht Alter</b>	männlich 1	weiblich 2	14–49 1	50–64 2	65–74 3	75–80 4	81 + 5	
<b>Kontinenz</b>	total/katheterisiert 0	gelegentliche Inkontinenz 1	katheterisiert, Stuhlinkontinenz 2	Stuhl und Urinkontinenz 3				
<b>Mobilität</b>	normal 0	unruhig 1	apathisch 2	eingeschränkt (Gipsverband) 3	träge (Extension) 4	bewegungsunfähig, (Rollstuhl) 5		
<b>Appetit</b>	durchschnittlich 0	kaum 1	Sonderernährung/nur Flüssigkeit 2	verweigert Essen-aufnahme (Nahrungskarenz) 3				
<b>Besondere Risiken</b>	Mangelversorgung des Gewebes	terminale Kachexie	Herzinsuffizienz	periphere Gefäß-erkrankung	Anämie	Rauchen		
<b>Neurologische Defizite</b>	diabetische Neuropathie	MS	Apoplex motorisch/sensorisch	Paraplegie	Tetraplegie			
<b>Größere chirurgische Eingriffe</b>	orthopädische Eingriff e z.B. TEP oder Wirbelsäulenoperati-onen (länger als 2 Stunden)							
<b>Medikation</b>	Steroide	Zytostatika	hochdosierte anti-entzündlich wirken-de Präparate					
Auswertung: Aus jeder Begriffsklasse können mehrere Punktwerte addiert werden								
10–14 Punkte=Risiko				15–10 Punkte= hohes Risiko				2

## Anhang 4 Medley Skala

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Medley-Skala

Station:		Name:			Geb.:			Schmerzen	
Aktivität/ Bettlägerigkeit	Hautzustand	Gefährdende Krankheiten	Mobilität	Bewusstsein	Ernährungsstatus	Urininkontinenz	Stuhlinkontinenz		
Aufstehen ohne Hilfe <b>0</b>	Intakt <b>0</b>	Keine <b>0</b>	Volle Beweglichkeit <b>0</b>	Reagiert sofort <b>0</b>	Gut <b>0</b>	Keine oder Katheter <b>0</b>	Keine <b>0</b>	Keine	Keine <b>0</b>
Aufstehen mit Hilfe <b>2</b>	Ekzem, Allergie oder Abnutzung <b>2</b>	Immer stabiler Zustand <b>1</b>	Bewegungen mit geringer Hilfe möglich <b>1</b>	Ist träge oder verwirrt <b>1</b>	Ausreichend (geringe Zufuhr) <b>1</b>	Vereinzelte (weniger als 2 mal in 24 Std.) <b>1</b>	Vereinzelte (geformter Stuhl) <b>1</b>	Leicht	Leicht <b>1</b>
Rollstuhl > 12 Std. <b>2</b>	Sebostase vermehrter Turgor Altershaut <b>2</b>	Akute Krankhei- ten oder nicht immer stabil <b>2</b>	Bewegungen nur mit Hilfe möglich <b>2</b>	Keine Reaktion auf Stimuli <b>2</b>	Isst wenig <b>2</b>	Manchmal (mehr als 2 mal in 24 Std.) <b>2</b>	manchmal (mit breiigem Stuhl) <b>2</b>	Manchmal	Manchmal <b>2</b>
Bettlägerig > 12 Std. <b>6</b>	Ödem und/ oder Rötung <b>6</b>	Terminal oder präfinal <b>3</b>	Immobil <b>6</b>	Komatös <b>3</b>	Isst sehr wenig- nicht ausreichend <b>3</b>	Total, immer <b>3</b>	Total, keine Kontrolle <b>3</b>	Starke	Starke <b>3</b>
	Druckgeschwür <b>6</b>								

Auswertung \_\_\_\_\_ Punkte Datum: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

0-9 Punkte= geringes Risiko (keine Maßnahmen) 10-36 Punkte = Risiko (Maßnahmen Dekubitusprophylaxe)



## Anhang 5 Bewegungsförderungsprotokoll

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Bewegungsförderungsprotokoll

Geplantes Lagerungsintervall am Tag \_\_\_\_\_ in der Nacht \_\_\_\_\_

Datum	Uhrzeit	Hz	Positionswechsel - Bewegung	Fingertest	Matratze

Datum	Uhrzeit	Hz	Positionswechsel - Bewegung	Fingertest	Matratze

Datum	Uhrzeit	Hz	Positionswechsel - Bewegung	Fingertest	Matratze

Erhoben von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ HZ \_\_\_\_\_

## Anhang 6 Barthel Index

Barthel-Index	
Funktion	Punkte
<i>Essen</i>	
Unfähig, allein zu essen	0
Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen	5
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	10
<i>Baden</i>	
Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	5
<i>Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)</i>	
Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	5
<i>An- und Auskleiden</i>	
Unfähig, sich allein an- und auszuziehen	0
Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen	5
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	10
<i>Stuhlkontrolle</i>	
Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)	5
Ständig kontinent	10
<i>Urinkontrolle</i>	
Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)	5
Ständig kontinent	10
<i>Toilettenbenutzung</i>	
Abhängig von fremder Hilfe	0
Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen	5
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	10
<i>Bett- bzw. Stuhltransfer</i>	
Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance	0
Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbstständig	5
Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	10
Selbstständig, benötigt keine Hilfe	15
<i>Mobilität</i>	
Immobil bzw. Strecke < 50 m	0
Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m	5
Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m	10
Selbstständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m	15
<i>Treppensteigen</i>	
Unfähig, allein zu Treppen zu steigen	0
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
Selbstständiges Treppensteigen möglich	10

Der maximal erreichbare Scorewert beträgt 100 Punkte.

### Varianten

1. Erweiterter Barthel-Index (EBI)
2. Frühreha-Barthel-Index (FRB)

### Bewertung

Der Aussagewert des Barthel-Index ist beschränkt. So gibt ein Score-Wert von 100 Punkten lediglich an, dass ein Patient in der Lage ist, alle im Score aufgeführten Aktivitäten durchzuführen. Daraus ergibt sich jedoch nicht zwangsläufig, dass der Patient in der Lage ist, sein Leben selbstständig und eigenverantwortlich zu führen. Komplexe Tätigkeiten, wie Einkaufen, Haushaltsführung, Behördengänge, werden vom Barthel-Index nicht erfasst.

## Anhang 7 Das FIM Funktionaler Selbstständigkeitsindex mit Zusatzkriterien des FAM

### Das FIM Funktionaler Selbstständigkeitsindex mit Zusatzkriterien des FAM

Items des FIM

Motorische Items			Summierte Bewertung: 13 bis 91 Punkte
A	Selbstversorgung	Essen / Trinken	1 bis 7
B		Körperpflege	1 bis 7
C		Baden / Duschen / Waschen	1 bis 7
D		Ankleiden oben	1 bis 7
E		Ankleiden unten	1 bis 7
F		Intimhygiene	1 bis 7
G	Kontinenz	Blasenkontrolle	1 bis 7
H		Darmkontrolle	1 bis 7
I	Transfers	Bett / Stuhl / Rollstuhl	1 bis 7
J		Toilettensitz	1 bis 7
K		Dusche / Badewanne	1 bis 7
L	Fortbewegung	Gehen / Rollstuhl	1 bis 7
M		Treppensteigen	1 bis 7
Kognitive Items			Summierte Bewertung: 5 bis 35 Punkte
N	Kommunikation	Verstehen	1 bis 7
O		Ausdruck (sich verständlich machen)	1 bis 7
P	Soziales	Soziales Verhalten	1 bis 7
Q		Problemlösungsfähigkeit	1 bis 7
R		Gedächtnis	1 bis 7

Bewertungskriterien des FIM

Keine Hilfspersonen erforderlich	
7	Völlige Selbstständigkeit
6	Eingeschränkte Selbstständigkeit (Hilfsvorrichtung oder Sicherheitsbedenken)
Eingeschränkte Unselbstständigkeit	
5	Supervision oder Vorbereitung
4	Kontakthilfe
3	Mäßige Hilfestellung
Völlige Unselbstständigkeit	
2	Ausgeprägte Hilfestellung
1	Totale Hilfestellung

## FIM mit Zusatzkriterien des FAM (Functional Assessment Measure)

Motorische Items		
A	Selbstversorgung	Essen / Trinken
B		Körperpflege
C		Baden / Duschen / Waschen
D		Ankleiden oben
E		Ankleiden unten
F		Toilette
+		<i>Schlucken</i>
G	Kontinenz	Blasenkontrolle
H		Darmkontrolle
I	Mobilität	Bett / Stuhl / Rollstuhl
J		Toilettensitz
K		Dusche / Badewanne
+		<i>Transfer ins / aus dem Auto</i>
L		Gehen / Rollstuhl
M		Treppensteigen
+		<i>Mobilität in der Wohngemeinde</i>
Kognitive Items		
N	Kommunikation	Verstehen
O		Ausdruck (sich verständlich machen)
+		<i>Lesen</i>
+		<i>Schreiben</i>
+		<i>Sprachverständnis</i>
P	Psychosoziale Anpassung	Soziales Verhalten
+		<i>Emotionaler Zustand</i>
+		<i>Anpassungsfähigkeit bezüglich Einschränkungen</i>
+		<i>Anstellbarkeit (Arbeit)</i>
Q	Kognitive Funktionen	Problemlösungsfähigkeit
R		Gedächtnis
+		<i>Orientierung</i>
+		<i>Aufmerksamkeit</i>
+		<i>Sicherheitsbeurteilung</i>

## Anhang 8 Leitfaden für das Telefoninterview

### Leitfaden für das Telefoninterview

Patient		Datum Uhrzeit	Gesprächspartner erreicht	Gesprächspartner nicht erreicht
Gesprächspartner				

Entlassung:  nach Hause     nach Hause mit ambulantem Pflegedienst  
 ins Pflegeheim/Kurzzeitpflege/Rehabilitation/Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Telefonische Evaluation nach der Entlassung

Wie geht es  Ihnen     Ihrem Angehörigen     dem Bewohner?

---



---



---

Hat der Transport problemlos und pünktlich funktioniert?

Ja  Nein

---

Waren alle notwendigen Medikamente und Hilfsmittel vorhanden?

Ja  Nein

---

War der Pflegedienst inzwischen bei Ihnen?

Ja  Nein

---

Waren alle wichtigen Informationen da?

Ja  Nein

---

Waren Sie mit der Planung und Durchführung der Entlassung zufrieden?

Ja  Nein

---

## Anhang 9 ECPA

### ECPA

#### Dimension 1: Beobachtungen außerhalb der Pflege

##### Item 1 – Verbale Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien

- 0 Patient macht keine Äußerungen
- 1 Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird
- 2 Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist
- 3 Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
- 4 Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen

##### Item 2 – Gesichtsausdruck: Blick und Mimik

- 0 Entspannter Gesichtsausdruck
- 1 Besorgter, gespannter Blick
- 2 Ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
- 3 Verkrampfter u./o. ängstlicher Blick
- 4 Vollständiger starrer Blick / Ausdruck

##### Item 3 – Spontane Ruhehaltung

- 0 Keinerlei Schonhaltung
- 1 Vermeidung einer bestimmten Position, Haltung
- 2 Patient wählt eine Schonhaltung (aber kann sich bewegen)
- 3 Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
- 4 Patient bleibt vollständig immobil

#### Dimension 2. Beobachtungen während der Pflege

##### Item 4 – Ängstliche Abwehr bei Pflege

- 0 Patient zeigt keine Angst
- 1 Ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
- 2 Patient reagiert mit Unruhe
- 3 Patient reagiert aggressiv
- 4 Patient schreit, stöhnt, jammert

##### Item 5 – Reaktionen bei der Mobilisation

- 0 Patient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
- 1 Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
- 2 Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden während Mobilisation und Pflege
- 3 Patient nimmt während Mobilisation / Pflege Schonhaltung ein
- 4 Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege

##### Item 6 – Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen

- 0 Keinerlei negative Reaktionen während der Pflege
- 1 Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
- 2 Reaktionen beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
- 3 Reaktionen bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
- 4 Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zonen zu nähern

**Item 7 – Verbale Äußerungen während der Pflege**

- 0 Keine Äußerungen während der Pflege
- 1 Schmerzäußerung, wenn man sich an den Patienten wendet
- 2 Schmerzäußerung, sobald Pflegenden beim Patienten ist
- 3 Spontane Schmerzäußerung oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
- 4 Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen

**Dimension 3. Auswirkung auf Aktivitäten****Item 8 – Auswirkung auf den Appetit**

- 0 Keine Veränderungen bezüglich Appetit
- 1 Leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeit
- 2 Muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeit zu essen
- 3 Isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
- 4 Verweigert jegliche Nahrung

**Item 9 – Auswirkungen auf den Schlaf**

- 0 Guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Patient ausgeruht
- 1 Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Aufwachen
- 2 Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Aufwachen
- 3 Zusätzliches nächtliches Erwachen
- 4 Seltener oder fehlender Schlaf

**Item 10 – Auswirkungen auf Bewegung**

- 0 Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
- 1 Patient bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
- 2 Seltener / verlangsamte Bewegungen
- 3 Immobilität
- 4 Apathie oder Unruhe

**Item 11 – Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit**

- 0 Üblicher Kontakt
- 1 Herstellen von Kontakt erschwert
- 2 Patient vermeidet Kontaktaufnahme
- 3 Fehlen jeglicher Kontakte
- 4 Totale Indifferenz

**Total Punkte (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz)**

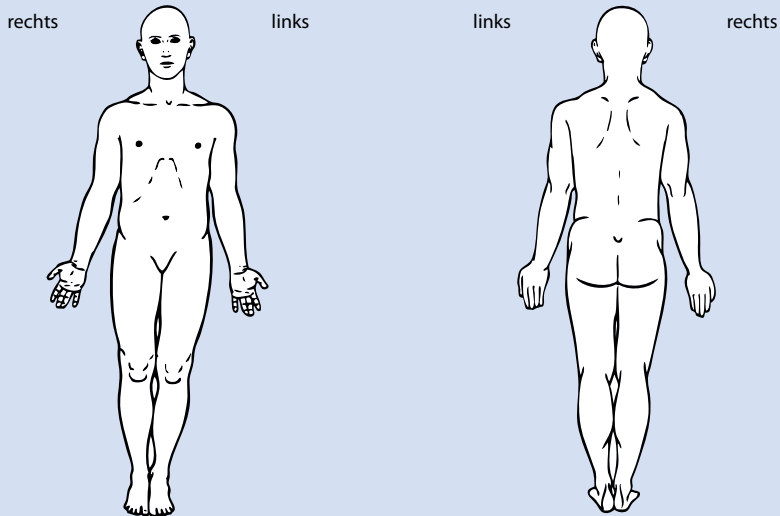
[1] Morello R., Jean A., Alix M.; L'ECPA ; une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. Infokara 1998;51:22–9. Deutsche Version nach Kunz R., Palliative Medizin für ältere Menschen, in: Schweiz Med Forum, Nr.5; 2002; S. 100–105

## Anhang 10 BPI Brief Pain Inventory (Schmerzskala zur Erfassung von tumorbedingtem Schmerz)

Datum:	Uhrzeit:	Name:	Vorname:
--------	----------	-------	----------

1	Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen). Hatten Sie <b>heute andere als diese Alltagsschmerzen</b> ?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2	Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit »X« die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.
---	---



3	Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre <b>stärksten</b> Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:
	0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
	kein Schmerz <span style="float: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</span>

4	Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre <b>geringsten</b> Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:
	0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
	kein Schmerz <span style="float: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</span>

5	Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre <b>durchschnittlichen</b> Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:
	0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
	kein Schmerz <span style="float: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</span>

6	Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie <b>in diesem Moment haben</b>
	0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
	kein Schmerz <span style="float: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</span>



7	Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

8	Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt:										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	keine Linderung						vollständige Linderung				

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:

9	<b>Allgemeine Aktivität</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

10	<b>Stimmung</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

11	<b>Gehvermögen</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

12	<b>Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit), Belastbarkeit</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

13	<b>Beziehung zu anderen Menschen</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

14	<b>Schlaf</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

15	<b>Lebensfreude</b>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung						stärkste Beeinträchtigung				

## Anhang 11 ZOPA© Zurich Observation Pain Assessment

---

### ZOPA© Zurich Observation Pain Assessment

#### Beobachtete Verhaltensmerkmale:

##### **Lautäußerungen**

- Stöhnen/Klagen
- Brummen

##### **Gesichtsausdruck**

- Verzerrter/gequälter Gesichtsausdruck
- Starrer Blick
- Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)
- Augen zusammenkneifen
- Tränenfluss

##### **Körpersprache**

- Ruhelosigkeit
- Massieren oder Berühren eines Körperteils
- Angespannte Muskeln

##### **Physiologische Indikatoren**

- Änderungen in den Vitalzeichen:
  - Blutdruck/Puls
  - Atmung
- Veränderungen der Gesichtsfarbe
- Schwitzen/Röte

## Anhang 12 Beispiele für wahrnehmbare Schmerzindikatoren

---

### Beispiele für wahrnehmbare Schmerzindikatoren

Lautsprachliche Indikatoren:

Verbal:

- Unspezifische Äußerungen
- Um Hilfe (bei Bewegung) bitten
- Nach Schmerzmitteln fragen
- Bitten, allein gelassen zu werden
- Über Schmerzen reden
- Mehr als üblich reden
- Fluchen
- Verbale Ausbrüche
- Unbehagen und/oder Protest äußern
- Abgehackte Sprache

Vokal:

- Stöhnen
- Weinen
- Schreien
- Grunzen, brummeln
- Seufzen
- Jammern
- Winseln
- Japsen, nach Luft schnappen
- Geräuschvolles Atmen

Mimische Indikatoren:

- Grimassen schneiden, das Gesicht verziehen
- Schnelles Augenblinzeln/-zwinkern
- Gesenkte Augenbrauen und offener Mund
- Zähne zusammen beißen
- Ängstlicher Gesichtsausdruck
- Stirn runzeln
- Kiefer fallen lassen
- Zugekniffene oder geschlossene Augen
- Trauriger Ausdruck
- Zusammengekniffene Lippen

- Zuckungen im Gesicht
- In Falten geworfene Stirn
- Vertikale Falten zwischen den Augenbrauen
- Schielen

Verhaltensindikatoren – verhaltensbedingte Indikatoren für Schmerz

- Körperlich unruhig, agitiert, zappelig
- Ängstlich oder ärgerlich
- Vor Berührung zurückschrecken
- Bestimmte Körperteile reiben/festhalten
- Aufgeregt
- Jucken, kratzen
- Schonhaltung
- Steife, unterbrochene, vorsichtige Bewegung
- Ungeschickte Steh-/Sitzposition
- Häufig anlehnen, um Stabilität zu halten
- Häufiger Lagerungswechsel
- Schaukeln, vor und zurück wippen
- Verdrehte Körperhaltung, Verrenkungen
- Kopf vor und zurück werfen
- Angespannte Körperhaltung
- Nesteln

Verhaltensindikatoren – Indikatoren für Schmerz durch Verhaltens-oder Stimmungsänderungen

- Beweglichkeit verändert, eingeschränkt
- Schlafrhythmus verändert
- Erhöhte Verwirrtheit
- Appetitlosigkeit, Nahrungsverweigerung
- Verstummen
- Sich (sozial) zurückziehen
- Aggressivität, Reizbarkeit
- Veränderter Gang, humpeln
- Angst
- Aufmerksamkeit erhaschendes Verhalten
- Veränderter Aktivitätslevel
- Depression
- Erschwertes Aufstehen (sitzen, liegen)
- Müdigkeit

- Sich häufiger hinlegen
- Sich langsamer bewegen
- Mehr gehen als sonst
- Pflege ablehnen
- Hilfsmittel benutzen (z.B. Gehstock)
- Klagen, jammern bei Lagerung
- Erschwertes Kauen
- Bewegung ablehnen
- Streitlustig, schlägt oder schubst
- Stürze
- Lethargie
- Hyperaktivität

Physische Indikatoren:

- Erhöhter Muskeltonus
- Atmung verändert (z.B. kurzatmig)
- Haut- oder Gesichtsfarbe verändert
- Schwellungen (Gelenke, Knöchel)
- Blutspuren (auf Kleidung)
- Angespannter Bauch
- Vitalzeichen verändert
- Ausgerenkte Gelenke (Schulter, Finger)
- Verkürztes Bein
- Steifheit des gesamten Körpers
- Hyperämisierung einzelner Körperteile
- Schwitzen
- Erbrechen
- Zittern

## Anhang 13 Messinstrument für häusliche Stürze und Unfälle Home FAST

### Messinstrument für häusliche Stürze und Unfälle (Home Falls And Accidents Screening Tool – Home FAST)

Mackenzie L, Byles J, Higginbotham N (2000). The home falls and accidents screening tool (HOME FAST). British Journal of Occupational Therapy 63 (6): 260–269. Appendix 1.

Definition: »Häuslich« bezieht sich auf die Umgebung innerhalb und außerhalb des Wohnraums der betreffenden Person. Da die Checkliste in der Regel am Tage geprüft wird, sollte auch die häusliche Umgebung bei Nacht mit bedacht werden.

Jedes »Nein« zeigt einen Handlungsbedarf an.

#### Böden

1. Sind die Durchgänge frei von Leitungen, Kabeln oder Sonstigem?

Definition: Keine Leitungen oder Hindernisse (z. B. Kartons, Zeitschriften, Gegenstände etc.) in Durchgängen/Eingängen. Meint auch Möbel oder andere Gegenstände, die Eingänge oder Flure versperren, Gegenstände hinter Türen, sodass die Türen nicht vollständig geöffnet werden können, erhöhte Türschwellen etc.

0 = Ja                      1 = Nein

2. Sind die Bodenbeläge in gutem Zustand

Definition: Teppiche, Fußmatten oder Läufer (auch Treppenläufer) liegen flach/keine Riss/abgelaufen, keine zerbrochenen oder fehlenden Bodenfliesen

0 = Ja                      1 = Nein

3. Sind die Bodenflächen rutschfest?

Definition: Kreuzen Sie »nein« an, wenn außer glatten, geölten oder gekachelten Böden in den Wohnräumen in Küche, Badezimmer oder Waschräumen Linoleum oder Fliesenboden ausliegt. Kreuzen Sie »ja« nur an, wenn Küche, Badezimmer oder Waschräume zusätzlich zu den anderen Räumen, rutschfeste oder rutschsichere Böden haben

0 = Ja                      1 = Nein

4. Sind Fußmatten sicher am Boden fixiert?

Definition: Matten haben eine rutschfeste Unterlage oder sind sicher am Boden festgeklebt oder fixiert.

0 = Ja                      1 = Nein

#### Möbel

5. Kommt die betreffende Person problemlos in das bzw. aus dem Bett?

Definition: Das Bett hat eine angemessene Höhe und Stabilität. Die betreffende Person muss sich nicht am Nachttisch oder an neben dem Bett stehenden Möbeln hochziehen.

0 = Ja                      1 = Nein

6. Kann die betreffende Person problemlos und sicher aus ihrem Sessel aufstehen?

Definition: Der Sessel hat eine angemessene Höhe, die Armlehnen können zum Aufstützen verwendet werden, das Sitzkissen ist nicht zu weich oder tief.

0 = Ja                      1 = Nein    keine Angabe (die Person sitzt dauerhaft im Rollstuhl)

#### Beleuchtung

7. Ist die gesamte Beleuchtung so hell, dass die betreffende Person alles deutlich erkennen kann?

Definition: Keine Glühbirnen hat weniger als 75 Watt, kein Schattenwurf im Raum, blendfreies Licht.

0 = Ja                      1 = Nein

8. Kann die betreffende Person das Licht vom Bett aus an- und ausschalten?

Definition: Die betreffende Person muss nicht aufstehen, um das Licht anzuschalten; sie hat eine Taschenlampe oder Nachttischlampe neben dem Bett.

0 = Ja                      1 = Nein

9. Sind die Außengänge, Treppenstufen, Hauseingänge nachts gut beleuchtet?

Definition: Über der Vor- und ggf. Hintertür befinden sich Lampen; Glühbirnen haben mindestens eine Leistung von 75 Watt, Gänge und Hausflure sind gut beleuchtet.

0 = Ja                      1 = Nein    Keine Angaben (keine Außengänge, Treppenstufen, Hauseingänge, die Haustür führt direkt auf den Gehweg)

#### Badezimmer

10. Kommt die betreffende Person problemlos und sicher alleine zur Toilette?

Definition: Die Toilette hat eine angemessene Höhe, die betreffende Person muss sich nicht am Waschbecken, Handtuchhalter, Toilettenpapierhalter etc. festhalten um aufzustehen; bei Bedarf gibt es Handläufe neben der Toilette.

0 = Ja                      1 = Nein    keine Angaben (Betroffene Person benutzt Nachtstuhl)

11. Kann die betreffende Person problemlos und sicher in die Badewanne ein- und aussteigen?

Definition: Die betroffene Person kann ohne Sturzgefahr über den Badewannenrand steigen, sie kann sich selbstständig in die Badewanne setzen und aussteigen, ohne sich an Möbeln festhalten zu müssen (oder sie nutzt einen Badewannensitz oder steht zum Duschen in der Badewanne).

0 = Ja                      1 = Nein    keine Angaben (es gibt keine Badewanne; sie wird nicht genutzt)

12. Kann die betreffende Person problemlos und sicher in die bzw. aus der Duschkabine treten?

Definition: Die betroffene Person kann über den Duschrand oder die Duscheinfassung steigen, ohne sich an Gegenständen oder Möbeln festhalten zu müssen.

0 = Ja                      1 = Nein    Keine Angaben (keine Dusche)

13. Gibt es einen erreichbaren und stabilen Griff /Handlauf in der Dusche oder an der Badewanne?

Definition: Der Handlauf ist sicher an der Wand fixiert und wird erreicht, ohne dass sich die betreffende Person so überbeugen muss, dass sie evtl. das Gleichgewicht verliert.

0 = Ja                      1 = Nein

14. Gibt es rutschfeste Matten in der Badewanne, im Badezimmer, in der Dusche?

Definition: Rutschfeste Gummimatten oder rutschfeste Streifen, die am Wannenboden oder in der Dusche fixiert sind

0 = Ja                      1 = Nein

15. Ist die Toilette in der Nähe des Schlafzimmers?

Definition: Nicht mehr als zwei Türen zwischen Schlafräum und Toilette (einschließlich der Schlafzimmertüre); die betreffende Person muss die Wohnung nicht verlassen oder Türen aufschließen, um die Toilette zu erreichen

0 = Ja                      1 = Nein

#### Lagerhaltung

16. Erreicht die betreffende Person regelmäßig benötigte Gegenstände in der Küche ohne sich bücken oder klettern zu müssen und ohne das Gleichgewicht zu verlieren?

Definition: Regale sind zwischen Knie- und Schulterhöhe erreichbar; Stühle oder Trittleitern werden nicht benötigt, um Gegenstände zu erreichen.

0 = Ja                      1 = Nein

17. Kann die betreffende Person die Mahlzeiten problemlos und sicher von der Küche in den Essbereich bringen?

Definition: Die Mahlzeiten können problemlos an den Essplatz gebracht oder mit einem Rollwagen gefahren werden.

0 = Ja                      1 = Nein

#### Treppenhäuser/Stufen

18. Haben die Stufen/Treppen innerhalb der Wohnung oder des Hauses einen erreichbaren und stabilen Handlauf über die gesamte Länge der Stufen/Treppen?

Definition: Der Handlauf muss problemlos gegriffen werden können; er ist sicher befestigt, stabil und über die gesamte Länge der Stufen/Treppen vorhanden.

0 = Ja                      1 = Nein

19. Haben die Treppen außerhalb der Wohnung oder des Hauses einen erreichbaren und stabilen Handlauf über die gesamte Länge der Stufen/Treppen?

Definition: Treppen sind mehr als zwei aufeinanderfolgende Stufen. Der Handlauf muss problemlos gegriffen werden können; er ist sicher befestigt, stabil und über die gesamte Länge der Stufen/Treppen vorhanden.

0 = Ja                      1 = Nein    keine Angabe (außerhalb der Wohnung gibt es keine Treppe)



20. Kann die betreffende Person die Treppen inner- und außerhalb der Wohnung problemlos und sicher benutzen?

Definition: Die Stufen sind nicht zu hoch, zu eng oder uneben, sodass die Füße stabilen Halt finden; die betreffende Person ermüdet nicht beim Treppensteigen, sie wird nicht atemlos; sie hat keine Erkrankung, die die Sicherheit beim Treppensteigen beeinflusst, z. B. Fallfuß, Sensibilitätsstörungen in den Beinen, Bewegungsstörungen etc.

0 = Ja                      1 = Nein   keine Angabe (es gibt keine Treppe/Stufen)

21. Sind die Treppenkanten leicht zu erkennen?

Definition: Es gibt keine gemusterten Bodenbeläge, Fliesen oder Bodenanstiche, die das Erkennen von Treppenkanten erschweren.

0 = Ja                      1 = Nein   keine Angabe (es gibt keine Treppe/Stufen)

22. Kann die betreffende Person die Eingangstüre/n problemlos und sicher öffnen?

Definition: Schlösser und Riegel können betätigt werden, ohne dass die betreffende Person sich bücken oder zu sehr strecken muss; es gibt einen Treppenabsatz, damit die betreffende Person nicht balancieren muss, um die Tür zu öffnen.

0 = Ja                      1 = Nein

#### Mobilität

23. Sind die Wege um das Haus in guten Zustand und frei?

Definition: Es gibt keine zerbrochenen oder fehlenden Steinfliesen, überwuchernde Pflanzen, überhängende Bäume oder Sonstiges, das den Weg versperrt.

0 = Ja                      1 = Nein   keine Angabe (es gibt keinen Garten, Gartenwege oder einen Hof)

24. Trägt die betreffende Person gut passende Schuhe/Hausschuhe?

Definition: Die betreffende Person trägt unterstützende, gut passende Schuhe mit flachem Absatz und rutschfesten Sohlen oder Hausschuhe, die nicht ausgetreten sind und den Fuß gut unterstützen.

0 = Ja                      1 = Nein

25. Falls es Haustiere gibt: Kann sich die betreffende Person um diese kümmern, ohne sich bücken zu müssen und ohne Gefahr zu laufen, über das Haustier zu stürzen?

Definition: Haustiere meint jedes Tier, für das die betreffende Person die Verantwortung hat. Das Haustier läuft der betreffende Person beim Füttern nicht um die Beine oder springt an ihr hoch; um das Tier zu füttern oder sauber zu halten, muss sie sich nicht bücken; das Haustier benötigt nicht viel Bewegung.

0 = Ja                      1 = Nein   keine Angabe (es gibt kein Haustier/Tier)



## Anhang 15 Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

### Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht.

Bitte setzen Sie pro Zeile genau ein Kreuz.

In den <b>letzten 7 Tagen...</b>		gar nicht	etwas	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1	...hatte ich Schmerzen an der Wunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	...hatte ich störenden Wundausfluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	...war die Behandlung der Wunde für mich belastend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anhang 16 Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus – Nutritional Risk Screening

### Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421  
Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

#### Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m<sup>2</sup> ? < ja < nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? < ja < nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? < ja < nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) < ja < nein

⇒ Wird eine dieser Fragen mit »Ja« beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren  
 ⇒ Werden alle Fragen mit »Nein« beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.  
 ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

#### Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild Gewichtsverlust > 5%/ 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50-75% des Bedarfes in der vergangenen Woche	1
Mäßig Gewichtsverlust > 5%/ 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m <sup>2</sup> <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 20-60% des Bedarfes in der vergangenen Woche	2
Schwer Gewichtsverlust > 5% 11 Mo. (>15% 13 Mo.) <u>oder</u> BMI <18,5 kg/m <sup>2</sup> und reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	3

+

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	1
Mäßig z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	2
Schwer z.B. Kopfverletzung, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II >10)	3

+

1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

- ≥ 3 Punkte Ernährungsrisko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
- < 3 Punkte wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

## Anhang 17 Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



### Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen Mini Nutritional Assessment MNA™

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Alter, Jahre: \_\_\_\_\_ Gewicht, kg: \_\_\_\_\_ Größe, cm: \_\_\_\_\_ Kniehöhe, cm: \_\_\_\_\_  
 (bestimmen, wenn Körpergröße nicht meßbar ist)

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen in den ersten 6 Kästchen.  
 Wenn der Wert 11 oder kleiner 11 ist, fahren Sie mit der Anamnese fort, um den Gesamt-Index zu erhalten.

#### Vor-Anamnese

- A Hat der Patient einen verminderten Appetit?  
 Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust,  
 Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen  
 oder Schlucken weniger gegessen (Anorexie)?  
 0 = schwere Anorexie  
 1 = leichte Anorexie  
 2 = keine Anorexie

- B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten  
 0 = Gewichtsverlust > 3 kg  
 1 = weiß es nicht  
 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg  
 3 = kein Gewichtsverlust

- C Mobilität / Beweglichkeit  
 0 = vom Bett zum Stuhl  
 1 = in der Wohnung mobil  
 2 = verläßt die Wohnung

- D Akute Krankheit oder psychischer Stress  
 während oder letzten 3 Monate?  
 0 = ja 2 = nein

- E Psychische Situation  
 0 = schwere Demenz oder Depression  
 1 = leichte Demenz oder Depression  
 2 = keine Probleme

- F Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI)  
 (Körpergewicht / (Körpergröße)<sup>2</sup>), in kg/m<sup>2</sup>)  
 0=BMI <19  
 1=19 ≤ BMI < 21  
 2=21 ≤ BMI < 23  
 3=BMI ≥ 23

#### Ergebnis der Vor-Anamnese (max. 14 Punkte)

12 Punkte oder mehr: normaler Ernährungszustand

11 Punkte oder weniger: Gefahr der Mangelernährung

#### Anamnese

- G Wohnsituation: Lebt der Patient unabhängig zu Hause?  
 0 = nein 1 = ja

- H Medikamentenkonsument: Nimmt der Patient mehr  
 als 3 Medikamente (pro Tag)?  
 0 = ja 1 = nein

- I Hautprobleme: Schorf oder Druckgeschwüre?  
 0 = ja 1 = nein

- J Mahlzeiten: Wieviele Hauptmahlzeiten ißt der Patient pro Tag?  
 (Frühstück, Mittag- und Abendessen)  
 0 = 1 Mahlzeit  
 1 = 2 Mahlzeiten  
 2 = 3 Mahlzeiten

- K Lebensmittelauswahl ißt der Patient  
 – mindestens einmal  
 pro Tag Milchprodukte? ja  nein   
 – mindestens ein- bis zweimal pro  
 Woche Hülsenfrüchte oder Eier? ja  nein   
 – jeden Tag Fleisch, Fisch  
 oder Geflügel ja  nein   
 0.0 = wenn 0 oder 1 mal «ja»  
 0.5 = wenn 2 mal «ja»  
 1.0 = wenn 3 mal «ja»  .

- L ißt der Patient mindestens zweimal  
 pro Tag Obst oder Gemüse?  
 0 = nein 1 = ja

- M Wieviel trinkt der Patient pro Tag?  
 (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Wein, Bier...)  
 0.0 = weniger als 3 Gläser / Tassen  
 0.5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen  
 1.0 = mehr als 5 Gläser / Tassen  .

- N Essensaufnahme mit / ohne Hilfe  
 0 = braucht Hilfe beim Essen  
 1 = ißt ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten  
 2 = ißt ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten

- O Glaubt der Patient, daß er gut ernährt ist?  
 0 = schwerwiegende Unter-/Mangelernährung  
 1 = weiß es nicht oder leichte Unter-/Mangelernährung  
 2 = gut ernährt

- P Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient  
 seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein:  
 0.0 = schlechter  
 0.5 = weiß es nicht  
 1.0 = gleich gut  
 2.0 = besser  .

- Q Oberarmumfang (OAU in cm)  
 0.0 = OAU < 21  
 0.5 = 21 ≤ OAU ≤ 22  
 1.0 = OAU > 22  .

- R Wadenumfang (WU in cm)  
 0 = WU < 31 1 = WU ≥ 31

Anamnese (max. 16 Punkte)   .

Ergebnis der Vor-Anamnese

Gesamt-Index (max. 30 Punkte)   .

#### Auswertung des Gesamt-Index

17-23.5 Punkte Risikobereich für Unterernährung

Weniger als 17 Punkte schlechter Ernährungszustand

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, Supplement #215-59.  
 Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

## Anhang 18 Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich – Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene

**Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich**  
**Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene**  
 nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421  
 Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

<b>Body Mass Index</b>	+	<b>Gewichtsverlust</b>	+	<b>akute Erkrankung</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>BMI [kg/m<sup>2</sup>]</th> <th>Punkte</th> </tr> <tr> <td>≥ 20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>18,5 -20,0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≤ 18,5</td> <td>2</td> </tr> </table>	BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	Punkte	≥ 20	0	18,5 -20,0	1	≤ 18,5	2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">ungeplant, in den letzten 3–6 Monaten</th> </tr> <tr> <th>Prozent</th> <th>Punkte</th> </tr> <tr> <td>&lt; 5%</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5-10%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≥ 10%</td> <td>2</td> </tr> </table>	ungeplant, in den letzten 3–6 Monaten		Prozent	Punkte	< 5%	0	5-10%	1	≥ 10%	2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nahrungskarenz von (voraussichtlich) mehr als fünf Tagen <b>2 Punkte</b></td> </tr> </table>	Nahrungskarenz von (voraussichtlich) mehr als fünf Tagen <b>2 Punkte</b>
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	Punkte																						
≥ 20	0																						
18,5 -20,0	1																						
≤ 18,5	2																						
ungeplant, in den letzten 3–6 Monaten																							
Prozent	Punkte																						
< 5%	0																						
5-10%	1																						
≥ 10%	2																						
Nahrungskarenz von (voraussichtlich) mehr als fünf Tagen <b>2 Punkte</b>																							

<b>Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung</b>			
Summe	Risiko	Maßnahme	Durchführung
0	<b>gering</b>	→ Wiederhole Screening !	<u>Klinik</u> : wöchentlich <u>Heim</u> : monatlich <u>ambulant</u> : jährlich bei bestimmten Gruppen, z.B. Alter > 75 Jahre
1	<b>mittel</b>	→ Beobachte !	<u>Klinik und Heim</u> : Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll über 3 Tage <u>ambulant</u> : erneutes Screening in 1 bis 6 Monaten, ggf. EZ-Bestimmung (z.B. SGA) und Diätberatung
≥ 2	<b>hoch</b>	→ Behandle !	<u>Klinik / Heim / ambulant</u> : EZ-Bestimmung (z.B. SGA), Ernährungstherapie beginnen (Diätassistenz bzw. hauseigene Protokolle). Abfolge: 1. Nahrungsmittel, 2. angereicherte Nahrung, 3. orale Supplemente

## Anhang 19 Kalorienbedarf und Flüssigkeitsberechnung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Kalorienbedarf und Flüssigkeitsberechnung

<b>Ernährung</b>	
<b>WICHTIG</b>	
<b>Bedarfsangaben sind Orientierungsgrößen und können vom tatsächlichen individuellen Bedarf abweichen!</b>	
<b>Bodymass-Index – BMI</b>	
BMI = Körpergewicht in kg/Körpergröße in m <sup>2</sup> Wünschenswerte BMI Werte ° 65 Jahre = 24-29 kg/m <sup>2</sup> BMI < 24 kg/m <sup>2</sup> = erhöhtes Risiko, Beobachtung erforderlich! BMI < 18,5 kg/m <sup>2</sup> = Unterernährung, Intervention häufig erforderlich! (soweit nicht konstitutionell bedingt)	
<b>Rechenbeispiele Bodymass-Index - BMI</b>	
<b>Person</b>	65 kg Körpergewicht, 1,72 m Körpergröße: $65/1,72^2 = 21,8\text{kg/m}^2$ (erhöhtes Risiko)
<b>Person</b>	45 kg Körpergewicht, 1,60 m Körpergröße: $45/1,60^2 = 17,6\text{kg/m}^2$ (Unterernährung)
<b>Bedeutende Gewichtsverluste</b>	
1–2% in 1 Woche,    5% in 1 Monat,    7,5% in 3 Monaten,    10% in 6 Monaten	
<b>Grundumsatz – GU</b>	
Berechnung des Grundumsatzes (GU) für über 60jährige:	
Männer:	$\text{GU (MJ/Tag)} = 0,0491 \times \text{KG (kg)} + 2,46$
Frauen:	$\text{GU (MJ/Tag)} = 0,0377 \times \text{KG (kg)} + 2,75$
(KG = Körpergewicht, zur Umwandlung in kcal/Tag Multiplikation mit 239)	
<b>Gesamtenergiebedarf = Vielfaches des Grundumsatzes – GU</b>	
vollständig immobile Senioren	1,2 x GU
leichte Aktivität	1,5 x GU
mittlere Aktivität	1,75 x GU
schwere Aktivität	ca. 2,0 x GU
<b>Rechenbeispiele Grundumsatz – GU</b>	
<b>Mann</b> 65 kg KG:	$\text{GU} = 0,0491 \times 65 + 2,46 = 5,65 \text{ MJ} \times 239 = \text{ca. } 1.350 \text{ kcal/Tag}$
<b>Frau</b> 55 kg KG:	$\text{GU} = 0,0377 \times 55 + 2,75 = 4,82 \text{ MJ} \times 239 = \text{ca. } 1.152 \text{ kcal/Tag}$
<b>Rechenbeispiele Gesamtenergiebedarf</b>	
<b>Mann</b> 65 kg KG, leichte Aktivität:	<b>Gesamtenergiebedarf</b> = $1.350 \times 1,5 = 2.025 \text{ kcal/Tag}$
<b>Frau</b> 55 kg KG, leichte Aktivität:	<b>Gesamtenergiebedarf</b> = $1.152 \times 1,5 = 1.728 \text{ kcal/Tag}$
<b>Brennwert von Makronährstoffen</b>	
Protein 4,1 kcal/g,	Fett 9,3 kcal/g,    Kohlenhydrate 4,1 kcal/g,    Alkohol 7,0 kcal/g
<b>Broteinheit – BE &amp; Kohlenhydrateinheit – KE</b>	
BE bzw. KE = Schätzwert für Kohlenhydratportion von 10–12g	

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**ACHTUNG Gesamtflüssigkeitsbedarf > Trinkflüssigkeitsmenge!****Flüssigkeitsversorgung****WICHTIG****Bedarfsangaben sind Orientierungsgrößen und können vom tatsächlichen individuellen Bedarf abweichen!****Flüssigkeitsbedarf – grobe Orientierung**

1,5-2 l Trinkflüssigkeit täglich

**Flüssigkeitsanteile übliche Ernährung**

Je zugeführter kcal etwa 0.33 ml Flüssigkeit enthalten

**Flüssigkeitsbedarf - genauere Berechnung**

100 ml je kg für die ersten 10 kg Körpergewicht  
+ 50 ml je kg für die zweiten 10 kg Körpergewicht  
+ 15 ml für jedes weitere kg Körpergewicht  
= Gesamtflüssigkeitsbedarf  
- 0,33 ml je zugeführter kcal  
= Trinkflüssigkeitsmenge

**Ein- und Ausfuhr-Bilanz**

Auf der Basis der messbaren Ein- und Ausfuhr kann bei einem Plus von bis zu 200 ml von einer ausgeglichenen Bilanz ausgegangen werden

**Flüssigkeitsanteile in Sondenernährungsprodukten**

normokalorische Sondenernährungsprodukte durchschnittlich ca. 80%,  
d.h. 80 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat enthalten.  
hochkalorische Sondenernährungsprodukte durchschnittlich ca. 70%,  
d.h. 70 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat erhalten.

**Herstellerangaben beachten!****Rechenbeispiel Flüssigkeitsanteile Ernährungsprodukt**

Bei einer vorgesehenen Gesamtflüssigkeitszufuhr von 2.000 ml und einem Bedarf von 1.800 kcal ergeben sich folgende Rechenbeispiele:

Beispiel 1: normokalorisches Produkt (1 kcal/ml, 80 ml freies Wasser/100 ml Substrat)

1.800 ml Sondenkost  $\cong$  1.800 kcal und 1.440 ml freies Wasser  
+ 560 ml zu substituierende Flüssigkeit  
= 2.000 ml Flüssigkeit

Beispiel 2: hochkalorisches Produkt (1,5 kcal/ml, 70 ml freies Wasser/100 ml Substrat)

1.200 ml Sondenkost  $\cong$  1.800 kcal und 840 ml freies Wasser  
+ 1.160 ml zu substituierende Flüssigkeit  
= 2.000 ml Flüssigkeit

**Herstellerangaben beachten!**



## Anhang 20 Ernährungs- und Trinkprotokoll

### Ernährungs- und Trinkprotokoll

Datum		Hz	Portion					Trinkmenge
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

= Nichts   
 = 1/4 Portion   
 = 1/2 Portion   
 = 3/4 Portion   
 = ganze Portion

## Anhang 21 Ethische Fallbesprechung

Muster	Seite 1 von 1
Ethische Fallbesprechung	Formular Nr.

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Teilnehmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meinungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Konsens möglich?  Ja  Nein

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Teilnehmer mit Funktion:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erstellt:	Änderungsstatus 0	Freigabe:	Datum
-----------	----------------------	-----------	-------

## Anhang 22 Beispielpflegeheim – Ethische Fallbesprechung

Beispielpflegeheim	Seite 1 von 1
Ethische Fallbesprechung	Formular Nr.

Name: Fr. Petschko, Irene geb. 14.07.1950  
Datum: 03.04.2012

Teilnehmer: Dr. Arend, Hausarzt; Fr. Eisele, WBL; Hr. Stotz, HL;  
Fr. Schuhmacher, PDL; Hr. Spitzer, Seelsorger;  
Tanja Köhler, Tochter und Betreuerin, Sven  
Petschko, Sohn

Situation:: Kontinuierlicher Gewichtsverlust seit 8 Monaten,  
erhebliche Schluckstörung, PEG-Anlage  
medizinisch indiziert

Meinungen: Aus hausärztlicher und pflegerischer Sicht wäre die  
PEG eine Erleichterung für Frau Petschko  
Angehörige lehnen PEG ab, möchten Zustand nicht  
unnötig verlängern, befürchten steigende Kosten

Konsens möglich?  Ja  Nein

Ergebnis: Einschaltung des Vormundschaftsgerichts

Unterschrift der Teilnehmer mit Funktion:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

erstellt:	Änderungsstatus 0	Freigabe:	Datum
-----------	----------------------	-----------	-------

# Anhang 23 Mobilisierungsprotokoll

**R H O M B O**  
**M E D I C A L**

Die Ruhe, die beweglich hält.

## Mobilisierungsprotokoll

für \_\_\_\_\_

Zi.-Nr. \_\_\_\_\_

Wohnbereich \_\_\_\_\_

Jahr / Seite \_\_\_\_\_

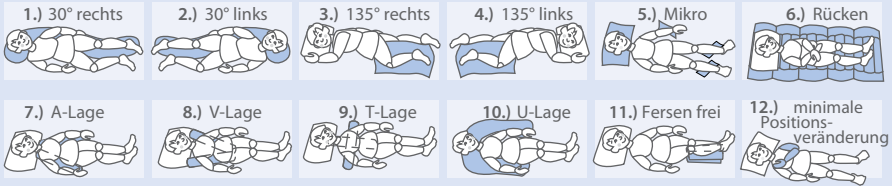
Risiko nach Skala \_\_\_\_\_ Punktezahl \_\_\_\_\_

**Erreichung folgender Ziele:** (siehe Legende)

- A Druckentlastung  B intakte Haut  C Gelenke  D Wahrnehmung  E Lunge  F Körpervorderseite  G Sicherheit

Lagerungshilfsmittel /-material:  weich /  fest /  lang /  klein (siehe Legende)

Lagerungsintervall: tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_



13.) an der Bettkante    14.) Durchbewegen der Gelenke    15.) Siestasessel (mit Kopfteil)

16.) Stuhl    17.) Rollstuhl    18.) Sonstiges \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:** Bitte Veränderungen und/oder weitere Prophylaxen (z. B. Sturz) eintragen. (siehe Legende) \_\_\_\_\_

Datum	Uhrzeit	Position	Besonderheiten	Hdz.

Datum	Uhrzeit	Position	Besonderheiten	Hdz.

# Stichwortverzeichnis

6-R-Regel 78

## A

Aktivität 200  
 Akutschmerzteam 73  
 Analgetikum 70  
 Analgetikum, adjuvantes 189  
 Angehörige 29  
 Anleitung 205  
 Anordnung  
 – ärztliche 77  
 Antidepressivum 189  
 Audit 4  
 Autonomie 119

## B

Barthel-Index 47  
 Beckenbodentraining 119  
 Bedarfsmedikation 78, 186  
 Behandlungsplan 188  
 Beispielpflegeplan  
 – Implementierung 92  
 Beispielpflegeplanung 33  
 Beleuchtung 98  
 Beratung 8, 115, 146, 170  
 – Sturzrisiko 89  
 Beratungskompetenz 8  
 Betäubungsmittel 76  
 – Vernichtung 77  
 Bettlägerigkeit 202  
 Bewältigungsphasen 187  
 Bewegung 205  
 Bewegungsförderung 20  
 bio-psycho-soziales Modell 187  
 bladder scan 113  
 Blasenentleerung 120  
 Blasentraining 119  
 Bobath 20  
 Body Mass Index BMI 158  
 Braden-Skala 31  
 BUKO-QS 98  
 Bundesanzeiger 11, 200

## C

Chronifizierung 182  
 Compliance 29

## D

Dauerkatheter 36  
 Dehydration 158  
 Dekubitus 135  
 – Klassifikation 16  
 – Risikoassessment 17  
 – Screening 17  
 Dekubitusentstehung 15  
 Dekubitusrisiko 16  
 Dekubitusstatistik 30  
 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP) 3  
 Diabetisches Fußulcus 135  
 Drehtür-Effekt 43

## E

ECPA 67  
 Eigenverantwortung 188  
 Engel, George L. 187  
 Entlassungsmanagement 43  
 Entlassungsplanung, individuelle 49  
 Entlassungstermin 52  
 ePA-LTC® (LongTermCare) 48  
 Erfassungsbogen Mobilität 202  
 Ernährungsberater 161  
 Ernährungsprotokoll 161  
 Ernährungszustand 156  
 Essprotokoll 160  
 Evaluation 30, 53, 126, 147, 171  
 – Schmerz 69  
 Expertenstandard  
 – Nachteile 6  
 – Struktur 4  
 – veröffentlichter 3  
 – Vorteile 5  
 Expertenstandard Dekubitusprophylain der Pflege 36  
 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 55  
 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege 208  
 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 173  
 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 127, 129  
 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 148

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 79  
 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen 192  
 Expertenstandard Sturzprophylain der Pflege 102  
 Exsikkose 158

## F

FAS-PräDiFuß 139  
 FIMTM 47  
 Finger-Food 165  
 Finger-Test 22  
 Fitness- und Bewegungsübung 205  
 Flüssigkeit 155  
 Flüssigkeitsbedarf 161  
 Fortbildung 7  
 Freiheitsentziehung 87, 96  
 Fremdeinschätzung 184

## G

Geschirr 167  
 Gesichterskala 66  
 Getränk 118  
 Gewicht 157  
 Gewichtsreduktion 118  
 GKV-Spitzenverband 200  
 Grundsatzstellungnahme 161

## H

Hautinspektion 30  
 Hautpflege 35  
 Hautreinigung 124  
 Hilfe  
 – technische 99  
 Hilfsmittel 205  
 – ableitende 122  
 – aufsaugende 123  
 – druckverteilendes 26  
 – funktionell-anatomische 122  
 Home-FAST 90  
 Hygiene 143

**I**

Immobilität 203  
 Implementierung 7  
 Implementierung, modellhafte 3  
 Inkontinenz  
 – Belastungsinkontinenz 116  
 – Dranginkontinenz 116  
 – extraurethrale 116  
 – Harnretention, chronische 116  
 – Mischinkontinenz 116  
 – un kategorisierbare 116  
 Interaktion 168

**K**

Katheterismus 120  
 Kinästhetik 20  
 Kompressionsstrumpf 144  
 Kompressionsverband 144  
 Konsensuskonferenz 3  
 Kontinenz 109  
 Kontinenzbeauftragter 127  
 Kontinenzförderung 119  
 Kontinenzprofil 113  
 Kontinenzscreening 110  
 Körperbildstörung 142  
 Krafttraining 92

**L**

Lagerung 20  
 – 30°-Lagerung 22  
 – 135°-Lagerung 22  
 – A-Lagerung 21  
 – Lagerungsintervalle 22  
 – Materialien 27  
 – Semi-Fowler-Lagerung 22  
 – T-Lagerung 21  
 – V-Lagerung 21  
 Lagerungs- und Bewegungsplan 23  
 Lagerungs- und Bewegungsprotokoll 23  
 Lagewechsel 202  
 Lebensqualität 137, 184  
 Lebensverlängerung 162

**M**

Magenschutz 189  
 Makrobewegung 24  
 Mangelernährung 156  
 Maßnahmenplan 25, 141, 169  
 – Inkontinenz 117  
 McCaffery, Margo 63

medikamentöse Therapie 189  
 Medley-Skala 31  
 Mikrobewegung 25  
 Miktionsprotokoll 113  
 Mini Nutritional Assessment MNA 159  
 Mobilisation 20  
 Mobilität 200  
 – Definition 200  
 Mobilitätsbeeinträchtigung 201  
 Mobilitätsförderung 203  
 Mobilitätshilfe 98  
 Mobilitätsprotokoll 207  
 Musik 170

**N**

Nährstoffbedarf 161  
 Nahrung 164  
 Nahrungsverweigerung 163  
 Nebenwirkung  
 – Schmerzmittel 73  
 Nebenwirkungen 189  
 Nebenwirkungsmanagement 189  
 Neues Begutachtungsinstrument 201  
 nicht-medikamentöse Therapie 190  
 Nightingale, Florence 22  
 Norton-Skala 31  
 Nozizeption 181  
 Numerische Rating Skala NRS 65  
 Nutritional Risk Screening NRS 159

**O**

Obstipationsprophylaxe 119  
 Opioid 189

**P**

Palliativversorgung 186  
 Pasero, Chris 63  
 Patientenkontakt, therapeutischer 188  
 Patientenkontrollierte Analgesie  
 PCA 72  
 Patientenverfügung 162  
 Personalplanung 125  
 Pflegeanamnese 23  
 Pflegebedürftigkeit 200  
 Pflegeberatung 8  
 Pflegedokumentation 10  
 Pflegeplanung  
 – Beispiel 93  
 Pflegeübergabe 50  
 Pflegevisite 7  
 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 8, 200  
 Placebo 189  
 Podologie 145

PONV-Schema 73  
 Prädiktor 88  
 Protektor 99  
 Psychopharmaka 33

**Q**

Qualitätsentwicklung 5  
 Qualitätsmanagement 204

**R**

Rechtsprechung 5  
 ReduFix 97  
 Rezidivprophylaxe 144  
 Risikoassessment  
 – Harninkontinenz 112  
 Risikoassessment 138, 156  
 – Dekubitus 18  
 Robert Koch Institut 143

**S**

Sachverständigengutachten, vorweggenommenes 5  
 Saunders, Cicely 187  
 Schluckstörung 165  
 Schmerz 61  
 – Definition 181  
 – Evaluation 69  
 – Pathophysiologie 62  
 Schmerzambulanz 185  
 Schmerzanalyse 182  
 Schmerzassessment 184  
 Schmerz einschätzung 63  
 Schmerzen, chronische 181  
 Schmerzexperte 184  
 Schmerzgedächtnis 181  
 Schmerzklassifikation 182  
 Schmerzlinderung 73, 186  
 Schmerzmaß 183  
 Schmerzmittel  
 – Nebenwirkung 73  
 Schmerzsituation, instabile 185  
 Schmerzsituation, stabile 184  
 Schmerzskala 65  
 Schmerztherapie, multimodale 188  
 Schnabelbecher 167  
 Schulung 146  
 – Schmerzmanagement 75  
 Schulungsmaterial 29  
 Selbstmanagementkompetenz 185  
 Sitzen 24  
 Smooth-Food 165  
 Speisenverteilung 166  
 Speiseplan 166

## Stichwortverzeichnis

## Standardkriterien

- Ergebnis 4
- Prozess 4
- Struktur 4

Sturz 87

Sturzanalyse 101

Sturzprotokoll 100

Sturzrisiko 88

Sturzstatistik 101

Wundexperte 136

Wundtherapie 136

Wundversorgung 143, 145

Würzburger Wundscore WWS 138

## Z

ZOPA 67

## T

Teilhabe 184

Telefoninterview 54

Therapie, medikamentöse 189

Therapie, nicht-medikamentöse 190

Timed-Up-and-Go-Test 202

Tischgemeinschaft 168

Tischsitte 170

Toilettenhilfe 122

Toilettentraining 121

Total-Pain-Konzept 187

Trajekt-Modell 48

Transfer 20, 202

Trauerphasen nach Kübler-Ross 138

Trinknahrung 165

Trinkprotokoll 160

## U

Übelkeit 189

Ulcus cruris 135

Unterstützungsbedarf 45

## V

Verbale Rating Skala VRS 66

Verfahrensweisung 7

Verfahrensregelung 44, 72, 112, 137,  
161, 163

Versorgungsbedarf 45

Visuelle Analogskala VAS 65

## W

WAS-VOB 139

Waterlow-Skala 31

Weichlagerung 27

WHO-Stufenschema 68

Wittener Aktivitätenkatalog der Selbst-  
pflege WAS-VOB 139

Wohnumfeld 91

Wong Baker 66

WoundQoL 139

Wunddokumentation 139