

Jasenka Korečić

Pflegestandards Altenpflege

Jasenka Korečić

Pflegestandards Altenpflege

5. komplett überarbeitete Auflage

Mit 14 Abbildungen

 Springer

Jasenka Korečić
Gückelsberg 4
69226 Nußloch

ISBN-13 978-3-642-20960-4 5. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 978-3-540-23508-8 4. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1996, 1999, 2003, 2005, 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Susanne Moritz und Barbara Lengricht, Berlin

Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg

Lektorat: Fachlektorat Pflege & Gesundheit, Barbara Pschichholz, Gundelfingen

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Titelbild: © fotolia/MH; © photos.com PLUS

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg, Germany

SPIN 80020233

Gedruckt auf säurefreiem Papier

22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Vorwort der 5. Auflage

Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenz sind Schlüsselqualifikationen, die jeder Auszubildende in der dreijährigen Altenpflegeausbildung lernt und in der fachpraktischen Ausbildung unter Anleitung üben kann. Die Umsetzung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflegepraxis ist heute Voraussetzung für die Professionalisierung in der Pflege. Die Pflege soll den Erwartungen und Bedürfnissen der Klienten/Bevölkerung entsprechen und gerecht werden.

Demographische Prognosen zeigen, dass die Zahl der über 80-Jährigen in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Mit dem zunehmenden Alter steigt jedoch auch die Zahl der demenziell Erkrankten. So ist es heute erforderlich, in den Altenpflegeeinrichtungen neue Betreuungskonzepte zu erarbeiten, diese regelmäßig zu überprüfen und beim Bedarf anzupassen.

Im Vordergrund der Pflege stehen aber Prävention und Rehabilitation, gefolgt von der aktivierenden Pflege hin zur palliativen Versorgung. Somit liegt der Schwerpunkt bei den nationalen Expertenstandards in der Pflege (z. B. Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz) sowie bei hauseigenen Pflegeprozessstandards mit Verfahrensanweisungen auf prophylaktischen Interventionen.

Eine der wichtigen Änderungen im Gesundheitswesen war die Einführung der »diagnosis related groups« (DRGs) mit dem nationalen Expertenstandard »Entlassungsmanagement in der Pflege«. Durch dieses Fallpauschalensystem wurde die Verweildauer der Patienten/Klienten im Krankenhaus erheblich reduziert. Dies hat auch entscheidende Auswirkungen auf ambulante Dienste bzw. häusliche Pflege und Altenpflegeeinrichtungen. Der Pflegebedarf und die Pflegeleistungen werden immer anspruchsvoller und komplexer, die fachlichen und methodischen Anforderungen an die Pflege immer höher.

Daher wurden die Ausbildungsinhalte im Altenpflegegesetz vom 01.08.2003 und im Krankenpflegegesetz vom 01.01.2004 den Anforderungen angepasst. Der Bedarf an Pflegefachpersonal wird weiterhin steigen. Diesem Bedarf trägt das Modellprojekt »Generalistische Ausbildung« Rechnung. In mehreren Städten Deutschlands wird diese neue Art der Ausbildung, in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege eine gemeinsame Ausbildung zu absolvieren, erprobt. Ausbildung und

Qualifikation sollen dem Stand anderer europäischer Länder vergleichbar werden.

Mit der Föderalismusreform 2006 wurde die Gesetzgebungskompetenz im Heimrecht an die Bundesländer übertragen. Nach und nach werden die Landesheimgesetze umgesetzt. Das erste Bundesland war Baden-Württemberg mit dem LHeimG, das am 01.07.2008 in Kraft trat. Auf dieses Landesgesetz wird an einigen Stellen in diesem Buch beispielhaft verwiesen.

Im Rahmen knapper Personalressourcen sind ein innovatives Pflegemanagement sowie Klienten- und Mitarbeiterzufriedenheit Voraussetzungen für den Erfolg eines Unternehmens. Bei der Bewältigung immer höherer Anforderungen und arbeitsbedingter Belastungen in der Pflege sowie im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung helfen z. B. gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und regelmäßige Fortbildungen mit fachlichem Austausch. Fortbildungen dienen auch der Handlungsfähigkeit und der Verbesserung der Pflegequalität.

Einen weiteren Schritt zur Selbstverwaltung und somit zur Professionalisierung hat Bayern Anfang 2011 gemacht: Die freiwillige Registrierung von beruflichen Pflegenden ist bei der »Registrierung beruflich Pflegender« GmbH in Berlin möglich (www.regbp.de).

Diese und zukünftige innovative Veränderungen in der Pflege (Pflegerreform mit neuen Pflegebedürftigkeitsrichtlinien, Überarbeitung der MDK-Prüfrichtlinien und die generalistische Ausbildung in der Pflege) sind für die Weiterentwicklung der Pflege erforderlich. Damit einhergehend wird der Pflegeberuf in Zukunft mehr an Ansehen gewinnen und seine gesellschaftliche Anerkennung wird steigen.

Dem Springer-Verlag danke ich für die wohlwollende Unterstützung und Begleitung bei der Realisierung der 5. Auflage des Buches.

Nußloch, im Sommer 2011

Jasenka Korečić

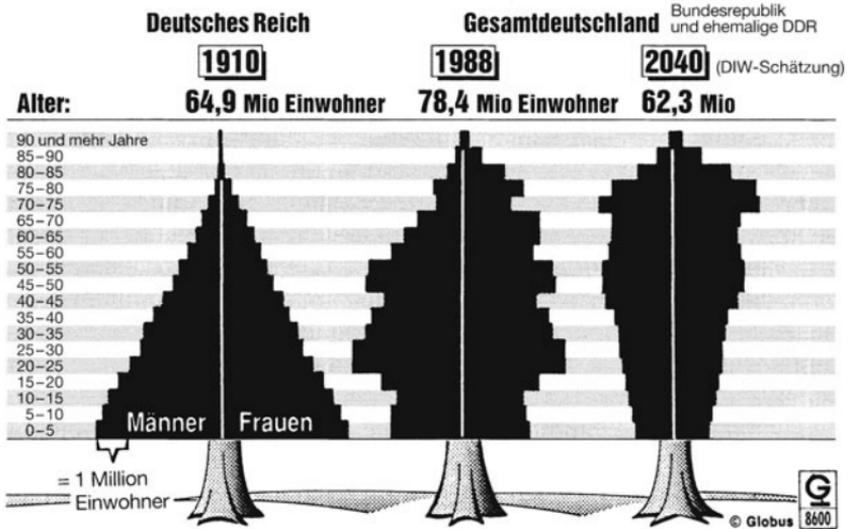
Vorwort der 1. Auflage

Menschen im hohen Alter büßen oft durch Multimorbidität ihre Mobilität ein. Nach einem Leben in relativer Gesundheit und Rüstigkeit werden sie nun betreuungs- und pflegebedürftig, wenn sie sich nicht mehr selbständig versorgen können. Die Entscheidung, das Gewohnte und Vertraute zu verlassen, fällt ihnen schwer. In der neuen Umgebung finden sie sich nicht zurecht, die meist fremden Pflegepersonen verlangen Dinge von ihnen, deren Sinn sie oft nicht verstehen können, ihr Wunsch, etwas zu tun oder zu leisten, wird häufig mit der Begründung abgetan, sie sollten sich ausruhen, statt daß man ihnen zuhört. Diese alten Menschen haben jedoch im Laufe ihres Lebens viele Erfahrungen gesammelt, von denen wir durchaus profitieren könnten. Resignation und Apathie sind häufig die Folge unserer mangelnden Zuwendung. Daher ist es wichtig, den uns anvertrauten Menschen ihre neue Umwelt so zu gestalten, daß sie sich darin wohl und sicher fühlen.

Die Zahl der Betroffenen in der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren immer weiter ansteigen, wie demographische Prognosen uns deutlich zeigen (s. Abb. S. VIII). Die Politiker versuchen bereits seit einiger Zeit, dieser Veränderung der Altersstruktur und all den damit zusammenhängenden Problemen gerecht zu werden; die soziale Pflegeversicherung ist dabei ein entscheidender Schritt.

Die Altenpflege gewinnt mit der Verschiebung in Politik und Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Der Ruf nach der dringend erforderlichen bundeseinheitlichen Ausbildungsregelung wird lauter, engagierte Bemühungen um Professionalisierung und Qualitätssicherung prägen das Berufsbild. Die Hinwendung zum Prinzip der ganzheitlichen Pflege und die Erarbeitung und Anwendung von Pflegestandards sind grundlegende Elemente dieser Entwicklung.

Im ersten Teil dieses Buches sollen verschiedene Stichworte der aktuellen Veränderungen in der Altenpflege unter dem Licht des Qualitätsaspekts erläutert werden. Die Erfahrungen aus der Praxis, auf denen meine Darstellungen beruhen, sind geprägt vom Pflegemodell der AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens) nach M. Krohwinkel. Anregungen und Hinweise finden hier jedoch ebenso Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen mit anderen Konzepten.



Aufbau der deutschen Bevölkerung: Altersschichtung in Stufen von je 5 Jahrgängen (Aus Willig 1996, S. 63)

Die Standards im zweiten Teil sollen die Pflegearbeit direkt unterstützen. Sie können unmittelbar in die Praxis übernommen werden oder als Muster für die Erarbeitung eigener Standards dienen. Hinweise zum Umgang mit den Pflegestandards sind dem Teil B einleitend vorangestellt.

Zum sachlichen Ausdruck seien hier noch zwei Punkte angemerkt: für die uns Pflegepersonen bzw. Pflegefachpersonen anvertrauten Menschen habe ich den Begriff »Klienten« gewählt, der sich zunehmend in der Fachliteratur durchsetzt. Der Einfachheit und der besseren Lesbarkeit halber habe ich auf die jeweilige Hinzufügung der weiblichen Bezeichnung verzichtet, wengleich ich mit dem Wort »Klienten« sowohl Klientinnen als auch die männlichen Personen, die wir pflegen, umfassen möchte. Das gleiche gilt für einige andere rein maskuline Personenbezeichnungen: Ärztinnen, Therapeutinnen und Mitarbeiterinnen sind in diesen Fällen genauso gemeint wie ihre männlichen Kollegen.

Für ihre aktive und äußerst engagierte Unterstützung der Arbeitsgruppe Pflegestandards für die Altenpflege möchte ich allen Mitarbeitern danken, die von Mai 1994 bis Mai 1995 an der Erarbeitung der Pflegestandards im

Bereich der Körperpflege hilfreich mitgewirkt haben: Pflegehelferin Katrin Berger, Sr. Martina Farne, Sr. Marion Glück, Sr. Martina Grimmer, Sr. Ina Grünwald, Sr. Ute Hambruch, Pfl. Thomas Hattemer, Sr. Mathilde Heyde, Sr. Cornelia Klapprodt, Sr. Brigitte Kolmer, Sr. Claudia Pollok, Sr. Sybille Schmid, Sr. Christine Schnell, Sr. Carmen Völker, Sr. Ursula Wanzek, Sr. Karin Wiegel.

Für die fachlichen Anregungen bedanke ich mich besonders bei Frau Heidi Boldt, Lehrerin für Pflegeberufe und Heimleiterin.

Dem Springer-Verlag danke ich für die Realisierung des Projekts und die sehr gute Ausstattung des Buchs.

Nußloch, im Frühjahr 1996

Jasenka Korečić

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil

1	Grundlagen der Pflegequalität	3
1.1	Merkmale der Pflegequalität und Qualitätsebenen	4
1.2	Qualitätshandbuch	6
1.3	Pflegeorganisationssysteme	8
1.4	Strukturierungsmodell der ABEDL (nach M. Krohwinkel)	10
2	Dokumentation und Überprüfung des Pflegeprozesses	15
2.1	Der ganzheitlich fördernde Pflegeprozess	18
2.2	Informationssammlung	20
2.3	Pflegeanamnese/Pflegeassessment	21
2.4	Biografie	27
2.5	Pflegediagnosen	27
2.6	Pflegeprozessplanung	30
2.7	Pflegeprozessbericht	33
3	Pflegequalität und Qualitätssicherung	37
3.1	Interne und externe Qualitätssicherung	44
3.2	Dienstübergabe und Fallbesprechungen	49
3.3	Teambesprechungen	51
3.4	Pflegevisite bzw. Pflegeprozessbegleitung	52
3.5	Qualitätszirkel	55
4	Professionalisierung in der Altenpflege	57
4.1	Aus- und Weiterbildung	58
4.2	Innerbetriebliche und externe Fortbildung	59
4.3	Pflegeforschung	61
5	Belastungen in der Altenpflege und Bewältigungsstrategien	63
6	Umsetzung von Pflegeprozess- und Expertenstandards	67

II Praktischer Teil – Pflegeprozessstandards

7	Direkte Pflege	73
PS 1:	Einzug eines neuen Klienten	74
PS 2:	Infektionsprophylaxe	79
PS 3:	Körperpflege mit Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe, und Hautpflege	93
PS 4:	Dekubitusprophylaxemanagement mit Pneumonie-, Thrombose- und Kontrakturprophylaxe	104
PS 5:	Sturzprophylaxemanagement	119
PS 6:	Ernährungsmanagement (Dehydratations- und Obstipationsprophylaxe)	132
PS 7:	Harnkontinenzmanagement	149
PS 8:	Schmerzmanagement	158
PS 9:	Wundmanagement	166
PS 10:	Entlassungsmanagement	175
PS 11:	Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Klienten	181
8	Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie	193
PS 12:	Kolostomie- und Ileostomieversorgung	194
PS 13:	Urostomaversorgung	202
PS 14:	Suprapubischer Blasenverweilkatheter	207
PS 15:	Transurethraler Blasenverweilkatheter	213
PS 16:	PEG-Versorgung	223
PS 17:	Sauerstoff-Applikation	231
PS 18:	Absaugen	240
PS 19:	Pflege bei Wachkoma	246
PS 20:	Pflege AIDS-Erkrankter	254
PS 21:	Pflege MRSA-Erkrankter	263
PS 22:	Notfall-Interventionen	272

Anhang

9	Betreuungsrecht und freiheitseinschränkende Maßnahmen	287
10	Literatur	293
	Stichwortverzeichnis	297

I Theoretischer Teil

- 1 Grundlagen der Pflegequalität – 3
- 2 Pflegeprozessdokumentation und Überprüfung des Pflegeprozesses – 15
- 3 Pflegequalität und Qualitätssicherung – 37
- 4 Professionalisierung in der Altenpflege – 57
- 5 Belastungen in der Altenpflege und Bewältigungsstrategien – 63
- 6 Umsetzung von Pflegeprozess- und Expertenstandards – 67

Grundlagen der Pflegequalität

- 1.1 Merkmale der Pflegequalität und Qualitätsebenen – 4**
- 1.2 Qualitätshandbuch – 6**
 - 1.2.1 Ebene der Strukturqualität (Beispiele) – 6
 - 1.2.2 Ebene der Prozessqualität (Beispiele) – 7
 - 1.2.3 Ebene der Ergebnisqualität (Beispiele) – 8
- 1.3 Pflegeorganisationssysteme – 8**
 - 1.3.1 Funktionspflegesystem – 9
 - 1.3.2 Gruppenpflegesystem oder Bezugspflege – 9
- 1.4 Strukturierungsmodell der ABEDL (nach M. Krohwinkel) – 10**

1.1 Merkmale der Pflegequalität und Qualitätsebenen

Die »Pflegequalität« stellt ein äußerst komplexes und schwierig zu behandelndes Gebilde dar. Durch die Frage, was Pflegequalität auszeichnet, können wir uns einer genaueren Beschreibung nähern.

Eine Grundvoraussetzung von Pflegequalität ist entsprechendes Fachwissen der Pflegefachpersonen. In der Altenpflegeausbildung wird das Basiswissen einer professionellen Altenpflege vermittelt. Mit dem Bestehen der Examensprüfung und der fachlichen Anerkennung durch das Regierungspräsidium wird die Befähigung erworben, den Altenpflegeberuf auszuüben. Im beruflichen Alltag können die während der Ausbildung angeeigneten Fachkenntnisse ausgebaut, vertieft und weitere Berufserfahrungen gesammelt werden. Das Lesen von Fachzeitschriften und -literatur sowie das Besuchen von Fortbildungen hält das Fachwissen auf einem aktuellen Stand.

Pflegequalität ist heute eng mit Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft (► Abschn. 4.3) verknüpft. Der Pflegeprozess (► Kap.2) und seine Beschreibung entwickelte sich aus solchen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Zu den grundlegenden Aufgaben der Altenpflege gehört die Pflegeprozessplanung als Teil des Pflegeprozesses. Pflegeprozessstandards und Qualitätsstandards (nationale Expertenstandards) sind richtungweisend und qualitätsbestimmend. Pflegequalität ist daher auch das Ergebnis von bedarfsgerecht erbrachten Pflegeleistungen d. h. ein Ergebnis des Pflegeprozesses.

Um eine entsprechende Pflegequalität erreichen zu können, müssen einige Rahmenbedingungen bzw. Voraussetzungen auf der Ebene der Strukturqualität erfüllt sein:

- eine vorgegebene Anzahl und ein entsprechend zahlenmäßiges Verhältnis von Pflegefachpersonen und Pflegepersonen,
- die soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter,
- die klare Abgrenzung pflegerischer von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (insbesondere bei knappen personellen Ressourcen).

Die von Avedis Donabedian (1966) definierte Strukturqualitätsebene (die Rahmenbedingungen der Pflege) geht von personellen und materiellen Ressourcen aus, d. h. optimalen bis ausreichenden Voraussetzungen. Dennoch bin ich der Meinung, dass allein eine entsprechende Anzahl von Pflege- und Pflegefachpersonen noch kein Qualitätsmerkmal ist. Persönliche und fachliche Kompetenz, Motivation, Offenheit für Innovationen, das Einbringen

eigener Ideen und die Identifikation mit der Altenpflegeeinrichtung – das »Wir-Gefühl« – unterstützen die Entwicklung einer Pflegequalität.

Auf die Pflege kommen derzeit große strukturelle und inhaltliche Veränderungen zu. Die Leistungsempfänger und Kostenträger fragen immer häufiger: »Welche Pflegeleistungen in welcher Pflegequalität bietet eine Pflegeeinrichtung, und welche Pflegeleistungen können und möchten wir uns leisten bzw. bezahlen?«

Die Qualität der Pflegeleistungen wird durch die Heimaufsicht, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Sozialhilfeträger überprüft. Die Anforderungen sind im 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) explizit beschrieben. So heißt es in § 11 Abs. 1 und § 28 Abs. 3: »Die Leistungen sollen nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden«, weiter in § 12 SGB V und § 29 SGB XI heißt es: »Die Pflegeleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen«. § 112 besagt: »Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen«.

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) vom 01.01.2002 sind die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung (PflegeVG) im SGB XI neu geregelt:

- § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
- § 113a Verpflichtung, die nationalen Expertenstandards anzuwenden (neue nationale Expertenstandards müssen zukünftig im Bundesanzeiger veröffentlicht werden)
- § 114 Qualitätsprüfungen
- § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Das setzt voraus, dass die Pflegefachpersonen

- fachliches Wissen besitzen,
- Erfahrungen in der Gesprächsführung haben,
- den Pflegeprozess kennen und umsetzen,
- die gesamte Pflegedokumentation als Aufgabe der Pflege verstehen,
- Fähigkeiten und Erfahrungen in Einschätzung, Wahrnehmung und Entscheidung haben
- Interesse an Fort- und Weiterbildung mitbringen.

Inzwischen existieren eine ganze Reihe von Gesetzen und Institutionen, die von uns Pflegefachpersonen fachkompetentes Handeln und somit Pflegequalität und Qualitätssicherung einfordern. Die Qualität unserer Arbeit wird dabei auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene überprüft und muss von uns genau nachgewiesen werden. Dieses Buch soll dabei ein Hilfsmittel sein; es wird hier kontinuierlich aufgezeigt, wie die geforderte Qualität der Pflegeleistungen erreicht werden kann.

1.2 Qualitätshandbuch

Um bei der Organisation des Pflegebereichs einer Altenpflegeeinrichtung die ständig wachsenden Anforderungen an die Komplexität der Pflegeleistungen, die Pflegequalität und die Qualitätssicherung (gemäß § 112 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [PFWG] und Heimgesetz für Baden-Württemberg, Landesheimgesetz [LHeimG] vom 01.07.2008, § 11 Abs. 3: »Eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohner ..., einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.«) zu erfüllen, ist die Anwendung und die Einhaltung von Mikrostandards zwingend erforderlich. Diese Standards sind in einem sog. Qualitätshandbuch gesammelt. In solch einem Handbuch wird die Aufbau- und Ablauforganisation im Pflegebereich in standardisierter Weise erfasst. Dieses Qualitätshandbuch muss wie die Pflegeprozessstandards regelmäßig überprüft, aktualisiert und komplettiert werden, weshalb es meist und sinnvollerweise als Ordner angelegt ist. Außerdem muss es für alle Pflegemitarbeiter zur schnellen Information jederzeit einsehbar sein.

Das Qualitätshandbuch muss alle organisatorisch und konzeptionell relevanten Qualitätsrichtlinien, gesetzlichen Bestimmungen und Verfahrensanweisungen beinhalten. Bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen ist dieses Handbuch vorzulegen. Der Aufbau eines solchen Qualitätshandbuchs orientiert sich an den 3 Qualitätsebenen (► Kap. 3).

1.2.1 Ebene der Strukturqualität (Beispiele)

- Beschreibung der Altenpflegeeinrichtung
- Leitbild des Einrichtungsträgers

- Pflegeleitbild
- Pflegekonzeption nach einem bestimmten Pflegemodell
- Organigramm der Altenpflegeeinrichtung
- Stellenbeschreibungen
- Qualitätsrichtlinien, Qualitätsstandards und diverse Checklisten
- Pflegeprozessstandards, Verfahrensanweisungen und prospektiver Fortbildungsplan
- Liste der erforderlichen Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen
- Diverse Gesetze und Unfallverhütungsvorschriften
- Hygiene- und Arbeitssicherheitspläne (nach IfSG, HACCP, RKI, PQsG und MDK-Qualitätsprüfung)
- Einheitliche Prüfkriterien für die Heimaufsicht des Landes Baden-Württemberg vom Mai 2010
- Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Muster-Pflegeprozessdokumentation als Nachschlagewerk
- Informationsmappe für neue Klienten
- Rahmenplan für die praktische Ausbildung in der Altenpflege in Baden-Württemberg, Stand: Oktober 2010
- Weiterhin die Anzahl und Qualifikation der Pflege(fach)personen, die Qualifikation der Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachperson), die Bestimmung von Hygienebeauftragten, Sicherheitsbeauftragten, Medizinproduktebeauftragten und Qualitätsbeauftragten, das MPG/MPBetreibV-Handbuch und Dienstanweisungen
- Informationsordner für neue Pflegemitarbeiter und Altenpflegeschüler

1.2.2 Ebene der Prozessqualität (Beispiele)

- Pflege nach dem Pflegeprozess und die Pflegeprozessdokumentation
- Ablauforganisation im Pflegedienst in allen 3 Schichten
- Klientenorientierte bzw. den Anforderungen entsprechende Dienstplangestaltung
- Dienstübergaben, Fallbesprechungen, Pflegeprozessbegleitung (Pflegevisite), Teambesprechungen, Qualitätszirkel und das Erstellen von Protokollen
- Umsetzung von Träger- und Pflegezielen
- Umsetzung der nationalen Expertenstandards

- Umsetzung des Ausbildungsplans
- Informations-, Beratungs- und Veranstaltungsangebote für Klienten und Angehörige
- Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz nach außen
- Angehörigentreffen
- Zusammenarbeit mit dem Heimbeirat

1.2.3 Ebene der Ergebnisqualität (Beispiele)

- Beurteilung und Empfehlung des MDK oder der Heimaufsicht. Die Qualität der geprüften Pflegeeinrichtungen wird seit dem 01.07.2009 im Internet veröffentlicht
- Entsprechende Umsetzung bezüglich Struktur- und Prozessqualität: z. B.:
 - Ergebniskontrolle (Evaluation) der Pflegeprozessplanung und der Pflegeprozessdokumentation (Soll-Ist-Vergleich) oder
 - Auswertung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen anhand von Beschwerdemanagement und Fragebogenkatalogen für Pflegenden und Klienten sowie deren Angehörige bezüglich des Zufriedenheitsgrades

Zu Beachten

Ergebnisqualität bedeutet Überprüfung und ständige Verbesserung der bestehenden Strukturen und Normen. Die Überprüfung und Sicherung der Pflegequalität gehört in den Aufgabenbereich der Wohnbereichsleitung (WBL). Die Gesamtverantwortung obliegt der Pflegedienstleitung (PDL) bzw. der verantwortlichen Pflegefachperson (VPFP). Der entscheidende Faktor für die Pflegequalität ist die Definition der Pflege und die Einstellung aller in der Pflege tätigen Personen. Das Unternehmens- und Pflegeleitbild sowie die Pflegekonzeption geben den Pflegenden die Möglichkeit der Identifikation.

1.3 Pflegeorganisationssysteme

Mit der Funktionspflege bzw. der konsequenten Arbeitsaufteilung auf der einen Seite und der Gruppenpflege bzw. der Zusammenfassung von Pflege-

leistungen auf der anderen Seite stehen sich zwei grundlegend verschiedene Ablauforganisationssysteme gegenüber.

1.3.1 Funktionspflegesystem

Diese Pflegeorganisationsform ergibt sich hauptsächlich aus Wirtschaftlichkeitsgründen, durch bestimmte Arbeitszeitmodelle oder durch einen hohen Spezialisierungsgrad von Pflegemitarbeitern. Beim Funktionspflegesystem werden die am Klienten zu erbringenden Pflegeleistungen auf mehrere Pflegepersonen verteilt. Ganz bestimmte Pflegeleistungen werden regelmäßig von immer derselben Pflegeperson erbracht (es werden immer nur bestimmte »Funktionen« übernommen). Bedürfnisse des Klienten werden dabei kaum berücksichtigt. Der Klient hat zwar im Tagesablauf mehr zwischenmenschliche (kurze) Kontakte, eine feste Pflegebezugsperson, die ihn »ganzheitlicher« wahrnimmt, fehlt ihm jedoch.

Dieses System erfüllt nur den Mindeststandard, beachtet den Pflegeprozess und die ganzheitliche Betrachtungsweise und Individualität des Klienten aber nicht. Die Pflegepersonen empfinden u. a. das monotone und nicht eigenverantwortliche Arbeiten als nachteilig. Ein großes Problem stellt der erhöhte Bedarf an Informationsaustausch zwischen allen Prozessbeteiligten dar.

1.3.2 Gruppenpflegesystem oder Bezugspflege

Beim Gruppenpflegesystem übernimmt ein kleines Pflegeteam eine bestimmte Anzahl von Klienten. Um mit diesem System arbeiten zu können, müssen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein:

- Die Verantwortlichkeit muss klar geregelt sein.
- Ein Verständnis für Zusammenhänge muss vorhanden sein.
- Die Wichtigkeit des Pflegeprozesses muss von allen Pflegemitarbeitern erkannt worden sein.
- Eine klientenorientierte Betreuung und Pflege muss nach dem ganzheitlich fördernden Pflegeprinzip (► Abschn. 2.1) erfolgen.

Beim Gruppenpflegesystem wird die fachliche Verantwortung von 1–2 Pflegefachpersonen getragen. Diese koordinieren, beraten und unterstützen die

restlichen Pflegepersonen. Für die Überprüfung der Pflegeprozessplanung ist die gesamte Pflegegruppe zuständig. Mit diesem Pflegesystem ist eine individuelle und ganzheitliche Betreuung im Sinne des Pflegeprozesses möglich.

Bezugspflege ist eine klientenorientierte, aktivierende und ganzheitliche Pflegeorganisationsform. Der Klient hat seine »persönliche Bezugsperson« in allen entscheidenden Fragen. Das schafft Kontinuität, Sicherheit und Vertrauen.

1.4 Strukturierungsmodell der ABEDL (nach M. Krohwinkel)

Die ersten Pflegemodelle wurden schon in den 1950er Jahren in den USA entwickelt (Hildegard Peplau 1952 und Virginia Henderson 1955). Inzwischen gibt es, u. a. aufgrund der zunehmenden Etablierung der Pflegewissenschaften, insgesamt mehr als 30 pflegewissenschaftliche Pflegemodelle. Monika Krohwinkel ist bisher die einzige deutsche Pflegewissenschaftlerin, die ein konzeptuelles System ganzheitlich fördernder Prozesspflege entwickelte. Die von ihr formulierten Teilkonzepte sind:

1. ABEDL-Strukturierungsmodell und Kategorien fördernder Prozesspflege
2. Konzeptuelles Rahmenmodell (primäre pflegerische Interessen, Zielsetzung und Handlung)
3. Pflegeprozessmodell (Pflegeprozessplanung)
4. Managementmodell (Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege)
5. Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen (theoretische und praktische Reflexion des Pflegeprozesses d. h. Evaluation des eigenen Tuns)

Bei ihrem Strukturierungsmodell ABEDL (A = Aktivitäten, B = Beziehungen, E = Existentielle Erfahrungen, DL = des Lebens) orientierte sich Krohwinkel an den pflegewissenschaftlichen Arbeiten von Nancy Roper, Dorothea Orem, Martha Rogers und an dem humanistisch geprägten Psychologen Abraham Maslow. Neben der Beschreibung der Lebensaktivitäten (Gesundheits- und Lebensprozesse) formulierte sie, dass die existenziellen Erfahrungen, die jeder Mensch in seinem Leben macht, im Zusammenhang mit den Lebensaktivitäten und im Umgang mit ihnen eine entscheidende Rolle spielen.

Kategorien fördernder Prozesspflege im direkten Durchführungsprozess nach Krohwinkel

- **Sichtbarkeit:** Die Pflegefachperson kann die Fähigkeiten und Ressourcen, Bedürfnisse und Defizite des Klienten erkennen und benennen. Die Transparenz für Klienten und Pflegende ist gegeben.
- **Ganzheitlichkeit:** Ein Zusammenhang und Wechselwirkungen der ABEDL existieren in allen Prozessphasen. Schwerpunktmäßig werden Fähigkeiten, Ressourcen und individuelle Bedürfnisse herausgefunden und in das Verhältnis zur Abhängigkeit gestellt.
- **Kongruenz** (Deckungsgleichheit): Es besteht ein Gleichgewicht zwischen physisch-funktionalen und psychisch-emotionalen Verhaltensmustern.
- **Kontinuität:** Von der Pflegebezugsperson werden alle Abläufe im Beziehungs-, Problemlösungs- und Entwicklungsprozess gewährleistet.
- **Unabhängigkeit** und **Wohlbefinden:** Dies sind Qualitätsgrößen, die durch Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität das Ausmaß der Förderung aufzeigen.

Die Kernaussage der »fördernden Prozesspflege« beschreibt Krohwinkel in ihrem Buch *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexieranken*:

» Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen ab von Fähigkeiten und Ressourcen des Menschen, die es ihm ermöglichen:

- Lebensaktivitäten zu realisieren,
- soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten,
- mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umzugehen und sich dabei entwickeln zu können. « (Krohwinkel 2007, S. 220)

Somit orientiert sich die Pflege nicht primär an Defiziten und Abhängigkeiten des Klienten. Im Vordergrund stehen vielmehr ganzheitlich gesundheitsfördernde Maßnahmen d. h. wiederum Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Die Fähigkeiten und Ressourcen, die teilweise oder ganz zur Wiedererlangung von Unabhängigkeit führen können, werden

dabei besonders bewertet, da sie das Selbstwertgefühl und die Achtung des Klienten aufrecht erhalten. Mit dieser Schwerpunktbildung ist das Modell von Krohwinkel gut in der Altenpflege anwendbar. Gerade die Einbeziehung der sozialen Bereiche und der existenziellen Erfahrungen kann oftmals kritische Situationen älterer Menschen (z. B. im Krankheitsfall) mildern, wenn die Pflegebezugsperson mögliche Reaktionen und Entwicklungen frühzeitig einzuschätzen weiß und entsprechende Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) anbieten kann. Fortschritte und positive Erfahrungen werden wiederum als Ressourcen genutzt, aus denen Mut und Zuversicht geschöpft werden.

In den Jahren 1984 bis 1988 überarbeitete Krohwinkel die AEDL-Konzepte bzw. -Kategorien (»Aktivitäten und Existentiellen Erfahrungen des Lebens«) und beschrieb sie unter der Überschrift »Aktivitäten des Lebens realisieren können«. Bei den ersten 11 AEDL-Bereichen orientierte sie sich an Roper et al. (1987).

Die 12. Kategorie »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« unterteilte sie folgendermaßen (Krohwinkel 2006):

- Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen bzw. wiedererlangen.
- Mit belastenden Beziehungen umgehen.
- Im Kontakt sein und bleiben mit sich und mit anderen.

Die 13. Kategorie »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« gliederte sie folgendermaßen (Krohwinkel 2006):

- Existenzfördernde Erfahrungen machen können.
- Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können.
- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden und sich daran entwickeln können.
- Fördernde und belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen in die Lebensaktivitäten einbeziehen.

Das ABEDL-Strukturierungsmodell nach Krohwinkel

1. Kommunizieren zu können: verbale, nonverbale und schriftliche Signale unter Einsatz von Hilfsmitteln senden und empfangen können, Beziehungen herstellen, aufbauen und pflegen, Erinnerungs- und Wahrnehmungsvermögen mitteilen können.

2. Sich bewegen zu können: innerhalb und außerhalb des Bettes, Gleichgewicht zwischen Bewegung und Ruhe herstellen können als Voraussetzung für geistige Beweglichkeit; Bewegungen im Bett (Lagewechsel) selbstständig oder mit Unterstützung und unter Einsatz von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen durchführen können.
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können: Aufrechterhaltung von Kreislauf- und Wärmeregulation, selbstständig oder mit Förderung, Beratung und Unterstützung der Funktionen.
4. Essen und trinken zu können: abhängig von Lebens- und Umgebungsgewohnheiten, Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen, ausgewogene und altersentsprechende Nahrung unter Achtung von Mund- und Zahnstatus, Schluckfähigkeit, Hautinspektion, Gewichtskontrolle und Menge von Flüssigkeit.
5. Ausscheiden zu können: bedarfsgerechte Versorgung und Kleidung unter Berücksichtigung der Intimsphäre, Infektions-, Intertrigo-, Obstipations- und Sturzprophylaxe, spezielle Krankenbeobachtung von Urin und Stuhl.
6. Sich pflegen zu können: Förderung und Unterstützung von Lebensgewohnheiten, der Individualität und prophylaktische Maßnahmen.
7. Sich kleiden zu können: Kleidung auswählen können, sich selbst verwirklichen können, die erforderliche Unterstützung bekommen können.
8. Ruhen, schlafen und sich entspannen zu können: elementare Bedürfnisse befriedigen können, Entspannung und Schlaf nach eigenen Gewohnheiten gestalten können, adäquate Hilfen bei Bewältigung von Schlafstörungen annehmen, sich einer Organisation nicht anpassen müssen.
9. Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln zu können: Wohn- und Lebensumfeld gestalten können, Tagesgestaltung und Interessen verwirklichen können.
10. Die eigene Sexualität leben zu können: pflegen, kleiden, in Beziehung mit sich stehen, Nähe und Distanz herstellen können, sich und seinen Körper akzeptieren.
11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können: in seiner Umgebung sich wohl und sicher fühlen, den Lebensraum nach Wunsch gestalten können; Förderung selbstständiger Lebensführung, Sturz- und Verletzungsprophylaxe durchführen, Orientierungshilfen anbringen.

12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten zu können: bestehende Beziehungen aufrechterhalten, intakte Interaktion (Beziehungspflege und Wertschätzung) mit der pflegerischen Bezugsperson und den Angehörigen.
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können: sich auseinandersetzen mit existenzfördernden und -gefährdenden Lebenserfahrungen, die von lebensgeschichtlichen Erfahrungen, Biografie, Glaube, Religionsausübung und kulturgebundener Weltanschauung abhängig sind. Beispiele für existenzfördernde gegenüber existenzgefährdenden Lebenserfahrungen:
 - Vertrauen – Misstrauen,
 - Selbstständigkeit – Abhängigkeit,
 - Zuversicht – Ungewissheit,
 - Integration – Isolation,
 - Werden – Vergehen,
 - Sinn finden – Sinnverlust, Abschied nehmen, Sterben.

Dokumentation und Überprüfung des Pflegeprozesses

- 2.1 Der ganzheitlich fördernde Pflegeprozess – 18
- 2.2 Informationssammlung – 20
- 2.3 Pflegeanamnese/Pflegeassessment – 21
- 2.4 Biografie – 27
- 2.5 Pflegediagnosen – 27
- 2.6 Pflegeprozessplanung – 30
- 2.7 Pflegeprozessbericht – 33

Die in den Altenpflegeeinrichtungen verwendeten Pflegedokumentationssysteme sind von Hersteller zu Hersteller verschieden. Die jeweilige Altenpflegeeinrichtung entscheidet dabei selbst, welches System am besten für sie geeignet ist. Grundsätzlich besteht jedoch eine gesetzlich vorgeschriebene Dokumentationspflicht. Diese leitet sich aus folgenden gesetzlichen Vorgaben ab:

- Altenpflegegesetz (AltPflG) vom 01.08.2003, § 3, (1): »Die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch- pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege.«
- Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 01.01.2004, § 3, (1): »Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.«
- Heimgesetz (HeimG) des Landes Baden-Württemberg vom 01.07.2008, § 3: Verpflichtung des Heimes, die Leistungen auf dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen (inklusive Kurzzeitpflege). § 11 Abs. 7: Aufstellung individueller Pflegeplänen und Pflegedokumentation, Entwicklung von Qualitätsmaßstäben und Qualitätssicherung sowie Verbesserung und fortlaufende Anpassung des Hygieneschutzes (einschließlich Lebensmittelhygiene). § 13 Abs. 2: Aufbewahrungspflicht beträgt 5 Jahre.
- Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) vom 01.01.2002 und Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) vom 01.07.2008. In Zeiten geringer personeller und zeitlicher Ressourcen sowie im Rahmen der Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege sehe ich die Anwendung einer computergestützten Pflegeprozessdokumentation als unerlässlich an. Dazu kommen die gesetzlichen Grundlagen u. a. AltPflG, SGB XI, MDK und HeimG Baden-Württemberg, die eine manuelle Dokumentation bei so vielen Formularen beschwerlich machen. Voraussetzung ist die rechtzeitige und ausreichende Schulung der Pflegenden.

Vorteile computergestützter Pflegeprozessdokumentation

- Gute Lesbarkeit
- Vernetzung mit der Verwaltung ist möglich
- Der Pflegeprozess ist abgebildet und zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Dokumentation
- Neuerungen (z.B. gesetzliche oder weitere nationale Expertenstandards) werden in den Computerprogrammen aktualisiert
- Bei einem Notfall sind die erforderlichen Verlegungsunterlagen schnell ausgedruckt
- Auswertungen von Daten (Statistiken) sind möglich

Diese gesetzlichen Vorschriften verlangen, dass die im Heimvertrag zwischen Altenpflegeeinrichtung und Klient zugesicherte sachgerechte pflegerische Betreuung nachvollziehbar nach Art und Umfang der Leistungserbringung dokumentiert wird. Die Pflegeleistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Die Qualitätssicherung erstreckt sich neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, soziale Betreuung, Unterbringung, Verpflegung und auf die vereinbarten Zusatzleistungen.

Alle Leistungen werden in der Klientenakte dokumentiert. Zu den Dokumentationsunterlagen, nach dem Pflegeprozess, gehören:

- Stammblatt,
- Biografieblatt,
- Pflegeanamnese,
- Risikoeinschätzungen z. B. Dekubitus- und Sturzrisiko,
- Pflegeprozessplan,
- Pflegeprozessbericht,
- Blatt für Medikamente und sonstige ärztliche Verordnungen,
- Therapie,
- Aktivierungsblatt,
- Pflegeleistungsnachweis,
- Pflegevisitenformular.

Darüber hinaus sollen bei Bedarf weitere Formulare eingesetzt werden:

- Nachweis über freiheitseinschränkende Maßnahmen (entsprechend dem Betreuungsgesetz ▶ Anhang),
- Überwachungsblatt,
- Bilanzierungsblatt,
- Bewegungsförderungsplan,
- Überleitungsblatt.

Alle Aufzeichnungen haben Dokumentcharakter! (▶ Abschn. 2.7) Allein die Zahl dieser Formulare zeigt die Bedeutung der Pflegeprozessdokumentation in der Pflege. Dieser Arbeitsbereich beansprucht einen nicht unerheblichen Teil der täglichen Arbeitszeit.

2.1 Der ganzheitlich fördernde Pflegeprozess

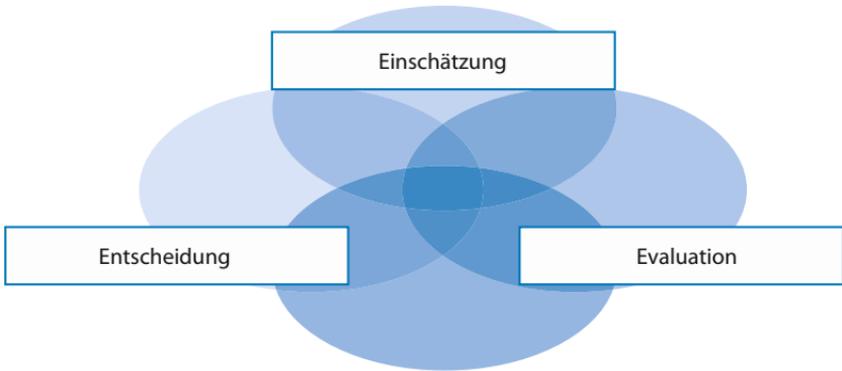
! Zu Beachten

Bei der ganzheitlichen Pflege werden die Fähigkeiten, Ressourcen und Defizite des Klienten miteinbezogen und die physischen, geistigen und psychosozialen Bedürfnisse berücksichtigt.

Der Pflegeprozess ist ein logischer, systematischer Weg zur professionellen Pflege und Betreuung und definiert sich als eine Reihe von voneinander abhängigen und zielgerichteten Arbeitsabläufen in der Pflege. Das Prinzip der Ganzheitlichkeit setzt dabei eine klientenorientierte, individuelle Ausrichtung der Einschätzung, Entscheidung und Ergebniskontrolle (Evaluation) voraus.

Der ganzheitliche Pflegeprozess lässt sich als ein Regelkreis darstellen und basiert auf einem Pflegemodell. Er besteht aus 6 Schritten, die in 3 Bereiche zusammengefasst werden können:

- Regelkreis von Fiechter & Meier (1981, Schweiz) in 6 Schritten
- Regelkreis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 4 Schritten
- Regelkreis der NANDA in 3 Schritten
 1. Pflegediagnose
 2. Pflegeintervention
 3. Pflegeergebnis
- Regelkreis in 3 Schritten nach Korečić (■ Abb. 2.1)



■ **Abb. 2.1** Pflegeprozessphasen 3E nach Korečič

Der Klient wird in allen Phasen dieses Prozesses miteinbezogen, was sich als dauerhaft positiv auf die Beziehung zwischen Pflegebezugspersonen und Klient auswirkt. Umgekehrt führen auch bei den Pflegefachpersonen der ganzheitlich fördernde Denkansatz und die anspruchsvolleren Arbeitsbedingungen zu einem neuen Selbstverständnis mit verstärkter Motivation und größerer Zufriedenheit.

Der Pflegeprozess 3E nach J. Korečič

Strukturqualität

- Einschätzung
 - Informationssammlung
 - Pflegeassessment, Biografie
 - Körperliche Untersuchung

Prozessqualität

- Entscheidung
 - Pflegeprozessplanung:
 - Pflege Diagnosen
 - Selbstständigkeit/Abhängigkeit
- ▼ – Realistische Pflegenahziele

- Fachgerechte Pflegeleistungen nach Art und Umfang
- Durchführung der geplanten Pflegeleistungen nach internen Pflegeprozessstandards, nationalen Expertenstandards und Pflegeprozessbericht

Ergebnisqualität

- Evaluation
 - Überprüfung der erbrachten Pflegeleistungen
 - Soll-Ist-Vergleich

2.2 Informationssammlung

Voraussetzung für einen ganzheitlichen Pflegeprozess ist eine umfassende Informationssammlung, die sich aus einem pflegerischen und einem medizinischen Teil zusammensetzt. Pflegerelevante Daten sind hierbei:

- Pflegeüberleitungsbericht (indirekte Quelle),
- Pflegeanamnese (► Abschn. 2.3), eine detaillierte Einschätzung von Selbstständigkeit und Abhängigkeit des Klienten in allen Bereichen des täglichen Lebens (direkte Quelle),
- Körperliche Untersuchung beim Einzug,
- Biografie des Klienten (► Abschn. 2.4).

Der medizinische Teil umfasst den Arztbrief mit den ärztlichen Diagnosen und sonstige ärztliche Berichte. Falls der Klient die Daten aus gesundheitlichen Gründen nicht selbst geben kann, müssen Angehörige, Hausarzt oder andere bisherige Betreuungspersonen befragt werden.

Die Informationssammlung dient der Ermittlung der Pflegegeschichte und der Beschreibung des Ist-Zustands. Um einen Klienten in seiner Ganzheit erfassen zu können, ihn kennenzulernen, ihn zu verstehen und um seine Bedürfnisse und Pflegegewohnheiten berücksichtigen zu können, wird die Informationssammlung durch die biografischen Angaben komplettiert.

Nicht nur die Pflegefachperson benötigt Informationen vom Klienten, sondern umgekehrt hat auch der Klient Anspruch auf ausreichende Infor-

mationen über die Altenpflegeeinrichtung, um sich in der neuen Umgebung schnell einleben bzw. im Umgang mit den Pflegebezugspersonen rasch ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können. Gerade ältere Menschen können sich den plötzlich geänderten Lebensumständen erfahrungsgemäß meist nur langsam anpassen. Die Adaption an die neue und schwierige Situation hängt in besonderem Maße von der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen ab.

2.3 Pflegeanamnese/Pflegeassessment

Zu Beachten

Die Pflegeanamnese ist die Ermittlung der Assessmentdaten anhand der Pflegevorgeschichte. Assessmentdaten (englisch: »assess« = einschätzen, bewerten) zu erheben, bedeutet den Ist-Zustand des Klienten zu ermitteln.

Für direkt nach dem Einzug erforderliche pflegerische Interventionen können pflegerelevante Daten aus dem ausgefüllten Aufnahmebogen, den ärztlichen Unterlagen und dem Pflegeüberleitungsbericht entnommen werden.

Bei der Pflegeanamnese nach dem Krohwinkel-Strukturierungsmodell werden Gewohnheiten, Bedürfnisse, Erwartungen, Fähigkeiten und Defizite des Klienten nach den einzelnen 13 ABEDL-Kategorien getrennt erfragt, so dass sich ein sehr detailliertes und komplexes Bild von der momentanen Situation des Klienten ergibt. Die körperliche Untersuchung ergänzt dieses Bild. Bei gesundheitlichen Veränderungen des Klienten wird ein erneutes Assessment erforderlich, um die Pflegeprozessplanung adäquat anzupassen zu können.

Bewertungskriterien für die Einschätzung der Selbstständigkeit und Abhängigkeit liefern die 13 Lebensbereiche. Je nach Einschätzung werden die einzelnen Befunde in Pflegestufen von 0 (keine Abhängigkeit) bis 3 (völlige Pflegeabhängigkeit) eingeteilt (■ Tab.2.1). Als pflegebedürftig gelten »Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen« (SGB XI, § 14). Als Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne gelten z. B. Lähmungen, organische Funktionsstörungen, Schädigung-

gen des Zentralnervensystems, Psychosen und Neurosen. Die Pflegebedürftigkeit ist kein unveränderbarer Zustand, sondern ein wechselhafter Prozess, der durch präventive, therapeutische oder rehabilitative Pflegemaßnahmen positiv beeinflusst werden kann.

Eine weitere Möglichkeit der Erhebung von Assessmentdaten bietet das RAI 2.0 (Resident Assessment Instrument), ein Beurteilungssystem für Klienten von Altenpflegeeinrichtungen. Dieses standardisierte Beurteilungssystem hat einen holistischen (umfassenden, ganzheitlichen) Ansatz und gibt den Pflegenden die Möglichkeit, zuverlässig und genau die erforderlichen Daten im physischen, geistigen und psychosozialen Bereich zu ermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die Pflegeprozessplanung. Dem RAI-Beurteilungssystem werden die ADL (Activities daily Life = Aktivitäten des täglichen Lebens) zu Grunde gelegt. Dieses Beurteilungssystem wird seit den 1980er Jahren in den USA praktiziert und ist dort gesetzlich verankert. In Deutschland gibt es hierfür keine gesetzliche Bestimmung.

Das Instrumentarium besteht aus 2 Teilen:

- Das MDS (»minimum data set«) ermöglicht eine strukturierte Klientenbeurteilung und Dokumentation. Hierbei werden die Funktionsfähigkeiten, Bedürfnisse und Vorlieben umfassend beurteilt.
- Die RAP (»resident assessment protocols«) sind Abklärungshilfen, durch die potenzielle Probleme erkannt werden können und die umgehend notwendige Pflegeinterventionen ermöglichen.

Das Ergebnis der Beurteilung ist in einem Pflegeprozessplan umzusetzen. Ziele sind immer eine Verbesserung und Transparenz der Pflege sowie eine Erhöhung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Klienten. Darüber hinaus ermöglicht das Beurteilungssystem die Darstellung und Messung von Pflegequalität, was nicht zuletzt der internen ergebnisorientierten Qualitätssicherung dient (Garms-Homolová V, Gilgen R 2000).

Tab. 2.1 ABEDL-Pflegestufen. Einschätzung der Selbstständigkeit und Abhängigkeit nach den ABEDL

ABEDL	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Kommunizieren können	Sehen, Hören, Verstehen und Sprechen sind möglich	Benötigt Anregung und Unterstützung, sich selbst und seine Umwelt wahrzunehmen	Sehen, Hören, Verstehen und Sprechen sind eingeschränkt, ständige Unterstützung ist angezeigt	Eine Kommunikation ist nicht möglich, da das Verstehen und Wahrnehmen von Kontakten nicht ersichtlich sind
Sich bewegen können	Transfer und jegliche Fortbewegung erfolgen völlig selbstständig	Bewegung mit Hilfsmitteln (Gehhilfen, Gehbock, Rollstuhl) ist alleine möglich, wobei Treppensteigen oder Aufzugbenutzung nur in Begleitung oder mit Rollstuhl möglich ist	Jeglicher Transfer ist nur mit Unterstützung und Begleitung möglich	Durch die Bettlägerigkeit ist eine Mobilisation nicht möglich, nur passive Bewegungsübungen
Vitale Funktionen aufrechterhalten können	Alle Vitalwerte (Atmung, Puls, RR, Bewusstsein, Temperatur, Ausscheidung) sind ohne Einschränkung und im Normbereich	Benötigt bei täglichen Verrichtungen (Körperpflege, An- und Auskleiden) mehr Zeit durch die Einschränkung der Atmung	Durch die Einschränkung (schnelles Ermüden) ist eine Unterstützung und Hilfe notwendig	Eine Unterstützung mit Medikamenten und ständige Überprüfung der Vitalfunktionen ist notwendig, die Übernahme von Verrichtungen erfolgt ausschließlich durch die Pflegeperson

Tab. 2.1 Fortsetzung

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
ABEDL Essen und trinken können	Auswahl der Mahlzeiten und Getränke erfolgt verbal und selbstständig, die Mahlzeiten werden eigenständig eingenommen	Vorbereitung und Zerkleinern der Nahrung erfolgt durch die Pflegeperson, die Einnahme ist selbstständig	Benötigt Unterstützung bei der Gabe von Nahrung und Getränken; eine Anleitung ist täglich notwendig; eigenständige Entscheidung kann nicht getroffen werden	Völlige Unselbstständigkeit des Betroffenen; die Auswahl und die Gabe erfolgt durch die Pflegeperson (oral oder durch Sonde)
Ausscheiden können	Ausscheidungen erfolgen selbstständig. Es wird keine Hilfe benötigt	Benutzung der Toilette und die Entscheidung erfolgen fast ganz selbstständig; die evtl. Bitte um Hilfe kann verständlich verbalisiert werden	Hilfe wird nur nachts benötigt (Begleitung und Unterstützung bei Benutzung der Toilette oder des Nachtstuhls); Abschätzung und Realisation sind nicht immer vor- handen; Unterstützung mit Inkontinenzhilfsmitteln ist erforderlich	Eine Kontrolle über die Urin und Stuhlausscheidungen ist nicht vorhanden. Inkontinenzhilfsmittel sind notwendig, die Benutzung der Toilette ist wegen Bettlägerigkeit nicht möglich
Sich pflegen können	Selbstständige Durchführung der Körperpflege sowie der Auswahl aller Pflegemittel und der Kleidung (Bedürfnis nach gepflegtem Aussehen)	Benötigt Unterstützung und Anleitung bei allen Verrichtungen der Körperpflege und während des An- und Auskleidens, um diese selbstständig durchführen zu können	Teilwaschung (z. B. das Gesicht, die Hände und den Intimbereich) ist selbstständig möglich, sonstige Entscheidungen (Kleiderauswahl und Waschung) werden von der Pflegeperson durchgeführt	Körperpflege und Auswahl der Kleidung übernimmt die Pflegeperson, da eine Kommunikation und Entscheidung des Betroffenen nicht möglich ist



Tab. 2.1 Fortsetzung

ABEDL	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Sich kleiden können	Eine angemessene Auswahl der Kleidung wird selbstständig getroffen	Benötigt Unterstützung und Erklärung, z. B. über die aktuellen Wetterverhältnisse	Entscheidung über die Kleiderauswahl wird von der Pflegeperson getroffen, da Wahrnehmung nicht vorhanden ist	Völlige Unselbstständigkeit durch ständige Bettlägerigkeit und Abhängigkeit von der Pflegeperson
Ruhen, schlafen und sich entspannen können	Kann die Bedürfnisse verbal äußern und entscheidet selbstständig; der Tag-Nacht-Rhythmus ist nicht gestört	Eine medikamentöse Unterstützung ist nicht angezeigt; gelegentliche Ein- und Durchschlafstörungen können mit einfachen Mitteln behoben werden (Gespräche, warme Getränke usw.)	Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört, häufige Unruhen vorhanden; eine medikamentöse Unterstützung ist u. U. angezeigt (schriftliche ärztliche Anordnung)	Ständige Unruhe, Verwirrtheit; kein äußeres Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf sowie Tag-Nacht-Umkehr; die Hilfe, Unterstützung und Entscheidung erfolgt nach ärztlicher Anordnung
Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können	Kontaktfähig, nimmt rege am gesellschaftlichen Leben teil; Einteilung der Zeit und Beschäftigungsbedürfnisse werden verbalisiert und selbstständig unterschieden	Benötigt Unterstützung, Anregung und Anleitung, die durch die Pflegeperson erfolgen soll (Ressourcen werden gefördert)	Eigeninitiative ist nicht vorhanden; Überzeugungsarbeit ist notwendig; eine ständige Anleitung und Unterstützung ist angezeigt (Anknüpfung an die Lebenserfahrungen)	Völlige Unfähigkeit; keine Kommunikation möglich; ständige Bettlägerigkeit; Wahrnehmung ist nicht vorhanden



Tab. 2.1 Fortsetzung

ABEDL	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Die eigene Sexualität leben können	Akzeptanz der Rolle Mann/Frau ist vorhanden; Bedürfnisse nach Nähe und Distanz werden konkretisiert	Kann krankheitsbedingte Behinderungen (z. B. Amputation, Lähmung) akzeptieren und dadurch bedingte Schwierigkeiten verbal äußern	Nonverbale Äußerungen werden angezeigt; die Rollenidentität wird durch das äußere Erscheinungsbild gestärkt (Frisur, Kleidung)	Die Rolle Mann/Frau wird nicht wahrgenommen, auf äußeres Erscheinungsbild kann der Betreffende nicht achten; Gefühle werden nicht geäußert
Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	Kann sich allein orientieren und trägt die Verantwortung für sein Tun	Einschränkung durch die körperliche Behinderung ist vorhanden; kann die Hilfe anfordern und verbalisieren	Zeitweise verwirrt; die Kommunikation ist dementsprechend erschwert; Unterstützung und Begleitung ist erforderlich	Völlige Abhängigkeit sowohl körperlich als auch geistig; Bettlägerigkeit; die Umgebung wird nicht wahrgenommen
Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können	Kann vorhandene Beziehungen weiterhin pflegen (Kontakte, Beziehungen zu Angehörigen, Freunden, Mitbewohnern, Bezugsperson)	Die Möglichkeit, den sozialen Bereich weiterhin zu pflegen, ist vorhanden, muss jedoch unterstützt werden (angemessene Wohnverhältnisse)	Orientierungshilfe und Integration durch eine konstante Pflegebezugsperson ist notwendig	Kommunikation ist nicht möglich und Wahrnehmung äußerlich nicht erkennbar
Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können	Der Betroffene kann seine Bedürfnisse (positive und negative Gefühle) äußern	Unterstützung, Zuhören und Gespräche sind angezeigt; hat in manchen Punkten Verarbeitungsschwierigkeiten	Ständige Unterstützung in allen bekannten Punkten ist erforderlich (vorhandene Ressourcen werden gefördert)	Wahrnehmung und Äußerung ist nicht möglich

2.4 Biografie

! Zu Beachten

Der Biografiebogen ist eine Informationssammlung zu lebensgeschichtlichen Daten und Hintergründen des Klienten.

Jeder Mensch hat seine individuelle Lebensgeschichte, die durch soziokulturelle, religiöse, politisch-ökonomische sowie Umwelt- und Krankheitsinflüsse bestimmt wird. Alle diese Faktoren haben Auswirkungen auf die Betreuung und Pflege eines Klienten.

Der Biografiebogen soll mit dem Anmeldeformular vor dem Einzug in die Altenpflegeeinrichtung abgegeben oder in der ersten Woche nach dem Einzug mit dem Klienten oder dessen Angehörigen besprochen und ausgefüllt werden. Ein solches Gespräch kann auch während der direkten Pflege geführt werden. Hierbei achtet die Pflegebezugsperson auf die persönlichen Grenzen, um dem Klienten nicht das Gefühl zu geben, distanzlos ausgefragt zu werden. Es muss ihm vor dem Gespräch klar und verständlich dargelegt werden, dass die persönlichen Angaben einen wichtigen Aspekt für seine Betreuung und Pflege darstellen.

Außer Erinnerungen aus der Kindheit, Schulzeit, regionalen Herkunft und dem beruflichen Werdegang werden religiöse Bedürfnisse, Prägungen, Copingstrategien (Bewältigungsmuster) und familiäre Beziehungen erfragt. Im Anschluss an die Fragen zur Vergangenheit wird der Klient gebeten, seine Erwartungen und Wünsche an die Altenpflegeeinrichtung bzw. das Pflegeteam zu nennen. Diese Angaben tragen gleichermaßen zu einer vertrauensvollen wie auch professionellen Beziehung zwischen Klient, Angehörigen und Pflegebezugsperson bei.

2.5 Pflegediagnosen

! Zu Beachten

Pflegediagnosen (PD) sind ein Teil des Pflegeprozesses und ein Instrument zur internen Qualitätssicherung und Leistungserfassung. Mit der Erhebung von Assessmentdaten werden aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme in allen ABEDL-Bereichen präzise diagnostiziert.

Der Begriff »Pflegediagnose« wurde zum ersten Mal 1953 von Virginia Frey (USA) beschrieben. Seit den 1970er Jahren arbeiten amerikanische Pflegeexperten an der Entwicklung von Pflegediagnosen. Die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association = Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung) und der ICN (International Council of Nurses = Weltbund der Krankenpflegenden) sind für die Weiterentwicklung der Pflegediagnosen zuständig. Auf regelmäßig stattfindenden Konferenzen werden neue Pflegediagnosen verabschiedet oder alte ergänzt. 2005 bis 2006 gab es bereits 172 Pflegediagnosen, die von der NANDA anerkannt wurden. Alle Pflegediagnosen entstanden auf dem Hintergrund praktizierter Pflegemodelle, die wissenschaftlich erforscht wurden. Ziel der Pflegediagnosen ist die sprachlich verbindliche Terminologie, Systematisierung und Vereinheitlichung pflegerelevanter Problemstellungen.

1990 definierte die NANDA eine Pflegediagnose wie folgt:

» Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlagen zur Wahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson die Verantwortung übernimmt. « (www.nanda.org.)

Es gibt verschieden Arten von Pflegediagnosen (PD):

- aktuelle PD,
- Hochrisiko-PD,
- Syndrom-PD,
- Wellness- oder Gesundheits-PD,
- potenzielle (Verdachts-)PD.

Eine Diagnosestellung ist keine Beschreibung der Pflegeprobleme. Vielmehr ist eine Pflegediagnose die Beschreibung der Auswirkungen auf ein Gesundheitsproblem. Zum Beispiel lautet bei einem Klienten, der nach einem Sturz und einer Oberschenkelfraktur in seiner Mobilität eingeschränkt ist, die Pflegediagnose: »beeinträchtigte Mobilität«. Diese Pflegediagnose wird anhand von Assessmentdaten (Einschätzungsdaten) im Rahmen der Informationssammlung, d. h. einer Situationsdiagnostik, ermittelt. Die daraus gewonnenen Daten werden analysiert, auf die Richtigkeit überprüft, reflektiert und möglichst mit dem Klienten auf die Priorität abgestimmt. Neben den Defiziten werden gleichzeitig die Fähigkeiten und Ressourcen (Selbstständig-

■ **Tab. 2.2** Signifikante Unterschiede zwischen medizinischer und pflegerischer Diagnose

Medizinische Diagnose	Pflegerische Diagnose
Bezeichnung für eine Krankheit, ein pathologisches Geschehen und deren Ursachen	Bezeichnung für Reaktion eines Individuums auf eine Krankheit und Hilfsbedürftigkeit, Auswirkungen einer Funktionsstörung
Medizinische Verdachtsdiagnose	Pflegerische Verdachtsdiagnose
Statisch	Flexibel
Arztanamnese/Krankengeschichte	Pflegevorgeschichte, aktueller Status, Biografie
Körperliche und diagnostische Untersuchung	Körperliche Untersuchung
Grundlage für die medizinische Behandlung (Prävention oder Therapie)	Grundlage für Pflegeprozessplanung (Beratung, Betreuung, Begleitung und bedarfsgerechte Intervention)
Wissenschaftlich begründet, Klassifikation nach ICD 10	Wissenschaftlich begründet (Anpassung der NANDA-Taxonomie an ICD 10)
Zweck: Abrechnungssystem, Statistik (Morbidity, Mortalität)	Zweck: interne Qualitätssicherung, Leistungserfassung, Abrechnungssystem
Ziel: Beseitigung von Krankheit	Ziel: Sicherheit und Wohlbefinden des Klienten, Professionalisierung und Transparenz der pflegerischen Leistungen

keit) ermittelt. Daraus lassen sich realistische Pflegenahziele und Pflegeinterventionen ableiten.

Die medizinische Diagnose und die Pflegediagnose stehen in Bezug zueinander. Dennoch ist die Sicht- und Entscheidungsweise anders (■ Tab. 2.2).

Eine aktuelle Pflegediagnose besteht aus PÄS/PES:

- **P**flegediagnosetitel (Bezeichnung), z. B. »Mundschleimhaut verändert« (NANDA-Pflegediagnose),
- beeinflussenden Faktoren (**Ä**tiologie bzw. **E**influssfaktoren), z. B. als Folge einer Chemotherapie
- **S**ymptome, Kennzeichen oder Manifestation, z. B. Ulzeration und Schmerzen im Mundbereich.

Um eine Pflegediagnose zu ermitteln, bedarf es dreier Schritte: Beobachtung, Befragung und körperliche Untersuchung.

Merkmale von Pflegediagnosen

- Pflegediagnosen orientieren sich am neusten Stand der Pflegewissenschaft.
- Pflegediagnosen verändern sich, sobald sich das Befinden und die Pflegeabhängigkeit geändert haben.
- Pflegediagnosen sind ein fester Bestandteil pflegerischer Praxis.
- Pflegediagnosen sind von Pflegefachpersonen zu erstellen.
- Pflegediagnosen sind im Curriculum der Altenpflegeausbildung integriert.

Pflegediagnostik ist Handlungsdiagnostik. Erst die Diagnosestellung ermöglicht eine pflegerische Intervention. Bei Pflegediagnosen geht es um eine einheitliche, vergleichbare und allgemein gültige Einschätzung von Pflegeabhängigkeit d. h. der Taxonomie (hier nach NANDA eine wissenschaftliche Beschreibung-Klassifizierung-Identifizierung) in ein System.

2.6 Pflegeprozessplanung

! Zu Beachten

Die Pflegeprozessplanung ist eine der Hauptaufgaben der Pflegefachpersonen und enthält die Informationen über die ressourcenorientierten Pflegeleistungen für einzelne Klienten. Die Pflegefachperson zeigt somit Fachkompetenz und Transparenz in einem Problemlösungsprozess.

Der Pflegeprozessplan ist ein weiterer Teil des Pflegeprozesses. Der gesamte Pflegeprozess beruht auf einer exakt und knapp ermittelten Informationssammlung, die für die erforderliche Beratung, Betreuung, Begleitung und Pflege erforderlich ist. So soll die Pflege fachlich kompetent, nach allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich durchgeführt werden (SGB XI, §§ 28–29). Die Qualitätssicherung erstreckt sich neben den allgemeinen Pflegeleistungen (direkte Pflege)

auch auf die Unterstützung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (indirekte Pflege) und auf die soziale Betreuung. Darüber hinaus ist die Pflegeprozessplanung im Altenpflege- sowie im Krankenpflegegesetz vorgeschrieben (► Einleitung Kap. 2). Die Pflege muss sach- und fachkundig, umfassend und individuell geplant werden.

Allein um den Ansprüchen des Klienten an Individualität und Kontinuität in einem Pflegeteam zu genügen, bedarf es eines verbindlich festgelegten Konzeptes für jeden Klienten, das sich an dessen individuellen Bedürfnissen orientiert. Der Pflegeprozessplan wird vom Pflegeteam möglichst in Zusammenarbeit mit dem Klienten und/oder Angehörigen und allen am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen erstellt.

Ausgehend davon, dass das oberste Pflegeziel der Altenpflege in der Erhaltung von Selbstständigkeit und selbstständiger Lebensführung in möglichst vielen Lebensbereichen besteht, muss sich die ganzheitliche Betrachtungsweise in besonderem Maße an den noch verbliebenen Möglichkeiten des Klienten, Defizite selbst bewältigen zu können, orientieren.

Wenn alle erforderlichen Informationen vorliegen, ergeben sich also 4 Größen (► Abb. 2.2) und als 5. Punkt die Ergebniskontrolle.

1. Pflegediagnosen nach NANDA. Die Pflegediagnosen werden nach ihrer Priorität bestimmt.
2. Angaben zur Selbstständigkeit/Abhängigkeit. Die Selbstständigkeit (Fähigkeiten und Ressourcen) wird in Relation zu der auftretenden Abhängigkeit (Defizite) exakt, objektiv und ohne Wertung formuliert und entsprechend der 13 ABEDL-Bereiche nummeriert.
3. Bestimmung der Pflegenahziele. Die Pflegeziele werden nach Prioritäten (Pflegenahziele) realistisch (erreichbar) und bedürfnisorientiert formuliert. Die Zielsetzung muss überprüfbar sein. Unter Umständen müssen die Pflegeziele und Pflegeleistungen im Verlauf des Pflegeprozesses, d. h. bei einer gesundheitlichen Veränderung, neu formuliert werden. Hierbei sollen Angaben zum Zeitraum gemacht werden, um die wöchentliche oder dreimonatliche Überprüfung (der Überprüfungszeitpunkt hängt von der Zielsetzung ab) und die Beurteilung des Pflegeverlaufs zu erleichtern.
4. Bestimmung der Pflegeleistungen nach Art und Umfang, mittels nationaler Expertenstandards, Pflegeprozessstandards (PS) und Einsatz von Hilfsmitteln und technischen Hilfen. Die Angaben zur Durchführung pflegerischer Leistungen nach Art und Umfang beinhalten die genaue Beschreibung (5 W):

Standard-Pflegeprozessplan (NANDA, ABEDL, PQsG, SGB XI)

ABEDL Nr.	Datum	Pflegediagnosen (PD)	Selbständigkeit / Abhängigkeit	Pflegenahtziele	Pflegeleistungen, Hilfsmittel	HZ	Ergebniskontrolle
		1. Körperpflege	1. Körperpflege	1. Körperpflege	1. Körperpflege		am:
4 und 7.	01.01.2011	Sich pflegen und kleiden können Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege äußere Erscheinung, Selbstwertgefühl, gestört, Mundschleimhaut, verändert	Sich pflegen und kleiden können Gesicht und Hände selbständig Wird mit der Situation nicht fertig Trockener Mund	Sich pflegen und kleiden können Gepflegtes Äußeres Selbstwertgefühl stärken Gewohnheiten berücksichtigen Wiederherstellung des Wohlbefindens, Intakte Mundschleimhaut	Sich pflegen und kleiden können GWK vU Morgs. Mundinspektion Mut zusprechen, immer wieder A Aufrechterhaltung der Stabilität PS: 2. Ernährung Essen und Trinken können		Im Pflegeprozessbericht beschreiben XY Datum
5.	01.01.2011	Essen und Trinken können Selbstversorgungsdefizit: Essen Flüssigkeitsmangel	Essen und Trinken können Kann sich selbständig nicht versorgen, isst kein Fleisch	Essen und Trinken können Ausreichende Nahrungs- und Trinkzufuhr	Nahrung mündgerecht zerkleinern Essen reichen und Einnahme U Trinkmenge: s. Protokoll Getränk in Reichweite, PS: 3. Mobilität Sich bewegen können		XY Datum
2.	01.01.2011	Mobilität, Körperliche, beeinträchtigt Schlafstörung Thrombose, Gefahr Hautschädigung, Gefahr	Sich bewegen können Kraftlos Kann nur auf li. Seite schlafen Vollige Bewegungsfähigkeit Hilfsmittel: s. Bewegungsförderungsplan	Sich bewegen können Keine Folgeerkrankungen Ungestörter Schlaf Gefährdete Stellen sind frei Keine Thrombose, Kontrakturen, Pneumonie, kein Dekubitus	Sich bewegen können Nachts li. lagern, PS: Bewegungsplan (wie? womit?) Erforderliche Prophylaxen benennen und einsetzen, morg. Hautinspektion, AT - Stümpfe morgs. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 1. Körperpflege Ausscheiden können		XY Datum
6.	01.01.2011	Urinausscheidung, verändert	Ausscheiden können Urninkontinenz Stuhlinkontenz	Ausscheiden können Intakte Haut Keine Folgeschäden	Bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (3-5 Tage lang ermitteln), U PS: Kommunizieren können		XY Datum
1.	01.01.2011	Hörfähigkeit, eingeschränkte	Kommunizieren können Hört ohne Hörgerät nicht	Kommunizieren können Kommunikation ermöglichen	Kommunizieren können Hörgerät morgs. überprüfen und einsetzen, U PS: Propylaxen		XY Datum
01.01.2011		Dekubitusgefahr	ist motiviert und kooperativ	Propylaxen Beratung durchführen, Erhaltung der Lebensqualität, keine Schäden	Propylaxen Pflegeteams beschreiben Expertenstandard Dekubitusprophylaxe		XY Datum

Abb. 2.2 Standard-Pflegeprozessplan (NANDA, ABEDL, PQsG, SGB XI)

- Was und wie?
 A = Anleitung (selbstständig), B = Beaufsichtigung (selbstständig),
 U = Unterstützung (bedingt selbstständig), tÜ = teilweise Übernahme
 (teilweise unselbstständig) und vÜ = vollständige Übernahme (unselbstständig). Diese »Formen der Hilfeleistung« sind in MDK-Richtlinien beschrieben und erleichtern dem MDK die Überprüfung des Pflegebedarfs
- Womit? (Einsatz von Pflegemitteln).
- Wann? (Angaben zum Tageszeitpunkt).
- Wie oft? (Häufigkeit der pflegerischen Leistungen).
 Die Durchführung der Pflegeleistungen erfolgt unter Einsatz von internen Pflegeprozessstandards und erforderlichen Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (PS-Nr. eintragen). Diese ist aus dem Durchführungsnachweis (direkte und indirekte Pflege) und dem Pflegeprozessbericht ersichtlich.

5. Ergebniskontrolle. Überprüfung der geplanten Pflegeleistungen. Pflegewirkung und Pflegediagnosen werden an den Pflegezielvorgaben gemessen. Unter dieser Prämisse werden Soll- und Ist-Zustand unter Einbeziehung der pflegerischen Möglichkeiten miteinander verglichen und Pflegediagnosen, Selbstständigkeit/Abhängigkeit und Pflegeziele ggf. entsprechend verändert.

Korrekturen des Pflegeprozessplans und Abweichungen sollen mit allen am Pflegeprozess Beteiligten abgesprochen werden. Änderungen werden schriftlich mit Datum und Namenskürzel der zuständigen Pflegefachperson im Pflegeprozessplan festgehalten. Das Ergebnis der Überprüfung ist aus dem Pflegeprozessbericht unter Angabe der ABEDL-Nummer ersichtlich. Diese Art der Pflegeprozessplanung entspricht dem PQsG, SGB XI und ist bei der Durchführung der Qualitätsprüfung vorzulegen.

2.7 Pflegeprozessbericht

Zu Beachten

Der Pflegeprozessbericht ist der Hauptbestandteil der Pflegeprozessdokumentation und der Pflegeprozessplanung und enthält die schriftlichen Aussagen über Krankenbeobachtung, physische, geistige und psychosoziale Situation des Klienten.

Bei der Führung des Pflegeprozessberichts ist auf folgende Punkte zu achten:

- 2 ■ Der Pflegeprozessbericht soll so viele Informationen wie nötig enthalten (inhaltlich informativ sein). Er soll möglichst im Telegrammstil geschrieben sein und keine Interpretationen, Bewertungen und medizinischen Diagnosen beinhalten. Die Eintragungen erfolgen fortlaufend (chronologisch). Die chronologische, kontinuierliche Darstellung des Klientenbefindens ermöglicht eine schnelle und umfassende Information.
- Die Eintragungen sollen zeitnah vorgenommen werden, damit nichts vergessen wird.
- Die Pflegebezugsperson trägt die Verantwortung für die lückenlosen und nachvollziehbaren Eintragungen.
- Alle Eintragungen erfolgen grundsätzlich mit Kugelschreiber, es darf kein Tipp-Ex® verwendet und auch nicht die Eintragungen überklebt werden.
- Der Pflegeprozessbericht dient als Parameter für die Ergebnisqualität der Pflegeleistungen.
- Der Pflegeprozessbericht dient auch als Nachweis für Art und Umfang der Pflegeleistungen (Beweislastumkehr) für den MDK und die interne Qualitätssicherung.
- Der Pflegeprozessbericht ist eine Informationsquelle bei Schichtwechsel, nach längerer Abwesenheit oder für den Arzt und andere Mitarbeiter des therapeutischen Teams.
- Darüber hinaus dient der Pflegeprozessbericht als Grundlage für die Dienstübergabe.

Eine ausführliche und zeitnahe Pflegedokumentation und die richtige Anwendung und Handhabung des Dokumentationssystems schließt die Mehrfachdokumentation auf andere Informationsträger aus. Dies reduziert den Schreibaufwand und verhindert gleichzeitig Pflegefehler.

Für die an der Pflege Beteiligten ist der Pflegeprozessbericht ein Hilfsmittel:

- zur besseren Information auch nach Abwesenheitsphasen,
- als »Gedächtnisstütze«,
- für die Einarbeitung neuer Pflegepersonen und Altenpflegeschüler und
- zur Sicherung der Pflegequalität.

Außerdem wird die Pflegedokumentation als Nachweis herangezogen bei

- der Einstufung von Klienten in eine Pflegestufe,
- der Überprüfung durch die externen Instanzen,
- der Überprüfung durch den Klienten oder dessen Angehörige/Betreuer mit dem Aufgabenbereich Gesundheitsorge,
- Prozessen als Beweismittel und als rechtliche Absicherung für die Altenpflegeeinrichtung.

Aus der Dokumentationspflicht ergibt sich auch die Pflicht zur Aufbewahrung der Dokumente. In den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996 heißt es: »Die Dokumentation ist mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren« und in § 13 Heimgesetz lautet die entsprechende Stelle: »Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht (fünf Jahre), danach Pflicht zur Datenlöschung« (§ 13 Abs. 2).

Der MDK prüft, ob und in welchem Grad Pflegebedürftigkeit vorliegt und welche Maßnahmen zur Prävention oder Rehabilitation sinnvoll sind. Der Gutachter des MDK, eine Pflegefachperson oder ein Arzt, benötigt die Unterstützung der Pflegebezugsperson. Beurteilt wird bei dem Gutachten die Hilfsbedürftigkeit bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der Hilfsmittelbenutzung, d. h. beurteilt werden die allgemeinen Pflegeleistungen. Für die hauswirtschaftliche Versorgung sind die Zeitkorridore bei allen Klienten gleich.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) werden die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) des MDK vom 01.07.2009 geprüft:

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
- Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

Insgesamt werden 82 Kriterien geprüft und bewertet. (Grundlagen des MDK-Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflege 2009, www.mds-ev.de).

Pflegequalität und Qualitätssicherung

- 3.1 **Interne und externe Qualitätssicherung** – 44
 - 3.1.1 Qualitätsweiterentwicklung und interne Qualitätssicherung anhand des PDCA-Zyklus – 44
- 3.2 **Dienstübergabe und Fallbesprechungen** – 49
- 3.3 **Teambesprechungen** – 51
- 3.4 **Pflegevisite bzw. Pflegeprozessbegleitung** – 52
- 3.5 **Qualitätszirkel** – 55

Nach einer Definition von Donabedian (1968) ist die Pflegequalität »die Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor dafür formulierten Kriterien« (Koratsch 1995, Giebig 1996). Bereits 1966 beschrieb Donabedian drei Qualitätsebenen. Im Rahmen der Qualitätsüberprüfung der Altenpflegeeinrichtungen nehmen der MDK, die Heimaufsicht oder andere Überprüfungsinstanzen Bezug auf diese Qualitätssicherungsebenen.

Strukturqualität. Sie betrifft die Infrastruktur: bauliche, personelle und technische Ausstattung einer Pflegeeinrichtung, Leitbild des Einrichtungsträgers, Pflegeleitbild und Pflegekonzeption nach einem Pflegemodell, Ausbildungsniveau der Pflegepersonen und in ausreichender Zahl vorhandene Pflegehilfsmittel und technische Hilfen. Zu der Strukturqualität gehören weiterhin u. a. ein Qualitätshandbuch, Hygienepläne, ein Arbeitssicherheitshandbuch, Stellenbeschreibungen, Pflegeprozess- und Expertenstandards (Qualitätsstandards), Verfahrensanweisungen, Qualitätsrichtlinien und diverse Checklisten.

Prozessqualität. Sie betrifft die Umsetzung der Pflegeprozessplanung: Bereichs- und Leitungsbesprechungen, Beschwerdemanagement, Umfragen zum Zufriedenheitsgrad der Klienten/Angehörigen und Pflegemitarbeiter, Beratungsangebote für Klienten, Pflegevisiten als Pflegeprozessbegleitung und Fallbesprechungen.

Ergebnisqualität. Sie bedeutet: Überprüfung und ständige Verbesserung der Struktur- und Prozessgegebenheiten. Mit der Ergebnisqualität (Outcome-Qualität) wird die Wirkung des Pflegeprozesses auf den Klienten erfasst. Bei der Bewertung fließen u. a. auch Aspekte der Wirtschaftlichkeit mit ein.

Die Bewertung der Pflegequalität in 4 Qualitätsstufen

- Optimale Pflegeleistungen (ideal, erstklassig)
- Angemessene Pflegeleistungen (gut)
- Notwendige Pflegeleistungen (ausreichend)
- Mangelhafte Pflegeleistungen (gefährlich, unzureichend)

Einen Überblick über die Merkmale der Pflegequalitätsstufen und Qualitätsebenen gibt  Tab. 3.1.

Tab. 3.1 Merkmale der Pflegequalitätsstufen und der Qualitätsebenen

Optimale Pflege (erstklassig)	Angemessene Pflege (gut)	Notwendige Pflege (ausreichend)	Mangelhafte Pflege (gefährlich)
<p><i>Qualitätsebene: Strukturqualität (äußere Rahmenbedingungen)</i></p> <p>Die Wohnbereiche sind so gebaut, dass der Klient sich wohlfühlen kann, sich nach Wunsch zurückziehen oder Besuch empfangen kann</p>	<p>Die Wohnbereiche sind zeitgemäß gebaut und entsprechen den Bedürfnissen der heutigen Gesellschaft</p>	<p>Die Wohnbereiche entsprechen den heutigen Anforderungen nicht. Permanente Anpassung des Klienten ist erforderlich</p>	<p>Die Wohnbereiche entsprechen nicht den Interessen und Bedürfnissen älterer Menschen und sind mit den heutigen Anforderungen nicht mehr vereinbar</p>
<p>Die Zahl der Pflegenden reicht für eine intensive Betreuung</p>	<p>Das Verhältnis Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonal ist ausgewogen</p>	<p>Die Zahl der erforderlichen Pflegepersonen ist nicht immer ausreichend</p>	<p>Die Anzahl der Pflegepersonen ist nicht ausreichend</p>
<p>Die Pflegenden sind je nach Aufgabenbereich entsprechend qualifiziert</p>	<p>Die Kenntnisse und Fertigkeiten der Pflegenden entsprechen den Anforderungen</p>	<p>Ausfallzeiten von Pflegefachpersonen werden mit Pflegehilfspersonal überbrückt</p>	<p>Die Pflegepersonen/ Pflegehilfspersonen sind nur unzureichend qualifiziert</p>
<p>Ein Qualitätshandbuch liegt vor</p>	<p>Organisation des Pflegedienstes ist aus dem Qualitätshandbuch ersichtlich</p>	<p>Routine ersetzt das Qualitätshandbuch</p>	<p>Es gibt keine abgegrenzten Zuständigkeitsbereiche entsprechend einer systematischen Organisation</p>
<p>1–2 Pflegepersonen werden mit Einverständnis des Klienten als Pflegebezugspersonen bestimmt</p>	<p>Der Klient hat 1–2 Bezugspersonen, die für ihn Ansprechpartner und Vertrauensperson sind</p>	<p>Starrheit und mangelnde Flexibilität im täglichen Tun sind ersichtlich</p>	<p>Es gibt keine Pflegebezugsperson</p>

Tab. 3.1 Fortsetzung

Optimale Pflege (erstklassig)	Angemessene Pflege (gut)	Notwendige Pflege (ausreichend)	Mangelhafte Pflege (gefährlich)
Es findet eine Bereichspflege statt	Es findet überwiegend Bereichspflege statt	Es findet eine Mischform von Bereichs- und Funktionspflege statt	Es wird Bereichs- oder Funktionspflege ohne Fra-ge nach der Qualifikation praktiziert
Die Einrichtung verfügt über eigene Pflegeprozessstan-dards	Pflegeprozessstandards sind vorhanden	Pflegeprozessstandards werden nicht benutzt	Es gibt keine Pflegeprozessstan-dards
Ausreichende Hilfsmittel sind vorhanden	Alle notwendigen Hilfsmittel sind vorhanden	Die vorhandenen Hilfsmittel wer-den nicht gezielt eingesetzt	Es gibt kaum Hilfsmittel, was zur zusätzlichen Belastung des Pfl-e-gepersonals führt
Hygieneplan und Unfallver-hütungsvorschriften (UVV) werden korrekt beachtet	Ein Hygieneplan ist vorhan- den, die UVV werden befolgt	Hygieneplan und UVV werden überwiegend beachtet	Hygieneplan und UVV werden nicht beachtet
Innerbetriebliche Fortbil- dung (IBF) findet regel- mäßig statt. Innovationen werden begrüßt	IBF findet in regelmäßigen Abständen statt	IBF-Bedarferhebung ist vorhan- den, wird von den Pflegepersonen jedoch kaum angenommen	IBF werden nicht angeboten
Als Copingstrategien werden Balint-Gruppen oder Supervi- sion angeboten	Supervision und Balint- Gruppen werden angeboten	Supervision und Balint-Gruppen werden von den meisten Pfl egen- den abgelehnt	Supervision und Balint-Gruppen werden nicht angeboten

<p>Tab. 3.1 Fortsetzung</p>				
<p>Optimale Pflege (erstklassig)</p>	<p>Angemessene Pflege (gut)</p>	<p>Notwendige Pflege (ausreichend)</p>	<p>Mangelhafte Pflege (gefährlich)</p>	
<p>Es finden regelmäßig Teambesprechungen statt</p> <p>Betriebssport wird angeboten</p> <p>Es finden regelmäßig Nachtwachenbesprechungen statt</p>	<p>Es finden regelmäßig Teambesprechungen statt</p> <p>Betriebssport wird angeboten</p> <p>Es finden regelmäßig Nachtwachenbesprechungen statt</p>	<p>Es finden regelmäßig Teambesprechungen statt</p> <p>Betriebssport wird nicht wahrgenommen</p> <p>Es finden nur auf Wunsch Nachtwachenbesprechungen statt</p>	<p>Teambesprechungen finden nur unregelmäßig statt</p> <p>Betriebssport wird nicht angeboten</p> <p>Es finden keine Nachtwachenbesprechungen statt</p>	
<p><i>Qualitätsebene: Prozessqualität (Vorbereitung und Durchführung der einzelnen Tätigkeiten)</i></p>				
<p>Der Klient wird über alle Pflegeleistungen informiert und möglichst miteinbezogen</p> <p>Alle pflegerischen Leistungen werden sinnvoll und systematisch vorbereitet und durchgeführt</p>	<p>Der Klient wird informiert, seine Bedürfnisse werden miteinbezogen</p> <p>Alle pflegerischen Leistungen werden systematisch vorbereitet und durchgeführt</p>	<p>Dem Klienten wird nicht die Möglichkeit zu Eigenaktivitäten gegeben</p> <p>Das Material zur Durchführung einzelner Pflegeleistungen ist nicht ausreichend vorbereitet/ vorhanden (Biografieangaben und Pflegeanamnese sind ungenutzt)</p>	<p>Der Klient hat keine Pflegebezugsperson und seine Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt</p> <p>Es fehlt an notwendigen Pflegehilfsmitteln, die Vorbereitung ist mangelhaft</p>	
<p>Die Pflegeinterventionen werden den individuellen Bedürfnissen angepasst</p>	<p>Die Förderung von Selbstständigkeit erfolgt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsdefizite</p>	<p>Persönliche Wünsche und individuelle Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt</p>	<p>Alle pflegerischen Leistungen werden nach »eigenem Stil« der jeweiligen Pflegeperson durchgeführt</p>	

Tab. 3.1 Fortsetzung				
Optimale Pflege (erstklassig)	Angemessene Pflege (gut)	Notwendige Pflege (ausreichend)	Mangelhafte Pflege (gefährlich)	
Der Klient erfährt Geborgenheit, Respekt und Sicherheit unter Beachtung des Selbstwert- und Schamgefühls sowie seiner Gewohnheiten	Fördernde Prozesspflege wird individuell eingesetzt	Informationen für die Klienten werden als Anweisung formuliert	Fördernde Prozesspflege wird nicht individuell eingesetzt	
Der Klient kann seine Rechte wahrnehmen	Der Klient hat Selbstbestimmungsrecht in allen Bereichen der ABEDL	Kontakt und zwischenmenschliche Beziehungen werden nur im Rahmen des Notwendigen aufrecht erhalten	Der Klient wird nicht informiert, sondern erhält Anweisungen	
Es werden individuelle Pflegeprozesspläne mit Pflegestandards erstellt und regelmäßig überprüft	Es gibt individuelle Pflegeprozesspläne, die regelmäßig überprüft werden	Ein individueller Pflegeprozessplan wird nicht erstellt	Es wird kein Pflegeprozessplan erstellt	
<i>Qualitätsebene: Ergebnisqualität (Resümee der Dienstleistungen)</i>				
Es erfolgt eine umfassende Pflegeprozessdokumentation und lückenlose, mündliche Dienstübergabe aller Besonderheiten	Die Weitergabe der relevanten Daten erfolgt schriftlich und mündlich	Pflegeprozessdokumentation und mündliche Weitergabe sind unzureichend	Pflegeprozessdokumentation und mündliche Weitergabe der relevanten Informationen sind mangelhaft	

<p>Tab. 3.1 Fortsetzung</p>			
<p>Optimale Pflege (erstklassig)</p>	<p>Angemessene Pflege (gut)</p>	<p>Notwendige Pflege (ausreichend)</p>	<p>Mangelhafte Pflege (gefährlich)</p>
<p>Das Ergebnis wird im Pflegeteam evaluiert und das pflegerische Ziel ggf. neu bestimmt</p>	<p>Die Korrekturen der gesteckten Pflegeziele sind z. B. durch die Dienstübergabe und Teambesprechung möglich</p>	<p>Da kein individueller Pflegeprozessplan erstellt wird, ist eine Evaluation und eventuelle Korrektur nicht möglich</p>	<p>Evaluation der Pflegeprozessplanung findet nicht statt</p>
<p>Der Klient erfährt Sicherheit und strahlt Zufriedenheit aus</p>	<p>Der Klient und ihm nahestehende Personen sind mit den erbrachten Leistungen zufrieden</p>	<p>Der Klient spürt, dass er sich nach den Gegebenheiten im Hause richten muss</p>	<p>Abhängigkeit und Unmündigkeit der Klienten (physische und psychische Schäden sind möglich)</p>
<p>Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln wird berücksichtigt</p>	<p>Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln wird berücksichtigt</p>	<p>Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln wird meistens nicht berücksichtigt</p>	<p>Kostenbewusstes Denken und Handeln findet nicht oder planlos statt</p>
<p>Die Pflegeleistungen werden wirksam, bedürfnisorientiert und im optimalen Umfang erbracht</p>	<p>Die Pflegeleistungen werden wirksam und in angemessenem Umfang erbracht</p>	<p>Die Pflegeleistungen werden (ohne Qualitätsüberprüfung) im notwendigen Umfang erbracht</p>	<p>Die Pflegeleistungen werden in nicht ausreichendem Umfang erbracht</p>

3.1 Interne und externe Qualitätssicherung

Durch die **interne Qualitätssicherung** (QS) werden bestehende Strukturen und Prozessabläufe einer Organisation überprüft. Qualitätsparameter (Messgrößen, Merkmale) und Richtlinien betreffen dabei die Gesamtorganisation. Die Berufsgruppe der Pflegepersonen ist der größte Teil der Gesamtorganisation. Die Pflegepersonen sind verpflichtet, sich an den internen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Die klientenorientierte Ausrichtung und Wertschätzung sind dabei Grundwerte und vorrangiges Ziel jedes einzelnen Mitarbeiters in der Pflege.

Mit dem Pflegeprozess steht der Pflege ein Instrument der internen Qualitätssicherung zur Verfügung, das eine individuelle und ganzheitlich fördernde Betrachtungsweise des Klienten ermöglicht. Es geht dabei um eine systematisch geplante Pflege. Pflegefachpersonen benötigen bei der Arbeit mit dem Pflegeprozess neben der Pflegefachkompetenz auch persönliche Fähigkeiten, wie:

- eine gute Beobachtungsgabe,
- Einfühlungsvermögen (Empathie) und
- Erfahrung in der Gesprächsführung.

3.1.1 Qualitätsweiterentwicklung und interne Qualitätssicherung anhand des PDCA-Zyklus

Der amerikanische Unternehmensberater W.E. Deming gilt als der Vater des »Total Quality Management«. Bereits nach dem 2. Weltkrieg führte Deming in Japan viele Methoden zur Qualitätsverbesserung ein. Das von ihm entwickelte Modell des PDCA-Zyklus zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität besteht aus vier Schritten – vergleichbar dem Pflegeprozess:

- **Plan:** Informationssammlung und Pflegeprozessplanung
- **Do:** Durchführung der Pflegemaßnahmen
- **Check:** Überprüfung, Erfolgskontrolle
- **Act:** Anpassung, Beschreibung der Verbesserungsmaßnahmen

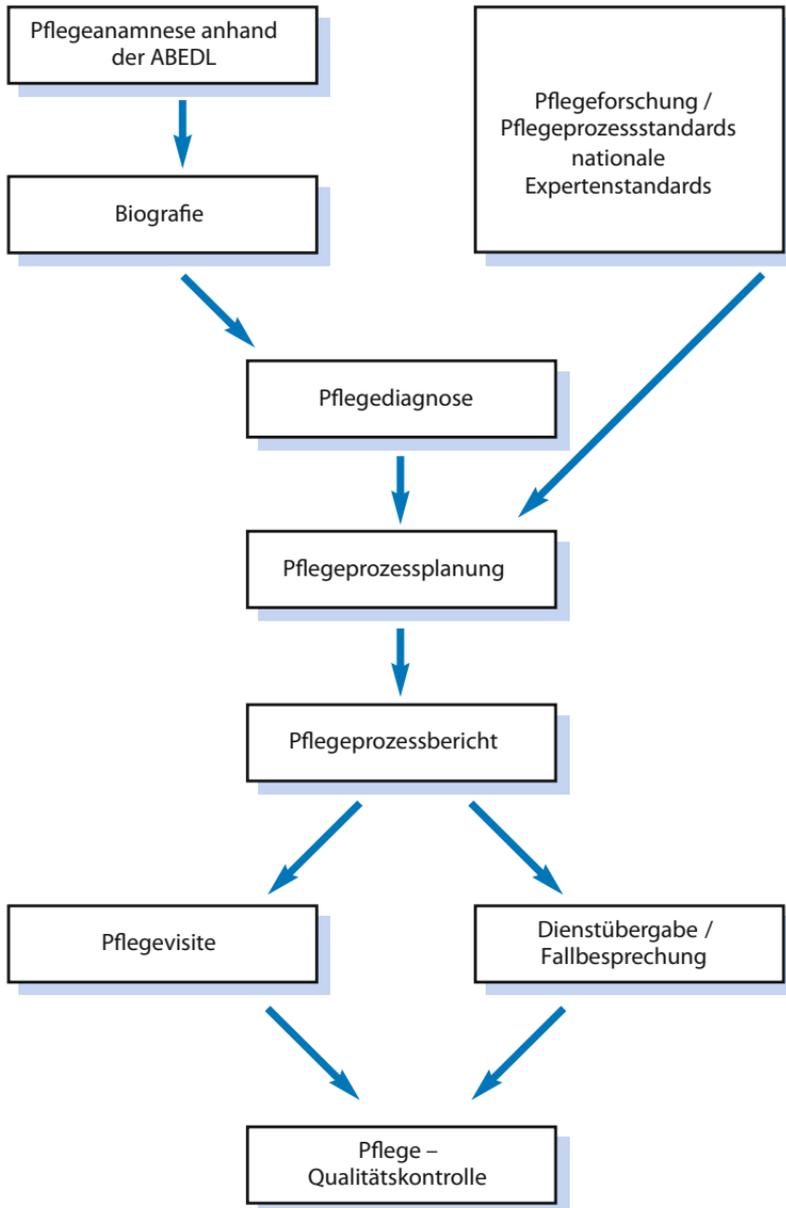
Qualitätssicherung auf der Ebene der Strukturqualität

- Pflegeleitbild und Pflegekonzeption sind allen Mitarbeitern des Pflegebereiches bekannt, Identifikation damit und die Umsetzung sind möglich, Beschreibung des Hauses ist vorhanden.
- Einarbeitungskonzept ist vorhanden, inhaltliche und zeitliche Rahmenvereinbarung wird eingehalten und überprüft.
- Dienstplangestaltung ist klientenorientiert ausgerichtet, ArbZG, JArbSchG und MuSchG eingehalten, Wünsche der Pflegenden soweit möglich berücksichtigt.
- Schnittstellen von Pflege und Hauswirtschaft sind klar geregelt.
- Hygienepläne und Reinigungs- und Desinfektionsplan sind vorhanden und bekannt.
- Stellenbeschreibungen sind erstellt.
- Prospektiver Fortbildungsplan nach Bedarfsermittlung erstellt.
- Handlungskatalog für Notfallmaßnahmen liegt vor.
- Aktuelle Fachliteratur, nationale Expertenstandards und Fachzeitschriften sind allen zugänglich.
- Qualitätsbeauftragter, Hygienebeauftragter, Praxisanleitung und Sicherheitsbeauftragter sind bestimmt und aktiv tätig.
- Qualitätshandbuch und Ordner mit den Unfallverhütungsvorschriften dienen als Nachschlagewerk.
- Qualitätszirkel (QZ) ist gebildet, entscheidet die Themen und arbeitet an Qualitätsverbesserung.
- Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG), Gefahrstoffverordnung (GefStoffV), Betreuungsgesetz (BtG), Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Pflegeversicherungsgesetz (PVG) ambulanter Bereich ab 01.04.1995, stationär ab 01.07.1996, Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Lebensmittelhygiene-Verordnung (LMHV) mit HACCP-Kontrollsystem, Heimgesetz (HeimG) und Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) und Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) werden eingehalten, Unterweisungen werden durchgeführt und Ergebnisse dokumentiert.

Qualitätssicherung auf der Ebene der Prozessqualität

- Pflegeprozess- und nationale Expertenstandards und Verfahrensanweisungen werden als Hilfsmittel bei der Pflegeprozessplanung und -durchführung von Pflegeleistungen eingesetzt.
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sind im Einsatz, Umgang damit ist allen bekannt.
- Pflegefachpersonen arbeiten nach dem Pflegeprozess, reflektieren ihre Arbeit und dokumentieren fach- und sachgerecht.
- Dienstübergaben werden anhand von Checklisten durchgeführt, Fallbesprechungen sind Bestandteil der Dienstübergabe.
- In Bereichs- und Leitungsbesprechungen werden Problemlösungen erarbeitet, umgesetzt und überprüft.
- Pflege(fach)personen nehmen an innerbetrieblichen Fortbildungen (IBF) und externen Fortbildungen (EFB) teil, neue Erkenntnisse werden in der Praxis umgesetzt, rückengerechte Arbeitsweisen praktiziert.
- Pflegevisite bzw. Pflegeprozessbegleitung (► Abschn. 3.4) wird regelmäßig durchgeführt:
 - Klienten werden fachkompetent beraten, sind informiert, können sich aktiv am Pflegeprozess beteiligen und mitentscheiden, fühlen sich sicher und zufrieden,
 - Pflegepersonen fühlen sich durch den Erfahrungsaustausch sicherer, Pflegefehler können ausgeschlossen werden.
- Beschwerdemanagement ist eingerichtet.
- Zufriedenheitsgrad der Klienten/Angehörigen und Pflegenden ist mittels Fragebogen ermittelt, Verbesserungsvorschläge sind umgesetzt.
- Angehörigentreffen werden regelmäßig organisiert und durchgeführt.
- Pflegebett-Unterweisung der neuen Pflegemitarbeiter.
- Pflegebett-Überprüfung vor dem Einzug eines Klienten in die Altenpflegeeinrichtung.
- Die elementaren Bausteine der internen QS der Pflege verstehen sich eingebettet in das Qualitätskonzept der Altenpflegeeinrichtung, das die Basis für die Pflegequalität vorgibt (■ Abb. 3.1).

Die **externe Qualitätssicherung** bezieht sich auf die Überprüfung qualitätssichernder Maßnahmen auf Struktur- und Prozessebene. Die Überprüfung erfolgt durch den MDK, die Heimaufsicht, das Gesundheitsamt, Sozialhilfe-



■ **Abb. 3.1** Instrumente der internen Qualitätssicherung

träger, Klienten und deren Angehörige oder Betreuer (nur mit dem Auftrag Gesundheitsvorsorge und Aufenthaltsbestimmung). Die zuständigen Behörden überprüfen, ob die Altenpflegeeinrichtung den Anforderungen der gesetzlichen Bestimmungen entspricht. Die zuständige Behörde kann zu ihren Prüfungen weitere fach- und sachkundige Personen hinzuziehen.

Die ISO-EN-9001:2008 (ISO = Internationale Organisation für Normung, EN = Europäische Norm) dient der Qualitätsbewertung und -sicherung mit dem Ziel einer ständigen Verbesserung. Überprüft werden die Dienstleistungen in allen Bereichen der Altenpflegeeinrichtung bis hin zur Möglichkeit der Zertifizierung. Folgende Schritte sind dafür erforderlich: IST-Analyse-Erhebung, Schwachstellenbeurteilung, Änderung/Umsetzung und Qualitätsverbesserung in den Struktur- und Prozessabläufen.

Schwerpunkte des neuen Heimgesetzes für Baden-Württemberg (LHeimG)

- Stärkung des Verbraucherschutzes durch Verbesserung der Rechtsstellung: Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen, Transparenz der Heimverträge
- Überprüfung der Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung
- Pflicht zur Einführung eines Beschwerdemanagements
- Eine Entgelterhöhung muss mindestens 4 Wochen vorher bekannt gegeben werden
- Ausreichender Schutz der Bewohner vor Infektionen
- Eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung ist zu sichern

Bezüglich der Qualitätssicherung ergibt sich für die Praxis folgendes Fazit:

- Der Träger einer Altenpflegeeinrichtung ist für die Weiterentwicklung und Sicherung der Pflegequalität verantwortlich:
 - Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeesbstverwaltung,
 - Gesundheitsschutz der Klienten und Pflegepersonen im Bereich der Gesundheits-, Personal-, Behandlungs- und Lebensmittelhygiene unter Beachtung der RKI-Richtlinien.
- HeimG und PQsG ergänzen sich mit dem Ziel, die Qualität in Altenpflegeeinrichtungen zu sichern.

3.2 Dienstübergabe und Fallbesprechungen

! Zu Beachten

Die mündliche Dienstübergabe ist ein Instrument der Informationsweitergabe und der internen Qualitätssicherung.

Es wird zwischen schriftlicher Dienstübergabe (dem Pflegeprozessbericht) und mündlicher Dienstübergabe (dem Übergabegespräch) unterschieden. Die mündliche Dienstübergabe findet zu festgelegten Zeiten, immer im selben Raum und in allen 3 Dienstsichten statt. Für die Dienstübergabe sind im Dienstplan Übergabezeiten bzw. Überlappungszeiten vorgesehen. Sie betragen in der Regel 15–30 Minuten. Um den reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, muss sich die Dienstübergabe nach festen Regeln vollziehen.

Strukturqualität

- Die Dienstübergabezeiten sind allen anderen Berufsgruppen (z. B. Verwaltung, Küche) bekannt.
- Alle Pflegepersonen sind anwesend, für jede existiert eine Sitzmöglichkeit.
- Jede Pflegeperson hat die Möglichkeit, pflegerelevante Informationen beizusteuern.
- Der Außendienst bzw. die Aufsicht über den Wohnbereich ist gewährleistet (für Klienten, Besucher und für die Annahme von Telefonaten). Hier wird nach dem Rotationsprinzip eine Pflegeperson eingeteilt.
- Die Verantwortung für den Ablauf der Dienstübergabe trägt die Wohnbereichs- oder Schichtleitung.

Prozessqualität

- Als Kommunikationshilfen dienen die Dokumentationsakte des Klienten und die Benutzung des Reitersystems (schriftliche und mündliche Organisationshilfen).
- Zu den klientenbezogenen Inhalten der Dienstübergabe gehören:
 - Beurteilung, Reaktion und Wirkung der Pflegeleistungen (die durchgeführten Pflegeleistungen im Bereich der direkten Pflege werden nur bei einer Abweichung von der geplanten Norm angesprochen),
 - das Befinden des Klienten,
 - besondere Beobachtungen, mögliche Komplikationen,
 - Überprüfung der Pflegeprozessplanung,

- Fallbesprechung: Besprechung einer problematischen oder schwierigen Pflegesituation mit gemeinsamer Ausarbeitung von praktischen Lösungsmöglichkeiten; Ziel ist die Entlastung bei einer belastenden Situation und die Vereinheitlichung von Betreuung und Pflege einzelner Klienten,
- Anordnung des Arztes und Behandlungsverlauf aus pflegerischer Sicht.
- Bei Besonderheiten (z. B. Verschlechterung des Befindens des Klienten) kann die Dienstübergabe im Zimmer des Klienten erfolgen.
- Zu den betriebsbezogenen Inhalten der Dienstübergabe gehören:
 - im Bereich der Ablauforganisation: z. B. Wünsche zum Dienstplan und Freizeit, Planung und Teilnahme an Fortbildungen, Neuanschaffungen, Klärung von Konflikten,
 - Anliegen, die jede Pflegeperson äußern kann,
 - Gespräche im Team, die der Information und dem Abbau von psychischem Stress und Unsicherheiten dienen.
- Um die Qualität der Dienstübergaben zu optimieren, sind Checklisten für die Informationsweitergabe und für die Vorstellung eines neuen Klienten hilfreich (■ Abb. 3.2).

Checkliste Klientenvorstellung

1. Name, Vorname und Alter
2. Einzug am _____ in Begleitung von _____
Transportmittel und Angabe woher (aus KH, Reha oder häuslichem Bereich)
3. Angehörige, Betreuung (Aufgabenbereiche)
4. Medizinische Diagnosen (Arztbrief) und Pflegeüberleitungsbericht vorlesen
5. Aktuelles Pflegeassessment (Selbstständigkeit/Abhängigkeit)
6. Externe Anbieter (Frisör, Fußpflege), wie oft?
7. Biografie (Lebensgeschichte)
8. Alle Risikoeinschätzungen
9. Besonderheiten (z. B. Regelung im Notfall)
10. Bestimmung der Pflegebezugsperson (innerhalb von 4 Wochen wird die Pflegeprozessplanung erstellt).

Ergebnisqualität. Ein lückenloser Informationstransfer aller pflegerelevanten Daten von Schicht zur Schicht trägt wesentlich zur Sicherstellung der Betreuungsqualität uns anvertrauter Menschen bei.

3.3 Teambesprechungen

Bereichs- und Leitungsbesprechungen stellen weitere Schwerpunkte der internen Qualitätssicherung dar. An den **Bereichsbesprechungen** nehmen alle Teammitglieder eines Wohnbereichs teil. Die Besprechungen finden während der Arbeitszeit statt. Der beste Zeitraum ist der Übergang vom Früh- zum Spätdienst, da die Klienten sich erfahrungsgemäß nach dem Mittagessen hinlegen. Neben dem Pflegeteam können auch die beteiligten Therapeuten und Ärzte an der Besprechung teilnehmen. Die Themeninhalte können im organisatorischen, fachlichen oder kommunikativen Bereich liegen. Damit tragen Teambesprechungen zur besseren Information aller und insgesamt zur besseren Kooperation und Kommunikation bei.

Bereichsbesprechungen sollen regelmäßig monatlich stattfinden. Über die Besprechungen sind Protokolle zu führen, abzuheften und allen Beteiligten zugänglich aufzubewahren. Die Besprechungen sollen von der Wohnbereichsleitung mit der Pflegedienstleitung auf Themeninhalte abgestimmt werden. Besprechungen mit den Nachtwachen sollten ebenfalls regelmäßig erfolgen.

An der **Leitungsbesprechung** nehmen die Heimleitung, die Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachperson), die Wohnbereichsleitungen, die Leitung der Beschäftigungstherapie, die Hauswirtschaftsleitung und die Wäscherei- und Küchenleitung teil. Bei der zunehmenden Vergabe von Arbeiten an Fremdfirmen (z. B. Essensversorgung, Wäscherei oder Reinigung) wird die Miteinbeziehung dieser Berufsgruppen zu regelmäßig monatlich stattfindenden Besprechungen allerdings nicht immer möglich sein.

Themen einer Leitungsbesprechung können sein: Qualitätsverbesserung, Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, Personalplanung, Qualität der praktischen Ausbildung von Altenpflegeschülern, Beschwerdemanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Planung von Veranstaltungen für Klienten und deren Angehörige sowie die Förderung der Kommunikation und Kooperation untereinander.

Anhand des Ist-Soll-Vergleichs können bei einer solchen Leitungsbesprechung der Handlungsbedarf aufgezeigt und Sollkriterien sowie Umsetzungs-

strategien entwickelt werden. Als Möglichkeit einer Fremdeinschätzung bietet sich ein Fragebogen zur Zufriedenheit und Qualität der Dienstleistungen an, den Klienten bzw. Angehörige und Pflegepersonen ausfüllen. Nach der Auswertung können entsprechende Maßnahmen zur Beseitigung von Beschwerden rasch umgesetzt werden.

Die Besprechungen auf Bereichs- und Leitungsebene haben das Ziel der Qualitätsweiterentwicklung und der Beseitigung von Qualitätsdefiziten. Über die Besprechungen sind Protokolle zu führen. Alle erstellten Protokolle werden von den Pflegepersonen gelesen und unterschrieben. Damit ist der Informationstransfer auch an länger abwesende Pflegepersonen gewährleistet und überprüfbar.

3.4 Pflegevisite bzw. Pflegeprozessbegleitung

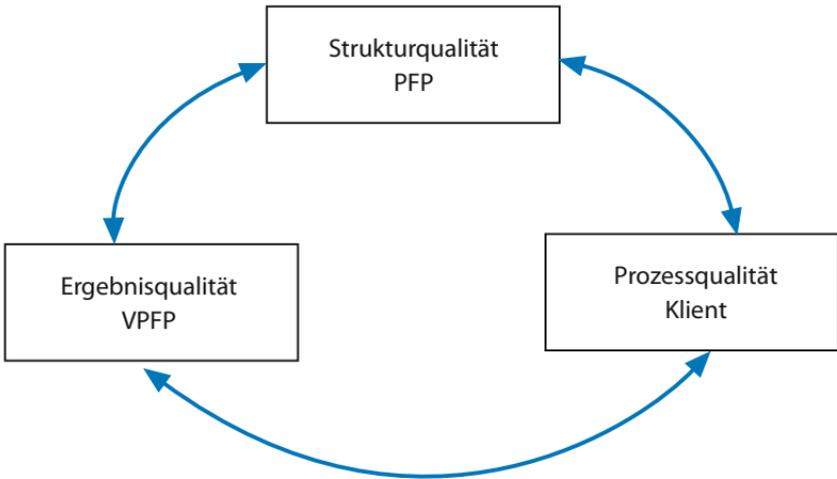
Zu Beachten

Die Pflegevisite dient der Qualitätsprüfung der geplanten und durchgeführten Pflegeleistungen, der Ermittlung von Zufriedenheit und Bedürfnissen des Klienten, der fachbezogenen Begleitung der Pflegepersonen. Die Pflegevisite ist ein geeignetes Instrument der internen Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich.

Die Pflegevisite ist mittlerweile ein Bestandteil der externen Qualitätsüberprüfung. Es gibt sog. Mikrovisiten (Interaktion zwischen Klient und Pflegebezugsperson) und Makrovisiten. Eine Makrovisite ist eine Interaktion zwischen Pflegedienstleitung, Klient und Pflegefachperson. Sie ist gleichzeitig ein Kontroll- und Führungsinstrument. Die Pflegeprozessbegleitung hat auf den Klienten, dessen Angehörige und die Pflegefachperson positive Auswirkungen: bessere Kommunikation und Interaktion und fachliche Sicherheit für Pflegefachpersonen und Klienten (■ Abb. 3.3).

Die Pflegedienstleitung muss als Voraussetzungen zur Durchführung von Pflegevisiten eine hohe fachliche und soziale Kompetenz sowie Erfahrung in der Gesprächsführung mitbringen. Ziel der Pflegevisite ist die Verbesserung und Sicherung der Pflegeleistungsqualität, die Vermeidung von Pflegefehlern und eine einheitliche Vorgehensweise.

Mit der Pflegevisite überprüft die Pflegedienstleitung den Pflegeprozess. Sie ist also ein direktes Instrument der Qualitätsprüfung (Beurteilung des



■ **Abb. 3.3** Makrovisite (VPPF = verantwortliche Pflegefachperson, PFP = Pflegefachperson)

Ist-Zustandes) und ggf. der Leistungsverbesserung (Maßstab Soll-Zustand). Durch den fachlichen Austausch bei der Pflegevisite kann sich die einzelne Pflegefachperson dem ständig komplexer werdenden Aufgabengebiet besser gewachsen fühlen. Längerfristige Auswirkungen der Pflegevisite sind eine Aufwertung der Berufsgruppe der Pflegenden, die gesellschaftliche Anerkennung und eine zunehmende Professionalisierung. Die Vorteile für den Klienten und deren Angehörige sind die Miteinbeziehung und die Mitentscheidung im Pflegeprozess, die ganzheitlich fördernde Betrachtungsweise, fachbezogene Beratung, Sicherheit und Zufriedenheit.

Die Pflegevisite kann auch von der Wohnbereichsleitung, deren Vertretung und der Pflegebezugsperson durchgeführt werden. Außerdem sollte der Praxisanleiter oder Mentor, der für die Altenpflegeschüler und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter zuständig ist, der Pflegevisite beiwohnen. Es ist sinnvoll, auch Altenpflegeschüler an der Pflegevisite teilnehmen zu lassen, da sich diesen hier ein sehr guter Einblick in die Ergebnisse der praktischen Arbeit und in den organisatorischen Ablauf bietet, was wiederum das Verständnis von Zusammenhängen fördert. Bei Bedarf kann auch der Hausarzt an der Pflegevisite teilnehmen. Bei der Einführung von Pflegevisiten ist die Erarbeitung einer entsprechenden Checkliste hilfreich.

Checkliste Strukturqualität der Pflegevisite

- Alle Pflegepersonen sind über Sinn und Zweck der Pflegevisite informiert
- Klient, Angehörige bzw. Betreuer sind informiert und haben die Zustimmung gegeben
- Ein Termin ist vereinbart
- Die Pflegedokumentation und die Pflegeprozessplanung werden im Bereich der direkten und indirekten Pflege nach ABEDL vor der Pflegevisite überprüft
- Gespräch mit der Pflegefachperson nach der Pflegevisite findet statt

Checkliste Prozessqualität der Pflegevisite

- Besuch und Gespräch mit dem Klienten, Angehörigen und Betreuer (Intimsphäre und Schweigepflicht im 2-Bett-Zimmer beachten, dem Klienten mit Empathie begegnen)
- Bedürfnisse, Wünsche und Zufriedenheitsgrad des Klienten ermitteln
- Überprüfung der geplanten und durchgeführten Pflegeleistungen im Bereich der direkten und indirekten Pflege, die Wirksamkeit unter Berücksichtigung von Fähigkeiten (Selbstständigkeit), Ressourcen und Defiziten (Abhängigkeit) ermitteln
- Überprüfung der Pflegestufe auf ihre Gültigkeit (Wirtschaftlichkeitsaspekt)

Checkliste Ergebnisqualität der Pflegevisite

- Durchführung der Pflegevisite mit Handzeichen in Pflegeprozessbericht dokumentieren
- Gespräch mit Pflegefachperson:
 - Umsetzung von Pflegeleitbild und Pflegekonzept ist ersichtlich
 - Zufriedenheit der Pflegefachperson ist erkennbar
 - Zielvereinbarung und Verbesserungsvorschläge werden in Checkliste »Pflegevisiteabschlussgespräch« gemeinsam erarbeitet
 - Termin für die nächste Pflegevisite ist festgelegt
- Pflegevisitenprotokoll ist erstellt und von Pflegefachperson und Pflegedienstleitung unterschrieben

Die Checkliste »Pflegevisite« kann auch im Qualitätszirkel erarbeitet werden. Somit sind die Pflegefachpersonen in den Vorbereitungs- und Durchführungsprozess miteinbezogen.

3.5 Qualitätszirkel

! Zu Beachten

Ein Qualitätszirkel ist eine freiwillig zusammengekommene Arbeitsgruppe eines Arbeitsbereichs oder einer gesamten Organisation. Diese Arbeitsgruppe stellt Schwachstellen und Fehlerquellen fest und arbeitet am Problemlösungsprozess mit.

Ursprünglich wurde das Konzept von Qualitätszirkeln (QZ) in den 1960er Jahren von Kaoru Ishikawa in Japan entwickelt, um die Produktqualität in der Industrie zu verbessern. Dieser partizipative Ansatz, d. h. Mitarbeiter sind in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen, führte zu deutlich mehr Verantwortungsbereitschaft, Arbeitszufriedenheit und einer Senkung der Arbeitsplatzfluktuation. In den USA wird das Konzept der QZ in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Erfolg praktiziert.

Die Einrichtung von Qualitätszirkeln hängt von der Größe der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung ab und kann ebenfalls in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt werden.

Qualitätszirkel auf der Ebene der Strukturqualität

- Die Arbeitsgruppe von 4–6 Pflegenden ist bestimmt (Pflegefachpersonen, Pflegepersonen, Altenpflegeschüler und u. U. auch die Pflegedienstleitung)
- Das Treffen findet regelmäßig alle 14 Tage bis einmal im Monat für die Dauer von 1–1,5 Stunden statt
- Ein realistischer Arbeitszeitraum ist vorgegeben
- Der Moderator des QZ ist bestimmt (die Bestimmung eines externen Moderators bringt mehr Offenheit und Neutralität – keine »Betriebsblindheit«, bedeutet aber einen höheren finanziellen Aufwand)
- Die Themen werden nach ihrer Priorität von der Arbeitsgruppe bestimmt, so können z. B. Checklisten für die Pflegevisite, die Schnittstelle Pflege/Hauswirtschaft, die Erstellung von Pflegeprozessplanung und Evaluation bei einzelnen Klienten, die Arbeitssicherheit und die Verbesserung der Pflegequalität besprochen und im Hinblick auf ein Ergebnis erarbeitet werden

Qualitätszirkel auf der Ebene der Prozessqualität

- Die Teilnahme am QZ ist freiwillig und findet in der Arbeitszeit statt
- Als Voraussetzung für den Erfolg ist die beständige Teilnahme der Gruppenmitglieder anzusehen
- Das zu bearbeitende Thema ist allen Gruppenmitgliedern bekannt
- Die Vorgehensweise ist:
 - Beschreibung des Ist-Zustands
 - Ursachendefinition und Analyse
 - Problemlösungsfindung
 - Beschreibung des Soll-Zustands
- Verbesserungsvorschläge werden den Vorgesetzten und allen Pflegenden vorgestellt.
- Die Umsetzung und Erprobung der Vorschläge erfolgt durch die QZ-Gruppenmitglieder

Qualitätszirkel auf der Ebene der Ergebnisqualität

- Reflexion der Umsetzung
- Soll-Ist-Vergleich

Die Leitungsebene soll bei Veränderungen und Verbesserungen von bestehenden Struktur- und Prozessabläufen die Bereitschaft zur Unterstützung zeigen. Die Interessen und Bedürfnisse der Pflegenden sollen berücksichtigt werden (partizipativer Ansatz).

Begründet wird dieser partizipative Ansatz durch

- immer größere qualitative und quantitative Anforderungen an die Pflegenden,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen aufgrund der Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse,
- eine klare Kompetenzabgrenzung zu anderen Berufsgruppen,
- eine bessere Koordination der Arbeitsabläufe und
- die Steigerung der Arbeitsmotivation, der Identifikation mit der Aufgabe und mit dem Träger (Corporate identity).

Der Nachweis für die Arbeit von Qualitätszirkeln ist bei den externen Qualitätsprüfungen vorzulegen.

Professionalisierung in der Altenpflege

- 4.1 Aus- und Weiterbildung – 58
- 4.2 Innerbetriebliche und externe Fortbildung – 59
- 4.3 Pflegeforschung – 61

4.1 Aus- und Weiterbildung

Das Niveau der Ausbildung und das Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten entscheiden im wesentlichen Maße über die Qualität der geleisteten Pflege. Um den quantitativen und qualitativen Ansprüchen an die Pflege auch in Zukunft zu genügen, werden sich die Pflegefachpersonen schon bald weitgehend spezialisieren müssen, so wie sich bereits jetzt einzelne Altenpflegeeinrichtungen auf spezielle Klientengruppen zu konzentrieren beginnen (z. B. gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, Wachkoma- und AIDS-Patienten).

Die bundeseinheitliche Ausbildungsregelung und das AltPflG traten bereits am 01.08.2003 in Kraft. Die Inhalte in der Altenpflegeausbildung werden nun lernfeldorientiert und nicht mehr fachorientiert vermittelt. Die Ausbildung dauert einheitlich 3 Jahre. Nach meiner Meinung wichtige Aspekte, wie Fachenglisch und Fachlatein, wurden im Curriculum nicht berücksichtigt. Neben der Altenpflegeausbildung gibt es die einjährige Altenhilfeausbildung, die von einzelnen Bundesländern geregelt wird.

Nach der Ausbildung und mit erreichter Berufserfahrung können – berufs begleitend oder in Vollzeit – Weiterbildungslehrgänge besucht werden. Diese umfassen Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung/verantwortliche Pflegefachperson, Hygienefachkraft, Qualitätsbeauftragter, Fachkraft für Gerontopsychiatrie, Mentor- oder Praxisanleitung.

AltPflG und KrPflG schreiben vor, dass eine Praxisanleitung (mit einer Zusatzausbildung von mindestens 160 Stunden) bei bis zu 10 Schülern vorhanden sein muss.

Der Stundenumfang der Mentorenausbildung beträgt, je nach Institutsangebot 160–240 Stunden, für die Praxisanleitung zwischen 350–520 Stunden. In beiden Ausbildungen werden pädagogische und didaktische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt. Mentoren begleiten ihre Schüler kontinuierlich während der praktischen Ausbildung im jeweiligen Wohnbereich. Die Praxisanleitung begleitet die Schüler wohnbereichsübergreifend, ist nicht in den Wohnbereichsablauf integriert und trägt Mitverantwortung für den Transfer von Theorie zur Praxis.

Die schon lange geforderte Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege ist vollzogen (► Abschn. 4.3). Anfang der 1990er Jahre wurden die ersten Studiengänge in Deutschland eingerichtet. Das Studium kann an privaten, öffentlichen oder konfessionellen Fachhochschulen und Universitäten absolviert werden. Teilzeit-, Regel- und Fernstudiengänge sind möglich. Studi-

4.2 · Innerbetriebliche und externe Fortbildung

engänge sind z. B. Pflege- und Gesundheitsmanagement, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Sozialmanagement, BA Studiengang Gesundheitsmanagement oder das Studium zum Diplom-Pflegewirt. In einem Teil des Graduiertensystems können Bachelor- oder Masterabschlüsse erworben werden.

Die Pflegeprozess- und nationalen Expertenstandards sowie die Pflegeforschung tragen als Unterrichtsstoff zu einer breiten Vereinheitlichung der Qualitätsmaßstäbe bei.

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) fordert explizit die Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung. Die Einrichtung von sog. Berufskammern für Pflegende auf Länderebene wäre eine Konsequenz dieser Forderung nach mehr Pflegeselbstverwaltung. Berufskammern würden die weitere Entwicklung der Pflege wesentlich zügiger voranbringen. Die möglichen Aufgaben einer Berufskammer könnten sein:

- Lizenzierung und Registrierung von Angehörigen der Berufsgruppen und Erhalt des Heilberufeausweises,
- Beratung, Fortbildungskontrolle und Fortbildungsangebote in den Bereichen Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz,
- Festlegung von Standards für Ausbildung und Praxis,
- Disziplinarverfahren bei Nichteinhaltung von vorgegebenen beruflichen Verhaltensweisen
- Registrierung beruflich Pflegenden (freiwillig möglich unter: www.regbp.de).

Als erstes Bundesland will Bayern 2011 die Berufskammer einführen.

Für die Nutzung des erfreulich breiten Angebots an Weiterbildungsmöglichkeiten, u. a. in den Bereichen der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und geriatrischen Rehabilitation, müssen mehr Anreize geschaffen werden, da die fachliche Spezialisierung letztendlich die weitere Entwicklung in der Altenpflege prägt.

Merkmale professioneller Pflege:

- Berufliche Autonomie
- Pflegewissenschaftlich begründete Handlungsweisen
- Bezugspflege

4.2 Innerbetriebliche und externe Fortbildung

Das Angebot an betriebsinternen Fortbildungen spielt eine wichtige Rolle bei der internen Qualitätssicherung. Als **betriebsinterne Fortbildung** wird jeg-

liche Erneuerung, Vertiefung, Erweiterung, Auffrischung und Aktualisierung der fachspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten verstanden. Im Gegensatz zur grundlegenden fachlichen Spezialisierung durch Weiterbildungsmaßnahmen bietet sich insbesondere die innerbetriebliche Fortbildung (IBF) zur schrittweisen und regelmäßigen Anpassung des Wissensstandes an die wechselnden Berufsanforderungen an. In themenbezogenen einzelnen Sitzungen, praktischen Übungen oder Kursen widmet sich die IBF einzelnen Bereichen:

- im organisatorischen Ablauf (z. B. bei der Einführung von Pflegeprozessstandards, der Implementierung von nationalen Expertenstandards, bei der Vermittlung von Pflegeverständnis, -theorien und -modellen, Pflegeleitbild und Pflegekonzeption),
- in der Handlungssicherheit (z. B. bei der Ausführung einzelner Pflegeleistungen oder rückengerechte Arbeitsweise, betriebliche Gesundheitsförderung),
- in der Technik (z. B. im Umgang mit einem neuen Gerät oder in der Brandschutzunterweisung),
- im Hintergrundwissen (z. B. bei gesetzlichen Neuerungen).

Nach einer entsprechenden Bedarfsermittlung sollte das Angebot an IBF für einen vorgegebenen Zeitraum geplant werden. Nachweise oder Zertifikate für die erfolgreiche Teilnahme werden den Teilnehmern ausgehändigt. Die Teilnahme an IBF/EFB sollte für alle in der Pflege Beschäftigten als selbstverständlich angesehen werden. Die Pflegenden erbringen schließlich Dienstleistungen, die nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erbracht werden sollen. Eine Qualitätsverbesserung durch die IBF wird über die Förderung des wirtschaftlichen Arbeitens, die Vereinheitlichungen im Arbeitsablauf und über die Steigerung der Kompetenz, des Teamgeistes und des Selbstbewusstseins erreicht.

Eine **externe Fortbildung** (EFB) findet bei einem fremden Träger oder einer Bildungsinstitution statt. Sie soll sich an den Erfordernissen des Arbeitgebers und den Bedürfnissen der Pflegenden orientieren. Die Übernahme der Fortbildungskosten, zeitliche Freistellung und die Lohnfortzahlung sollen vom Arbeitgeber getragen werden. Solche Fortbildungen ermöglichen über den eigentlichen Bildungsinhalt hinaus den Pflegenden einen Austausch mit anderen Kollegen und einen Vergleich mit anderen Einrichtungen, wodurch neue Impulse am alten Arbeitsplatz eingebracht werden können.

Die Teilnahme an internen und externen Fortbildungen muss beiden externen Qualitätsprüfungen nachgewiesen und vorgelegt werden (Teilnehmerlisten und Bescheinigungen über die Teilnahme).

Alle Bemühungen um eine maximale Pflegequalität und Maßnahmen zur Qualitätssicherung stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Professionalisierung in der Altenpflege: Mit zunehmender Pflegequalität ist mehr und mehr Fachkompetenz erforderlich, eine qualifizierte Ausbildung und eigenverantwortliches Arbeiten wiederum sind Faktoren einer hohen Pflegequalität. Mit der wachsenden Bedeutung der Altenpflege geht also ein Wandel des Berufsbildes einher. Die Aufwertung des Pflegeberufs und die Stärkung des professionellen Selbstbewusstseins äußern sich in einer ganzen Reihe von bereits erreichten Qualitätsmaßstäben in der Altenpflege:

- Reflexion und Theoretisierung: Pflegemodelle und Pflegekonzeption,
- Standardisierung: Pflegeprozessstandards, Verfahrensanweisungen und Checklisten,
- Modernisierung: Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Pflegemanagement und Organisation des Arbeitsablaufs,
- Berufspolitisierung: Berufskammern und bundeseinheitliche Ausbildungsregelung (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege),
- Akademisierung: Pflegestudiengänge und Pflegeforschung.

Die Umsetzung dieser Punkte ist in vollem Gange. Wir alle können uns nur wünschen, dass die Vision vom Profi in der Altenpflege bald zur Selbstverständlichkeit geworden ist, denn diese Profis werden die am besten motivierten und kompetentesten Pflegefachpersonen für unsere Klienten und später einmal für uns selber sein.

4.3 Pflegeforschung

Mit dem zunehmenden Stellenwert der Pflege gewinnt auch die Pflegeforschung immer mehr an Bedeutung. Bereits 1984 wurde das Agnes-Karll-Institut (AKI) für Pflegeforschung des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege gegründet, mit dem Ziel, systematische und wissenschaftliche Grundlagen für Pflegemethoden zu liefern und damit die Professionalisierung des Pflegeberufs einen entscheidenden Schritt voranzubringen. Die Forschungsprojekte, teilweise im Auftrag des Bundesministeriums für

Gesundheit durchgeführt, umfassen nicht nur die direkte Pflege unter konkreten Voraussetzungen, sondern auch strukturelle und methodologische Aspekte und die wissenschaftliche Untersuchung von Pflegehilfsmitteln. Die Ergebnisse führen u. a. direkt zur Entwicklung neuer Expertenstandards oder anderer Parameter der Qualitätssicherung bzw. zur Aktualisierung der bestehenden Pflegeprozessstandards und -kriterien.

4 7 nationale Expertenstandards liegen bereits vor: *Dekubitusprophylaxe in der Pflege* (12/10; ► Abschn. PS 4), *Entlassungsmanagement in der Pflege* (07/09; ► Abschn. PS 10), *Schmerzmanagement in der Pflege* (05/05; ► Abschn. PS 8), *Sturzprophylaxe in der Pflege* (02/06; ► Abschn. PS 5), *Förderung der Harnkontinenz in der Pflege* (04/07; ► Abschn. PS 7), *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden* (06/09; ► Abschn. PS 9) sowie *Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege* (05/10; ► Abschn. PS 6).

Mithilfe der Pflegeforschung können die Expertenstandards in der Pflege, basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen, das pflegerische Handeln optimieren und qualitativ sichern.

Pflegeforschung dient der wissenschaftlich fundierten Wissensvermittlung in der Pflege. Deswegen bedarf es zunehmend quantitativer und qualitativer Pflegeforschung.

Belastungen in der Altenpflege und Bewältigungsstrategien

Mit dem veränderten Stellenwert der Altenpflege, den Veränderungen in der Klientenstruktur, gesetzlichen Vorgaben und hohen Qualitätsanforderungen summieren sich ganz erhebliche Belastungen für die Pflegepersonen:

- große körperliche Belastung,
- große psychische Belastung (z. B. das Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber Krankheit und Sterben – die sog. »innere Kündigung«),
- Schwierigkeiten in der Balance zwischen Nähe und Distanz gegenüber den Klienten,
- Umgang mit Ekelgefühlen bei bestimmten Tätigkeiten,
- Zunahme des Verwaltungsaufwandes,
- Personalknappheit und Zeitdruck,
- fehlende fachliche Qualifikation von Mitarbeitern, dadurch entstehende Unsicherheit,
- mangelnde gesellschaftliche Anerkennung.

Diese beruflichen Belastungen, die zu Stress, Frustration, Resignation und Burn-out bis hin zum Berufsausstieg führen können, werden noch verstärkt durch neue gesetzliche Regelungen und die Zunahme des Konkurrenzdrucks unter den verschiedenen Anbietern von ambulanter und stationärer Pflege.

Ein Thema, das im Zusammenhang mit den Belastungen des Berufsalltags immer wieder auftaucht, ist die Ambivalenz der Gefühle: gemeint ist damit die Schwierigkeit einer Pflegeperson, die Balance zwischen Nähe und Distanz zum Klienten zu halten. Das Problem besteht also in dem Zwiespalt zwischen der Bindung, die die engen zwischenmenschlichen Kontakte mit sich bringen, und der Loslösung, die für eine effektive und objektive Arbeit erforderlich ist. Viele Pflegepersonen sehen in dieser Ambivalenz die wesentliche Belastung in ihrem Berufsalltag.

Neben den Entlastungen, die eine durchdachte Arbeitsorganisation mit Pflegeprozessstandards, Teambesprechungen und Fortbildungsangeboten mit sich bringen, können die Leitungen oder Träger von Altenpflegeeinrichtungen den Pflegenden durchaus noch weitere Bewältigungsstrategien anbieten:

- Supervision: Reflexion des Arbeitsalltags mit Hilfe eines Supervisors als Begleiter oder Berater in regelmäßigen Gruppensitzungen (Gruppen- oder Teamsupervision).

- Balint-Gruppe: Abwechselnd stellen die einzelnen Teilnehmer der Gruppe eigene problematische Fälle von Klienten vor, deren Pflege sehr belastend ist, die Gruppenarbeit führt dann zu Lösungsansätzen für die Bewältigung der psychischen Konflikte (Hirsch 1992).
- Qualitätszirkel: In einem regelmäßig stattfindenden Diskussionskreis werden die verschiedensten Aspekte des Berufsalltags analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet (► Abschn. 3.5).
- Als eine weitere Maßnahme zur Entlastung kann das Angebot von Betriebssport betrachtet werden: Neben dem körperlichen Ausgleich der physischen Belastungen des Pflegeberufs dient Betriebssport auch dem Teamgeist und einem guten Arbeitsklima.

Umsetzung von Pflegeprozess- und Expertenstandards

Die Leser von Fachlektüre stoßen immer wieder auf Begriffe wie Pflegekonzeption, Pflegeprozess, Pflegeprozessplanung, Pflegeprozessstandards, Expertenstandards, Pflegeprozessdokumentation, Pflegeforschung, Pflegeleistungen, Pflegequalität und Qualitätssicherung. Tatsächlich sind all diese Begriffe eng miteinander vernetzt und bilden gemeinsam ein System für methodische Vorgehensweisen in der Pflege, die bereits erläutert wurden. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Pflegeprozessstandards.

! Zu Beachten

Pflegeprozessstandards sind auf jeweils einzelne pflegerische Interventionen begrenzte Tätigkeitsbeschreibungen, also die schriftliche Fixierung der konkret zu erbringenden pflegerischen Leistungen. Sie fungieren als Kurzinformationen und Hilfsrichtlinien.

Die Pflegeprozessstandards in diesem Buch umfassen folgende Bereiche:

- die direkte Pflege und Interventionen zur Prophylaxe (► Kap. 7),
- Unterstützung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (die indirekte Pflege ► Kap. 8),
- die spezielle Betreuung und Pflege von Klienten mit Demenz (► Abschn. PS 11).

Hinweise zum Umgang mit diesen Pflegeprozessstandards sind einleitend vorangestellt.

Vielorts ist inzwischen der Versuch unternommen worden, Pflegeprozessstandards zu kategorisieren. So wird allgemein z. B. in Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards unterschieden oder mitunter in Pflegeprozessstandards auf Makro-, medialer oder Mikroebene unterteilt (Bienstein 1995). Nach diesen Einteilungen handelt es sich bei den Standards in diesem Buch um Prozess- bzw. Mikrostandards, da Bereiche wie z. B. die allgemeine Arbeitsorganisation und andere übergreifende Aspekte nicht berücksichtigt werden. Je nach den Gegebenheiten und dem individuellen Bedarf können in den einzelnen Altenpflegeeinrichtungen jedoch leicht weitere Pflegeprozessstandards nach dem vorgegebenen Muster entwickelt werden. Diese können sowohl die direkte und indirekte Pflege betreffen als auch auf strukturelle und andere Regelungen abzielen. Pflegeprozessstandards dienen der allgemeinen Orientierung besonders Pflegepersonen,

- die nach dem Pflegeprozess arbeiten,
- die (noch) nicht über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der praktischen Arbeit verfügen, also Pflegepersonen ohne abgeschlossene Ausbildung und Laien,
- die sich als neue Mitarbeiter einer Altenpflegeeinrichtung noch in der Einarbeitungsphase befinden,
- die ein Nachschlagewerk suchen.

Pflegeprozessstandards sind keinesfalls mit standardisierter Pflege zu verwechseln. Sie dienen lediglich als Bausteine, aus denen individuelle Pflegeprozesspläne zusammengestellt werden. Die in den einzelnen Einrichtungen der stationären und häuslichen Altenpflege erarbeiteten Pflegeprozessstandards sind, einmal eingeführt, für alle verbindlich und als Dienstanweisungen zu betrachten.

Mit der Anwendung von Pflegeprozessstandards bei der Pflegeprozessplanung, -durchführung und -dokumentation soll ein einheitliches Pflegekonzept für jeden einzelnen Klienten ermöglicht werden. Beispielsweise wird so auch beim Wechsel des Personals, besonders im stationären Bereich, die gleichbleibende qualitativ hohe Pflegequalität gewährleistet. Die Dokumentation aller angewandten Standards macht die pflegerischen Leistungen transparent, d. h. nachweisbar, wiederholbar und beurteilbar.

Die Entwicklung und Umsetzung von Pflegeprozessstandards sowie die Überwachung und die Gesamtverantwortung auch bei der Pflegeprozessplanung und -dokumentation obliegt der verantwortlichen Pflegefachperson. Damit verbunden ist etwa alle 6 Monate, mindestens einmal im Jahr, die regelmäßige Qualitätskontrolle, d. h. die Analyse der pflegerischen Maßnahmen und ihrer Wirkungen zwecks Mängelbeseitigung. Korrekturen der Pflegeprozessstandards sollten nach Rücksprache mit den Pflegefachpersonen und im Qualitätszirkel (► Abschn. 3.5) unter Einbeziehung der eigenen Erfahrungen sowie der Ergebnisse aus der Pflegeforschung (► Abschn. 4.3) durchgeführt werden.

Mit dem Ziel, eine bestimmte Pflegequalität zu garantieren und dabei das Niveau ständig zu verbessern, sind die Pflegeprozessstandards ein zentrales Instrument der internen Qualitätssicherung. Für den Fall eines juristischen Verfahrens müssen sie als Nachweis (im Original) bei der Pflegedienstleitung aufbewahrt werden. Im Rechtsstreit muss nicht der Klient den Vorwurf eines

Pflegefehlers beweisen, sondern die Altenpflegeeinrichtung hat nachzuweisen, ob alle erforderlichen Pflegeleistungen erbracht wurden (§ 282 BGB).

Im Jahre 2000 hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), in Zusammenarbeit mit einer Expertenarbeitsgruppe, den 1. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe veröffentlicht. Dieses Pilotprojekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Expertenstandards können bestellt werden bei: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück, Postfach 1940, 49009 Osnabrück.

6 Prophylaxen anzusetzen, umzusetzen und zu dokumentieren, ist die grundlegende Aufgabe der Pflegefachperson. Alle nationalen Expertenstandards sind auf messbaren Kriterien aufgebaut: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Für die Umsetzung der Expertenstandards müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Auf der Managementebene: Fachliteratur muss vorhanden sein, und das Wissen muss weitervermittelt werden.
- Auf der Praxisebene: das Wissen muss erworben werden (Fortbildungen) und nationale Expertenstandards müssen implementiert werden.

Mit diesen Qualitätsstandards soll die Qualitätsweiterentwicklung als ein Teil der Professionalisierung der Pflege, basierend auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erreicht werden.

Die Umsetzung von Expertenstandards in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutet für die Pflegepraxis:

- mehr Lebensqualität, soziale Integration und Selbstständigkeit für die Klienten,
- einheitliche Qualität und professionelles Niveau,
- fachliche und persönliche Kompetenzweiterentwicklung,
- Transparenz und Leistungsnachweis
- Wirtschaftlichkeit (Einsparungen von Kosten).

Pflegeprozessionsstandards und nationale Expertenstandards sind Instrumente der internen Qualitätssicherung und Wegweiser, die individuell und situationgerecht bei Klienten einzusetzen sind.

II Praktischer Teil – Pflegeprozessstandards

- 7 Direkte Pflege – 73
- 8 Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik
und Therapie – 193

■ Hinweise zum Umgang mit den Pflegeprozessesstandards

Die Pflegeprozessesstandards in diesem Buch sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut:

Ausführliche Informationen befinden sich unter den Überschriften

- Umfang der Pflegeleistungen,
- Grundsatz,
- Problemstellung,
- Pflegezielsetzung,
- Durchführung.

Diese Texte sollen den Pflegepersonen bei Unsicherheiten als Nachschlagewerk zur Verfügung stehen.

Der Schnellinformation dienen dagegen die Karten (Doppelseiten) mit kurzen Angaben zu den Stichworten:

- Vorbereitung (Strukturqualität),
- Durchführung (Prozessqualität),
- Nachsorge,
- Qualitätssicherung (Ergebnisqualität),
- zu beachtenden Hinweisen.

Der Kartenkopf enthält zudem Informationen zur Arbeitsorganisation bzw. Raum für entsprechende eigene Eintragungen (Zahl erforderlicher Pflegepersonen, Zeitaufwand, Kontrolle, Verantwortlichkeit).

Die vorliegenden Pflegeprozessesstandards sind als Muster zu verstehen, die nach den speziellen Gegebenheiten der einzelnen Pflegeeinrichtungen und eigenen Erfahrungswerten, z. B. den Zeitaufwand betreffend, abzuwandeln bzw. individuell einzurichten sind. Sie können auch als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eigener oder zusätzlicher Pflegeprozessesstandards dienen.

Die im Kartenkopf der Pflegeprozessesstandards verwendeten Abkürzungen bedeuten:

PA	Praxisanleitung
PFP	Pflegefachperson
PS	Pflegeprozessesstandard
VPFP	Verantwortliche Pflegefachperson
WBL	Wohnbereichsleitung
WBLV	Wohnbereichsleitung-Vertretung

Direkte Pflege

- PS 1: Einzug eines neuen Klienten – 74
- PS 2: Infektionsprophylaxe – 79
- PS 3: Körperpflege mit Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe, und Hautpflege – 93
- PS 4: Dekubitusprophylaxemanagement mit Pneumonie-, Thrombose- und Kontrakturprophylaxe – 104
- PS 5: Sturzprophylaxemanagement – 119
- PS 6: Ernährungsmanagement (Dehydratations- und Obstipationsprophylaxe) – 132
- PS 7: Harnkontinenzmanagement – 149
- PS 8: Schmerzmanagement – 158
- PS 9: Wundmanagement – 166
- PS 10: Entlassungsmanagement – 175
- PS 11: Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Klienten – 181

PS 1: Einzug eines neuen Klienten

Pflegestandard Nr. 1

Einzug eines neuen Klienten

Stand:

Erstellt am:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Bei dem Einzug eines neuen Klienten in eine Einrichtung werden alle Berufsgruppen und die Verwaltung in Anspruch genommen. Im Bereich des Pflegeprozesses sind alle ABEDL (► Abschn. 1.4) abzufragen, um eine individuelle Pflegeprozessplanung (► Abschn. 2.6) erstellen zu können.

Grundsatz

Die meisten Einzüge sind für die Altenpflegeeinrichtung planbar. Dies sollte im Dienstplan entsprechend berücksichtigt und eine Pflegefachperson sowie ein Bewohner oder ein Mitglied des Heimbeirats als »Pate« bestimmt werden.

Problemstellung

Jede Veränderung im täglichen Ablauf eines älteren Menschen bringt Unsicherheit und Angst mit sich. Sowohl Leistungsfähigkeit und Wahrnehmung als auch die Sehkraft und das Hörvermögen vermindern sich. Viele Trennungssituationen und Verluste haben sie im Laufe ihres Lebens bewältigen müssen. Die früher entwickelten Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) sind häufig nicht mehr abrufbar. Mit dem Alter sinkt auch die Anpassungsfähigkeit.

Häufig macht ein plötzliches Ereignis einen Krankenhausaufenthalt erforderlich. Immer mehr Klienten können nach dem Krankenhausaufenthalt

nicht mehr nach Hause entlassen werden. Sie sind im Sinne der sozialen Pflegeversicherung »pflegebedürftig« geworden. Weil eine Selbstversorgung zu Hause nicht gewährleistet werden kann, wird eine Rehabilitationsmaßnahme, Kurzzeitpflege oder Verlegung in eine Altenpflegeeinrichtung in die Wege geleitet. Für die Überleitung ist oft ein Case Manager zuständig.

Für die meisten Klienten ist ein Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung nicht planbar. Fast alle älteren Menschen möchten in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Häufig sagen sie: »Es ist nicht schön, alt zu sein.« Der ungewollte Einzug bedeutet für ältere Menschen eine Krisensituation. Sie geben ihren sozialen Status, die vertraute Umgebung, gute Nachbarn, Wohnung und Möbel, manche ihr geliebtes Tier sowie auch Gewohnheiten und Rituale auf. Diese Faktoren begünstigen oder verstärken oft noch die Orientierungslosigkeit und Depression.

Pflegezielsetzung

- Unter Bezug auf die Gewohnheiten, die Biografie und den aktuellen Pflegebedarf soll die Tagesstruktur möglichst gleich geplant werden.
- Die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen entspricht dem neusten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse.
- Kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Angehörigen/Bezugspersonen oder Betreuer ausbauen.
- Durch die Möglichkeit seine vertraute Sachen und Gegenstände mitbringen zu können, soll dem Klienten der Einzug erleichtert werden.

Durchführung

Es wäre wichtig, den zukünftigen Klienten und möglichst seine Angehörigen vor dem Einzug zu besuchen, um ein Beratungsgespräch führen zu können. Ein Hausprospekt wird überreicht, die Beschreibungen des Hauses und der Pflegeleistungen werden erläutert. Zunehmend wird diese Aufgabe durch die Pflegestützpunkte möglich sein. Zur den wesentlichen Aufgaben der Pflegestützpunkte gehört die neutrale Beratung, die Vermittlung eines Platzes in einer Rehabilitationsklinik, Kurzzeitpflege oder Altenpflegeeinrichtung sowie die Beratung über die Pflegekosten. Der ärztliche Fragebogen liegt vor.

Die finanzielle Leistungserbringung soll sichergestellt und die Pflegestufe vorhanden sein.

- Vorhandene hausinterne Checklisten erleichtern die Arbeit beim Einzug. So gibt es eine Checkliste für Reinigung und Hauswirtschaft, Hausmeister, Beschäftigungstherapie, Verwaltung und Pflege.
- Das Zimmer und der Klientenplatz sind vorbereitet, eventuelle Reparaturen durchgeführt sowie die persönlichen Sachen und Möbelstücke des Klienten und Gegenstände vor dem Einzug teilweise eingeräumt.
- Alle Berufsgruppen, die für den neuen Klienten in der Versorgungskette zuständig sind, wurden informiert.

Pflegestandard Nr. 1

Einzug eines neuen Klienten

Durchführung durch:	PFP
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	Alle PFP
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/VPFK und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Pflegedokumentationsmappe ist vorbereitet oder EDV-Eingabe vorgenommen
- Zimmerschild ist angebracht

Raum

- Angemessene Raumtemperatur
- Begrüßungskarte, Getränke und Glas sind im Zimmer
- Handtücher und Waschlappen liegen im Bad
- Informationsmappe liegt auf dem Nachttisch
- Bei Bedarf wird eine Karte, aus der Inkontinenzmaterialbedarf ersichtlich ist, auf der Innenseite des Kleiderschranks (mit dem Datum versehen), angebracht

Pflegeperson

- Die Pflegefachpersonen als Bezugsperson und Vertretung sind bestimmt

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Ärztliche Unterlagen, Pflegeüberleitungsbogen, Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung liegen vor
- Klient wurde allen vorgestellt
- Klientenpate ist informiert
- Wochenplan für die Veranstaltungen wurde ausgehändigt
- Angeordnete Kost ist bestellt
- Pflegeanamnese (► Abschn. 2.3) wurde durchgeführt
- Biografiekenntnisse (► Abschn. 2.4) sind eingetragen

- Die Fähigkeiten im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, An- und Auskleiden, Bewegung, Schlafgewohnheiten und Benutzung von Hilfsmittel sind ermittelt
- Hautinspektion auf mögliche Hautschäden ist durchgeführt
- Vorlieben/Abneigungen und Besonderheiten, wie z. B. Weglauftendenz oder Schluckstörung, sind dokumentiert
- Hausarzt ist informiert, die Arztvisite vereinbart und der Arztbrief gefaxt
- Nach Rücksprache mit dem Hausarzt sind die Medikamente gerichtet
- Vitalwerte sind ermittelt, Größe und Gewicht wurden gemessen, Body-Mass-Index (BMI)-Wert und Daten eingetragen
- Der Klient wurde bei der Übergabe vorgestellt

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Das Beschwerdemanagement ist eine Möglichkeit der ständigen Verbesserung
- Ermittlung des Zufriedenheitsgrades
- Mit der Umsetzung von nationalen Expertenstandards und internen Pflegeprozessesstandards kann die Pflegequalität gesichert werden
- Zufriedenheit und angemessenes Wohlbefinden des Klienten können nur unter Berücksichtigung seiner Gewohnheiten (Vorlieben/Abneigungen) und seiner Selbstbestimmung erreicht werden
- Durchführung von Pflegevisiten, als Kontroll- und Führungsinstrument bei der internen Qualitätssicherung

! Zu Beachten

- Mögliche Weglauftendenz und abwehrendes Verhalten
- Mögliche Schluckstörungen
- Dekubitusgefahr bei Immobilität
- Krankheitsbild

PS 2: Infektionsprophylaxe

Pflegestandard Nr. 2

Infektionsprophylaxe

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Unter Infektionsprophylaxe wird allgemein die Verhütung von Infektionen und das Arbeiten unter aseptischen Kautelen (Vorsichtsmaßnahmen) verstanden. Hierbei wird unterschieden in Aufgaben und Verantwortungsbereiche des Arbeitgebers (Heimleitung und Pflegemanagement), des Arbeitnehmers (Pflegeperson) und des Klienten selbst. Die Infektionsprophylaxe umfasst alle pflegerischen Interventionen im Bereich der direkten und indirekten Pflege. Infektionen können durch Viren, Bakterien oder Pilze hervorgerufen werden.

Grundsatz

Desinfektion und Sterilität sind Grundvoraussetzungen, um Infektionen zu vermeiden.

Das Bundesseuchengesetz aus dem Jahr 1962 wurde am 01.01.2001 durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) abgelöst. Zweck des Gesetzes ist: Infektionsprävention durch Aufklärung, frühzeitige Erkennung und Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten sowie Förderung der Eigenverantwortung einer Institution und aller Beschäftigten (Pflege, Hauswirtschaft, Küche und Reinigung).

Wesentliche Inhalte des Infektionsschutzgesetzes:

- Das Robert-Koch-Institut (RKI) erstellt Richtlinien, Empfehlungen und Merkblätter zur Vorbeugung, Erkennung, Verhinderung oder Ausbreitung übertragbarer Krankheiten (§ 4).
- Meldepflichtige Erkrankungen müssen innerhalb von 24 Stunden durch die Heimleitung an das Gesundheitsamt gemeldet werden (§ 6).

- Empfehlungen zur Schutzimpfung und Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durch die Impfkommission (§ 20).
- Vor dem Einzug sind die Klienten verpflichtet, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckende Krankheit bestehen (§ 36 Abs. 4).
- Erstellung von innerbetrieblichen Hygieneplänen zur Infektionshygiene (§ 36 Abs. 1). Die Überwachung erfolgt durch das zuständige Gesundheitsamt.
- Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot besteht bei Erkrankungen nach § 6, infizierten Wunden und Hauterkrankungen für Beschäftigte in der Küche, die Lebensmittel herstellen, behandeln und austeilen (§ 42).
- Das Gesundheitszeugnis wurde durch die gebührenpflichtige Belehrung im Umgang mit Lebensmitteln ersetzt. Der Beschäftigte verpflichtet sich, im Fall der Erkrankung (§ 6 und § 42) seinen Arbeitgeber unverzüglich zu informieren. Die Belehrung nach IfSG findet nach Terminabsprache im Gesundheitsamt statt. Der Beschäftigte erhält eine Teilnahmebescheinigung für den Arbeitgeber. Danach erfolgt die jährliche Unterweisung durch den Arbeitgeber (§ 43).

Die häufigsten Ursachen für Infektionen sind Kontaktinfektionen. Bei der Entstehung von Infektionen wird zwischen endogenen (Autoinfektionen, im Körper selbst entstehende) und exogenen (von außen entstehende) Infektionen unterschieden: Unter endogenen Infektionen werden solche Infektionen verstanden, die durch klienteneigene Keime, durch Verschleppung von einer Körperregion in eine andere oder lokale bzw. generalisierte Abwehrschwäche des Klienten verursacht werden. Hierbei können der Nasen-Rachen-Bereich, die Atemwege (Respirationstrakt), der Magen-Darm-Bereich (Gastrointestinaltrakt), die Harnwege und die Haut befallen werden. Als exogene Infektionen werden Keimübertragungen vom Pflegepersonal auf die Klienten (Kreuzinfektionen) durch unsachgemäßen Umgang mit Gegenständen des täglichen Gebrauchs und mangelhafte Händehygiene bezeichnet. Alle an der Pflege beteiligten Personen haben gegenüber den Klienten eine entsprechende Sorgfaltspflicht. Jede pflegerische Maßnahme setzt die Einwilligung des Klienten voraus. Das bedeutet, dass der Klient über die Wirkung bzw. mögliche Komplikationen, z. B. Infektionsrisiken, vorab informiert werden muss.

Die Nichteinhaltung von Richtlinien, Bestimmungen und Gesetzen kann rechtliche Folgen sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer haben. Dies ist im BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) beschrieben: §§ 823 ff. BGB (schuldhaftes Schadenzufügen) und § 847 BGB (Anspruch auf Schmerzensgeld). Auch im Strafgesetzbuch sind die Folgen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer festgelegt: § 223 StGB (Körperverletzung), § 230 StGB (fahrlässige Körperverletzung), § 323 c StGB (unterlassene Hilfeleistung). Für den Arbeitgeber könnte dies zu einem Bußgeld/einer Geldstrafe oder zu Freiheitsentzug, für den Arbeitnehmer von Abmahnung bis zur Kündigung führen.

Eindeutig ist geregelt: Die Interventionen im Bereich der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (indirekte Pflege, ► Kap. 8) können nur auf schriftliche Anordnung und Delegation des Arztes durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Durchführung trägt die Pflegefachperson.

Pflegefachpersonen können bei nachgewiesenen Pflegefehlern nicht zur zivilrechtlich, sondern auch strafrechtlich verfolgt werden, so z. B. bei:

- unterlassener hygienischer Händedesinfektion (alle Arbeitsräume sind mit Desinfektionsmittelpendern ausgestattet),
- bei unterlassener Hautdesinfektion (vor Verabreichung von Injektionen oder bei Verbandwechsel),
- beim Verwechseln von Desinfektionsmitteln (es wird ein falsches oder unwirksames Mittel verwendet), daher ist eine genaue Beachtung des sichtbar angebrachten Rahmenhygieneplans unabdingbar. Einmal jährlich erfolgt eine Belehrung, diese ist zu dokumentieren,
- beim Nichttragen von Schutzhandschuhen (unsteril/steril) bei bestimmten Tätigkeiten (Verbandwechsel, Intimpflege oder im Umgang mit Desinfektionsmitteln),
- bei Nichtbeachtung von Bedienungs- und Betriebsanweisungen (technische und medizinische Hilfsmittel, Arbeitsabläufe etc.),
- bei nicht regelmäßiger Durchführung von Prüfungen/Wartungen/Aufbereitung nach dem Medizinproduktegesetz und MPBetreibV,
- bei unterlassener Desinfektion nach dem Auszug eines Klienten (Bett mit zugehörigen Gegenständen und Nachttisch).

Die Bestimmungen im Hygienebereich sind im Infektionsschutzgesetz (IfSG), den Unfallverhütungsvorschriften (UVV), den Merkblättern der Berufsgenossenschaft und in *Infektionsprävention in Heimen* des RKI festgelegt.

Problemstellung

Eine erhöhte Infektionsgefahr besteht für Klienten mit Diabetes mellitus, Klienten nach Operationen, Bestrahlungen (Radiatio), Chemotherapien und Antibiotikatherapie (mögliche Multiresistenz gegen verschiedene Antibiotika) sowie Klienten mit bestehender Multimorbidität. Die Nichteinhaltung der Hygienemaßnahmen kann für diese Klienten lebensbedrohliche Auswirkungen haben.

Die Haut älterer Menschen wird zunehmend dünner, die Durchblutung der Lederhaut (Korium) nimmt ab. Das erklärt, warum ältere Menschen leicht frieren. Die Abnahme der Talg- und Schweißdrüsenfunktion und die verminderte Wasserbindungsfähigkeit des Koriums führen zur Austrocknung der Haut. Daher ist die Haut im Alter spröde und anfällig für Infektionen.

Pflegezielsetzung

- Erregerquellen ermitteln und ausschalten, Kontaminationen verhindern.
- Regelmäßige Angebote der innerbetrieblichen Fortbildung zur Auffrischung der Thematik nutzen für sicheres Handeln, eigenen Schutz und Zufriedenheit der Klienten.
- Klientenberatung über persönliche Hygiene, Hygienemaßnahmen durchführen (bei Bedarf Anleitung, Hilfestellung oder vollständige Übernahme).
- Durch Einhalten der rechtlichen Vorschriften und Bestimmungen Infektionen vermeiden und mögliche Infektionsketten unterbrechen.
- Tragen von Schutzkleidung (PE-Schürzen aus Polyäthylen oder Baumwollmantel bzw. Einmalkittel) zum Schutz vor Kontamination mit Krankheitserregern.
- Durch die Verwendung von Einmalartikeln (Schutzhandschuhe, Papierhandtücher, Schutzkittel, Schürzen, Kathetersets usw.) können mögliche Infektionen verhindert werden.

Durchführung

Das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) und Ländergesetze wie das Heimgesetz von Baden-Württemberg (LHeimG) verpflichten zur Einhaltung

der Pflegequalität und der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Hierbei wird unterschieden in:

- **Strukturqualität:** Pflegepersonaleinsatz und -qualifikation, Vorbereitung von Materialien, Vorhalten von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen in ausreichendem Maße, Beachtung von Betriebsanweisungen und internen Verfahrensstandards, Pflegeprozessstandards, Wartungsnachweise nach Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und Zustand der Geräte sowie genaue Dokumentation.
- **Prozessqualität:** Vermeidung von Komplikationen für Klienten und Personal, Beachtung von Hygienevorschriften und somit Infektionsverhütung, genaue Dosierung von Desinfektionsmitteln und Einhaltung der Mindesteinwirkzeit, regelmäßige IBF, gezielter Einsatz von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, ferner genaue Dokumentation.
- **Ergebnisqualität:** Zufriedenheitsgrad und Sicherheit bei Klienten und Pflegepersonal, Nichtauftreten von arbeitsbedingten Allergien, Kreuzinfektionen, Unfällen und Erkrankungen, wie z. B. der Atemwege.

Zur Infektionsprophylaxe gehört das aseptische Arbeiten.

Händehygiene und Maßnahmen zur Prävention exogener Infektionen

- Als Grundsatz gilt die Reihenfolge: Desinfizieren, Reinigen, Hautpflege.
- Die Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion ist notwendig:
 - vor und nach jeder Pflegeintervention bei direkter und indirekter Pflege,
 - bei Kontakt mit kontaminiertem Material, Flächen und Geräten,
 - beim Verbandwechsel vor und nach Kontakt,
 - bei Injektionsgabe und subkutanen Infusionen,
 - vor der Essensausteilung und Richten der Nahrung (entspr. **Hazard Analysis Critical Control Points** = HACCP, EU-Richtlinien für Lebensmittelhygiene),
 - bei invasiven Interventionen wie Legen oder Wechseln von Magensonden, transurethralen Blasenverweilkathetern, Absaugen, O₂-Gabe oder Verwendung von Ultraschallverneblern,
 - vor dem Medikamentenrichten
 - vor der Mundpflege.

- Das Tragen von Schutzhandschuhen wird bei der Intimpflege, beim Auftragen von Salben, beim Richten von Medikamenten, im Umgang mit Ausscheidungen, infiziertem Material (unsteril) und im Bereich der indirekten Pflege (steril) als selbstverständlich angesehen.

Beschäftigten sollen Spender mit Desinfektionsmittel, leicht erreichbare Handwaschplätze mit fließend warmem und kaltem Wasser, Direktspender mit hautschonenden Waschmitteln sowie Handtücher zum einmaligen Gebrauch zur Verfügung gestellt werden. Stoffhandtücher dürfen nicht von mehreren Beschäftigten zum Abtrocknen benutzt werden. Anschließend erfolgt die Hautpflege aus dem Spender.

7

Körperpflege

- Hauseigene Waschhandschuhe und Handtücher aus Frottee für die Klienten täglich erneuern (Vermeidung von feucht-warmem Milieu); mögliche Infektionsregionen sind die Achselhöhlen, unter der Brust, in der Leistengegend, im Genital- und Analbereich, Zehenzwischenräume und Fußnägel.
- Für den Intimbereich Einmalwaschhandschuhe und möglichst kleinere, extra dafür bestimmte Handtücher (Gästehandtücher) verwenden.
- Waschbecken und Waschsüssel täglich desinfizierend reinigen.
- Beim Eincremen des Körpers die erforderliche Menge des Körperpflegemittels in die hohle Hand geben, Flaschenöffnung nicht berühren.
- Nasszellen sollen täglich einer Reinigung nach der Feucht-Wisch-Desinfektionsmethode unterzogen werden.

Schutzkleidung

- Der Unternehmer hat den Beschäftigten geeignete Schutzkleidung in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen und für die Desinfektion, Reinigung und Instandhaltung zu sorgen sowie die getrennte Aufbewahrung der getragenen Schutzkleidung und der anderen Kleidung zu ermöglichen.
- Die Beschäftigten sind zum Tragen von Schutzkleidung verpflichtet. Darüber hinaus besteht die Pflicht, vor dem Betreten von Aufenthaltsräumen die getragene Schutzkleidung abzulegen.
- An Händen und Unterarmen dürfen keine Schmuckstücke, Uhren und Ringe getragen werden.

Instrumentenaufbereitung

- Bei der Konzentration und Einwirkzeit von Desinfektionslösungen die Angaben des Herstellers beachten (Grundsatz: zuerst kaltes Wasser, dann Desinfektionsmittel).
- Dosiertabelle unter Verwendung eines Messbechers beachten.
- Grundsätzlich erst desinfizieren, dann reinigen (zum Reinigen Schutzhandschuhe tragen, um Hautschädigungen zu vermeiden).
- Gründliche Reinigung ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Sterilisation.
- Alle Teile des zu desinfizierenden Materials müssen vollständig und ohne Luftblasen mit der Lösung bedeckt sein.
- Dokumentation durchführen.

Flächendesinfektion

- Bei der Konzentration und Einwirkzeit von Desinfektionslösungen die Angaben des Herstellers beachten (Grundsatz: zuerst kaltes Wasser, dann Desinfektionsmittel).
- Nach der Feucht-Wisch-Methode desinfizierend reinigen, nicht trocken nachwischen!
- Grundsätzlich Haushaltshandschuhe tragen, um Allergien und Hautirritationen zu vermeiden.
- Unfallverhütungsvorschriften beachten (Allergien möglich).
- Spätestens nach 24 Stunden die zubereitete Lösung erneuern.

Verabreichung von Sondenkost

- Sondenkost (SK) mittels Magensonde oder PEG (► Abschn. PS 16) muss unmittelbar nach Öffnung der SK-Flasche verabreicht werden (Kontaminationsgefahr).
- Vor der Gabe von SK eine hygienische Händedesinfektion durchführen.
- Das SK-Beutel-Überleitungssystem muss alle 24 Stunden gewechselt werden, da Kontamination möglich ist. Bei Bedarf Konnektoren erneuern.
- Geöffnete und nicht verbrauchte Flaschen mit SK können verschlossen im Kühlschrank für ca. 24 Stunden aufbewahrt werden (mit Name und Datum versehen).
- Tee täglich frisch kochen (nach sechs Stunden verwerfen), stilles Wasser täglich frisch.

- Bei enteraler Ernährung ist mindestens 3-mal täglich eine sorgfältige Mundpflege erforderlich.
- Bei liegender Nasensonde täglich die Nasenpflege durchführen.
- Beim Duschen oder Baden wasserfeste Pflaster verwenden.
- Dokumentation durchführen.

Verbandwechsel (VW)

- Nach der »Non-touch-Methode« (nicht mit bloßen Händen berühren) vorgehen.
- Grundsätzlich hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder Intervention durchführen.
- Nicht in Richtung offener Wunde sprechen, um eine Tröpfcheninfektion zu vermeiden (bei Erkältung Mund-Nasen-Schutz tragen).
- Steriles Material erst unmittelbar vor dem Gebrauch öffnen.
- Unter sterilen Kautelen (Vorsichtsmaßnahmen) verbinden.
- Pflegeleistung mit Wundbeschreibung dokumentieren.

Injektionen

- Hygienische Händedesinfektion vor und nach der Intervention durchführen.
- Die Arbeitsfläche zur Vorbereitung von Injektionen (auch von Infusionen) muss täglich einer Feucht-Wisch-Desinfektion unterzogen werden.
- Bei der Hautdesinfektion die vorgeschriebene Einwirkzeit beachten.
- Die Regeln der Asepsis und Injektionstechnik einhalten.
- Den gekennzeichneten Abwurf für Kanülen unmittelbar nach der Verwendung benutzen (sachgerechte Entsorgung).
- Dokumentation der Intervention.

Transurethrale oder suprapubische Blasenverweilkatheter

- Grundsätzlich hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder Intervention (Legen, Wechseln des Blasenverweilkatheters), Pflege des Blasenverweilkatheters (► Abschn. PS 15) und Verbandwechsel des suprapubischen Blasenverweilkatheters (► Abschn. PS 14) unter sterilen Kautelen.
- Für das Duschen oder Baden bei suprapubischen Blasenverweilkathetern wasserfeste Pflaster verwenden.
- Auswahl des Produktes: Blasenverweilkatheter möglichst aus Silikon oder Bard Biocath-Ballonkatheter verwenden.

- Auf sorgfältige Intimpflege achten.
- Fachgerechtes Legen und Pflegen (mindestens 2-mal täglich) des Verweilkatheters.
- Zug am Katheterschlauch vermeiden (Irritation der Harnröhrenschleimhaut und der Blaseninnenwand möglich).
- Das Harnableitungssystem unter Blaseniveau platzieren.
- Dokumentation durchführen.

Sauerstoffgabe

- Hygienische Händedesinfektion durchführen (kein Desinfektionsmittel mit Rückfetter).
- Nasenpflege durchführen.
- Grundsätzlich Aqua destillata für Anfeuchter verwenden, Anfeuchter vor und nach jeder Intervention desinfizieren und sterilisieren (Kontamination und Keimverschleppung durch lange Zeit stehendes Aqua destillata möglich).
- Für jede Intervention sterile Sauerstoffbrille, -katheter und/oder -maske verwenden.
- Bei der Pflegedokumentation die angeordnete Literzahl pro Minute und Uhrzeit eintragen.

Absaugen

- Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- PE-Handschuhe benutzen.
- Für jede Intervention einen sterilen Einmalabsaugkatheter verwenden. Bakterienfilter regelmäßig austauschen (nach Herstellerangabe).
- Zur Spülung von Absaugkathetern grundsätzlich eine 500–1000 ml-Flasche mit Aqua destillata verwenden.
- In der Sekretflasche erst Wasser, dann Desinfektionsmittel verwenden (90 ml Wasser und 10 ml Desinfektionsmittel).
- Anschließend Mundpflege durchführen.
- Täglich die Spülflüssigkeit in der Sekretflasche erneuern.
- Sekretglas, Verschluss und Schlauchsystem in die dafür vorgesehene Desinfektionswanne legen (vollständig bedeckt) und reinigen.
- Sekretglas, Schlauchsystem und Fingertip sterilisieren.
- Die durchgeführte Intervention dokumentieren.

Ultraschallvernebler

- Ultraschallvernebler werden nach ärztlicher Verordnung eingesetzt!
- Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- Nur Aqua destillata (500 ml) verwenden!
- Verneblerteile erst unmittelbar vor der Benutzung zusammenstecken.
- Bakterienfilter nach 48 Stunden Benutzung auswechseln.
- Grobfilter nach einer Woche Dauerbenutzung austauschen.
- Nach Beendigung der Maßnahme Vorratsflasche und Flaschenverschluss mit Dichtung, Niveauregler, Aerosolschlauch und Gebläseschlauch desinfizieren, reinigen und sterilisieren.
- Dokumentiert werden Beginn und Ende der Intervention.

Pflegestandard Nr. 2

Infektionsprophylaxe

Durchführung durch:	bei direkter Pflege Pflegeperson, bei indirekter Pflege nur Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden: Zeitaufwand/Mittelwert:	abhängig von der Intervention
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFK

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

- Material-, Klienten-, Raum- und persönliche Vorbereitung sind von der jeweiligen Intervention abhängig

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Durch gezielte Schutzmaßnahmen sollen endogene und exogene Infektionen verhindert werden
- Anfällig für diverse Infektionen sind ältere Menschen mit Abwehrschwäche und Multimorbidität. Hier sind strenge Schutzmaßnahmen zwingend notwendig
- Als Übertragungswege von Infektionen werden in erster Linie die Hände angesehen. Der Arbeitgeber ist angehalten, dem Arbeitnehmer die erforderlichen Voraussetzungen für das Händewaschen und die Händedesinfektion zu schaffen: Spender mit Waschmittel und Desinfektionsmittel, Handtuchspender und Hautpflegemittel in allen Arbeitsräumen und Aufenthaltsbereichen. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, die entsprechenden Maßnahmen durchzuführen, Seifenstücke sind nicht zulässig
- Bei der hygienischen Händedesinfektion (vor und nach allen Interventionen im Bereich der direkten und indirekten Pflege) muss je nach Produkt auf die Einwirkzeit geachtet werden
- Bei der Körperpflege hat der Klient die Möglichkeit, fachgerecht beraten zu werden. Die Eigenständigkeit (aktivierende Pflege) wird gefördert und unterstützt. Auf mögliche Gefahren wird der Klient aufmerksam gemacht
- Die Schutzkleidung schützt die sonstige Berufskleidung der Beschäftigten vor einer möglichen Kontamination. Einmalschürzen sind nach

Gebrauch sofort zu entsorgen. Vor Betreten der Aufenthaltsräume muss die Schutzkleidung abgelegt werden

- Lange Fingernägel und das Tragen von Fingernagellack und Schmuck stellen eine zusätzliche Infektionsquelle dar
- Vor Injektionen die Einstichstelle ausreichend mit Hautdesinfektionsmittel besprühen, Einwirkzeit beachten und nach vorgeschriebener Technik verfahren. Dokumentation vornehmen
- Bei PEG- und/oder suprapubischen Kathetern soll beim Verbandwechsel ein Set-System bevorzugt und die »Non-touch-Methode« (► PS 2, Verbandwechsel) angewandt werden. Bei aseptischen Wunden wird der Verbandwechsel 2-mal wöchentlich als ausreichend angesehen. Genaue Dokumentation ist erforderlich
- Bei der Entleerung von Harnbeuteln Schutzhandschuhe tragen. Unterbrechen des geschlossenen Systems vermeiden, keine unnötige Manipulation am System vornehmen. Es sollen nur geschlossene Harndrainagesysteme mit Rückflussventil verwendet werden. Jede durchgeführte Pflegeleistung muss dokumentiert werden
- Durch die fachgerechte Desinfektion sollen krankheitserregende Keime abgetötet und Infektionsketten unterbrochen werden. Es wird zwischen laufender und Schlussdesinfektion unterschieden. Bei allen Desinfektionsarbeiten sind Haushaltshandschuhe zu tragen. Die vom Hersteller empfohlene Dosierung beachten. Beim Herstellen der Anwendungslösungen von Desinfektionsmittel Schutzbrille tragen und für eine gute Durchlüftung des Raumes sorgen

■ **Nachsorge**

- Die Entsorgung erfolgt jeweils nach der durchgeführten Tätigkeit
- Richtlinien für die Entsorgung von kontaminiertem Material beachten!
- Kanülen grundsätzlich nicht abbiegen oder in die Schutzkappe zurückstecken, sondern zusammen mit der Spritze in den dafür vorgesehenen und gekennzeichneten Behältern entsorgen

■ **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**

- Bei Beachtung aller Richtlinien und Vorschriften können Infektionen vermieden und das Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl der Klienten erreicht werden

- Das Infektionsrisiko kann minimiert werden, sofern die entsprechenden betrieblichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen worden sind (Rahmenhygieneplan)
- Durch regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen der Mitarbeiter (Betriebsarzt) können Infektionen vermieden und die Qualität gesichert werden
- Festlegung, Umsetzung, Einhaltung und kontinuierliche Kontrolle der Hygienemaßnahmen sind die Voraussetzungen für eine interne Qualitätssicherung
- Durch die jährliche Fortbildung können Kenntnisse erweitert und aktualisiert werden

Zu Beachten

- Unterweisung durchführen, Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter (Desinfektionsmittel) beachten. Jeder Arbeitgeber muss für alle Desinfektions- und Reinigungsmittel eine schriftliche Betriebsanweisung für die Anwender herausgeben. Daraus muss ersichtlich werden: Produktname, Anwendungsbereich, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Lagerung und Umgang bzw. Schutz- und Hygienemaßnahmen. Die Betriebsanweisung muss gut sichtbar sein
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei Menschen, das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie *Infektionsrichtlinie in Heimen* des RKI müssen beachtet werden
- Grundsätzlich sollen alle Verletzungen bzw. Arbeitsunfälle in das Verbandsbuch der Betriebsgenossenschaft (BGW, Verbandsbuch: Stich- und Schnittverletzungen) eingetragen werden
- Wegen möglicher Vergiftungsgefahr für die Klienten sollen alle Desinfektionsmittel sicher aufbewahrt werden
- Beim Verbandwechsel zuerst Klienten mit aseptischen Wunden, danach Klienten mit septischen Wunden versorgen
- Mögliche allergische Reaktionen auf medizinische Schutzhandschuhe aus Latex beachten.
- Bei alkoholischen Desinfektionsmitteln müssen zusätzlich die Sicherheitsregeln zur Vermeidung von Brand- und Explosionsgefahr beachtet werden
- Informationsbroschüren über UVV von der BGW sollen in jedem Wohnbereich vorhanden sein und immer wieder aktualisiert werden

- Desinfektionsmittel dürfen nicht mit reinigenden Substanzen (z. B. Seifenresten) vermischt werden, weil dadurch ihre Wirksamkeit beeinträchtigt werden kann
- Bei Zubereitung von Desinfektionsmittel Schutzbrille tragen
- Arbeitgeber ist nach § 5 der Biostoffverordnung (BioStoffV) und § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen

Im Internet sind unter www.bgw-online.de und www.uk-bw.de zahlreiche Informationsbroschüren erhältlich.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass durch die Einhaltung aller prophylaktischen Maßnahmen das Auftreten nosokomialer Infektionen (Krankenhauserkrankungen) verhindert werden kann (§ 23 IfSG, Verhütung übertragbarer Krankheiten).

PS 3: Körperpflege mit Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe, und Hautpflege

Pflegestandard Nr. 3

Körperpflege mit Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe und Hautpflege

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Bei der Morgentoilette (Teilwaschung) oder Ganzwaschung am Waschbecken/im Bett werden eine Mund- und Zahnpflege durchgeführt und/oder die (Teil)Prothese gereinigt, beim Duschen oder Baden werden die Haare gewaschen und eine Fingernagelpflege durchgeführt oder es wird nur ein Fußbad angeboten. Selbstverständlich gehören auch die Augen- und Ohrenpflege dazu. Unter Ohrenpflege wird das Reinigen der äußeren und hinteren Ohrmuschel, ggf. die Applikation von Ohrtropfen/-salbe (durch Pflegefachperson) und die Hilfestellung im Umgang mit einem Hörgerät verstanden. Die Nasenpflege umfasst die Reinigung der oberen Atemwege. Die Nase bildet den Anfang bzw. Ende der Atemwege. Zur der erforderlichen Pflegeleistungen gehört auch die Nass- oder Trockenrasur (rasieren lassen) oder die Bartpflege.

Bei Bedarf wird der Intimbereich mehrmals täglich gereinigt. Zum Intimbereich gehören der Bauch (Abdomen) vom Nabel (Umbilicus) abwärts, die Leisten sowie das obere Drittel der Oberschenkel, die äußeren Genitalien und das Gesäß (Gluteus).

Während der einzelnen Pflegeleistungen können die geplanten Prophylaxen (z. B. Kontraktur- und Intertrigoprophyllaxe) oder der Verbandwechsel durchgeführt werden. Die durchgeführten Pflegeleistungen werden dokumentiert. Als Orientierungshilfe dient die exakte Beschreibung im Pflegeprozessbericht oder die Auswertung bei der Pflegevisite.

Grundsatz

Die Haut hat primär die Funktion, unseren Körper vor schädigenden Einflüssen der Umwelt zu schützen. Physiologisch wird die Haut mit zunehmendem Alter eher trocken und unelastisch. Deswegen soll auf die tägliche Ganzwaschung, Duschen oder Baden verzichtet und eine Teilwaschung durchgeführt werden. Das Duschen wird dem Baden vorgezogen, weil die Haut nicht zusätzlich beansprucht wird, fließendes Wasser hygienischer ist, das Herz-Kreislauf-System nicht so belastet wird, es im warmem Wasser häufig zu Harnabgang (Miktion) und unkontrolliertem Stuhlabgang kommt und der Wasserverbrauch geringer ist (wirtschaftlicher Aspekt).

Bei der Erstellung der Pflegeprozessplanung (ABEDL »Sich pflegen können«) werden die bisherigen Gewohnheiten (auch Schlafgewohnheiten – ABEDL »Ruhem, schlafen, entspannen können«) und die individuellen Wünsche berücksichtigt. Bei Bedarf wird die Beratung je nach Hauttyp zu Waschzusätzen, Zahnpflege und Hautpflege durchgeführt. Die Beratung obliegt der Pflegefachperson.

Mit liebevoller Zuwendung und Geduld kann die Selbstständigkeit des Klienten schneller erreicht werden. Die Fähigkeiten, Ressourcen und individuellen Gewohnheiten werden berücksichtigt. Die tägliche Körperpflege kann die Pflegebezugsperson zum gezielten Beziehungsaufbau nutzen.

Die Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege hat im Rahmen der täglichen Körperpflege auf die ABEDLs »Kommunizieren können«, »Sich pflegen können«, »Essen und trinken können«, »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« und »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« entscheidende Auswirkungen. Beim Kauen fester Nahrung wird die Aktivität der Wangenmuskulatur und der Zunge gefördert sowie der Speichelfluss erhöht. Erkrankungen im Mund-, Zahn- und Kieferbereich werden nach Verordnung des Hausarztes/Zahnarztes medikamentös behandelt.

Aufgabe der Nase ist es, die eingeatmete Luft durch die Flimmerhärchen und die Schleimhaut anzuweichen und anzuwärmen sowie Staubteilchen herauszufiltern. Die Nase ist ein Riechorgan und wird den ABEDLs »Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können«, »Sich pflegen können« und »Essen und trinken können« zugeordnet.

Bei der Intimpflege ist das Wissen über die Gewohnheiten, Ängste und Schamgefühle eine wesentliche Voraussetzung, um den Hilfebedarf zu er-

mitteln. Das Schamgefühl ist in unserer Gesellschaft tief verwurzelt und als Folge unserer Erziehung anzusehen. Eine vertrauensvolle Beziehung kann nur unter Respektierung der individuellen Bedürfnisse aufgebaut werden. Hierbei wird das professionell ausgerichtete pflegerische Handeln deutlich. Einfühlungsvermögen und Taktgefühl spielen eine wichtige Rolle bei der Bestimmung der Pflegebezugsperson (weiblich oder männlich).

Für die Hautpflege sollen bei trockener Haut ein Hautpflegemittel auf Wasser-in-Öl-Basis (W/O) und bei fettiger Haut auf Öl-in-Wasser-Basis (O/W) verwendet werden.

Problemstellung

Bei der Interaktion der Haut mit der Außenwelt werden alle Reize aufgenommen und Störungen aufgezeigt. Diese Störungen können u. U. durch falsche Hautbehandlung (zu häufiges Waschen) entstehen. Die im Alter anfällige Haut (fehlende Widerstandskraft und Elastizität) kann durch falsche Hautpflege noch mehr geschädigt werden. Die Folge sind u. a. Juckreiz und Ekzembildung.

Die Körperpflege kann z. B. erschwert werden durch die verschiedenen Erkrankungen: M. Parkinson, M. Alzheimer, rheumatische Erkrankungen, Apoplexie, Amputation, maligne Tumore, bei komatösen Klienten sowie nicht zuletzt bei Klienten in der terminalen Lebensphase. Auswirkungen sind: Nachlassen der manuellen Geschicklichkeit und Wahrnehmungsfähigkeit sowie Schmerzen und Körpereinschränkungen durch Kontrakturen, Lähmungen oder fehlende Extremitäten.

Im Alter bilden sich Zahnfleisch und Knochen zurück, der Zahnhals (Cevix dentis) wird sichtbar. Bei der Entstehung von Karies (Carries dentium) spielen mangelhafte Mundhygiene, kognitive Beeinträchtigung, Kau- und Schluckstörungen (Aspirationsgefahr), verminderte Kaufähigkeit und falsche Ernährung eine entscheidende Rolle. Entzündungen der Zahnwurzel (Radix dentis) und/oder Wurzelspitze (Apex radialis dentis) können auch andere Organe im Körper befallen, z. B. Herzklappen und Nieren.

Eine akute eitrige Entzündung der Ohrspeicheldrüse (Glandula parotis) wird Parotitis genannt. Bei ungenügender Speichelbildung und mangelnder Kautätigkeit kann es in der Mundhöhle zur Bakterienbildung kommen, die eine Entzündung der Parotitis hervorrufen kann. Erreger dieser Entzündung

sind Staphylo- oder Streptokokken. Ein verminderter Speichelfluss besteht bei Klienten mit Exsikkose, Erkältung und Fieber. Gefährdet sind auch Klienten mit Apraxie (Unfähigkeit, das Geforderte sinnvoll umzusetzen). Zeichen einer Parotitis sind: Druckempfindlichkeit, Schmerzen, Schwellung und Fieber; sie kann bis hin zur Kiefersperre (Trismus) führen. Durch wiederkehrende Schwellungen der Speicheldrüse können Speichelsteine (Sialolithen) entstehen. Eine Parotisschwellung kann auch als Begleiterscheinung bei einem Parotistumor auftreten.

Kandidosen der Mundschleimhaut (Erreger: *Candida albicans*) kommen bei Klienten mit verminderter Abwehrkraft vor. Diese Pilzerkrankung (Mundsoor) wird begünstigt durch: Diabetes mellitus, AIDS, Antibiotika-, Kortikoid- und Zystostatikagabe (zerstören die physiologische Mundflora) oder Bestrahlung (Radiatio). *Candida*-Mykosen können auch innere Organe befallen. Zeichen von Soorbefall der Mundschleimhaut sind weiße, festhaftende Beläge.

Des Weiteren stellen die folgenden krankheitsbedingten Einschränkungen des Sehvermögens ein Problem dar:

- Grauer Star (Katarakt) ist eine Trübung der Augenlinse, bedingt durch eine Stoffwechselstörung. Die Sehschärfe für die Nähe lässt nach. Der graue Star kann auf einem oder beiden Augen auftreten.
- Grüner Star (Glaukom) ist ein krankhaft erhöhter Augeninnendruck. Durch den Druck kann der Sehnerv geschädigt werden, was bis zur Erblindung führen kann.
- Augenbindehautentzündung (Konjunktivitis) wird durch eine Verletzung, einen Fremdkörper, eine Allergie oder eine Infektion (der Erreger muss festgestellt werden) hervorgerufen. Die Inkubationszeit beträgt teilweise bis zu 2 Wochen. Symptome sind: Rötung der Bindehaut, Brennen, Jucken, Empfindlichkeit auf Licht und Druck in den Augen. Bei infektionsbedingter Konjunktivitis erfolgt die Augenpflege nach ärztlicher Verordnung, nach der Methode: »Was? Wann? Wie?«
- Hornhautaustrocknung ist eine Folge mangelhaften Lidschlusses (z. B. bei Fazialislähmung oder Bewusstlosigkeit). Der Kornealreflex fehlt. Augensalbe und gebrauchsfertigen Uhrglasverband unter aseptischen Kautelen und nach ärztlicher Verordnung aufbringen.

Das wesentliche Problem bei einem schwerkranken Klienten ist die Unfähigkeit, sich im Intimbereich selbst zu versorgen, sowie das Schamgefühl gegenüber Fremden. Die Abwehr gegenüber der Pflegeperson – aus dem

Abhängigkeitsgefühl heraus, das Intimste bloßzustellen – kann sich in einer Handgreiflichkeit äußern. Weiterhin bedarf es bei Klienten mit Harn- und Stuhlinkontinenz, Adipositas sowie bei Klienten mit transurethralen Blasenverweilkatheter einer fachkompetenten pflegerischen Versorgung. Darüber hinaus können bei korpulenten Klienten Rötungen und feuchte Kammern in der Leistenbeuge und den Bauchfalten entstehen (Intertrigo), die die Intimpflege erschweren. Bei der Intimpflege soll die Geruchsbildung vermieden werden.

Erforderliche Handlungsschritte werden besonders bei Klienten mit kognitiven Defiziten erschwert.

Pflegezielsetzung

Die Körperpflege soll das Gefühl der angenehmen Frische, eines intakten Hautzustands, des Wohlbefindens und gepflegten Äußeren geben. Es soll die Autonomie (»eigene Regie führen können«) gefördert werden. Zudem wird die Haut durch die Teilwaschung nicht so sehr beansprucht. Mit der Intimpflege soll die Geruchsbildung vermieden werden.

Die Mundhygiene kann als ein besonders sensibler Bereich bezeichnet werden. Das Pflegeziel ist die Förderung einer intakten Mundschleimhaut. Neben fachlichen Kenntnissen wird von den Pflegenden Einfühlungsvermögen und ein verständnisvoller Umgang erwartet. Unter Anleitung wird das Hygienebewusstsein gefördert bis Selbstständigkeit erreicht wird. Durch das kontinuierliche Tragen der Zahnprothese soll eine Kieferverformung vermieden werden. Darüber hinaus dient die gute Zahnpflege der Vorbeugung von Infektionen (Parotitis und Soorbildung) im Mund-Zahn-Kiefer-Bereich (MZK).

Eine immer gleiche Vorgehensweise vermeidet Verwirrung und fördert die Körperwahrnehmung.

Durchführung

- Vor der Morgentoilette wird ein Getränk angeboten
- Bei Bedarf vor der Mobilisation Vitalwerte messen (ABEDL »Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können«)

- Frische Unterwäsche und Kleidung sind vorbereitet (ABEDL »Sich kleiden können)
- Nur die Körperpartien, die gerade gewaschen werden sollen, aufdecken
- Beim Waschen am Waschbecken ein Handtuch als Sitzunterlage nehmen
- Bei der Übernahme der pflegerischen Leistung beruhigende oder belebende Waschung sowie Eincremen vom Körperstamm (Thorax) aus durchführen (Wahrnehmungsfähigkeit stärken)
- Die Fingernägel nur feilen, Fußpflege bei Diabetikern ausschließlich durch den Podologen durchführen lassen
- Die Intimpflege möglichst vom Klienten selbst durchführen lassen (zum Schluss die Hände waschen lassen). Bei der Frau grundsätzlich von vorn nach hinten bzw. vom Schambein (Symphyse) und Schamlippen (Labien) aus nach unten zum After (Anus) hin waschen und gut abtrocknen (nicht reiben). Danach in Seitenlage Gesäß und Analbereich waschen und abtrocknen. Zum Waschen des männlichen Gliedes (Penis) Vorhaut (Praeputium penis) zurückschieben, Eichel (Glans penis) von Absonderungen vorsichtig säubern, trocknen und Vorhaut wieder vorschieben, Hoden (Testis) zum Waschen und Trocknen anheben. Gesäß und Analregion wie bei Frauen waschen.
- Haare kämmen oder bürsten (lassen), ein Handtuch oder Frisiertuch unterlegen und einen Spiegel reichen oder die Haare waschen. Um die personelle Identität zu erhalten, wird das Tragen von Schmuck, Uhr und Make-up beibehalten
- Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesenpflege nach jeder Mahlzeit durchführen und Mund ausspülen lassen
- Prophylaktische Interventionen: Um den Speichelfluss anzuregen, kann die Stelle vor dem Ohr 3-mal täglich unter leichtem Druck massiert werden

Pflegestandard Nr. 3

Körperpflege

Durchführung durch:	auch Nichtexamierte nach Anleitung
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Handtuch, Badetuch, Gästehandtuch, Waschlappen
- Waschschüssel ist mit Namen versehen
- Klientenbezogenes Körbchen mit Körperwaschmittel, Hautpflegemittel, Rasierapparat, Material für Mund-, Zahn- und Zahnprothesenpflege, Kamm/Bürste und Spiegel, Zungenreiniger bei Zungenbelägen
- Bei Bedarf ein Absauggerät bereithalten
- Frische Wäsche/Kleidung
- Inkontinenzhilfsmittel nach Bedarf laut Karte
- Verbandmaterial nach Bedarf
- Toilettenpapier nach Bedarf
- Frische Bettwäsche nach Bedarf
- Plastiküberschuhe (beim Duschen)
- Desinfektionsmittel (Schnelldesinfektion)
- Taschenlampe für Mundinspektion

Klienten

- Bei Bedarf Transferhilfen einsetzen: Hebelifter, Drehscheibe, Rollator oder Rollstuhl (vor der Benutzung die Funktionsfähigkeit überprüfen)
- Bei Schluckstörungen durch Kehlkopflähmung (Laryngoparalyse) die Mundhygiene in Seiten- oder Oberkörperhochlagerung durchführen

Raum

- Für angemessene Raumtemperatur sorgen
- Benötigtes Material in Reichweite stellen

- Bei Bedarf Sichtschutz (Paravent) anbringen
- Auf den Stuhl am Waschbecken ein Handtuch legen
- An Badtür ein Schild »besetzt« anbringen

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze
- Einmalhandschuhe bei Intimpflege und Zahnprothesenreinigung
- Zweite Pflegeperson hinzuziehen bei Klienten mit Kontrakturen, ausgeprägten Spastiken sowie bei unruhigen, verwirrten oder adipösen Klienten

7

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Transfer aus dem Bett je nach Krankheitsbild nach Kinästhetik oder Bobath-Methode durchführen
- Körperwaschung möglichst von Klienten selbst durchführen lassen (Anleitung)
- Intimpflege möglichst selbst unter fließendem Wasser durchführen lassen (Anleitung), sonst nach der Körperpflege Wasserwechsel (nur pH-neutrales Waschmittel verwenden)
- Mund-, Zahn- und (Teil)Prothesepflege selbst durchführen lassen (Anleitung)
- Bei Gelenkbeschwerden sind Bewegungen im Badewasser weniger schmerzhaft und wirken verspannungslösend
- Auf Wunsch Kosmetika benutzen (erhöht das Selbstwertgefühl)
- Anleitung beim Aus- und Ankleiden
- Hörgerät auf Funktion und Sauberkeit überprüfen
- Brille auf Sauberkeit überprüfen
- Bei Bettlägerigkeit: Laut Bewegungsförderungsplan lagern, Rufanlage überprüfen

■ Nachsorge

- Klienten beim Einräumen der Waschutensilien anleiten
- Waschwasser in die Toilette entsorgen und die Waschschüssel desinfizierend reinigen (laut Hygieneplan)
- Duschraum/Bad aufräumen
- Schild »Besetzt« entfernen

- Duschunterlage, Badeliegematte (anschließend zum Trocknen aufhängen) oder Duschstuhl desinfizierend reinigen
- Hygienische Händedesinfektion
- **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**
 - Hautpflegemittel entspricht dem Hauttyp, keine Hautschäden
 - Gezielt eingesetzte Hilfsmittel (rutschfeste Fußmatten vor und in der Dusche, Haltegriffe und Duschstuhl) vermeiden ein Ausrutschen und eine Verletzung
 - Evaluation der Pflegenahziele ermöglicht Korrektur
 - Durch intakte Mundhöhle und saubere Zähne wird das Wohlbefinden des Klienten erreicht, und mögliche Schäden werden vermieden
 - Einhaltung der Hygienevorschriften nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), um Keimverschleppung zu vermeiden
 - Hautschäden und unangenehmer Geruch im Intimbereich treten nicht auf
 - Zufriedenheit, Wohlbefinden und Sauberkeitsgefühl können erreicht werden

! Zu Beachten

- Während des Waschens die Haut auf mögliche Veränderungen beobachten (Farbe und Zustand). Beobachtungskriterien beziehen sich auf den Hauttyp (normale, fettige, trockene, schuppige oder rissige Haut) sowie mögliche allergische Reaktionen oder Hauterkrankungen
- Bei Hemiplegie für Transfer aus dem Bett keinen Aufrichter benutzen (verstärkt Spastizität und vermittelt Körperasymetrie)
- Handtuch, Gästehandtuch und Waschlappen täglich erneuern (Vermeidung von feucht-warmem Milieu)
- Das Gesicht mit klarem Wasser waschen. Die Augen vom äußeren zum inneren Augenwinkel waschen (bei Entzündungen einzeln und mit Einmalwaschlappen, um eine Keimverschleppung zu vermeiden)
- Die Verwendung von pH-neutralen Waschzusätzen ist ausreichend und hautschonend
- Es sollen keine Waschmittelzusätze auf der Haut zurückbleiben, mit klarem Wasser abschließend waschen
- Achselhöhlen, unter der Brust, in der Leistengegend, im Genital- und Analbereich, Zwischenzehenräume und Fußnägel oder bei Kontrakturen sorgfältig abtrocknen (Infektionsvermeidung)

- Da die Harnröhrenmündung bei der Frau in der Nähe des Darmausganges liegt, besteht die Gefahr der Harnwegsinfektion durch Keimübertragung
- Waschschüssel, Waschbecken, Dusche oder die Badewanne und Badewannensitz täglich nach der Benutzung nach Feucht-Wisch-Desinfektionsmethode desinfizierend reinigen
- Beim Eincremen des Körpers die erforderliche Menge des Körperpflegemittels in die hohle Hand geben, Flaschenöffnung nicht berühren
- Nur Zahnbürsten mit Kunststoffborsten verwenden (die Spitzen von Naturborsten splintern, begünstigen das Bakterienwachstum und können zu Zahnfleischverletzungen führen). Zahnbürsten (auch Aufsätze für elektrische) alle 6–8 Wochen erneuern. In die Zahnprothesen soll grundsätzlich der Name eingraviert werden. Zahnprothesen nicht länger als 10–15 Minuten in der Reinigungslösung belassen werden (diese kann ein Ausbleichen des Kunststoffes verursachen). Anschließend die Zahnprothese mit klarem Wasser abspülen. Die Zahnprothese über einer Nierenschale mit Wasser (zerbrechlich) und Zahnpasta zu reinigen wird als ausreichend angesehen. Rot-Weiß-Technik (von Zahnfleisch zu den Zähnen) beim Zähneputzen empfohlen. Regelmäßige Zahnarztkontrollen und professionelle Zahnreinigung, auch bei Zahnprothesen, sind unbedingt einzuhalten. Bei Schluckstörungen soll die orale Stimulation durch einen Logopäden angeregt werden. Bei Klienten mit Hemiplegie die Speisereste aus der Mundhöhle nach jeder Mahlzeit besonders in den Backentaschen entfernen. Zahnprothesen nach der Reinigung sofort wieder einsetzen (Kiefernverformung vermeiden). Auf ausdrücklichen Wunsch des Klienten trotz Beratung (dokumentieren!!) wird die Zahnprothese in einer trockenen Zahnprothesenschale (Cave: nicht in Wasser legen, da Keimbildung) über Nacht aufbewahrt
- Bei nicht sorgfältigem Umgang oder Verlust von Zahnprothesen hat der Klient Anspruch auf Schadenersatz; der Arbeitgeber prüft dann, ob der Arbeitnehmer fahrlässig gehandelt hat
- Die Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann ein Zeichen für ein Problem in der Mundhöhle sein
- Bei Konjunktivitis unter aseptischen Bedingungen arbeiten und Handschuhe tragen
- Keine Ohrstäbchen verwenden (Verletzungsgefahr)!

- Bei starker Sekretabsonderung im Intimbereich (Fluor genitalis), Hautveränderung (Rötung oder Mykose) und Hämorrhoiden den Hausarzt verständigen
- Bei Verwendung von Waschmittelzusätzen im Intimbereich grundsätzlich mit klarem Wasser nachwaschen; Seifenreste verändern das Milieu in der Vagina (Pilzgefahr!). Beim Abtrocknen der Intimregion mit dem Gästehandtuch nur gut abtupfen (nicht reiben)
- Baden soll bei einer Temperatur von 34–36 °C und nicht länger als 15 Minuten dauern (ansonsten Kreislaufbelastung). Beim Baden lagert die Oberhaut (Epidermis) Wasser ein. Die obere Hautschicht quillt auf. Die Haut älterer Klienten benötigt mehr als drei Stunden um sich zu regenerieren (Bienstein et al. 1997, S. 136)
- Wichtig ist auch die Badgestaltung. Es kann z. B. farblich, mit Trockenblumen, laminierten Bildern, Lichteffekten, Entspannungsmusik ausgestattet werden. Ein Sprudelbad kann erst nach Rücksprache mit dem Hausarzt angeboten werden

PS 4: Dekubitusprophylaxemanagement mit Pneumonie-, Thrombose- und Kontrakturprophylaxe

Pflegestandard Nr. 4

Dekubitusprophylaxemanagement mit Pneumonie-, Thrombose- und Kontrakturprophylaxe

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

7

Umfang der Pflegeleistungen

Dekubitusprophylaxe bedeutet die Vorbeugung von Druckgeschwüren (lat. decumbere = sich niederlegen). Die gesetzlich geforderte präventive, aktivierende und rehabilitative Pflege beinhaltet alle Arten von Prophylaxen. Die Dekubitusprophylaxe wird der direkten Pflege zugeordnet. Bei einem vorhandenen Dekubitus werden die ABEDLs »Kommunizieren können«, »Sich bewegen können«, »Sich pflegen können«, »Essen und trinken können«, »Ruhem, schlafen, entspannen können«, »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« und nicht zuletzt »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« erheblich beeinträchtigt. Um die Lebensqualität der Klienten erhalten bzw. wiederherstellen zu können, müssen gezielte und individuell ausgerichtete vorbeugende Maßnahmen durchgeführt werden.

Grundsatz

Die Mobilität oder Mobilitätseinschränkung hat ausnahmslos auf alle 13 ABEDL-Bereiche entscheidende Auswirkung. Wie sich der Klient in seinem bisherigen Leben körperlich, geistig und sozial betätigt hat, wird aus der Biografie (► Abschn. 2.4) ersichtlich. Im ICN-Ethikkodex für Pflegende wird die ethische Verhaltensweise durch vier Grundelemente bestimmt: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden lindern (ICN-Ethikkodex 2010).

Mobilisieren bedeutet in Bewegung setzen unter Einsatz aller notwendigen Hilfsmittel und technischen Hilfen. Als Hilfsmittel sind Strickleiter am Fußende des Bettes, Drehscheibe, Aufrichthilfe, Rutschbrett, Haltegürtel, Rollator, Rollstuhl, Gehwagen oder Pflegelifter hilfreich. Rückengerechtes Heben, Tragen, Bewegen, Umlagern bzw. Transfer kann in entsprechenden Kursen gelernt werden:

- Das Bobath-Konzept (nach der Krankengymnastin Bertha Bobath) kann bei Erkrankungen im neurologischen oder neurochirurgischen Bereich sinnvoll eingesetzt werden z. B. bei Apoplexie.
- Der Leitgedanke in der Kinästhetik ist »Hilfe zur Selbsthilfe«. Anstelle von Körperkraft wird hier das Wissen über die Kinästhetik im Sinne der aktivierende Pflege eingesetzt. Kinästhetik ist also eine erlernbare Transfermethode, die Massen (Körper) ohne Anstrengung im Raum bewegen kann. Dies geschieht auf 2 Ebenen: kommunikativ und nonverbal (durch die gemeinsame Interaktion d. h. berühren und bewegen).

Vor jeder Mobilisation (Orthostase = aufrechte Körperhaltung), den Klienten kurze Zeit an die Bettkante setzen, die Beine baumeln und mehrmals tief durchatmen lassen, ggf. Vitalwerte messen.

Durch Krankheit und Behinderung lässt die Bewegungsfähigkeit nach. Die damit verbundene Ruhigstellung und Resignation führen wiederum zur Versteifung der Gelenke, zu Muskelschwund, allgemeiner Kräfteminderung und nachlassender Belastungsfähigkeit. Dazu kommen noch Seh- und Hörkraftminderung oder -einschränkung. Immobilität führt zum Verlust von Handlungskompetenz »eigene Regie führen«. Davon betroffen sind das Herz-Kreislauf-System (Durchblutungsstörungen), die Verdauung (Darmatonie) und die Haut (Dekubitusgefahr), bei Frauen steigt zudem das Osteoporoserisiko (Gefahr von Spontanfrakturen).

Durch Motivation, gezielte Anleitung, notwendige Unterstützung und Geduld soll Autonomie erreicht werden, und zwar:

- im körperlichen Bereich: in möglichst allen ABEDL-Bereichen durch gezielte Übungen,
- im geistigen Bereich: Verbesserung der Wahrnehmungs-, Merk- und Konzentrationsfähigkeit,
- im seelischen Bereich: Stärkung des Selbstwertgefühls und Vertrauens in die eigene Fähigkeiten,

- im sozialen Bereich: Kontakte herstellen und erhalten können, Resignation und soziale Isolation vermeiden.

Die Haut ist mit etwa 1,5–1,8 m² das oberflächengrößte Sinnesorgan des Körpers und hat die Aufgabe, den Organismus von der Außenwelt zu schützen sowie den Feuchtigkeitsgehalt und die Temperatur des Körper zu regulieren. Die Haut besteht aus drei Schichten:

- Die Oberhaut (Epidermis) schützt den Körper von Außeneinflüssen, besitzt keine Gefäße, reagiert durch die Nervenfasern auf mechanische Reizungen wie Kälte, Druck oder Hitze und erneuert sich innerhalb von 30 Tagen.
- Die Lederhaut (Dermis) ist etwa 3 mm dick und hat einen pH-Wert von 5–5,5, Kollagenfaser nehmen die Feuchtigkeit auf und speichern sie, ist nerven- und gefäßreich, die Talgdrüsen sorgen für die Geschmeidigkeit der Haut.
- In der Unterhaut (Subcutis) liegen die größeren Gefäße und Nervenfasern. Sie speichert das Hormon Östrogen.

In der Haut befinden sich Schweiß- und Talgdrüsen sowie Sinnesrezeptoren, die uns Wärme, Kälte, Schmerz oder Druck signalisieren. Je größer die Auflagefläche, desto geringer ist der Druck auf eine bestimmte Körperregion und somit das Dekubitusrisiko.

Über den »Pflegether-Dekubitus« ist sehr viel geschrieben worden. Angefangen bei den Erkenntnissen der 1970er Jahre, als Eisen und Föhnen (Kälte- und Wärmereize sollten bessere Durchblutung der Haut bewirken), Lagerungsringe, Melkfett, Felle, Watteverbände an Fersen, Franzbranntwein und Merkurochrom (Quecksilbergehalt) empfohlen wurden (alte Zöpfe und Rituale), bis hin zu den heutigen Erkenntnissen, die besagen, dass erst eine Analyse von Haut, Mobilität, Aktivität, bestehenden Erkrankungen und Bewegung eine sichere Pflegediagnose ermöglicht.

Beim Einzug in die Altenpflegeeinrichtung werden bei dem Klienten am Einzugstag und bei der Verlegung aus dem Krankenhaus oder häuslichen Bereich der Pflegeverlegungsbericht und Arztbrief gelesen, eine Hautinspektion (auf mögliche Läsionen) und zeitnah auch die Pflegeanamnese durchgeführt. Dabei können mögliche Risikofaktoren bereits erkannt werden. Wichtig ist die Biografie im Punkte Bewegung (z. B. Musik/Tanz). Mobilitätsanreize (Eigenbewegung) können gefördert werden.

■ ■ Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Das Jahr 2000 brachte für die Dekubitusprophylaxe eine entscheidende Wende in Bezug auf Pflegequalität und Qualitätssicherung: Im Bereich der Prophylaxe erschien der 1. evidenzbasierte nationale Expertenstandard *Dekubitusprophylaxe in der Pflege* (DNQP 2000). Die 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie erschien 2002 sowie 2004 mit der neuen erweiterten Literaturstudie, aber in der Ursprungsversion. Im Dezember 2010 erfolgte die 1. Aktualisierung einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. In Expertenstandard 2010 wird Dekubitus nach der internationalen Leitlinie von National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und EPUAP (September 2009) wie folgt definiert:

» Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden 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 werden, deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

In der internationalen Leitlinie wird ein Dekubitus in 4 Kategorien (Stufen/Grade) klassifiziert (► Abschn. PS 9, Durchführung).

Alle nationalen Expertenstandards basieren auf umfassender Recherche in der nationalen und internationalen Fachliteratur. Bei den Expertenstandards handelt es sich um Qualitätsstandards, die das wissenschaftlich begründete Qualitätsniveau (State of the Art) abbilden und nicht um Pflegeprozessstandards.

Inhaltlich sind alle Expertenstandards gleichaufgebaut: in messbare Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (nach Avedis Donabedian, ► Kap. 3). Sie werden auch auf die gleiche Vorgehensweise implementiert.

Nationale Expertenstandards werden alle fünf Jahre überprüft und aktualisiert. Das DNQP arbeitet mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) zusammen und wurde bis 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert. Es konnte auf die Erfahrungen der Partnerorganisation – dem Europäischen Netzwerk für Qualitätssicherung (European Quality Assurance Network, EuroQUAN) zurückgreifen.

Der Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) § 113 a, SGB XI und § 72 »Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag« besagt, dass alle Expertenstandards verpflichtend anzuwenden sind. Mit der Verfahrensordnung,

die am 01.04.2009 in Kraft trat, haben sich Vertragsparteien GKV-Spitzenverband, Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände dafür entschieden, dass die bisherigen nationalen Expertenstandards durch das DNQP (Urheberrecht) aktualisiert werden, aber die zukünftigen nationalen Expertenstandards ausgeschrieben sowie im Bundesanzeiger und Internet veröffentlicht werden sollen.

Diese Expertenstandards verpflichten die Pflegefachperson, prophylaktische Maßnahmen zu planen (Pflegeprozessplan), durchzuführen, zu dokumentieren (Pflegeprozessbericht und Leistungserfassung) und bei der Pflegevisite zu evaluieren (PDCA-Zyklus ▶ Abschn. 3.1.1). Die Entscheidung, Planung und Umsetzung von Prophylaxen sind grundlegende Aufgaben einer Pflegefachperson. Sie muss sich davon überzeugen, dass die Prophylaxe richtig durchgeführt wurde. Liegt eine Gefährdung vor (z. B. wenn die Rötung durch den Fingerdruck nicht verschwindet, handelt es sich bereits um einen Dekubitus der Kategorie 1), ist unverzüglich für den Einsatz entsprechender Mittel zu sorgen (z. B. druckverteilende Mittel). Ein Stempel »Dekubitusgefährdet« ist bei externen Untersuchungen oder Operationen als hilfreich anzusehen. Die Pflegefachperson verfügt über das aktuelle Fachwissen, das auf dem neusten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse basiert (Hautfunktion, Hautzustand, Risikofaktoren, Dekubitusentstehung, druckverteilende und druckentlastende Interventionen) und ist in der Lage, einen individuellen Bewegungsförderungsplan zu erstellen.

Für den 2-stündlichen Lagerungswechsel gibt es keine pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse. Es ist beschrieben, dass Florence Nightingale auf der Insel Krim 2 Stunden benötigte, um alle verletzten Soldaten zu drehen. Die Häufigkeit des Lagerungswechsels hängt vom Hautzustand ab.

Es gibt keine pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse, dass die Ermittlung der Dekubitusgefährdung mit Risikoskalen wie Braden-, Norton-, Medley- oder Waterlow-Skala die Dekubitusrisikoeinschätzung unterstützen. Die Risikoskalen werden nicht empfohlen (Nationaler Expertenstandard 2010). Es ist empirisch nicht belegt, dass durch die Fortbildung der Pflegenden zum Thema Dekubitus weniger Dekubitus auftreten. Es gibt auch keinem empirischen Belege, dass die Hautfeuchtigkeit einen Dekubitus verursacht und die Benutzung von Schaffellen das Dekubitusrisiko vermindert.

Pflegewissenschaftlich ist erwiesen, dass:

- straff gespannte Bettlaken oder Falten im Bettlaken, Krümel und andere Hilfsmittel (Inkontinenzunterlagen) auf der Wechseldruckmatratze die Entstehung eines Dekubitus fördern,
- der Einsatz von Vaseline, Melkfett und Zinkpaste die Hautporen schließt,
- Merkurochrom zur Prophylaxe unwirksam ist (erhält Quecksilber und verhindert die Hauteinschätzung),
- Hautmassagen das Gewebe schädigen
- tägliche Ganzkörperwaschungen als schädlich anzusehen sind, denn warmes Wasser lässt die Haut aufquellen und durch die Verdunstung dann austrocknen,
- Schaffelle nicht als Prophylaxe geeignet sind.

Problemstellung

Mobilität, Aktivität und die Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften (Verschiebung der Hautschichten im Unterhautfettgewebe) sowie die Dauer der Druckeinwirkung sind entscheidend für Entstehung eines Dekubitus (in weniger als 1 Stunde [10–20 Minuten] kann ein Dekubitus entstehen). Bei einem kapillaren Druck von mehr als 40 mmHg auf bestimmte Hautpartien kommt es zu einer Abklemmung von feinen Blutgefäßen und Durchblutungsstörungen, was wiederum zu einem Dekubitus führen kann. Ein Dekubitus stellt eine zusätzliche Erkrankung bei meistens schon bestehender Multimorbidität, eine Einschränkung in vielen ABEDL-Bereichen sowie eine Anhängigkeit von den betreuenden Pflegepersonen dar. Nicht verarbeitete Trauer, körperliche Einschränkungen, Verlust einer Bezugsperson oder Schmerzen können eine Depression auslösen. Diese wiederum wirkt sich auf die Bewegungsfähigkeit aus. Antriebslosigkeit und Immobilität begünstigen das Entstehen von Durchblutungsstörungen und somit die Bildung eines Dekubitus. Auch alle Flüssigkeiten wie Schweiß, Harn oder Stuhlgang, die länger auf der Haut verbleiben, können zur Hautmazeration führen.

Gefährdet sind ältere Klienten, die bettlägerig oder fixiert sind, längere Zeit im Rollstuhl sitzen, sedierende Medikamente erhalten, kachektische Klienten sowie MS-Kranke, Klienten im Wachkoma, mit Exsikkose, mit vorhandenen Kontrakturen, Lähmungen (Hemiplegie, Tetraplegie), Klienten

mit Diabetes mellitus (diabetische Mikro- und Makroangiopathie, die zu einer reduzierten Schmerzempfindung und Druckwahrnehmung führen), mit chronischen Schmerzen, adipöse Klienten (Mobilitätseinschränkung), bestimmte Tumore (z. B. Melanom), Klienten im Sterben und nicht zuletzt die nicht adäquate Hautpflege.

Folgende Körperpartien sind besonders gefährdet: Steißbein (Os coccygis), Sitzbeinhöcker (Tuber ischiadicum), großer Rollhügel (Trochanter major), Fersen, Fußknöchel, Knie, Ellenbogen (Cubitus), Schulterblätter (Scapula), Wirbelkörpervorsprünge, Hinterkopf und Ohrmuschel sowie Körperregionen, die auf einem Blasenverweilkatheter liegen.

7

Pflegezielsetzung

- Eigeninitiative und Ressourcen fördern (Abhängigkeit und Immobilität vermeiden).
- Erhaltung der Mobilität und Vermeidung von Dekubitus und Zweiterkrankungen (z. B. Kontrakturen).
- Fähigkeiten, wie Aufstehen, sich Hinlegen und Lagewechsel fördern.
- Druckverteilung und Druckentlastung der gefährdeten Körperstellen.
- Im Sinne der Gesundheitsförderung ist bei den Pflegenden darauf zu achten, dass rückengerecht gearbeitet wird sowie bei den Klienten, dass die geplanten Interventionen die Kommunikation, Atmung, Mahlzeiteinnahme und Ausscheidung nicht beeinträchtigen.
- Erhalt des physiologischen Hautmilieus.
- Schutz vor Infektionen.
- Pneumonie-, Thrombose-, Sturz- und Kontrakturvermeidung.
- Ergebnisorientiertes und kostenbewusstes Handeln.
- Schmerzreduktion bzw. -freiheit.

Durchführung

- Schulung aller in der Pflege Tätigen über den aktuellen Stand des nationalen Expertenstandards und Information alle anderen Berufsgruppen
- Einschätzung des Dekubitusrisikos beim Einzug und bei Veränderung der Aktivität und Mobilität

- Die Hautanalyse kann anhand einer Checkliste durchgeführt werden (■ Abb. 7.1)
- Hygienische Händedesinfektion
- Wenn erforderlich, Sichtschutz (Paravent) aufstellen
- Beim Einzug Hautinspektion und Fingertest durchführen: Mit dem Finger auf die gerötete Stelle drücken: Bleibt die Haut nach der Kompression rot, handelt es sich um Dekubitus Kategorie I (► Abschn. PS 9, Durchführung). Verfärbt sich die Haut weiß, liegt kein Dekubitus vor
- Beratung, Schulung und Anleitung des Klienten und dessen Angehörige/Betreuer. Alle prophylaktischen Interventionen setzen die Einwilligung des Klienten voraus
- Bei Dekubitusgefahr erfolgt unverzüglich die Druckentlastung durch die Freilagerung der gefährdeten Körperregion mit einem geeigneten Hilfsmittel
- Als Hilfsmittel sind viscoelastische thermoaktive Polyurethanschaum-Schaumstoffmatratzen (z.B. TEMPUR-Matratzen) als geeignet anzusehen (MDS 2006, S. 66–68). Die Druckentlastung hängt von der Gefährdungssituation ab und soll bei Dekubitusgefahr rund um die Uhr geplant werden. Ein individueller Bewegungsförderungsplan ist erstellt
- Druckverteilende Hilfsmittel sind abhängig von Größe und Gewicht, Mobilität und Aktivität
- Beim Einsatz von Wechsellagermatratzen Körpergewicht (≤ 40 kg oder ≥ 90 kg) und Körpergröße beachten, Produkte verwenden, die eine Mobilisation erlauben, Geräusche beachten
- Mikrobewegungen z. B. gefaltetes Handtuch unter die Hüfte legen, den Klienten auffordern das Gewicht im Sitzen zu verlagern (von rechte auf linke Seite) oder auch Handtuch unter die Schulter legen.
- Einsatz von Micro-Stimulations-Systemen, Antidekubitus-Systemen
- Der Klient soll maximal 2 Stunden sitzen, danach mindestens 1 Stunde liegen
- Motivation und Aufforderung zu Eigenbewegungen
- Niedrigbett zur Verfügung stellen
- 30° Schräglage (leichte Schrägposition mittels eines Schaumstoffkeils, der unter der Matratze liegt oder mit einem großen Kissen, das als Schiffchen gefaltet wird und im Rücken liegt) im Wechsel linke Seite, Rücken und dann rechte Seite bewirkt die Entlastung der Wirbelsäule

und des Oberschenkels einer Körperhälfte. Bei der 30° Lagerung werden der Sakralbereich und die Trochanter freigelegt und entlastet

- Lagerung mit Lagerungsrollen (»Schlangen«) in verschiedenen Längen (Klein 2008)
- Transfertechniken nach Bobath oder Kinästhetik einsetzen (Vermeidung von Haut- und Gewebeschädigung durch Scherkräfte), setzt regelmäßige Fortbildungen voraus
- Freilagerung der Fersen

7

Checkliste Hautanalyse:

- Zeigt die Haut Pigmentveränderungen,
- Schwellungen, Ulzeration, Ödeme,
- Verletzungen, Mazerationen, Exantheme,
- Blasen, Narben, Warzen, Hautkarzinom,
- Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom? _____

- Wie ist die Haut an Extremitäten? _____
- Wie ist der Hautturgor? _____
- Sind allergische Reaktionen bekannt? _____
- Liegt eine kognitive Wahrnehmungsbeeinträchtigung vor? ja nein
- Welche Pflegemittel werden z. Z. verwendet? _____
- Ist eine Beratung angezeigt? ja nein

Welcher Hauttyp liegt vor?

- Altersentsprechende Haut ja nein
- Trockene Haut ja nein
- Fettige Haut ja nein
- Feuchte Haut ja nein
- Schuppige Haut ja nein
- Wo dominiert welcher Typ? _____

■ Abb. 7.1 Checkliste Hautanalyse

- Für Körperwaschung sind Syndets und für die Körperpflege W/O-Präparate geeignet. Wenn Klienten stark schwitzen, sind Salbeiwaschungen angezeigt
- Polaroid- oder Digitalkamera (Einverständnis des Klienten) und ein Streifen mit Name, Datum, Uhrzeit und Stelle vorbereiten
- Evaluieren und dokumentieren, ggf. anpassen
- Bildung eines Qualitätszirkels zur Implementierung/Umsetzung des Expertenstandards (Erstellen von Pflegeprozessstandards und Verfahrensanweisung)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass tägliche Hautinspektion, Fingertest, Mobilisation oder Druckentlastung/Druckverteilung, Körperpflege und Hautpflege, abwechslungsreiche Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Kontraindikationen beachten) und Gewichtskontrolle mit BMI für die Dekubitusprophylaxe als ausreichend anzusehen sind. Beste Prophylaxe ist die Mobilisation.

Pflegestandard Nr. 4

Dekubitusprophylaxemanagement mit Pneumonie-, Thrombose- und Kontrakturprophylaxe

Durchführung durch:	Pflegefachperson und Pflegeperson nach Anleitung
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

7

- **Vorbereitung (Strukturqualität)**

- Pflegemanagement ist für die Struktur verantwortlich

Material

- Körperpflegemittel, ggf. Inkontinenzmateriale
- Polaroid- oder Digitalkamera (das Bild dokumentieren)
- Lagerungsmaterial und technische Hilfen
- Bewegungsförderungsplan im Zimmer, in einer Mappe
- Ess- und Trinkprotokoll im Zimmer, in einer Mappe

Klienten

- Klienten über die Dekubitusgefahr und die bevorstehende Intervention informieren
- Individuell abgestimmte Mobilitätshilfen bereitstellen
- Vor der Pflegeintervention für Schmerzfremheit sorgen

Raum

- Angenehme Raumtemperatur (ältere Klienten frieren leicht), kein Zugluft
- Bei Bedarf Sichtschutz (Paravent)

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Optische Kontrolle der Haut und Wahrnehmung von Hautveränderungen
- Checklisten verwenden
- Hautanalyse
- Hautfarbe prüfen (blass, gerötet oder bläulich)
- Palpatorische Kontrolle: Fingertest (► Abschn. PS 4, S. 110)
- Falls Veränderungen, Hausarzt informieren, Arztvisite anfordern
- Die hautveränderte Stelle fotografieren (bei Einverständnis)
- Bewegungsübungen wie Kraft- und Balancetraining, Sitztanz
- Sofortige Entlastung der Körperstelle bis die Rötung verschwunden ist
- Bei der Lagerung auf physiologische Körperhaltung achten
- Bobath-Konzept oder Kinästhetik (► Abschn. PS 4, S. 110) anwenden
- Bewegungsförderungsplan erstellen, individuell abgestimmte Hilfsmittel einsetzen und dokumentieren
- Beim Einsatz von technischen Hilfen, diese vorab auf Funktionalität überprüfen
- Hautinspektion einmal täglich durchführen und dokumentieren
- Ernährungs- und Trinkprotokoll führen (im Zimmer, in der Mappe), Gewicht und BMI werden regelmäßig ermittelt
- Fall- und Teambesprechungen mit Protokoll führen

■ Nachsorge

- Jedes Bewegungshilfsmittel desinfizierend reinigen, auf Funktionalität überprüfen und ggf. reparieren lassen oder nach dem Gebrauch an ihren Platz zurückräumen
- Einmalschürze nach Gebrauch entsorgen
- Hygienische Händedesinfektion

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Das Erkennen und die Planung der pflegerischen Interventionen, die dem Bereich direkte Pflege zugeordnet sind, die Durchführung, die Pflegeprozessdokumentation und Evaluation bei der Pflegevisite tragen zur Qualitätssicherung bei
- Individuelle Bewegungsförderungsplan wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst
- Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung (wissenschaftlich aber nicht erwiesen) sind die regelmäßigen Fortbildungen

(intern oder extern) zu Themen wie Bobath- Konzept, Kinästhetik, Hautpflege, Basale Stimulation, Einsatz von technischen Hilfen und Lagerungsmöglichkeiten sowie das Lesen mindestens einer Pflegefachzeitschrift

! Zu Beachten

- Keine 90° Lagerung praktizieren (Druck auf Trochanter)
- Bei Erstellung des Bewegungsförderungsplans die Mahlzeiten und die Nachtruhe (nur bedingt) sowie persönliche Gewohnheiten berücksichtigen
- Fotografieren bestimmter Körperteile mit Polaroid- oder Digitalkamera bedarf der Genehmigung des Klienten, dessen Angehörigen bzw. Betreuer (Aufgabekreis: Gesundheitssorge)
- Bei Verlegung oder Transport zu einer Untersuchung Stempel »Dekubitusgefahr« auf Verlegungsbericht/Begleitbrief anbringen

■ ■ Pneumonieprophylaxe

Pneumonieprophylaxe bedeutet Verhütung einer Lungenentzündung unter Anwendung aller vorbeugenden Interventionen. Die tägliche Mundpflege dient der Infektionsverhütung und Vermeidung von Soorbildung. Durch regelmäßige Nasenpflege werden die Nasenwege befreit und eine störungsfreie Atmung ermöglicht. Unphysiologische Lagerungsmethoden führen zu einer Verkleinerung des Atemvolumens. Exakte Lagerung bewirkt, dass alle Lungenabschnitte gut belüftet werden. Die Pneumonie ist eine der häufigsten Infektionskomplikationen – meistens mit letalem (tödlichen) Ausgang.

Prophylaktische Interventionen

- Klient Wattebäusche wegpusten, Seifenblasen wegblasen oder mittels eines Strohhalmes in die Flüssigkeit eines Glases hineinblasen lassen oder Mullbindenstreifen an der Aufrichtevorrichtung befestigen und vom Klienten wegpusten lassen.
- Atemstimulierende Einreibungen (ASE) wirken orientierungsgebend (Körperwahrnehmung) und bewirken gleichzeitig eine ruhige und tiefe Atmung (Basale Stimulation nach Bienstein).
- Mit der T-Lagerung wird die Belüftung aller Lungenabschnitte erreicht. Bei der T-Lagerung befindet sich das querliegende Kissen unter dem Schulterbereich, auf dem längstliegenden ruht die Brustwirbelsäule des Klienten.

- Mit der V-Lagerung wird die Belüftung der Flanken erreicht. Für die V-Lagerung werden die Kissen als »V« mit der Spitze Richtung Fußende platziert.
- Mit der A-Lagerung wird die Belüftung der Lungenspitzen erreicht. Für die A-Lagerung werden die Kissen als »A« so auf dem Bett platziert, dass die zusammenstoßenden Querkanten der Kissen (die Spitze des »A«) unter dem Schulterbereich des Klienten zu liegen kommen.

Alle drei Lagerungen sollen, sofern sie vom Klienten toleriert werden, für je 15–30 Minuten angewandt werden.

! Zu Beachten

Zu beachten ist, dass ein Abklatschen des Rückens zur Folge haben kann, dass der Klient sich erschreckt und reflektorisch den Atem anhält. Es führt nicht zu einer Vertiefung der Atmung.

■ ■ Thromboseprophylaxe

Unter Thrombose wird die Bildung eines Blutgerinnsels innerhalb der Gefäßbahn verstanden. 1852 beschrieb der Pathologe Rudolf Virchow die 3 Risikofaktoren, die zur Thrombose führen (sog. Virchow-Trias): Strömungsverlangsamung des Blutes, Gefäßinnenwandveränderung und Blutveränderung (erhöhte Gerinnungsneigung).

Eine thromboembolische Komplikation kann bei Menschen auftreten, die eine Bindegewebsschwäche und eine Schwäche im Venensystem aufweisen. Bei Wasser- und Elektrolytverlust (Flüssigkeitsmangel) kommt es zur Austrocknung (Exsikkose) und Stauung des Blutes (Bluteindickung), die dann die Thrombusbildung begünstigen.

Prophylaktische Interventionen

- Klienten anregen grundsätzlich Treppen zu benutzen.
- Kniestrümpfe, enge Unterhosen, die einschnüren und Socken mit starkem Gummiband vermeiden.
- Die Beine sollen im Sitzen nicht übereinander geschlagen werden.
- Von langem Sitzen im Stuhl und/oder Rollstuhl ebenfalls abraten.
- Aktive und passive Beinübungen (Zehen- und Fußgymnastik) im Bett zur Stärkung der Herzfähigkeit, der Atmung und der Muskelvenen-

pumpe durchführen, z.B. isometrische Übungen: Waden anspannen/entspannen, Fußspitze senken und heben, mit Füßen kreisen etc.

- Antithrombosestrümpfe sind angezeigt, wenn der Blutrückfluss zum Herzen nicht ausreichend ist (Arztanordnung!).
- Bei Adipositas möglichst eine Gewichtsreduzierung erreichen.

■ ■ Kontrakturprophylaxe

Durch Kontraktion (Zusammenziehen) von Muskeln oder Sehnen oder die Schrumpfung der Gelenkkapsel kommt es zur Funktionseinschränkung von Gelenken, zur Kontraktur des betroffenen Gelenkes. Kontrakturen sind eine Versteifung der Gelenke, ausgelöst durch mangelnde Bewegung und/oder Fehlstellung. Im Alter kommt es zur Deformation der Gelenke als Folge von Abnutzung an Schulter-, Ellenbogen-, Wirbel-, Hüft-, Knie- und Handgelenk. Ältere Menschen klagen auch über eine »Morgensteifigkeit«, die sich durch Bewegung bessert. Bedingt durch eine Muskelverkürzung ist die Beugung (Adduktion) und Streckung (Abduktion) erschwert oder nicht mehr möglich.

Prophylaktische Interventionen

- Grundsätzlich gilt, solange wie möglich die tägliche Mobilisation zu fördern und aktive Übungen der Extremitäten durchzuführen.
- Passive Übungen während der Morgentoilette durchführen.
- Beim Lagewechsel ist auf die physiologische Stellung der Gelenke unter Einsatz von Hilfsmitteln zu beachten.
- Grundsätzlich wird mit beiden Händen gearbeitet. Die Gliedmaße wird mit einer Hand oberhalb des Gelenks gehalten, mit der anderen Hand wird der untere Teil der Gliedmaße bewegt. Diese Maßnahme kann gut in die direkte Pflege integriert werden.
- Art und Umfang der prophylaktischen Interventionen hängen vom Ist-Zustand des Klienten, seiner Bereitschaft zur Mitarbeit und der ärztlichen Anordnung ab.

PS 5: Sturzprophylaxemanagement

Pflegestandard Nr. 5

Sturzprophylaxemanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Ein Sturz mit seinen Folgen (Schmerzen, Angst und ggf. Operation) hat Auswirkungen auf den ABEDL-Bereich » Sich bewegen können«. Um die Sturzgefahr zu minimieren, soll die Sturzprophylaxe konsequent durchgeführt werden.

Grundsatz

Voraussetzung für sicheres Gehen ist eine aufrechte Haltung. Durch tägliche körperliche Bewegung werden alle Körperfunktionen beeinflusst. Mit zunehmendem Lebensalter und bei Multimorbidität nimmt die Verletzungsrate zu.

Von 1998 bis Anfang 2001 wurde in Ulm ein Projekt des Geriatrischen Zentrums Ulm/Alb-Donau in Zusammenarbeit mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg durchgeführt. In diesem Modellvorhaben wurde nach Möglichkeiten gesucht, Stürze in Altenpflegeheimen zu minimieren und die Mobilität der Klienten zu verbessern. Das Ergebnis war sehr gut. In dem genannten Zeitraum sind die Stürze um 40 % und schwere Verletzungen als Sturzfolge um 30 % zurückgegangen. Pilotprojekte in vielen Altenpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg folgten. 2006 erschien der Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege*.

Problemstellung

Stürze können durch klienten-, umgebungs- und krankheitsbezogene Parameter beeinflusst werden. Nach der Sturzrisikoeinschätzung (■ Abb. 7.2) kann die Pflegediagnose erstellt werden.

Die Risikofaktoren für Stürze sind komplex. Sowohl endogene (innerhalb des Körpers liegende) als auch exogene (äußere) Faktoren können die Sturzgefahr beeinflussen.

Endogene Ursachen können sein: Osteoporose, Diabetes mellitus, nächtlicher Blutdruckabfall, diabetische Neuropathie, Durchblutungsstörungen, Dehydratation, Hypoxie (O₂-Mangel), M. Parkinson (Körperhaltung nach vorne gebeugt und kleinschrittiger Gang), Bandscheibenverschleiß, alkoholische Neuropathie (Erkrankung peripherer Nerven) und Depressionen. Darüber hinaus kommt es bei jeder Erkrankung schon nach einigen Tagen Bettruhe zu Kraftverlust und Reflexminderung. Arthrotische Veränderungen der Hüft- und Kniegelenke führen zu Haltungsveränderungen. Auch die Sehkraft (verminderte Pupillenreaktion) und das Hörvermögen lassen nach. Herzrhythmusstörungen führen bei Überbelastung zu Atemnot und Abbau der Leistungsfähigkeit. Bestimmte Medikamente (Sedativa, Psychopharmaka und Diuretika), Kreislaufprobleme, Sehprobleme, Inkontinenz, Depression sowie Schmerzzustände und Demenzerkrankung können einen sicheren Gang stark beeinträchtigen.

Exogene Ursachen sind im Lebens- und Wohnbereich des Klienten zu suchen. So stellen nasse, glatte oder spiegelblanke Fußböden eine besondere Gefahr dar. Schlechte Lichtverhältnisse, Dusche und Badewanne ohne Haltegriff und ohne rutschfeste Matte, nicht rutschfeste Läufer ebenso wie hochstehende Teppichkanten können einen Sturz verursachen. Ein großes Problem stellen Treppenstürze (z. B. im Treppenhaus) dar. Hohe Betten sind ein weiteres Problem. Sie entsprechen in der Regel nicht dem gewohnten häuslichen Bett. Eine Verlegung innerhalb des Altenpflegeheimes oder eine veränderte Möblierung führen zu Unsicherheit und fördern die Sturzgefahr, denn eine schnelle Umstellung auf solche eine Veränderung ist zumeist nicht gegeben. Zu lange Hosenbeine, lange oder beengende Kleidung schränken die Bewegungsfähigkeit ein und stellen eine Stolpergefahr dar. Nicht zuletzt bilden Bettgitter und Maßnahmen zur Fixierung des Klienten eine Gefahrenquelle und haben damit häufig einen gegenteiligen Effekt.

Beim Sturz kann es zu schweren Kopfverletzungen kommen.

Mögliche Kopfverletzungen nach einem Sturz

- Beim epiduralen Hämatom (intrakranielle Blutung zwischen harter Hirnhaut und Schädelknochen) treten die ersten Anzeichen innerhalb der ersten 12 Stunden nach dem Sturz auf.
- Ein subdurales Hämatom (intrakranielle Blutung zwischen Hirnhaut und Gehirnoberfläche) dagegen ist schwieriger zu erkennen. Ein akutes subdurales Hämatom verläuft ähnlich wie ein epidurales Hämatom. Ein chronisches subdurales Hämatom entwickelt sich hingegen erst im Zeitraum von Wochen und Monaten.
- Ein Zeichen für eine Schädelbasisfraktur ist ein Monokel- bzw. Brillenhämatom.
- Merkmale für eine intrakranielle Blutung sind Kopfschmerzen und psychische Veränderungen. Krampfanfälle sind nicht auszuschließen. Maßnahmen: Blutdruck, Puls, Bewusstseinslage und Pupillen überprüfen.

Weitere typische Verletzungen sind Schlüsselbeinfraktur, Oberarm- und/oder Schulterfraktur, Hüft- und/oder Oberschenkelfraktur sowie Rippenbrüche. Nach dem ersten Sturz kommt es zu starken Unsicherheiten und Ängsten. Die daraus resultierende eingeschränkte Mobilität fördert die Immobilität und begünstigt eine erneute Sturzverletzung.

Pflegezielsetzung

- Durch Beratung zum Sturzrisiko und mit Einsatz individuell geeigneter Hilfsmittel (Klient und Angehörige) Vermeidung von Stürzen erreichen.
- Selbstvertrauen und Bewegungssicherheit stärken.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (► Anhang) vermeiden.
- Schmerzminderung bzw. Schmerzfreiheit erreichen.
- Wo erforderlich wird dem Klienten entsprechende Hilfestellung gegeben, und somit wird die gewünschte Lebensqualität und Selbstbestimmung erreicht.
- Durch Anleitung und Einübung von Hilfsmitteln wird das Sturzrisiko minimiert.

Name der Einrichtung _____

Sturzrisikoeinschätzung (Sturzscreening)

(Screening = bewährte Untersuchungsmethode zur Erkennung von Risikogruppen/Krankheiten)

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

WB: _____

<u>Klientenbezogene Parameter (intrinsische):</u>	JA	NEIN
Aus der Vorgeschichte sind die Stürze bekannt, zuletzt am _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient ist auf dem Wohnbereich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient nimmt an der Sturzprophylaxe teil (Stärkung der Balancefähigkeit und Angstabbau von Stürzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekannte Augenerkrankung wird ärztlich behandelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekannte Schwerhörigkeit wird ärztlich behandelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brille und sonstige Sehhilfen bzw. Hörgerät sind sauber und funktionsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußprobleme werden möglichst beseitigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technische Hilfen sind in Greifhöhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient kann sicher mit Gehhilfen umgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsmittelbedarf wird ermittelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenstuhl ist bei Bedarf nachts im Zimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thermo - Liegematte ist b. B. vor dem Bett und mit dem Nachttisch fixiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettmatratze ist b. B. zum Schlafen nachts auf dem Boden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient trägt rutschfestes, gut sitzendes Schuhwerk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient trägt tagsüber und nachts im Bett Socken mit Noppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient trägt locker sitzende Kleidung (Bewegungsfreiheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient hat keine langen Hosenbeine (Stolpergefahr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient hat bei Bedarf Protektoren an Hüften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klient wird beraten, motiviert und dies dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein - Aussteige aus dem Bett wird geübt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizüberflutung durch Radio/Fernsehen wird vermieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontinenzförderung wird b. B. durchgeführt und dies protokolliert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Umgebungsbezogene Parameter (extrinsische):

Orientierungshilfen sind angebracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Bett ist bei Bedarf von drei Seiten zugänglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Bett ist tief gestellt (Höhe 35 Zentimeter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichtschalter und Klingel befinden sich in Reichweite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technische Hilfsmittel sind überprüft und Funktionsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei dem Aufstehen ist der Bodenkontakt sichergestellt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettbremsen sind angezogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Teppiche (auf Wunsch) sind rutschfest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoperkanten sind beseitigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gegenstände von dem Klienten sind im Zimmer nicht umgeräumt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasszelle hat eine sichere Sitzmöglichkeit und Haltegriffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettensitzerhöhung ist bei Bedarf angebracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

■ Abb. 7.2 Sturzrisikoeinschätzung

Toilettenpapierhalter ist in Greifnähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf nassen Fußboden wird hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine individuelle Regelung der Raumtemperatur ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleuchtung im Flur ist tagsüber und nachts gleich (mind. 150 Lux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzmöglichkeiten sind im Flur vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheitsbedingte Sturz- und Verletzungsgefahr:

- M. Alzheimer Vaskuläre Demenz M. Parkinson Depression
 Diabetes mellitus: Typ _____ Osteoporose Rheuma
 Herz und Kreislauferkrankung Gleichgewichtsprobleme
 Wirbelsäulen - Schädigung Gehprothesen Gehhilfen
 Polyneuropathie Koxarthrose Gonarthrose Epilepsie
 Hypertonie Hypotonie Schwindel Übelkeit
 Alkoholkrankheit Drogenabhängigkeit
 Cerebrovaskuläre Insult Hemiplegie Standunsicherheit
 Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Flüssigkeitsdefizit
 Angst vor erneuten Stürzen Mobilität akute Erkrankung
 krankheitsbedingte Bettlägerigkeit seit: _____ Bettgitter Fixierung
 Unruhe tagsüber Unruhe nachts Verwirrtheit
 Agitation (psychomotorische Unruhe, z. B. ständiges Hin- und Herlaufen)
 eingeschränkter Sehvermögen eingeschränkter Hörvermögen
 Phantomschmerzen Tumorerkrankung
- Medikamente der letzten sieben Tage:
- Neuroleptika Antidepressiva Sedativa
 Schlafmittel Antiepileptika Diuretika
 Antihypertensiva Antihistaminika Schilddrüsenpräparat
- Datum: _____

- Größtmögliche Bewegungsunabhängigkeit soll erreicht werden.
- Erhaltung oder Wiedergewinnung der Mobilität in Zusammenarbeit mit Ergotherapeut und Krankengymnast werden angestrebt.
- Klienten werden zum Besuch von Veranstaltungen motiviert, denn Bewegung und Ortswechsel können sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken.

Durchführung

7 Beim Einzug in die Altenpflegeeinrichtung sollte die Raumaufteilung möglichst der häuslichen Umgebung entsprechen. Dies erleichtert dem Klienten die Orientierung. Die Mobilität des Klienten und sein Bedarf an Hilfsmitteln sollen festgestellt werden, dabei auch die Copingstrategien und die Gewohnheiten dokumentieren. Voraussetzungen sind: Der Klient weiß, wo der Lichtschalter ist, Handläufe und Haltegriffe sind vorhanden, die Toilette hat die richtige Sitzhöhe. Die Hilfsmittel werden regelmäßig auf ihre Funktion überprüft. Festgestellte Mängel werden umgehend behoben. Feste Schuhe und regelmäßige Fußpflege sind genauso wichtig wie eine saubere Brille und ein funktionsfähiges Hörgerät. Unruhige und verwirrte Klienten werden gezielt therapeutisch begleitet.

Nach Rücksprache und mit Einverständnis des Klienten und der Angehörigen/Betreuer kann der Klient an einem Trainingsprogramm teilnehmen. Es können Gleichgewicht, Muskelaufbau, Reaktion, Wahrnehmung und Kraft unter Einsatz von Hanteln und Gewichtsmanschetten trainiert werden. Auch Tai-Chi- und Qigong-Übungen wirken gesundheitsfördernd:

- Tai Chi ist eine alte chinesische Kunst zur Verbesserung des Wohlbefindens. Hierbei sollen die Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele sowie die innere Lebenskraft gestärkt werden. Gleichzeitig kann die Sicherheit beim Stehen und Gehen verstärkt werden.
- Qigong kommt ebenfalls aus China und stärkt Körperhaltung, Bewusstsein und Atmung, die in Einklang kommen sollen. Ebenso ist es zur Entspannung und Erhaltung der Beweglichkeit geeignet.

Beide Methoden können u. a. besonders bei älteren Klienten mit Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, M. Parkinson, Gelenkschmerzen und Osteoporose eingesetzt werden. Die Übungen sind leicht

zu lernen. Es wurden sehr gute Resultate erzielt: positive Grundstimmung, bessere Konzentrationsfähigkeit, bessere Gelenkigkeit und besseres Gleichgewicht. Gerade im Hinblick auf die Sturzprophylaxe sollten diese Übungen gefördert werden.

Qualitätszirkel bilden zur Implementierung/Umsetzung von nationalen Expertenstandards (Erstellen von Pflegeprozessstandards und Verfahrensabweisungen).

Prophylaktische Maßnahmen bei Sturzgefahr:

- Erhebung der Sturzrisikoparameter mithilfe der Sturzrisikoeinschätzung (■ Abb. 7.2).
- Für ausreichende Beleuchtung/Lichtverhältnisse sorgen.
- Stolpergefahr ausschließen.
- Falls das Bett zu hoch ist, das Aufstehen und das Zubettgehen mit dem Klienten ausreichend üben.
- Fußböden sollen nicht gebohrt werden (blendet).
- Für Halte- und Sitzmöglichkeiten beim Gehen sorgen.
- Falls Teppiche und Läufer im Zimmer gewünscht werden, sollten die Kanten festgeklebt werden.
- Alle prophylaktischen Maßnahmen im Pflegeprozessplan eintragen und regelmäßig überprüfen.
- Bei Bedarf werden Hüftprotektoren angelegt.
- Eine Thermomatte wird vor das Bett gelegt.
- Socken mit Noppen können getragen werden.
- Bedarfsgerechter Einsatz von Gehhilfen, wie z. B. Rollator, Gehstock oder Vierpunktstock, wird erwogen.
- Die Bettmatratze wird bei Bedarf nachts zum Schlafen auf dem Boden gelegt.
- Regelmäßige Gymnastik, z. B. mit Thera-Band oder Sitztänze, sowie Kraft- und Balancetraining unter Einsatz von Kraftmanschetten tragen zur Sturzprophylaxe bei.
- Kontinenzförderung wird bei Bedarf durchgeführt und Unterstützung angeboten.
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme.
- Ein Sturzhelm kann dienlich sein.
- Empfehlenswert sind Schuhe mit Klettverschluss und als Hilfsmittel ein langer Schuhlöffel.

Name der Einrichtung _____

Sturzprotokoll

Datum des Sturzes: _____

Name, Vorname: _____ geboren am: _____ WB: _____

Sturzort: Zimmer aus dem Bett über das Bettgitter Toilette
 Dusche Bad Flur Speisesaal Treppenhaus
 sonstiger Ort: _____

Klientenbezogene Parameter (intrinsische):

Beschreibung des Sturzhergangs: _____

Brille an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörgerät an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hüftprotektoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Thermomatte vor dem Bett?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Feste Schuhe an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Socken mit Noppen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Strumpfe an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	barfuss?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bettgitter oben			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollator benutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	im Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehstützen benutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige: _____	
Urininkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Orientierung?	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> unruhig
<input type="checkbox"/> gangunsicher		<input type="checkbox"/> O weglaufgefährdet	
<input type="checkbox"/> lehnt Benutzung von Hilfsmittel ab			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann war der letzter Sturz? _____			
Sind die freiheitseinschränkende Maßnahmen von dem Vormundschaftsgericht genehmigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Umgebungsbezogene Parameter (extrinsische):

Wurde die Beratung und Übung mit Hilfsmittel durchgeführt und dies dokumentiert? ja nein
 War der Hilfsmittel funktionsfähig? ja nein
 War die Bettklingle erreichbar und funktionsfähig? ja nein
 Versteht der Klient die Klingelfunktion? ja nein
 Ist die Krankengymnastik z. Zt. verordnet? ja nein
 Nimmt der Klient an der wöchentlichen Gymnastik teil? ja nein
 Licht: an dunkel im Flur im Zimmer in Toilette Nachttischlampe an? ja nein

Pflegebezogene Parameter

Der Sturz wurde um _____ Uhr festgestellt

Wer war bei dem Sturz dabei? _____

Uhrzeit des letzten Kontaktes mit dem Klient um _____ Uhr

Beschreibung des Sturzhergangs: _____

Wo wurde der Klient genau vorgefunden? _____

Wie wurde der Klient vorgefunden? sitzend liegend Sonstiges _____**Pflegestatus**Bewusstseinslage: wach und ansprechbar nicht ansprechbar Pupillenkontrolle intakt ja nein

Vitalwerte: Blutdruck _____ Puls _____ Temperatur _____

Sichtbare Verletzungen: keine Verletzung Schürfwunde am _____■ **Abb. 7.3** Sturzereignisprotokoll

PS 5 · Sturzprophylaxemanagement

Verstauchung am _____

Platzwunde am _____

Hämatom am _____

blutet aus _____

Verdacht auf _____ Fraktur

Mobilisation: konnte alleine aufstehen benötigte Hilfe konnte nicht aufstehen**Pflegeinterventionen**Einteilung der Sturzverletzungen nach Morse durchgeführt ja nein Kühlung des betroffenen Körperteils fachgerechte Lagerung VerbandRöntgen Kontrolle erforderlich ja neinKrankenhauseinweisung erforderlich ja neinÜberleitungsbogen geschrieben ja nein**Information**

Angehörige (wen?) am _____ um _____ Uhr HZ _____

Betreuer am _____ um _____ Uhr HZ _____

Hausarzt am _____ um _____ Uhr HZ _____

Notarzt am _____ um _____ Uhr HZ _____

Verantwortliche PFK am _____ um _____ Uhr HZ _____

Heimleitung am _____ um _____ Uhr HZ _____

Information an Frühdienst Spätdienst Nachtdienst**Mögliche Sturzursachen**Erneute Sturzrisikoeinschätzung durchgeführt am _____ ja neinPflegeprozessplanung überprüft und individuell angepasst am _____ ja nein

Protokoll erstellt am _____

Pflegefachperson

* HZ = Handzeichen

■ Abb. 7.3 Fortsetzung

Bei einem Sturz ist die Einteilung der Verletzungen nach Morse (■ Tab. 7.1) hilfreich. Arzt und Angehörige/Betreuer werden informiert, und es wird ein Sturzereignisprotokoll (■ Abb. 7.3) erstellt. Falls erforderlich, wird Erste Hilfe geleistet und bei einer Überweisung ins Krankenhaus ein Pflegeverlegungsbericht erstellt.

Tab. 7.1 Einteilung der Sturzverletzungen (modifiziert nach Morse 1997)

Grad	0	1	2	3
Verletzungen	Keine Verletzungen	Kleine Verletzung, die keiner ärztlichen Hilfe bedarf	Verletzung, die ärztlicher Hilfe bedarf (z. B. Verstauchungen, Hämatome oder Platzwunden)	Röntgenkontrolle erforderlich (Fraktur): z. B. Knochenbruch, Kopfverletzung, große Wunden
	Keine Schmerzangaben	Heilung in wenigen Tagen	Röntgenkontrolle (keine Fraktur)	Krankenhausaufenthalt
Pflege	Beweglichkeit der Extremitäten möglich			
	Beratung durchführen: Klient und Angehörige/Betreuer	Hilfsmiteileinsatz: z. B. Hüftprotektoren, Socken mit Noppen, festes Schuhwerk, Übungen mit Thera-Band, Sitztanz, Kraft- und Balancetraining unter Einsatz von Kraftmanschetten	Kontrolle von Hilfsmitteln auf Funktionalität, ggf. bedarfsgerechte Anpassung	Information: Arzt, Angehörige und Betreuer
	Sturzrisikoeinschätzung (Abb. 7.2) durchführen	Krafttraining, Balancetraining: Einverständniserklärung von Arzt, Klient und Angehörigen/Betreuer einholen	Sturzrisikoeinschätzung durchführen (Abb. 7.2)	Erste Hilfe an den traumatisierten Körperstellen
		Sturzrisikoeinschätzung durchführen	Kontrolle der Vitalwerte	Pflegeverlegungsbericht
		Kontrolle der Vitalwerte		Transport organisieren
				Nach Rückkehr aus dem Krankenhaus Sturzrisikoeinschätzung (Abb. 7.2) durchführen
Pflege: regelmäßige Fallbesprechungen im Betreuungsteam mit Überprüfung des Sturzrisikogrades und der Pflegeprozessplanung.				

Pflegestandard Nr. 5

Sturzprophylaxemanagement

Durchführung durch:	Pflegeperson nach Anleitung
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegefachperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Hilfsmittel und technische Mittel (funktionsfähig und sauber) bereitstellen
- Halte- und Sitzmöglichkeiten schaffen
- Erforderliche Betthöhe einstellen

Klienten

- Befinden überprüfen
- Vorgehensweise erklären
- Zu aufrechter Körperhaltung auffordern

Raum

- Stolpergefahren ausschließen
- Lichtschalter und Klingel auf gute Erreichbarkeit prüfen
- Ausreichende Beleuchtung (keine Schatten, keine Blendwirkung) schaffen

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Orientierung im Raum entspricht der häuslichen Umgebung
- Hilfsmittel und technische Hilfen werden nach Bedarf eingesetzt
- Erfahrungswerte und Copingstrategien werden als Information genutzt
- Der Klient ist in seiner Bewegungsfreiheit nicht gehindert
- Unter Anleitung und mit der erforderlichen Unterstützung soll die Sicherheit beim Laufen erreicht werden
- Bei Bewegungsmangel den Klienten auf mögliche Komplikationen aufmerksam machen

■ Nachsorge

- Technische Hilfen zur Seite stellen
- Lagerung kontrollieren und Klingel in Reichweite gewährleisten
- Wohlbefinden des Klienten überprüfen
- Hygienische Händedesinfektion

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Das Einhalten aller prophylaktischen Interventionen und die Durchführung der genannten Punkte sind Voraussetzung für das Erreichen der gewünschten Qualität und für die Qualitätssicherung
- Regelmäßige Überprüfung von Sturzrisikofaktoren, umgehende Einleitung der prophylaktischen Maßnahmen und Anpassung der Pflegeprozessplanung dienen als Qualitätsnachweis
- Mit regelmäßigen Fallbesprechungen und Fortbildungen können die Pflege- und Lebensqualität der Klienten ebenfalls gesichert werden

! Zu Beachten

- Nationaler Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege*
- Die baulichen und räumlichen Gegebenheiten müssen der Heimbau-mindestverordnung entsprechen
- Da davon ausgegangen werden muss, dass in Zukunft vermehrt demenziell Erkrankte in die Altenpflegeeinrichtungen kommen, sind geeignete Konzepte, die individuell auf die einzelnen Klienten abgestimmt sind, zwingend erforderlich
- Regressforderungen der Krankenkassen bei fehlender Beachtung und Sicherung von Sturzrisikofaktoren. Umgehende Maßnahmenumsetzung dienen als Qualitätsnachweis
- Das Gleiche gilt für die Pflegebetten nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und nach den Unfallverhütungsvorschriften (UVV). Ein Pflegebett ist ein Medizinprodukt. Im Rahmen des Risikomanagements ist bei jeder pflegerischen Intervention eine Sichtkontrolle am Pflegebett vorzunehmen. Vor dem Einzug eines neuen Klienten und vor der Inbetriebnahme wird der Zustand anhand einer Checkliste überprüft und dokumentiert. Jeder neu in der Pflege Tätige ist zu unterweisen. Jeder Defekt muss erkannt und umgehend behoben werden
- Sturzprophylaxe besteht aus Sturzrisikoeinschätzung (■ Abb. 7.2), prophylaktischen Interventionen, Sturzereignisprotokoll (■ Abb. 7.3) und der Einteilung der Sturzverletzungen nach Morse (■ Tab. 7.1)

Osteoporose (Faktor für Sturzrisiko). Die Osteoporose ist eine chronische Erkrankung, die hauptsächlich Frauen betrifft. (Produktion des Geschlechtshormons Östrogen nimmt ab, bei den Männern Testosteron). Es handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung der Skelettknochen mit Knochenmasseabbau. Die Knochenfestigkeit nimmt ab. Die Ursachen sind vielfältig: bei Frauen nach der Menopause, familiäre Veranlagung, altersbedingter Abbauprozess, Untergewichtige, starke Raucher, Rheumatoide Arthritis, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 1 und Nebenschilddrüsen- und Nebennierenüberfunktion), Gabe von Schlafmitteln und Antidepressiva, Cortisoneinnahme über einen längeren Zeitraum, Bewegungsmangel («Wer rastet der rostet»), Angst vor erneuten Stürzen, ungeeignete Schuhe, Selbstüberschätzung (Heben und Tragen von schweren Gegenständen, Immobilität und fehlende Calcium und D-Vitamingabe. Mit der Knochendichtemessung mittels DXA- Methode an der Wirbelsäule und Hüfte kann der Abbauvorgang exakt ermittelt werden.

Die Abbau der Knochenmasse zeigt sich vor allem an der Wirbelsäule (Beugung nach vorne »Rundrücken« und anhaltende Rückenschmerzen). Die Sturz- und Frakturhäufigkeit (Oberschenkelhals- oder Radiusfraktur) steigt. Der Prozess des Knochenabbaus kann nicht geheilt, aber durch die Medikamentengabe kann einem weiteren Knochenabbau vorgebeugt werden.

Prophylaktische Interventionen

- Als Langzeittherapie etwa 1000–1500 mg/Tag Calcium, Vitamin B 12 und zusätzlich Vitamin D 3 800–2000 IE/Tag (Dachverband Osteologie e. V., Osteoporose Leitlinie 2009).
- Übungen mit dem Thera-Band
- Bewegung im Freien (Sonnenlicht).
- Balance- und Krafttraining.
- Entsprechende calciumreiche Ernährung, Rezeptvorschläge mit der Küchenleitung besprechen und umsetzen, nicht nur vegetarische Kost einnehmen (einseitig).
- Festes Schuhwerk.
- Beratung und Anleitung beim Einsatz von Hüftprotektoren. In einer randomisierten Studie konnten keine nachweisbaren Ergebnisse/Verbesserungen bei der Hüftfraktur-Inzidenz festgestellt werden (Kiel 2007).

PS 6: Ernährungsmanagement (Dehydratations- und Obstipationsprophylaxe)

Pflegestandard Nr. 6

Ernährungsmanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

7 Umfang der Pflegeleistungen

Die Ernährung wird den ABEDLs »Kommunizieren können«, »Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können«, »Essen und trinken können«, »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« sowie »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« zugeordnet.

Unter Ernährung ist als pflegerische Intervention zu verstehen: das Servieren von Nahrung und Getränken, die mundgerechte Zubereitung der Nahrung und Hilfestellung (Umgang mit Besteck und Esshilfen) bei der Aufnahme.

Grundsatz

Das Verlangen nach Nahrung und Flüssigkeit ist für Menschen eines der existenziellen Bedürfnisse und eine regelmäßig wiederkehrende Aktivität im Ablauf des täglichen Lebens. Die Vorlieben und Abneigungen sind aus der Biografie (► Abschn. 2.4) ersichtlich. Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, auch die enterale Ernährung mittels PEG-Sonde (► Abschn. PS 16) oder die subkutane Infusion (Verordnung des Arztes) stellt nicht nur einen lebenswichtigen Vorgang (Hunger und Durst stillen) dar, sondern ist auch ein wichtiger gesellschaftlicher und kommunikativer Ablauf, der dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit dient.

Der tägliche Flüssigkeitsbedarf soll 1,5 l/Tag betragen, wobei zusätzlich 0,75 l durch die feste Nahrung aufgenommen wird (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2010).

Die folgende Berechnung ist für unter- und übergewichtige Klienten geeignet (DGE et al 2000):

100 ml je kg für die ersten 10 kg Körpergewicht

+ 50 ml je kg für die zweiten 10 kg Körpergewicht

+ 15 ml je kg für jedes weitere kg Körpergewicht

Nahrung als Energieträger dient der Erhaltung aller Körperfunktionen. Eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung sorgt für eine Stärkung des Immunsystems und der Widerstandsfähigkeit. Die tägliche Zufuhr von Ballaststoffen (Kartoffeln, Gemüse), Vitaminen (Obst), Spurenelementen und Eiweiß (in der Regel 1g/kg Normalgewicht aus Fleisch, Milchprodukten, Eiern, magerem Fleisch, Hülsenfrüchten) ist für die gesunde Ernährung entscheidend. Die Mahlzeiten stellen einen wichtigen Faktor im täglichen Ablauf des Klienten dar. Auf Wunsch können die Mahlzeiten im Zimmer serviert werden (Essgewohnheiten respektieren). Die Gelegenheit, ungestört zu essen, soll gegeben werden.

Manche ältere Menschen bekommen erst am späten Abend Appetit und Hungergefühl. Die Ausgabe von Spätmahlzeiten (auch für Diabetiker) fällt in den Aufgabenbereich der Nachtwache.

Problemstellung

Bei vielen älteren Menschen lassen das Bedürfnis nach Essen und besonders nach Trinken nach. Verminderter Appetit und geringeres Durstgefühl sind auf die Reduktion des Energiebedarfs zurückzuführen. Darüber hinaus können die fehlenden Bedürfnisse auch psychische, organische oder krankheitsbedingte Ursachen haben:

- Bei den psychisch bedingten Gründen können Einsamkeit, Isolation, schwere Umstellung auf die neue Umgebung (Einzug in eine Altenpflegereinrichtung), Depression oder der Wunsch zu sterben, eine Rolle spielen.
- Unter organisch bedingten Gründen werden Behinderungen wie Blindheit, Schwerhörigkeit, fehlende Zahnprothese und dadurch verminderte Kautätigkeit, Einnahme von diversen Medikamenten (z. B. Opioide, Psychopharmaka) oder Bewegungsmangel als mögliche Ursachen angesehen.
- Unter krankheitsbedingte Gründen fallen beispielweise die Schluckstörungen (Dysphagie) und das Verschlucken von Nahrung oder Flüssig-

keit, die in die Luftröhre gelangen (Aspiration), Hemiplegie, Aphasie, Tremor, Mundsoor (Pilzbefall in der Mundhöhle), Parotitis (Entzündung der Ohrspeicheldrüse), kariesbefallene oder vereiterte Zähne, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, chronische Schmerzzustände, AIDS, Tumorerkrankungen oder Fieber.

Des Weiteren ist das Sammeln und Verstecken von Essensresten ein häufig auftretendes Phänomen. Eine einfühlsame Pflegeperson, der die Lebensgeschichte und die Lebensumstände des Klienten (Krieg, Vertreibung, Armut in jungen Jahren) bekannt sind, wird diesem Verhalten mit Verständnis begegnen.

Kognitive Einschränkungen und motorische Unruhe bei demenziell Erkrankten sowie erhöhter Kalorienbedarf (von 3000–4000 kcal täglich) werden hierbei berücksichtigt. Demenzerkrankte erkennen häufig Speisen nicht mehr als solche und haben einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus (tagsüber zu müde zum Essen).

Die Einnahme von einigen Medikamenten geht mit Mundtrockenheit, Verringerung der Speichelproduktion, Müdigkeit und Appetitlosigkeit einher. Diuretika und Laxanzien beeinflussen den Flüssigkeits- und Elektrolyt-haushalt und können zur Dehydratation führen.

Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung sind Probleme, die im Pflgeteam, mit dem Hausarzt, unter Einbeziehung der Angehörigen/Betreuer und/oder Bezugsperson, besprochen und ergründet werden sollen. Hierbei muss der Wunsch des einzelnen Klienten (Patientenverfügung) auf jeden Fall respektiert werden. Das Ergebnis der Fallbesprechung wird im Fallbesprechungsformular dokumentiert.

Die Indikation zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) muss – als letzte Möglichkeit – sorgfältig überlegt (ethische Gründe) sowie mit Klient, Arzt, Angehörigen/Bezugsperson bzw. Betreuer besprochen und entschieden werden. Die ärztliche Indikation muss vom Betreuer (Gesundheitsorge) schriftlich genehmigt werden.

Verweigerung der Flüssigkeit führt zu Flüssigkeitsdefizit (Dehydratation) und Austrocknung (Exsikkose), was wiederum den Hautzustand verändert und Stuhlverstopfung (Obstipation) hervorrufen kann. Mögliche Folgen der Mangelernährung (Malnutrition) sind Gewichtsverlust, Muskelkraftabbau, Infektionsanfälligkeit, Abgeschlagenheit, Verwirrtheit (durch Flüssigkeitsmangel), Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung, erhöhtes Sturzrisiko, trockene Haut, konzentrierter Harn und Dekubitusgefahr.

Pflegezielsetzung

Eine gute Beobachtungsgabe und das Ergebnis des Ernährungsstatus (▣ Abb. 7.5) und der Ernährungseinschätzung (▣ Abb. 7.6) ermöglichen der Pflegefachperson das Erkennen und Benennen von vorhandenen Fähigkeiten und bestehenden Problemen. Mit dem individuell ausgerichteten Pflegeprozessplan werden die Pflegenahziele formuliert und die Sicherstellung einer angemessenen Ernährung angestrebt. Aus der persönlichen »Essenskarte« (▣ Abb. 7.4) sind die Trink- und Essgewohnheiten ersichtlich.

Anzustreben ist die Flexibilisierung der Essenszeiten, ein Frühstücks- und Abendessenbuffet sowie die Möglichkeit, die Mahlzeiten zu einem späteren Zeitpunkt temperaturgerecht (Mikrowelle) zu servieren. Für eine störungsfreie und angenehme Umgebung ist Sorge zu tragen. Des Weiteren ist die Schnittstellenoptimierung in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Heimleitung, VPPF; Küchenleitung, Diätassistent, Ernährungsmanager, Logopäden und der Pflege) zu erreichen.

Bei der Ermittlung der Biografie und der Pflegeanamnese (Eigen- oder Fremdanamnese) werden die regional bedingten Essgewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen ermittelt. Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen und ärztliche Verordnungen werden hierbei berücksichtigt. Das oberste Pflegeziel kann nur Autonomie und Selbstbestimmung sein.

Durchführung

- Ernährungsmanager/Ernährungsbeauftragten/Diätassistenten bei Bedarf zu Rate ziehen
- Verantwortungsbereiche intern regeln
- Anhand von Ernährungsstatus (▣ Abb. 7.5) und Ernährungseinschätzung (▣ Abb. 7.6) überprüfen, Problem erkennen und nach Lösungen suchen
- Wiegen und Body-Mass-Index (BMI) errechnen (Normalwert ab 65 Jahre: 24–29). Nach Amputation oder bei Wirbelsäulenverkrümmungen auf BMI-Ermittlung verzichten, weil die Messung keine exakten Werte ergibt
- Bioimpedanzanalyse (BIA) ist die Bestimmung der Körperzusammensetzung, indem mit Elektroden auf der Haut die Messung der elektrischen Leitfähigkeit des Körpers, Gesamtkörperwasser, Körperzellmasse und Körpermagermasse ausgerechnet werden kann

Essenskarte

Name, Vorname: _____ WB: _____

Kostform : _____ Zi.Nr.: _____

Vorlieben : _____

Abneigungen : _____

- isst und trinkt alleine
- Beaufsichtigung und Anleitung sind notwendig
- das Essen muss vorbereitet werden
- benötigt Hilfe beim Essen und Trinken
- vollständige Übernahme von Pflegeperson notwendig

Vollkost Trinknahrung Spätmahlzeit

ohne Schweinefleisch Vegetarisch Wunschkost

Passiert nur Fleisch passiert

sonstige Diät _____

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> _____ Butter | <input type="radio"/> _____ Margarine |
| <input type="radio"/> _____ Brötchen | <input type="radio"/> _____ Scheiben Brot |
| <input type="radio"/> _____ Vollkornbrot | <input type="radio"/> _____ Scheiben Weißbrot |
| <input type="radio"/> _____ Knäckebrötchen | |

Sonderkost - was/wieviel: _____

Kaffee ___ Tassen Tee ___ Tassen Milch ___ Tassen

Kaba ___ Tassen Milch warm Milch kalt

- Messung von Tricepshautfaltendicke (THFD), die Aussagen zur Körperzusammensetzung (Fett- und Muskelmasse) erlauben
- Sitzplatzwünsche im Speisesaal werden berücksichtigt
- Die Temperatur der Speisen und Getränke wird überprüft, die Menge der Portionierung wird erfragt
- Kalte und warme Getränke werden individuell ausgerichtet angeboten (falls vorhanden eigenes Glas/eigene Tasse benutzen), möglichst keine Schnabelbecher
- Die Gabe von flüssiger Nahrung und Getränken mittels Spritze soll ausgeschlossen sein
- Mögliche Lebensmittelallergien beachten!
- Bei der Nahrungsaufnahme spielt der Faktor Anrichten eine wichtige Rolle (»das Auge isst mit«)
- Das Zerkleinern der Speisen erfolgt im Blickfeld des Klienten
- Für die Darreichung der Nahrung und Getränke soll sich die Pflegebezugsperson die notwendige Zeit nehmen und keine Hektik aufkommen lassen. Durch hastiges Essen (der Klient spürt den Zeitdruck der Pflegenden) kann es zum Verschlucken kommen (Interventionen bei Aspiration ► Abschn. PS 22)
- Teilweise oder vollständige Hilfestellung erfolgt in sitzender Position (gleiche Höhe) und seitlich vom Klienten
- Auf Wunsch können die Mahlzeiten im Zimmer serviert werden
- Die Erklärung und wiederkehrende Übung während des Essens führt zu Vertrauen und Sicherheit im Umgang mit Besteck oder benötigten Hilfsmitteln (möglichst die Angehörigen, Freunde oder Bekannte mit einbeziehen)
- Neben der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit gehören zu jeder Mahlzeit die Überprüfung und das Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten. Hierbei ist auf den Zeitpunkt der Einnahme (vor oder nach dem Essen) zu achten
- Die Unterstützung erfolgt nur so lange, bis der angestrebte Grad der Autonomie erreicht worden ist (wird anhand des Pflegeprozessplans wöchentlich/monatlich überprüft und ggf. werden neue Pflegenahziele festgelegt)
- Fortbildung zum Thema Ernährung, Ernährungsdefizite und Bildung eines Qualitätszirkels zur Implementierung/Umsetzung von nationalen Expertenstandards (Erstellen eines Pflegeprozessstandards und einer Verfahrensanweisung)

Name der Einrichtung _____

Ernährungsstatus

Name, Vorname: _____ geboren am: _____ WB: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____ BMI: _____

Essgewohnheiten heute:

Vorlieben (Speisen und Getränke): _____

Abneigungen (Speisen und Getränke): _____

Appetit: O vorhanden O teilweise O nicht vorhanden

Mund - und Zahnstatus: O altersentsprechend O trockene Mundschleimhaut
 O sanierungsbedürftige Zähne O fehlende Zähne
 O schlechtsitzende Ektoprothese O Schmerzen im Mund
 O Kauprobleme O Schluckprobleme
 O Aspirationsgefahr O Geschmacksveränderung

Ernährungsstatus: O altersentsprechend O Übergewicht
 O Untergewicht O Nahrungsgabe mit Hilfsmittel
 O oral O enteral (mit Sonde)
 O parenteral (mit Infusion) O unzureichende Flüssigkeitszufuhr
 O Gefahr der Dehydratation O Gefahr der Unterernährung

Hautstatus (s. Checkliste: Hautanalyse): _____

Körperlicher Status (Funktionelle Beeinträchtigungen):
 O Rechtshänder O Linkshänder
 O Querschnittslähmung O Arthrose O Wachkoma

O Hemiplegie/Hemiparese: _____

O Kontrakturen. _____

O Dekubitus: _____

Arm - und Handbenutzung: O möglich O nicht möglich O Tremor

Umgang mit Besteck: O möglich O nicht möglich

O fehlender Extremität: _____ O Prothese: _____

O Kontinent O Harninkontinenz O Stuhlinkontinenz O Obstipation

Bewegungsstatus: O mobil O immobil O motorische Unruhe
 O unsichere Gang O wiederholte Stürze
 O Bewegung mit Hilfsmittel möglich

O Freiheitsbeschränkende Maßnahmen: _____

Fußstatus: O Fußpflege erforderlich O Fußpflege nicht erforderlich

Ernährungsstatus

■ Abb. 7.5 Ernährungsstatus

Sensorische Beeinträchtigungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Katarakt (Grauer Star) | <input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Tastsinn | <input type="checkbox"/> Geschmackssinn |
| <input type="checkbox"/> Geruchssinn | <input type="checkbox"/> Bewegungssinn |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Blindheit |

Geistige Beeinträchtigungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit (Delir) | <input type="checkbox"/> Probleme andere zu verstehen |
| <input type="checkbox"/> Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> Abwehrverhalten |
| <input type="checkbox"/> Rückzug von Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Angstsyndrom |
| <input type="checkbox"/> innere Unruhe | |

Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen:

- | | | | |
|------------|---|---|-------------------------------------|
| Erkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | | |
| | <input type="checkbox"/> Schizophrenie | <input type="checkbox"/> M. Alzheimer | |
| | <input type="checkbox"/> Vaskuläre Demenz | <input type="checkbox"/> Manisch depressive | |
| | | <input type="checkbox"/> Paranoide Wahn | <input type="checkbox"/> Depression |
| | <input type="checkbox"/> M. Parkinson | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | |
| | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen | |

Kognitive Beeinträchtigungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis | <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Entscheidungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> kann das Geforderte nicht umsetzen | |
| <input type="checkbox"/> Aphasie | |
| <input type="checkbox"/> nonverbale Kommunikation möglich | |

Verhaltensauffälligkeiten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Weinerlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Apathie | |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggressivität | <input type="checkbox"/> körperliche Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Phobien |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Panikattacken |
| <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen | <input type="checkbox"/> Umherirren |
| <input type="checkbox"/> Eigengefährdung | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung |

Medikamentöse Beeinträchtigungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Sedativa | <input type="checkbox"/> Laxantia |
| <input type="checkbox"/> Narkotika | <input type="checkbox"/> Diuretika |
| <input type="checkbox"/> Zytostatika | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Antiparkinsonmittel | <input type="checkbox"/> Analgetika |

Datum: _____

Pflegefachperson

Name der Einrichtung

Ernährungseinschätzung (Ernährungsscreening)

(monatlich oder wöchentlich wiegen, BMI-Wert ermitteln und Ernährungseinschätzung durchführen)

Name, Vorname: _____ Alter: _____ Jahre WB: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI(Body Mass Index) = _____ kg/m²

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| War der Klient schon immer | <input type="radio"/> unter | <input type="radio"/> übergewichtig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hat der Klient in den letzten zwei Monaten | <input type="radio"/> abgenommen? | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hat der Klient in den letzten zwei Monaten | <input type="radio"/> zugenommen? | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist der Klient mobil? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist der Klient immobil? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist die Bewegung mit Hilfsmittel möglich? | <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hat der Klient Angst vor Stürzen? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Versorgt sich der Klient noch selbständig? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist der Umgang mit Besteck möglich? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Isst der Klient selbständig? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Benötigt der Klient Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Isst der Klient täglich Eiweißprodukte? Was? _____ | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind die Vorlieben/Abneigungen (Speisen und Getränke) in PPP dokumentiert? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mundzustand und Zahnstatus ermitteln: Hat der Klient noch funktionsfähige | | | | |
| <input type="radio"/> Zähne | <input type="radio"/> Teilprothese | <input type="radio"/> Zahnprothese | <input type="radio"/> keine Zähne? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hat der Klient Schluckstörungen (Dyshagie)? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wird ein Eindickungsmittel angeboten? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Besteht die Gefahr einer Aspiration? | | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Besteht eine Abneigung gegen die Nahrungsaufnahme? | <input type="radio"/> teilweise | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lehnt der Klient bestimmte Speisen ab? | <input type="radio"/> teilweise | | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

■ **Abb. 7.6** Ernährungseinschätzung (Ernährungsscreening)

PS 6 · Ernährungsmanagement

- Besteht die Gefahr einer Unterernährung? ja nein
- Wird der Klient mittels PEG ernährt? ja nein
- Sondenkostname (SK) und kcal Menge sind eingetragen? ja nein
- Flussrate der Ernährungspumpe in ml pro Stunde ist eingetragen? ja nein
- Trinkt der Klient ausreichend? ja nein
- Besteht die Gefahr eine Dehydratation? ja nein
- Liegt ein Trinkprotokoll mit täglicher Trinkmenge (in 24 Stunden) vor? ja nein
- Wird Trinknahrung verabreicht (Produktname, kcal Menge täglich)? ja nein
- Ist der Klient an Demenz erkrankt? ja nein
- Liegt eine motorische Unruhe vor? ja nein
- Liegt eine Depression vor? ja nein
- Liegt eine Obstipation vor? ja nein
- Wird Obstipationsprophylaxe durchgeführt? ja nein
- Hat der Klient Diarrhö? ja nein
- Liegen funktionelle Beeinträchtigungen vor?
 Kontraktur Arthrose Querschnittslähmung
 Wachkoma Hemiparese fehlender Extremität ja nein
- Erhält der Klient Diuretika, Cortisonpräparate
 Rheumamittel Psychopharmaka? ja nein
- Wird Basale Stimulation durchgeführt? ja nein
- Liegt ein Dekubitus vor? Wo? _____ ja nein
- Ernährungsstatus wird ausgewertet und b. B. mit dem Hausarzt besprechen/dokumentieren ja nein

Datum: _____

Pflegefachperson: _____

Verantwortliche Pflegefachperson: _____

Pflegestandard Nr. 6

Ernährungsmanagement

Durchführung durch:	Pflegefachperson oder Pflegerperson unter Anleitung
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegerperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Wochenspeiseplan in DIN-A3-Format mit kcal-Angaben für alle zugänglich aushängen (der Klient kann zwischen zwei verschiedenen Essen wählen)
- Beim Tischdecken wird das komplette Essbesteck und Serviette gerichtet. Alle bekannten Behinderungen werden unter Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln berücksichtigt: rutschfeste Unterlage, rutschfestes Brett mit rostfreien Nägeln, Spezialbesteck und Trinkhilfen
- Kostüberprüfung findet anhand der individuelle »Essenskarte« (▣ Abb. 7.4) statt. Eine Änderung des Wunsches auf der Karte ist möglich (mit abwaschbaren Stift auf laminierte Karte).
- Bei Bedarf Warmhalteteller und Warmhaltebecher
- Für den Hauptgang grundsätzlich flache Teller (auch bei passierter Kost) verwenden und Getränke im Glas, in der Tasse oder mit Strohalm servieren
- Andickungsmittel (feste Konsistenz)

Klienten

- Information über den aktuellen Speiseplan
- Aus dem Rollstuhl auf den Stuhl setzen
- Bei Bedarf Schutz Tuch anbieten/anbringen
- Überprüfen, ob (Teil)Zahnprothese eingesetzt ist, Brille (sauber?) und Hörgerät (funktioniert?) benutzt werden
- Vor der Mahlzeiten Toilettengang anbieten
- Bei bettlägerigen Klienten wird vor (und nach) der Mahlzeit Harn-/Stuhleentleerung (Steckbecken oder Urinflasche) angeboten (oder Inkontinenz-

material gewechselt). Bequeme, erhöhte Lagerung (Unterstützung mittels Kissen), Erkrankung und Behinderung berücksichtigen, die Ablage des Nachttisches in entsprechender Höhe platzieren und rutschfeste Unterlage unterlegen oder Essen reichen

Raum

- Speisesaal vor der Mahlzeit lüften (auf die richtige Raumtemperatur und Helligkeit achten)
- Tischdekoration (jahreszeitlich)
- Jeder Klient hat eine laminierte Tischkarte, mit Namen und Vornamen (Orientierungshilfe) sowie farbigem Punkt (Kostform) versehen
- Auf Wunsch bestimmte Musik (CD oder Radio) in entsprechender Zimmerlautstärke spielen lassen (kein Fernseher!)

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Schutzschürze
- Sitzmöglichkeit beim Essenreichen (Stuhl/Drehstuhl), Augenkontakt (auf gleichen Höhe)
- **Durchführung (Prozessqualität)**
 - Gewohnte Getränke (laut Essenskarte) sollen serviert werden
 - Essen mit den Händen (»Finger-Food«) oder »Essstationen« im Laufen aufsuchen (»Eat by walking«) zulassen
 - Obst kann im Mixer mit Milch püriert werden oder in mundgerechte Stücke geschnitten werden
 - Bei Schluckstörungen sollen Getränke und Speisen durch Beimischung von Quellmittel angedickt werden
 - Das Essen vor dem Klienten zerkleinern
 - Beim Essenreichen befindet sich die Pflegebezugsperson in gleicher Sitzhöhe neben dem Klienten
 - Nach Rücksprache mit dem Hausarzt und Angehörigen/Betreuer kann hochkalorische Trinknahrung angeboten werden (Geschmackrichtung ermitteln)
 - Trink- und Esstraining wird auch durch Ergotherapeuten und Logopäden angeboten

- Medikamente werden von der Pflegefachperson verteilt (auf Zeitpunkt der Einnahme von verschiedenen Arzneien achten)
- Ernährungs- und Trinkprotokoll führen und wöchentlich durch die Pflegefachperson auswerten
- Ein erstellter Trinkplan mit täglichen Sollangaben zeigt, ob das Geplante erreicht wurde
- Bei Bedarf wöchentlich wiegen (laut PPP)
- Bei gefährdeten Klienten 1-mal monatlich Ernährungsvisite, Auswertung, Dokumentation und ggf. PPP Korrektur

■ Nachsorge

- Essgeschirr abräumen
- Nach jeder Mahlzeit Toilettengang anbieten und Hände waschen (lassen), Mund- und Zahnpflege durchführen
- Ggf. verschmutzte Kleidungsstücke wechseln
- Der Klient kann sich nach dem Mittagessen hinlegen

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Essen (auch Heimbeirat) gibt die Möglichkeit, den Speiseplan so zu verändern, dass sich die Qualität der Speisen den Bedürfnissen der Klienten anpasst
- Die Essenszeiten (Abstände zwischen den verschiedenen Mahlzeiten) sind so gelegt, dass die Zeitspanne zwischen dem Abendessen und dem Frühstück nicht mehr als 12 Stunden und bei Klienten mit Diabetes mellitus und gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Klienten weniger als 10 Stunden beträgt
- Zufriedenheit und angemessene Lebensqualität des Klienten kann nur unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und der Selbstbestimmung erreicht werden

! Zu Beachten

- Aspirationsgefahr! (► PS 22, Durchführung) Bei Schluckstörungen können Teile der Nahrung in die Luftröhre gelangen und dadurch kann zur Aspirationspneumonie kommen: auf Lagerung, Andickungsmittel in Getränke und Nahrung beimischen, auf ausreichendes Kauen achten und keine Schnabelbecher verwenden. Diverse Hersteller bieten Trinkhilfen mit einem eingebauten Ventil an. Damit wird sichergestellt, dass

- die Flüssigkeit nur beim Saugen eingenommen wird und ein Verschlucken ist somit ausgeschlossen
- Bei Hemiplegie wird das Essen von der betroffenen Seite gereicht
- Bei Speichelminderung immer wieder während des Essens Getränke anbieten
- Hazard-Analysis-Critical-Control-Point-Richtlinien (Gefahrenanalyse kritischer Kontrollpunkte, HACCP) beachten
- Mangelnde Flüssigkeitsaufnahme führt zur Obstipation und somit häufig zu Essenverweigerung
- Bei Mangelernährung und Dehydratation besteht ein erhöhtes Sturzrisiko (► Abschn. PS 5)
- Eine nicht ausreichende Ernährung wirkt sich zudem negativ auf die Wundheilung aus

Dehydratationsprophylaxe. Bei einem gesunden erwachsenen Menschen beträgt der Wasseranteil am Körpergewicht etwa 60–70 %. Das Wasser wird durch Miktion (etwa 1000 ml pro Tag), Defäkation (etwa 100 ml pro Tag), Transpiration (Schwitzen) und über die Atemwege (etwa 500–1000 ml pro Tag) wieder ausgeschieden. Der Wasseranteil nimmt mit zunehmendem Alter ab, die Schweiß- und Talgdrüsensekretion verringert sich. Wenn dem Körper Wasser entzogen wird und keine Flüssigkeitszufuhr erfolgt, kommt es zu einem Defizit im Wasser- und Elektrolythaushalt. Die Gründe können Erbrechen, Diarrhö, Fieber, Verbrennungen/Verbrühungen, Diabetes insipidus (Hypophysentumor), Laxanzienabusus und Diuretikagabe sein. Dehydratation ist ein großes Risiko für Klienten und führt zur Exsikkose. Der Körper trocknet aus (dehydriert/exsikkiert). Die Sturzgefahr steigt. Visuell und palpatorisch zeigt sich eine trockene Haut, die faltig und schlaff ist, sowie eine trockene und belegte Zunge. Bei bestimmten Erkrankungen, wie Herz- und Niereninsuffizienz, Aszites bei Lebererkrankung und Dialysepatienten soll die Menge der täglich aufzunehmenden Flüssigkeit vom Arzt bestimmt werden.

Prophylaktische Interventionen

- Lieblingsgetränke laut Pflegeanamnese beachten.
- Gabe von fertig hergestellter Trinknahrung kann vorübergehend sinnvoll sein.
- Das Getränk (Temperatur überprüfen) in Reichweite stellen (überprüfen, ob Brille sauber).

- Hilfsmittleinsatz z. B. Trinkgefäß mit Haltegriffen, Strohhalm, Teelöffel oder Trinkhilfe mit Ventil
- Schnabelbecher nur einsetzen (nicht bei Schluckstörungen), wenn Klient auch zu Hause gewohnt war, daraus zu trinken und diese Möglichkeit akzeptiert. Möglichst keine dunklen Schnabelbecher verwenden, da der Klient den Inhalt nicht erkennen kann.
- Die angenommene Trinkmenge täglich im Trinkplan eintragen.
- Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Mitbehandlung durch Logopäden und/oder Ergotherapeuten) und der Einsatz von Basaler Stimulation (taktile Reize anregen) können je nach medizinische Diagnose hilfreich sein.
- Zufriedenheit und angemessenes Wohlbefinden des Klienten können nur unter Berücksichtigung seiner Gewohnheiten (Vorlieben/Abneigungen) und seiner Selbstbestimmung erreicht werden.

Obstipationsprophylaxe. Unter Obstipation wird eine verzögerte Darmentleerung oder Stuhlverstopfung verstanden. Die Häufigkeit der Stuhlentleerung (Defäkation) ist individuell verschieden. Der Abstand zwischen den Entleerungen kann mehrere Tage betragen. Die Defäkation wird von Dickdarm (Kolon) und Mastdarm (Rektum) bewirkt. Im Dickdarm wird dem Speisebrei das Wasser entzogen. Das Rektum hat eine Speicherfunktion, und der innere Schließmuskel (Musculus sphincter ani internus) sorgt dafür, dass der Fäzes nicht unwillkürlich abgeht. Die Meldung der Darmfüllung läuft über das Rückenmark zum Großhirn. Über den Parasympathikus steuert das Großhirn die Peristaltik, und der Drang setzt ein. Der Sympathikus hemmt die Defäkation. Unterstützt durch die Bauchpresse kommt es willentlich zur Stuhlentleerung. Auch bei Nahrungskarenz kommt es zur Darmentleerung. Bei ausgewogener Nahrungsaufnahme beträgt die Menge etwa 200–300g/Tag. Bei der Obstipation ist zu unterscheiden zwischen psychischen, funktionellen und organischen Ursachen.

- Psychische Ursachen
 - Veränderung der gewohnten Umgebung, der Essgewohnheiten und seelische Belastung
 - Persönliche Gewohnheiten und Rituale werden nicht berücksichtigt (gleichbleibender Tagesrhythmus)
 - Missachtung des Schamgefühls bei immobilen Klienten
 - Zu geringe Trinkmenge bei inkontinenten Klienten aus Angst, wieder Urin zu lassen

- Funktionelle Ursachen
 - Früherer Gebrauch/Missbrauch von Laxanzien, der dem Arzt und den Pflegenden nicht bekannt ist. Sowohl pharmazeutische als auch natürliche Abführmittel führen bei regelmäßiger Einnahme zu Darmschleimhautschädigungen und beeinträchtigen die natürliche Darmtätigkeit stark
 - Mangelndes Durstgefühl und dadurch mögliche Dehydrierung und Obstipation
 - Mangelnde Bewegung, Multimorbidität und Bettlägerigkeit
 - Verringerte Peristaltik des Darms aufgrund der Einnahme von Psychopharmaka, Antidepressiva, Antihypertonika, Schlafmitteln, starken Schmerzmitteln und Eisenpräparaten
- Organische Ursachen: u. a. bei verschiedenen Darmerkrankungen, Depression, Demenz, Schlaganfall, Hernien, Hämorrhoiden, Wirbelsäulenverletzungen oder Hypothyreose

Folgeerscheinungen von Obstipation können sein: Völlegefühl, Unwohlsein, Bauchschmerzen, Erbrechen, Blähungen (Meteorismen), Appetitlosigkeit, Verwirrheitszustände bis zur Stuhlverhärtung und Bildung von Kotsteinen. Manuelle (digitale) Ausräumung ist bei hartnäckiger Obstipation, Bewusstlosigkeit und Querschnittslähmungen angezeigt.

Prophylaktische Interventionen

- Individuelle Gewohnheiten und Rituale (Verweildauer auf der Toilette) berücksichtigen.
- Raumtemperatur (nicht zu kalt) in der Toilette spielt eine wesentliche Rolle.
- Toilettensitzerhöhung ist ggf. sinnvoll.
- Bei bettlägerigen Klienten darauf achten, dass das Steckbecken vorher warm gespült wird.
- Die beste Methode ist tägliche Bewegung und ausgewogene ballaststoffreiche (30 g täglich, DGE) Ernährung (Vollkornprodukte, Müsli, Gemüse, Salat und Obst).
- Vor dem Frühstück ein Getränk anbieten (lauwarmes Wasser oder Mineralwasser, Buttermilch, Fruchtsaft, Naturjoghurt oder Kaffee).
- Tägliche Trinkmenge soll 1,5 Liter betragen.
- Speisen vermeiden, die Blähungen verursachen.

- Bauchdeckenübung während der Morgentoilette: Hände sind auf dem Bauch, beim Einatmen den Bauch einziehen und während des Ausatmens die Anspannung lösen, dabei gleichzeitig durchatmen lassen.
- Feucht-warme Bauchwickel (Temperatur am Unterarm überprüfen) auf dem Bauch, mit einem trockenem Tuch darüber, etwa 15 Minuten belassen.

PS 7: Harnkontinenzmanagement

Pflegestandard Nr. 7

Harnkontinenzmanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Die Pflegeleistungen im Bereich der Blasenentleerung umfassen: Beratung des Klienten und dessen Angehörige über Therapiemöglichkeiten, Einschätzung der Kontinenzsituation anhand des Miktionsprotokolls (■ Abb.7.7), Feststellung der Form der Inkontinenz, Ermittlung des Kontinenzprofils, Unterstützung sowie im Rahmen der direkten Pflege Hilfestellung und Inkontinenzversorgung bei mobilen und immobilen Klienten.

Grundsatz

Eine willentlich gesteuerte Kontrolle über den Miktionsvorgang (Harnentleerung) zu haben, wird als Harnkontinenz bezeichnet. Harninkontinenz ist keine Krankheit, sondern eine Begleiterscheinung, ein Symptom, deren Ursache herauszufinden ist.

Harninkontinenz ist die fehlende oder mangelnde Fähigkeit des Körpers, den Blaseninhalt zu speichern und selbst zu bestimmen, wann und wo er entleert werden soll (Deutsche Kontinenz Gesellschaft, www.kontinenzgesellschaft.de)

Die Funktion der Nieren (Renalis) besteht darin, die Abfallprodukte des Eiweißstoffwechsels abzuleiten und den Säure- Basen- Haushalt zu regulieren. Darüber hinaus regulieren sie den Blutdruck (durch das Hormon Renin), bilden das Hormon Erythropoetin (für die Reifung von Erythrozyten verantwortlich) und führen eine Knochenstoffwechselregulation über das Vitamin D (Kalziumaufnahme in die Knochen) durch.

Aufgabe der Harnorgane ist die Bildung und Reinigung (Nieren), der Transport (über Urether, Vesica urinaria und Urethra) und die Ausscheidung des Harns.

Innerhalb von 24 Stunden fließen durch die Nieren etwa 1500–1700 l Blut. Davon werden etwa 150 Liter in Gefäßknäueln (Glomeruli) abgefiltert (Primärharn), etwa 1,5 l Sekundärharn gebildet und in die Nierenbecken (Pelvis renalis) abgegeben. Über die Harnleiter (Urether) gelangt mittels Peristaltik der Harn in die Harnblase (Vesica urinaria). Hier werden etwa 300–500 ml Harn bis zur Harnausscheidung (Miktion) gespeichert. An die Harnblase schließt sich die Harnröhre (Urethra) an, die den Harn nach außen transportiert.

Entscheidend für die Harnkontinenz sind folgende Bedingungen:

- Die Meldung über die Nervenfasern des Knochenmarks zum Gehirn verläuft störungsfrei.
- Eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur und des äußeren Schließmuskels (Musculus sphincter externus) besteht nicht
- Die Entscheidung über die Harnentleerung (wann und wo?) wird bewusst gesteuert.

Die Häufigkeit des Harnausscheidens ist individuell verschieden. Beobachtungskriterien sind: Farbe, Menge und Geruch, Beimengungen wie Blut, Schleim oder Trübung.

Die Einschätzung von Kontinenzsituation erfolgt im Rahmen der Erhebung der Pflegeanamnese mit Fragen wie z. B.:

- Möchten Sie darüber sprechen?
- Haben Sie Schmerzen beim Wasser lassen?
- Wurden Sie wegen der Blase schon behandelt?
- Verlieren Sie Urin beim Husten, Niesen, Lachen oder körperlicher Anstrengung?
- Wie oft müssen Sie Urin lassen – am Tag und in der Nacht?
- Müssen Sie beim Harndrang sofort und schnell zur Toilette?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Merken Sie, wenn sie Urin lassen müssen?
- Seit wann verlieren Sie Urin?
- Können Sie Ihre Inkontinenzprobleme annehmen?
- Können Sie fremde Hilfe akzeptieren?
- Möchten Sie Harnkontinenz erreichen?

Das Miktionsprotokoll (■ Abb. 7.7) wird über 3–7 Tage durchgeführt.

Miktionsprotokoll (zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname: WB: von bis Jahr:

Uhrzeit	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag				
	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang	gemeldet	trocken	Urn gelassen	aufgefordert	Toilettengang
01.00	<input type="checkbox"/>																																		
02.00	<input type="checkbox"/>																																		
03.00	<input type="checkbox"/>																																		
04.00	<input type="checkbox"/>																																		
05.00	<input type="checkbox"/>																																		
06.00	<input type="checkbox"/>																																		
07.00	<input type="checkbox"/>																																		
08.00	<input type="checkbox"/>																																		
09.00	<input type="checkbox"/>																																		
10.00	<input type="checkbox"/>																																		
11.00	<input type="checkbox"/>																																		
12.00	<input type="checkbox"/>																																		
13.00	<input type="checkbox"/>																																		
14.00	<input type="checkbox"/>																																		
15.00	<input type="checkbox"/>																																		
16.00	<input type="checkbox"/>																																		
17.00	<input type="checkbox"/>																																		
18.00	<input type="checkbox"/>																																		
19.00	<input type="checkbox"/>																																		
20.00	<input type="checkbox"/>																																		
21.00	<input type="checkbox"/>																																		
22.00	<input type="checkbox"/>																																		
23.00	<input type="checkbox"/>																																		
00.00	<input type="checkbox"/>																																		

■ Abb. 7.7 Miktionsprotokoll

Formen der Harninkontinenz

- Stress- oder Belastungsinkontinenz: Es handelt sich um eine Bindegewebschwäche der Beckenbodenmuskulatur, wobei kleinere Harnmengen beim Husten, Niesen, Lachen, Heben und Tragen ausgeschieden werden
- Drang- oder Urgeinkontinenz (urge incontinence)
 - Unfähigkeit, die Harnausscheidung hinauszuzögern (nicht unterdrückbarer Harndrang der urplötzlich kommt)
 - Bei der motorischen Dranginkontinenz ist die Blasenkontraktion so kräftig, dass der Schließmuskeldruck nicht mehr Stand halten kann
 - Bei der sensorischen Dranginkontinenz öffnet sich die volle Blase, ohne dass der Blasenmuskel sich kontrahiert
- Mischform der Harninkontinenz: Stress bzw. Belastungsinkontinenz und Dranginkontinenz treten häufig als Mischform auf
- Extraurethrale Harninkontinenz: Bei Blasen-Scheiden-Fistel
- Inkontinenz bei chronischer Harnretention: Es liegt eine Störung der Entleerungsfunktion (Restharnbildung) vor
- Unkategorisierbare Harninkontinenz: Unklare, unspezifische Symptome und Befunde

Kontinenzprofile

- Kontinenz: Es besteht kein unkontrollierter Harnverlust
- Unabhängig erreichte Kontinenz: Der Klient kann selbständig Toilette aufsuchen, Toilettentraining/Blasentraining durchführen und Inkontinenzmaterial wechseln
- Abhängig erreichte Kontinenz: Der Klient benötigt Hilfe bei geplanten Toilettengängen. Es besteht kein unkontrollierter Harnabgang
- Abhängig kompensierte Inkontinenz: Der Klient verliert unkontrolliert Harn. Er benötigt Hilfe bei Wechsel von Inkontinenzmaterial
- Nicht kompensierte Inkontinenz: Harnausscheidung kann nicht kontrolliert werden. Es handelt sich um Klienten, die über ihre Inkontinenz nicht sprechen möchten und Klienten mit kognitiver Einschränkung

Problemstellung

Die Unfähigkeit, die Harnausscheidung zu kontrollieren, wird als Harninkontinenz bezeichnet. Blasenentleerungsstörungen (Enuresis = einnässen) haben ausnahmslos entscheidende Auswirkungen auf alle ABEDL-Bereiche. Eine Harninkontinenz ist keine Absicht oder Rache an der Umwelt. Bei Männern stehen vor allem die Vergrößerung bzw. Erkrankung der Prostata im Vordergrund.

Zunächst ist zu unterscheiden, worum es sich handelt:

- Häufiger Miktionsdrang (Pollakisurie)
- Vermehrte Miktion nachts (Nykturie)
- Schmerzhaftes Miktion (Dysurie)
- Blutige Miktion (Hämaturie)
- Überlaufblase (Ischuria paradoxa)
- Harnverhalt mit einem Restharn von über 100 ml (Retentio urinae)
- Nierenversagen (Urämie)

Risikofaktoren, die zur Harninkontinenz führen können: Harnwegsinfekte, kalte Füße, Entbindungen, Adipositas, Schwäche der Beckenbodenmuskulatur, Gebärmutterprolaps, Östrogenmangel im Klimakterium, Medikamente (Diuretika, Antidepressiva, Neuroleptika oder Opiate), Obstipation, Immobilität und Klienten mit einer demenziellen Erkrankung (keine Orientierung zu Situation, Raum und Zeit).

Mögliche Erkrankungen, die zur Harninkontinenz führen: Z. n. Schlaganfall, Hirntumor, Querschnittslähmung, M. Parkinson, Multiple Sklerose, Blasen tumor/-Steine, Z. n. gynäkologischer oder urologischer Operation und Demenz im mittleren bis schweren Stadium.

Häufige Folge der Harninkontinenz sind eine negative Einstellung zum eigenen Körper, ein gestörtes Selbstwertgefühl und die Neigung zur sozialen Isolation.

Weitere mögliche Folge ist eine Harnblasenentzündung (Zystitis). Sie wird durch aufsteigende (aszendierende) Infektionen (häufige Erreger: *Escherichia coli*, Enterokokken), Zytostatika und/oder Strahlentherapie oder mechanische Reize (Blasenverweilkatheter als Fremdkörper) verursacht. Bei Frauen kommt eine Zystitis aufgrund der relativ kurzen Harnröhre (3–3,5 cm lang) häufiger vor als bei Männern. Rezidivierende Blasenentzündungen können zu Nierenschäden führen. Bei einer Zystitis sind meistens sowohl Harnröhre

(Urethritis) als auch Nierenbecken (Pyelitis/Pyelonephritis) betroffen. Die Ursachen sind vielfältig: nicht ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, transurethraler Katheter, nicht sachgerecht durchgeführte Intimpflege, aber auch kalte Füße.

Pflegezielsetzung

- Kontinenz solange wie möglich erhalten oder wiedergewinnen.
- Die angestrebten Pflegenahziele können nur bei einem orientierten Klienten (zeitlich, örtlich und zur Person) erreicht werden, der Einsicht zeigt, an eine Besserung glaubt und eigene Bereitschaft, Kooperation und Mithilfe signalisiert.
- Förderung der Selbstbestimmung und Autonomie.
- Vertrauen aufbauen, offen über die Inkontinenz sprechen, nicht tabuisieren, Schamgefühl berücksichtigen und durch professionelles Handeln Sicherheit vermitteln.
- Geruchsbildung und Hautirritationen verhindern.
- Pilzinfektion und Intertrigo vermeiden (Aufweichung der Oberhaut) und mechanische Reibung verhindern.
- Dem Klienten trotz Inkontinenz Wertschätzung und Respekt entgegenbringen und Selbstbestimmung ermöglichen.
- Bedarfsgerechte und zweckmäßige Inkontinenzversorgung.
- Täglich geplante Trinkmenge erreichen.
- Regelmäßige Auffrischung und Aktualisierung des Wissens ist für alle in der Pflege tätigen Personen zwingend erforderlich.
- Eine/mehrere Pflegefachpersonen als Kontinenzbeauftragte schulen.

Durchführung

- Einhaltung der Hygienevorschriften und des Hygieneplans
- Auswertung des Miktionsprotokolls (■ Abb. 7.7), Bestimmung der Kontinenz/Inkontinenzform und des Kontinenzprofils (► Abschn. PS 7, S. 149)
- Täglich geplante Trinkmenge möglichst erreichen (Soll-Ist-Vergleich)
- Miktionsprotokoll soll 3–7 Tage in allen drei Schichten geführt werden
- Auswertung des Miktionsprotokolls

- Toilettengang zu individuell festgelegten Zeiten (Ergebnis des Miktionsprotokolls)
- Bedarfsermittlung für die Auswahl von geeignetem Inkontinenzprodukt, das auf der Inkontinenzkarte im Zimmer bleibt
- Bei Bedarf Sitzerrhöhung in der Toilette anbringen
- Überprüfen, ob die Klingel am Bett erreichbar ist
- Für ausreichende Beleuchtung – auch nachts – Sorge tragen
- Beckenbodentraining zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur (mit Physiotherapeuten oder im Rahmen des Balance- und Krafttrainings). Die Übungen können in Rückenlage, sitzend oder stehend durchgeführt werden. Beckenbodenübungen und Kontinenzförderung sind bei Desorientiertheit und schwerer Demenz (M. Alzheimer im mittleren Stadium) nicht mehr sinnvoll, da der Sinn und Zweck der Maßnahme nicht mehr verstanden und umgesetzt werden kann
- Körpernahe aufsaugende Hilfsmittel (offene oder geschlossene Systeme)
- Ggf. Einsatz von Kondomurinal
- 24-Stunden-Vorlagengewichtstest (sammeln und zur festgelegten Zeit wiegen)
- Katheterisierung erfolgt aseptisch (Uringewinnung intermittierend)
- Indikation und Legen eines suprapubischen Katheters (► Abschn. PS 14) obliegt dem Arzt
- Legen oder Wechsel des transurethralen Blasenverweilkatheters (► Abschn. PS 15) unter aseptischen Kautelen
- Kontinenzbeauftragter (► Abschn. PS 7, S. 154) führt Kontinenzvisiten durch
- Bildung eines Qualitätszirkels zur Umsetzung/Implementierung von nationalen Expertenstandards (Erstellen eines Pflegeprozessplans und einer Verfahrensanweisung)

Maßnahmen zur Zystitisprophylaxe

- Urinstatus bestimmen (Analyse des Urins wie z. B. Leukozyten, Blut im Urin, pH-Wert, Glukose, Bilirubin)
- Bei Bedarf Restharnbestimmung (Einmalkathetisierung)
- Nach Miktion/Defäkation von der Schambeinregion (Symphyse) in Richtung After (Analbereich) mit Einmalwaschlappen wischen und gründlich abtrocknen. Das Waschen und Abtrocknen soll der Klient möglichst selbst durchführen (Möglichkeit zum Hände waschen geben)
- Auf ausreichend warme Kleidung achten
- Je nach Befund ist eine ärztliche Medikation/Therapie erforderlich

Pflegestandard Nr. 7		
----------------------	--	--

Harnkontinenzmanagement

Durchführung durch:	Alle in der Pflege tätigen Personen
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Rollator, Rollstuhl, Gehstock
- Toilettenstuhl, Steckbecken mit Deckel (in der Spüle vorwärmen)
- Kondomurinale, Urinflasche mit Halterung
- Toilettenpapier, Material für Intimpflege
- Waschbare Krankenunterlage für das Bett
- Abfallbeutel
- Frische Unterwäsche und Inkontinenzmaterial
- Bei Bedarf Miktionsprotokoll und/oder Ein- und Ausfuhrkontrolle

Klienten

- Bei Neuanschaffung von Kleidung wird auf leicht ausziehbare Sachen geachtet
- Bei Bedarf zur Toilette begleiten oder im Bett versorgen

Raum

- Bei Bedarf Sichtschutz (Paravent)
- Angemessene Zimmer- oder Toilettentemperatur

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalhandschuhe und Schutzschürze

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Alle Interventionen erfolgen nach dem Pflegeprozessplan
- Orientierungshilfe schaffen (Toilette mit Farbsymbol kennzeichnen)
- Brille und/oder Hörgerät sind sauber und funktionsfähig

- Bettsocken mit Noppen können auf Wunsch im Bett getragen werden
- Auf Toilettenstuhl über das Toilettenbecken fahren, Bremsen feststellen, Klingel in Reichweite stellen (Privatsphäre wahren)
- Nach jeder Miktion Gelegenheit zur Intimtoilette geben und auf sorgfältiges Abtrocknen achten (nur mit warmen Wasser waschen)
- Beim Wechsel des Inkontinenzmaterials die Inkontinenzkarte beachten
- Möglichst keine Einmalnetzosen, sondern eigene Unterwäsche anziehen

- **Nachsorge**
 - Einsatz des Toilettenstuhls, Urinflasche oder Steckbecken in der Fäkalien-spüle desinfizierend reinigen und zurückbringen
 - Waschwasser in der Toilette entsorgen, Waschschüssel desinfizierend reinigen
 - Gebrauchtes Material entsorgen
 - Hygienische Händedesinfektion durchführen

- **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**
 - Der Klient kann die Pflegebezugsperson bestimmen
 - Kontinenz oder das nächste höhere Kontinenzprofil (► Abschn. PS 7, S. 149) wird angestrebt
 - Hygienevorschriften werden beachtet
 - Geruchbildung und Hautschäden treten nicht auf
 - Zufriedenheit, Wohlbefinden und Sauberkeitsgefühl des Klienten können erreicht werden. Der Klient nimmt am sozialen Leben teil

- ! **Zu Beachten**
 - Tägliches Waschen mit Waschlotion/Seife oder nicht Waschen nach jeder Miktion (Harn wirkt aggressiv) führt zur Zerstörung des Säureschutzmantels. Die Notwendigkeit über die Beratung von geeigneten Pflegeprodukten ist gegeben
 - Von Pflegeschäum wird abgeraten. Die Verwendung von Pflegeschäum kann das Waschen nicht ersetzen, wirkt wie ein Film und ist für den Klienten teuer (wird von der Krankenkasse nicht bezahlt)
 - Nationale Expertenstandards *Förderung der Harnkontinenz in der Pflege und Sturzprophylaxe in der Pflege*
 - Bildung eines Qualitätszirkels zur Umsetzung/Implementierung des nationalen Expertenstandards

PS 8: Schmerzmanagement

Pflegestandard Nr. 8

Schmerzmanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Da das Phänomen Schmerz sowohl das physische, psychische als auch das soziale Befinden und die Lebensqualität beeinträchtigt, sind umfassende pflegefachliche Interventionen erforderlich. Dazu gehören die Interventionen in vielen ABEDL-Bereichen wie z. B. »Sich bewegen können« (Sturzgefahr), »Ausscheiden können« (Obstipationsgefahr) und »Ruhem, schlafen, entspannen können« (Ein- und Durchschlafstörungen).

Grundsatz

Nach dem 2. Weltkrieg entstanden in den USA, Japan, Australien und Schweden die ersten Schmerzkliniken (Pain Clinics). In der BRD wurde 1981 die 1. Deutsche Schmerzklinik, das DRK Schmerz-Zentrum, als Modellklinik eröffnet. 1983 folgte die 2. Schmerzklinik in Bad Mergentheim.

»Schmerz ist das was der Patient als Schmerz angibt und was er als Schmerz definiert« (Margo McCaffery, Pflegewissenschaftlerin, 1983).

Der Schmerz wird nach der International Association for the Study of Pain (IASP, 1998) wie folgt definiert:

» Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller und potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. «

Der Schmerzauslöser (Noxe) gibt die Reize an die Schmerzrezeptoren, die wiederum den Schmerzreiz über das Rückenmark an das Gehirn weiterlei-

ten. Das Gehirn speichert den Schmerz. Es wird als Schmerzgedächtnis bezeichnet. So reagiert der Körper auf mechanische (z. B. Druck), thermische (z. B. Kälte, Hitze) und chemische Reize (z. B. Bienengift) oder körpereigene Zeichen (Entzündungen im Körper). Schmerzempfindung und Schmerzäußerung sind subjektive Wahrnehmungen und ein körperliches Alarmsignal. Die Schmerzäußerung ist häufig kulturell geprägt und damit unterschiedlich (laut, weinend, schreiend, klagend oder zurückhaltend).

Jeder Mensch erlebt und nimmt den Schmerz anders wahr. Die Schmerzen treffen den Menschen in seiner Gesamtheit (Körper, Geist und Seele) und sind ein Warnsignal des Körpers auf eine Krankheit oder Verletzung.

Der nationale Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege* berücksichtigt alle Klienten mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Schmerzen bei chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen (Polyneuropathie, Phantomschmerz, rheumatische Erkrankungen wie Rheumatoide Arthritis und Arthrose, Herpes zoster, chronische Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates oder Osteoporose) wurden nicht einbezogen.

Akute Schmerzen weisen auf eine Veränderung im Körper hin, sind zeitlich begrenzt (Tage oder Wochen) und verschwinden, sobald die Ursache (Verletzung, Operation) beseitigt ist. Sie können nach der Operation, einem Verbandwechsel oder einer Verletzung vorkommen.

Chronische Schmerzen entstehen, wenn die akuten Schmerzen nicht ausreichend behandelt worden sind, sie sind immer wiederkehrend, lang andauernd (länger als 6 Monate) und über die Heilungszeit hinaus.

Die älteren Menschen dürfen ihre Schmerzen nicht als Schicksal oder Merkmal des Alters annehmen. Hier bedarf es einer Aufklärung und Beratung.

Problemstellung

Die Schmerzeinschätzung bei Klienten, die sich nicht mehr äußern können, gestaltet sich schwierig. Die Prävalenz (Häufigkeit) von Schmerzen ist wahrscheinlich hoch.

Eine besondere Problematik besteht bei Klienten mit Demenz. Hier wird einer Pflegefachperson eine gute Beobachtungsgabe und klinische Vorerfahrung zur Schmerzerkennung abverlangt (Beurteilung von Gesichtsaus-

druck, Mimik, Gestik, Körperhaltung [angespannt], körperliche Unruhe oder Rückzug, Reiben von Körperstellen, Atemveränderung und verbal Weinen, Schreien oder Stöhnen). Die pflegerische Erfahrung bringt Handlungssicherheit und Fachkompetenz mit sich.

Bei Klienten mit eingeschränkter Kommunikation und Demenz sind Schmerzassessmentinstrumente wie Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD), Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.), Projekt DEMIAN oder ECPA hilfreich.

Müdigkeit ist ein Zeichen von körperlicher und seelischer Überanstrengung. Bei Klienten mit Tumorerkrankungen (onkologischen Klienten) handelt es sich oft um das Fatigue-Syndrom (franz. Müdigkeit) – um eine chronische Müdigkeit, ohne Aktivitäten oder Anstrengungen mit eingeschränkter Reaktionsfähigkeit, die auf einzelne ABEDL-Bereiche (z. B. Schlafstörungen, Schonhaltung und eingeschränkte Beweglichkeit, Thrombose, Sturz, Diarrhö und Obstipation) große Auswirkungen hat. Da kommt den Klienten häufig die Frage nach Sinn des Lebens, »es wird doch nicht besser« (Hoffnungslosigkeit) und als Konsequenz geht der Lebenswille verloren.

Pflegezielsetzung

Ein effektives und ergebnisorientiertes Schmerzmanagement kann nur gelingen, wenn Kooperationsbereitschaft (Compliance) bei allen beteiligten Berufsgruppen besteht, die Kontinuität der pflegerischen Betreuung gesichert ist. Pflegezielsetzung sollte sein: Anspruch auf eine adäquate Schmerztherapie (nach »State of the art«), Angstabbau, Vermeidung von sozialer Isolation, erträglicher Schmerz bzw. Schmerzlinderung bei chronischen Schmerzen, Schmerzfreiheit bei akuten Schmerzen, Erhöhung der Lebensqualität und Unabhängigkeit des Klienten durch Selbstbestimmung.

Durchführung

Beim Einzug eines Klienten in eine Altenpflegeeinrichtung soll während der Anamneseerhebung eine systematische Schmerzbeurteilung (Selbst- oder Fremdeinschätzung) und Dokumentation (Schmerztagebuch oder Protokoll) erfolgen. Wichtig ist die Frage nach der Qualität des Schmerzes.

Die Einschätzung der Schmerzstärke/Schmerzintensität kann erfolgen mittels:

- Visueller Analogskala (VAS): auf einer 10 cm langen Linie markiert der Klient seine Schmerzintensität von keine bis unerträgliche Schmerzen.
- Verbaler Ratingskala (VRS): auf der Skala von 1–10 (kein, leichter, mäßiger, starker, mittelstark, stark oder stärkster vorstellbarer Schmerz) markiert der Klient seine Schmerzintensität.
- Numerischer Ratingskala (NRS) auf der Skala von 0–10, kein bis unerträglicher Schmerz, nennt der Klient den Wert seines Schmerzes. Bei dem Ergebnis von mehr als 3/10 setzt sich die Pflegefachperson mit dem Hausarzt in Verbindung.
- Wong-Backer-Skala (oder Smiley-Skala) mit 5 Bewertungen von kein, mäßig, mittel, stark bis maximaler Schmerz, wird bei Klienten mit kognitiven Einschränkungen eingesetzt.
- ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes, (deutsche Version: Kunz 2002, S. 100–105) ein Instrument für die Schmerzerfassung bei Klienten mit stark eingeschränkter Kommunikation. ECPA besteht aus 11 Items und Beobachtungsdimensionen: 1. Beobachtungen des Verhaltens während der Pflege, 2. außerhalb der Pflege, 3. Auswirkungen auf Aktivitäten, durch die Beobachtung einer Pflegefachperson (verbale Äußerung, Gesichtsausdruck, spontane Ruhehaltung), 4. ängstliche Abwehr bei der Pflege, 5. Reaktion bei der Mobilisation, 6. Reaktionen während der Pflege von schmerzhaften Zonen, 7. verbale Äußerungen während der Pflege, 8. Auswirkungen auf den Appetit, 9. Auswirkungen auf den Schlaf, 10. Auswirkungen auf Bewegungen, 11. Auswirkungen auf Kommunikation/Kontaktfähigkeit (0 = kein Schmerz, 44 = maximaler Schmerz).
- Brief Pain Inventory (BPI), 15 Fragen zur Selbsteinschätzung von Schmerzen (deutsche Version: Klinik für Anästhesiologie, Universität Köln 1995).
- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD): Wesentliche Parameter sind Mimik, Körpersprache, verbale Äußerungen, Atmung und die Auswirkungen auf die ABEDL-Bereiche (►Abschn. PS 11).
- Bildung eines Qualitätszirkels zur Implementierung von nationalen Expertenstandards mit Pflegeprozessstandards und Verfahrensweisung

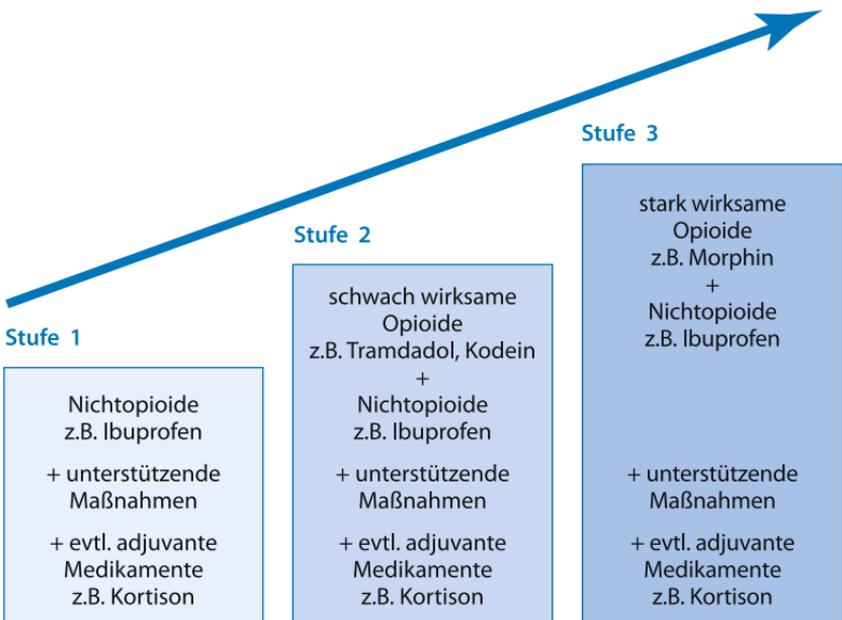
Bei der Schmerzqualität geht es um Beschreibung von Schmerzen – wie fühlt sich der Schmerz an: stechend, brennend, klopfend, pochend, spitz, dumpf,

stark, nagend oder krampfartig, hartnäckig und ist der Schmerz schwach, stark, heftig, unerträglich, ängstigend oder grausam.

Die medikamentöse Therapie soll nach dem WHO-Stufenschema von 1986 zur (Tumor)-Schmerztherapie erfolgen (■ Abb. 7.8). Ab Stufe II unterliegen die Medikamente dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Neben der medikamentösen Therapie können die Pflegenden als Ergänzung nichtmedikamentöse Interventionen einsetzen. Nach Rücksprache mit dem Klienten können beispielsweise ein Entspannungsbad mit Entspannungsmusik (CD), oberflächliche Wärme- oder Kälteanwendungen (Umschläge, Wickel) oder das Hören der Lieblingsmusik angeboten werden.

Aufgabe einer Pflegefachperson ist auch die Beratung des Klienten/Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten der Schmerzmedikation und schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen, die Erstellung von Informationsmaterial oder der Möglichkeiten nichtmedikamentöser Interventionen. Darüber hinaus ist die regelmäßige Schulung der Pflegenden Voraussetzung für den Erfolg und Qualitätssicherung.



■ Abb. 7.8 WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie

Pflegestandard Nr. 8**Schmerzmanagement**

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Personen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Je nach Bedarf

Klienten

- In die therapeutische Interventionen mit einbeziehen

Raum

- Auf ruhige und entspannte Atmosphäre achten (z. B. Entspannungsmusik)

Pflegefachperson

- Kompetenz in Gesprächsführung (Suizidverdacht, depressive Phase)
- Befähigung systematische Schmerzeinschätzung mittels eines im Haus festgelegten Einschätzungsinstrument durchzuführen

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Je nach standardisierter Skala soll der Klient befragt werden nach Lokalisation, Intensität, Qualität des Schmerzes sowie nach dem Zeitpunkt, seit wann die Schmerzen bestehen. Das Ergebnis wird dokumentiert, ggf. die Pflegeprozessplanung angepasst und b. B. der Hausarzt informiert
- Anspruch auf eine adäquate medikamentöse Behandlung (Applikation über Wirkstoffpflaster, Tropfen oder Tabletten) nach einem festen Plan, um die Schmerzspitzen zu reduzieren. Aus der Pflegeprozessdokumentation ist die ärztliche Verordnung ersichtlich:
 - Was für ein Medikament
 - Wie wird es verabreicht
 - Wie oft wird es verabreicht

- Die Bedarfsmedikation (bei welchen Symptomen, Name des Medikamentes und Einzel- und Höchsttagesdosierung)
- Bei Bedarf psychologische Begleitung (auch Seelsorge) bei der Bewältigung und Akzeptanz der Erkrankung ermöglichen
- Krankengymnastik (Massagen, Bewegungstherapie)
- Physikalische Interventionen durch die Pflegefachpersonen mit Kühl/Wärmeelementen im Stoffbezug (Kontraindikationen bei Wärme- oder Kälteanwendung beachten)
- Aromabäder (z. B. mit Rosenblättern): bei Hypotonie Orthostase (aufrechte Körperhaltung) beachten
- Bei Angst können progressive Muskelentspannungsübungen nach Jacobsen oder autogenes Training hilfreich sein
- Eine vertrauensvolle und empathische Beziehung aufbauen, Gespräche führen und Zuhören
- Bei bettlägerigen Klienten die Kinästhetik-Methode und spezielle Lagerungshilfsmittel (z. B. Lagerungsschlangen) einsetzen, um Schmerzlinderung zu erreichen
- Nach Bedarf werden Vitalwerte ermittelt, Atmung kontrolliert (mögliche Atemdepression) und dokumentiert
- Medikamentöse Therapie nach WHO-Stufenschema ► Abschn. PS 8, Durchführung), Kosten für Laxanzien werden von der gesetzlichen Krankenkassen übernommen
- Einsatz von basaler Stimulation (beruhigende Waschung von Körperstamm weg), atemstimulierende Einreibungen
- Beim Einsatz von Opioiden Thrombose-, Sturz- und Obstipationsprophylaxe durchführen
- **Nachsorge**
 - Je nach Intervention
 - Schmerzpflaster im Hausmüll entsorgen
- **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**
 - Eine adäquate medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie bei akuten und chronischen Schmerzen soll sich positiv auf die Lebensqualität des Klienten auswirken
 - Die erreichte Schmerzlinderung oder sogar Schmerzfreiheit spiegelt sich im psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Wohlbefinden

finden wider und sichert die Pflegequalität der erbrachten Interventionen ab

! Zu Beachten

- Nationaler Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen*
- Grundgesetz, Artikel 1: »Die Menschenwürde ist unantastbar« bedeutet, dass jeder Klient individuell eine adäquate Schmerztherapie erhalten soll
- Im ICN- Ethikkodex (2005) heißt es: »Pfleger haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.«
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Artikel 4: »Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.«
- Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Leitsatz 1: »Der schwerkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf adäquate Symptom- und Schmerzbehandlung, psychosoziale Begleitung und sofern notwendig – eine multiprofessionelle Betreuung.«
- Opioide unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und werden auf einem dreiteiligen Rezept ausgestellt
- Nebenwirkungen von Opioiden beobachten (anhaltender Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Fatigue-Syndrom), dokumentieren und mit dem verordneten Arzt besprechen
- Schmerzpflaster können auf dem Oberarm, der oberen Rückenpartie und der Brust appliziert werden (Klebestelle wechseln, bei Bedarf rasieren). Schmerzpflaster dürfen nie zerschnitten werden (ungenauere Dosierung, Auslaufen des Wirkstoffs und eingeschränkte Klebefläche)
- Bei Schmerzen ist das Führen eines Schmerztagebuches empfehlenswert
- In der Pflegeprozessplanung Thrombose-, Sturz- und Obstipationsprophylaxe einplanen
- Mögliche Pflasterallergie beachten

PS 9: Wundmanagement

Pflegestandard Nr. 9

Wundmanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Neben der direkten Pflege (Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme der geplanten Pflege) sind die Pflegeleistungen im Bereich der indirekten Pflege (nach ärztlicher Verordnung) durchzuführen. Der Umfang der Pflegeleistungen in der direkten Pflege hängt von dem Befinden des Klienten ab.

Grundsatz

Der Grundsatz lautet: »Prophylaxen durchführen und somit Wunden vermeiden.«

Die Entstehung der Wunde (wo und wann) ist anhand der Pflegeprozessdokumentation nachvollziehbar (bei dem Einzug Hautstatus erheben). Die Wundversorgung ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Chronische Wunden sind Wunden z. B. Dekubitus (► Abschn. PS 4), Ulcus cruris, Diabetischer Fuß, postoperative Wunden, die nach 4–12 Wochen trotz fachgerechter Interventionen noch nicht abgeheilt sind. Die Behandlung von chronischen Wunden muss den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und der schriftlichen Verordnung des Haus- oder Facharztes entsprechen. Die Wundbehandlung wird individuell, nach Art der Wunde geplant. Die Versorgung muss unter hygienischen Kautelen (Infektionsprophylaxe) erfolgen. Eine Wundversorgung kann nur zum Erfolg führen, wenn auch die Ursachen mitbehandelt werden.

Problemstellung

Eine besondere Problematik bei der Wundversorgung besteht insbesondere bei demenziell Erkrankten durch eine Manipulation der Wunde mit den Händen. Hände und Fingernägel verbergen häufig Darmbakterien und trotz sorgfältiger Händehygiene kommt es zu Reinfektion (wiederholten Infektion). Durch die Multimorbidität und ansteigende Zahl der demenziell Erkrankten in Altenpflegeeinrichtungen gestaltet sich die Schulung und Anleitung der Klienten ebenfalls schwierig.

Mögliche Störfaktoren bei der Wundheilung sind auch Infektionskrankheiten, Keimbesiedlung, Gefäßerkrankungen, Fehl- und Mangelernährung, Psychopharmaka und Schmerzmittel (der Druck wird nicht wahrgenommen), Cortison, weil die Haut nach längere Einnahme wie Pergament wird, Kachexie, Adipositas, Tumorerkrankungen und Strahlentherapie.

Eine chronische Wunde verursacht Schmerzen, hat Auswirkungen auf die Lebensqualität, Autonomie und das soziale Leben des Klienten, sie führt zu mangelhafter Bewegungsfähigkeit. Unter Umständen bildet sich Exsudat und/oder die Wunde riecht unangenehm.

Bei einem Dekubitus spielen der äußere Auflagedruck, die Auflage-dauer, Scherkräfte und Disposition (intrinsische Risikofaktoren) eine entscheidende Rolle. Auf Risikoskalen zur Dekubitusgefahr kann verzichtet werden (häufige Fehleinschätzungen). Die Wundgröße (Länge, Breite und Tiefe) wird mit einem einmal Lineal gemessen. Die Wundgröße kann mit einer sterilen Folie, die über die Wundränder gelegt und abgezeichnet wird, in cm^2 gemessen werden. Ein Maßband (Name, Vorname – nur Initialen, Geburtsdatum, Datum und Wundbild-Verlaufsnummer) wird auf den Rand der Wunde gelegt. Die Wundtiefe kann mit einer sterilen Pinzette, einem Finger (sterile Handschuhe!) oder einer Knopfkanüle gemessen werden.

Bei dem Ulcus cruris venosum (Unterschenkelgeschwür) ist die chronische Veneninsuffizienz (Varikosis, postthrombotisches Syndrom oder angeborene Bindegewebsschwäche) die Ursache der Erkrankung. Angezeigt ist hier eine Kompressionstherapie mit Kurzzugbinden (quartalsmäßig rezeptieren lassen). Die Klienten sollen viel laufen. Bei dem Ulcus cruris arteriosum ist die Arteriosklerose der großen und mittleren Gefäße die Ursache der Erkrankung. Häufige Grunderkrankungen oder Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypothyreose, genetische Disposition, Rauchen,

Ernährung sowie Immobilität. Die Klienten haben Schmerzen. Eine Kompressionstherapie ist kontraindiziert! Bei dem Ulcus cruris mixtum handelt es sich um ein arterielles und venöses Ulkus.

Bei dem diabetischen Fußsyndrom (DFS) handelt es sich um eine Folgeerkrankung im Rahmen eines Diabetes mellitus bei ineffektiver Therapie, mit den Spätfolgen eines Fußgeschwürs, das bei einer Neuropathie (periphere Nervenschädigung und kein Empfinden von Temperaturunterschieden, Druck und Schmerz) oder einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) bei Durchblutungsstörungen der Unterschenkelarterien (keine tastbaren Fußpulse) bis zur Amputation der betroffenen Extremität führen kann. Betroffen sind Klienten, die die Fußpflege vernachlässigen, unter trockener Haut leiden (es bilden sich Risse in der Fußhaut), keine Schuhe aus weichem Leder oder orthopädische Maßschuhe tragen oder keine Baumwollsocken bzw. Strümpfe anziehen, Fußdeformation haben (Hallux valgus, Hammerzehen oder Spreizfuß), Übergewichtige und Alkoholiker. Seit 2001 ist die Fußpflege durch einen Podologen mit Verordnung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Das diabetische Fußsyndrom kommt am häufigsten auf der Fußsohle vor. Daher sollen Diabetiker nicht barfuß laufen. Des Weiteren ist als Voraussetzung zur Wundheilung eine gute Blutzuckereinstellung zu erreichen. Wichtig ist die absolute Druckentlastung des betroffenen Fußes.

Pflegezielsetzung

» Primäre pflegerische Zielsetzung ist erhalten, erlangen und wiedererlangen von Fähigkeiten und Ressourcen zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in ABEDLs ‹‹

(Krohwinkel 2007, S. 215). Dies ist der Leitgedanke des Expertenstandards: Wundheilung unterstützen, Rezidivbildung vermeiden und Lebensqualität verbessern.

Oberstes Pflegeziel ist die Schmerzlinderung und/oder Schmerzfreiheit, auch während des Verbandwechsels.

Adäquate Wundbehandlung, Rezidivprophylaxe und gleichzeitige Behandlung der Grunderkrankung sind drei Parameter, die gleichzeitig angegangen werden müssen.

Durchführung

- Die Wundprozessdokumentation soll nach dem Pflegeprozess (Beispiel PDCA-Zyklus nach Deming, ► Abschn. 3.1.1) erfolgen
- Bei einem Dekubitus ist eine lokale Druckverteilung und therapeutische Lagerung angezeigt
- Eine chronische Wunde kann bei einem intakten Immunsystem (kalorien-, eiweiß- und vitaminreiche Kost) besser heilen. Hier kann auch hochkalorische Trinknahrung zum Einsatz kommen (Geschmackrichtung beachten). Für die Kontrolle soll ein Trink- und Ernährungsplan angelegt werden
- Bei Ulcus cruris die Kompression wichtig
- Ein interner oder externer Wundexperte (Wundmanager) führt regelmäßig eine Wundvisite und Beratung mit der zuständigen Pflegefachperson und VPPF durch. Bei dem Assessment und der Auswahl von Wundauflagen, je nach Erkrankung, sollen nach dem Expertenstandard folgende Kriterien beachtet werden: Grunderkrankung, Hautzustand, Wundlokalisation, Wundgröße, Wundumgebung, Infektionszeichen, Wundgeruch (hilfreich sind Silberaktivkohleauflagen, auch hohe Saugfähigkeit), Exsudatmenge, Wundheilungsstadium, Schmerzen, Kontinenzsituation und Kosten-/Nutzeffekt
- Für die Pflege trockener Haut sind W/O- und Urea-(Harnstoff) Präparate empfehlenswert
- Als Grundsatz gilt: zunächst feuchte Wundbehandlung um die Schaffung eines feuchten Wundmilieus, die Wundereinigung und einen schmerzfreien Verbandwechsel zu ermöglichen. Um die Wunde feucht halten zu können, sind geeignet: Hydrogele, Hydrokolloide, Alginat als auch sterile mit Kochsalzlösung getränkte Kompressen
- Silberaktivkohleverbände in Kombination mit Hydrogelen sind bei Dekubitus, Ulcus cruris, diabetischen Fußsyndrom, MRSA oder VRE (► Abschn. PS 21) empfohlen. Wundauflagen mit Aktivkohle dürfen nicht passend zugeschnitten werden (Färbung der Wunde, Kohlepartikel gelangen in die Wunde)
- Alginat werden bei stark exsudierenden Wunden eingesetzt
- Hydrogele sind zur Befeuchtung trockener Wunden geeignet
- Eine differenzierte Pflegeprozessdokumentation zeigt den Verlauf der Behandlung

Die Wundheilung verläuft in 4 Phasen

1. Reinigungs- oder Exsudationsphase
2. Granulations- oder Proliferationsphase
3. Regenerations- oder Epithelisierungsphase
4. Remodellierungsphase

Debridement

- Autolytisches Debridement ist für oberflächliche Beläge (Auflösen von Nekrosen und Fibrinbelägen) geeignet. Dafür eignen sich Hydrogele mit Alginat, um ein physiologisches Wundmilieu zu erreichen
- Chirurgisches Debridement ist die Abtragung von Nekrosen mit einer Pinzette und Skalpell, durch den Arzt
- Biochirurgisches Debridement eignet sich bei infizierten Wunden mit Madentherapie
- Enzymatisches Debridement ist bei trockener Nekrose nicht wirksam, mögliche Allergien und Resistenzbildung durch die antibiotikahaltigen Enzympräparate sind zu beobachten. Es liegt außerdem kein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis vor

Dekubitusklassifikation nach der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2009) in 4 Kategorien:

- Kategorie I: Nicht wegdrückbare Rötung
- Kategorie II: Teilverlust der Haut
- Kategorie III: Verlust der Haut
- Kategorie IV: Vollständiger Haut oder Gewebeverlust

- Die häufigsten Wundarten, die im nationalen Expertenstandard beschrieben wurden, sind Dekubitus, Ulcus cruris und diabetisches Fußsyndrom
- Bei diabetischem Fußsyndrom kann der Schweregrad nach Wagner-Amstrong (Grad 0–5) verwendet werden. Die Klienten sollten Leder-schuhe (Druckentlastung) tragen und die Fußpflege nur durch einen Podologen ausführen lassen. Eine tägliche Fußkontrolle durch die Pflegenden und eine adäquate Fußpflege sind unerlässlich. Der Diabetiker merkt die Verletzung selber nicht

- Zur der Risikobeurteilung gehört die regelmäßige Hautinspektion (z. B. auf Zeichen von Rötung)
- Fünf wichtigsten Therapieprinzipien sind: Druckentlastung, Nekrosenentfernung, Infektionsbekämpfung, Minimierung von Risikofaktoren und feuchte Wundversorgung
- Bei Wundexsudat sollen hydroaktive Wundverbände verwendet werden. Beurteilt werden Menge, Farbe, Geruch, Konsistenz und Beschaffenheit der Wunde
- Wichtig ist auch die Druckentlastung der betroffenen Stelle mit geeigneten Hilfsmitteln unter Beachtung der Beweglichkeit
- Bei Wundheilstörungen erfolgt im Abstand von 1–2 Wochen erneut ein komplettes Wundassessment
- Eine Evaluation und Ergebnisbeurteilung ggf. Änderung der ärztlich verordneten Therapie findet kontinuierlich, spätestens alle vier Wochen statt
- Bildung eines Qualitätszirkels zur Implementierung von nationalen Expertenstandards, Erstellen eines Pflegeprozessesstandards und einer Verfahrensweisung

Pflegestandard Nr. 9		
-----------------------------	--	--

Wundmanagement

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegefachperson und nach Bedarf eine Pflegeperson oder Altenpflegeschüler
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	VPPF

7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorbereitung (Strukturqualität)
---	--

Material

- Material für Wundversorgung
- Unsterile und sterile Handschuhe
- Wundbenzin
- Nach Bedarf: Pinzette, sterile Folie, Maßband

Klienten

- Über bevorstehenden Verbandwechsel informieren
- Nach Bedarf Schmerzmittel nach schriftlicher ärztlicher Anordnung verabreichen

Raum

- Kein Luftzug
- Angemessene Raumtemperatur

Pflegeperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze

- **Durchführung (Prozessqualität)**

- Hygienische Händedesinfektion
- Nach sterilen Kautelen (Infektionsschutzprophylaxe) vorgehen
- Wundreinigung und Spülung der chronischen Wunden erfolgt grundsätzlich mit sterilen Lösungen. Bei Haltbarkeit angebrochener Lösungen grundsätzlich die Angaben des Herstellers beachten.

- Möglichkeit des chirurgischen oder autolytischen (nicht chirurgisch) Debridements nutzen (► Abschn. PS 9, Durchführung)
- Konsequenz feuchtes Wundmilieu (Feuchtverbände) erhalten
- Die Wundversorgung wird nach jedem Verbandwechsel dokumentiert (Wundstelle, Größe, Breite und Tiefe, Beschreibung der Wundsekretion, Wundumgebung, Wundränder, eventuelle Taschenbildung) und der Verlauf fotografiert. Es ist empfehlenswert, dass möglichst nur eine Pflegefachperson die Verbandwechsel durchführt und nach der Reinigung ein Bild der Wunde erstellt. Bei dem Bild sollen Lichtverhältnisse, Abstand und Winkel immer beibehalten werden. Die Wundbeschreibung soll einheitlich vorgenommen werden (Checkliste). Eine Verfahrensanweisung ist hier hilfreich
- Nach Bedarf soll die Schmerztherapie, auch vor dem Verbandwechsel, individuell bestimmt werden

■ Nachsorge

- Verbandmaterial und Einmalschürze entsorgen
- Hygienische Händedesinfektion

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Nur eine vollständige, lückenlose und kontinuierlich geführte Pflegeprozessdokumentation mit Fotodokumentation (Polaroidbilder verblassen) oder EDV-gestützter Pflegeprozessdokumentation mit Übertragung von einer Digitalbildkamera auf den PC kann im Rechtsstreit als Nachweis, Entlastung und Qualitätssicherung dienen. Ein weiterer Parameter ist die regelmäßige, spätestens nach vier Wochen durchgeführte Evaluation der Wundbehandlung und nach Bedarf die Anpassung in der Versorgung.

! Zu Beachten

- Nationaler Expertenstandard *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*
- Nationale Expertenstandards *Dekubitusprophylaxe in der Pflege und Schmerzmanagement in der Pflege*
- Mögliche allergische Reaktionen
- Die Wundspülung erfolgt ausschließlich mit steriler Lösung
- Bei Schmerzen ist das Führen eines Schmerztagebuches empfehlenswert
- Nach Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) sollen bei chronischen Wunden folgende Parameter beachtet werden: hygienische

Händedesinfektion vor der Abnahme des Wundverbandes mit unsterilen Handschuhen (nach Ablegen erneut hygienische Händedesinfektion durchführen), Non-touch-Methode, mit sterilen Instrumenten und sterilen Handschuhen (Verfallsdatum auf der Verpackung beachten)

- Infektionsschutzgesetz, Medizinproduktegesetz mit MPBetreibV, Arzneimittelgesetz und einrichtungsinterne Hygieneplan (IfSG, § 36) sollen beachtet werden
- Eine Weiterbildung zum Wundexperten/(Initiative chronische Wunden, ICW) ist für jede Pflegefachperson empfehlenswert. Die Inhalte der theoretischen Weiterbildung zum Wundexperten ICW (48 Stunden) sind: Anatomie und Physiologie der Haut, Wundentstehung/Wundarten, Assessmentinstrumente, Prophylaxe und Therapie (Dekubitus, Ulcus cruris und Diabetisches Fußsyndrom), Ernährung, Schmerzmanagement, Kompressionstherapie, Schulung und Beratung, Hygiene, Wundversorgung, Wunddokumentation, rechtliche Aspekte sowie ein Praktikum von 16 Stunden in einer fremden Einrichtung. Nach der schriftlichen Prüfung erhält der Teilnehmer ein Zertifikat für 5 Jahre, www.weiterbildung-wundmanagement.de
- Nach dem Zertifikat Wundexperte ICW kann ein Aufbauseminar zum Wundtherapeuten ICW, bestehend aus 9 Modulen und insgesamt 192 Stunden belegt werden
- Bei der täglichen Trinkmenge müssen die Kontraindikation (Herz- und Niereninsuffizienz) beachtet werden
- Verantwortung für die Durchführung der von dem Arzt verordneten Therapie trägt die Pflegefachperson
- Voraussetzung für die Bild-Wunddokumentation ist eine Einverständniserklärung des Klienten bzw. seinen gesetzlichen Vertreters (kann jeder Zeit widerrufen werden). Nach Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) § 199 soll die Bild-Wunddokumentation 30 Jahre (ab den 01.01.2002) aufbewahrt werden
- Wird die Bildaufnahme trotz der Verweigerung des Klienten erstellt, ist dies strafbar
- Für die Wundbehandlung sind Merkurochrom, Salben mit Antibiotika, jodhaltige Salben und Wasserstoffperoxid (H₂O₂) nicht geeignet
- Dokumentiert werden Lokalisation, Größe und Tiefe der Wunde, Wundsekretion, ggf. die Taschenbildung und der Status der Wundumgebung.

PS 10: Entlassungsmanagement

Pflegestandard Nr. 10

Entlassungsmanagement

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Jeder Klient mit Unterstützungsbedarf soll bei der Entlassung (häuslicher Bedarf) oder Verlegung (Rehabilitationsklinik, Altenpflegeeinrichtung) die erforderliche Information und Hilfe erhalten. Eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit ist bei der Aufnahme in ein Krankenhaus ein Indikator, innerhalb der ersten 24 Stunden die kriteriengeleitete Einschätzung durchzuführen. Die Fähigkeiten/Ressourcen des Klienten sowie sein Unterstützungsbedarf im Bereich der ABEDL soll ermittelt werden. Der häufigsten Assessmentinstrumente im Krankenhaus sind der Barthel-Index oder der Mini-Mental-State-Examination.

Grundsatz

Nach § 11 (4) SGB V besteht die Verpflichtung, bei der Verlegung eines Klienten in eine andere Einrichtung oder den häuslichen Bereich die weitere Versorgung durch die Weitergabe an Informationen zu sichern. Der nationale Expertenstandard *Entlassungsmanagement in der Pflege* richtet sich ausschließlich an die Pflegefachpersonen. Voraussetzung für das ergebnisorientierte Entlassungsmanagement ist die fachliche Kompetenz, eine Zusatzqualifikation oder ein pflegebezogener Studiengang der Pflegefachperson, das Vorhandensein einer Verfahrensanweisung sowie die enge Kooperation aller Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Sozialarbeiter, Ergo-, Logo- und Physiotherapie, ggf. Psychologie). Eine Verfahrensanweisung soll die Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen, ein Ablaufverfahren, Einschätzungskriterien mit Assessment (Screening), Evaluation und Dokumentation beinhalten. Die Ergebnisse der Evaluation werden dokumentiert.

Der nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement richtet sich primär an Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Er schließt jedoch die Verlegung in ein Krankenhaus oder aus dem Krankenhaus in eine Altenpflegeeinrichtung oder in den häuslichen Bereich nicht aus.

Alle Schritte des Entlassungsmanagements können zentral, in einem multiprofessionellen Team oder direkt durch die Pflegefachpersonen der Station/ des Wohnbereichs organisiert sein. Hierbei spielt die Pflegebezugsperson eine wichtige Rolle. In Baden-Württemberg gibt es Brückenpflegedienste – so genannte Brückenpflegeteams, die eine Brücke zwischen dem Krankenhaus und häuslichen Bereich bilden. Sie nehmen Kontakt auf mit dem Hausarzt, der Krankenkasse (Leistungsansprüche), dem Sanitätshaus (Hilfsmittelversorgung), führen Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen durch, geben Empfehlungen zur Wohnraumanpassung und nach Bedarf, bei chronischen Schmerzen, Wundbehandlung oder Ernährungsdefiziten bis hin zur Palliativversorgung organisieren sie eine adäquate Versorgung. Der Klient und sein Angehörige sollen lernen, mit der neuen Lebenssituation zurecht zu kommen. In den Krankenhäusern ist häufig der Sozialdienst für das Entlassungsmanagement zuständig.

Problemstellung

Bei fehlerhafter oder nicht vorhandener schriftlicher Weitergabe der Informationen kann es zu Versorgungsdefiziten kommen. Die Folge ist eine erneute Krankenhauseinweisung. Ein weiteres Problem stellt die Entlassung/ Verlegung am Freitagnachmittag oder am Wochenende dar. Der Kontakt mit dem Hausarzt und ein Rezeptieren von Medikamenten sowie die Hilfsmittelbeschaffung sind häufig nicht mehr möglich. Empfehlenswert ist die Mitgabe der Medikamente bis zum nächsten Wochentag. Auch die zeitliche Verlegungsplanung hängt von dem Transportunternehmen und den Aufträgen ab. Manchmal werden Klienten abweichend vom geplanten Termin vorzeitig entlassen/verlegt oder sie können nicht verstehen, dass die Rückkehr in den häuslichen Bereich nicht mehr möglich ist (alleinstehend).

Immer mehr Menschen leben alleine und haben keine Angehörige mehr. Hierbei bedarf es einer sorgfältigen Planung in enger Kooperation mit dem Klienten.

Pflegezielsetzung

Die Kompetenz und Eigenverantwortung des Klienten soll gestärkt werden (Selbstmanagement). Bei knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sollen eine erneute Einweisung in das Krankenhaus oder eine Fehlbelegung vermieden werden (§ 140a SGB V – Drehtüreffekt). Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus soll der Angehörige fachkompetent beraten und die Versorgungskontinuität des Klienten gesichert werden. Ziel ist es, die Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen zu erfüllen.

Durchführung

Nach der vorhandenen Verfahrensanweisung soll innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme in ein Krankenhaus eine erste Einschätzung (Screening) über möglichen poststationären Unterstützungsbedarf erfolgen.

Da es verschiedene Assessmentinstrumente gibt, ist es wichtig folgende Parameter auch zu überprüfen: hohes Alter und Gebrechlichkeit, Mobilitätseinschränkung, sensorische Defizite, kognitive Defizite, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen, Klienten mit einer begrenzten Lebenserwartung bei schwerwiegender Erkrankung oder mehrere Krankenhausaufenthalte innerhalb eines Jahres.

Falls noch keine Einstufung vorgenommen wurde, wird der MDK umgehend eingeschaltet. Es soll geklärt werden, ob eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI §§ 14 und 15 vorliegt. In einer Team- oder Fallbesprechung bespricht das multiprofessionelle Team die individuellen Möglichkeiten, den Unterstützungsbedarf und macht eine Entlassungsplanung. Darüber hinaus werden die Aufgaben verteilt. Gegebenfalls wird Kontakt mit der Rehabilitationsklinik, einem ambulanten Dienst oder einer Altenpflegeeinrichtung aufgenommen. Für die Weitergabe von Informationen gilt ein hausinterner, einheitlicher Pflegeverlegungsbericht.

Wünschenswert wäre die Kontaktaufnahme mit dem Klienten und seinen Angehörigen/Bezugspersonen schon während des Krankenhausaufenthalts d. h. vor dem Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung (► Abschn. PS 1). Das frühzeitige Kennenlernen ist die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und vermittelt den Klienten eine gewisse Sicherheit.

Pflegestandard Nr. 10

Entlassungsmanagement

Durchführung durch:	Autorisierte Pflegefachperson oder zentrales Entlassungsmanagement
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	Mehrere Personen aus dem Team
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	Multiprofessionelles Team
Verantwortlich:	Pflegemanagement und Betriebsleitung

7

- **Vorbereitung (Strukturqualität)**

Material

- Assessmentinstrument

Klienten

- In einer ruhigen Atmosphäre die erforderlichen Schritte besprechen
- Planung und Terminbekanntgabe finden rechtzeitig vor der Entlassung/Verlegung statt

Pflegeperson

- Pflegefachperson ist autorisiert die Entlassungsvorbereitung durchzuführen

Raum

- Für die Besprechung und Entlassungsvorbereitung organisieren

- **Durchführung (Prozessqualität)**

- Eine Verfahrensweisung soll Folgendes beinhalten: Zuständigkeiten anhand eines Organigramms, Benennung des Verantwortlichen für das Entlassungsmanagement, fachliche Qualifikation, genauer Ablaufplan (wer macht was) in Zusammenarbeit mit dem Klienten/Angehörigen/Bezugsperson, Rücksprache mit der nachfolgenden Einrichtung, Evaluation und die Dokumentation
- Arztbrief und Pflegeverlegungsbericht werden mitgegeben
- Die Medikamenteneinnahme für das Wochenende ist gesichert

- Bei der Verlegung von einer Altenpflegeeinrichtung in ein Krankenhaus ist der Pflegeverlegungsbericht mit Telefonnummer der Angehörigen, Bezugsperson oder Betreuer und des Hausarztes, ggf. die Patientenverfügung, die Versicherungskarte sowie die persönlichen Sachen mit Toilettenartikeln und ggf. Medikamenten mitzugeben. Die mitgegebenen Papiere und Sachen werden ordnungsgemäß dokumentiert
- Erhebung eines Risikoassessments innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme in ein Krankenhaus, um poststationären Unterstützungsbedarf abzuschätzen
- Spätesten 48 Stunden nach der Entlassung/Verlegung findet die Evaluation der Entlassungsvorbereitung und Durchführung statt. Mit dieser Vorgehensweise können die durchgeführten Maßnahmen überprüft werden. Das Krankenhaus bekommt eine Rückmeldung, kann bei Bedarf reagieren und noch vorhandene Fragen klären sowie die Schritte bei der Entlassung nach dem PDCA-Zyklus (► Abschn. 3.1.1) verbessern. Die Ergebnisse sollen dokumentiert werden
- Fortbildung der Pflegefachpersonen im Bereich der Beratung, des eingesetzten Risikoassessments, der Evaluation und Dokumentation sind erforderlich. Der Klient und seine Angehörigen/Bezugsperson werden fachkompetent beraten und angeleitet

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Mit einem zielorientierten Entlassungsmanagement kann die Versorgungsqualität erreicht und gesichert werden.

! Zu Beachten

- Nationaler Expertenstandard *Entlassungsmanagement in der Pflege*
- Beteiligung der Angehörigen/Bezugsperson an dem Entlassungsmanagement setzt das Einverständnis des Klienten voraus
- Datenschutz beachten
- 24 Stunden vor der Entlassung/Verlegung findet bei Veränderung erneut ein Screening statt
- Pflegemanagement und Betriebsleitung tragen die Verantwortung für die Bereitstellung der Ressourcen: Zeit, Medien und Fortbildung
- Die Entlassung bzw. eine Verlegung des Klienten aus der Altenpflegeeinrichtung wieder in den häuslichen Bereich ist selten aber möglich

- Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (§ 7a SGB XI) besteht die Möglichkeit, die Pflegestützpunkte als Kooperationspartner aufzusuchen. Dort bekommen die Angehörige kompetente Pflegeberatung und Unterstützung
- Bei Verlegung eines dekubitusgefährdeten Klienten in ein Krankenhaus, entsprechenden Stempel auf dem Verlegungsbericht nicht vergessen

PS 11: Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Klienten

Pflegestandard Nr. 11

Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Klienten

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Leistungen

Bei den Klienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist die Erhebung der Pflegeanamnese (► Abschn. 2.3) und Biografiearbeit (► Abschn. 2.4) Voraussetzung für alle weiteren Interventionen. Interventionen und Begleitung erstrecken sich auf Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung mit teilweiser oder vollständiger Übernahme der Pflegeleistungen, Motivation, therapeutische Milieugestaltung und Betreuungsangebote.

Grundsatz

Ältere Menschen haben im Laufe ihres Lebens meist viele Trennungssituationen und Verluste bewältigen müssen. Jetzt spüren sie, dass sie den alltäglichen Anforderungen nicht mehr ohne Hilfe gerecht werden können. Leistungsfähigkeit und Wahrnehmung lassen zunehmend nach. So nimmt die Sehkraft (grauer und/oder grüner Star) ab, das Hörvermögen vermindert sich. Als Folge werden die Informationen nicht wahrgenommen und nicht verarbeitet. Das Tragen eines Hörgerätes wird erforderlich. Dazu kommt, dass sie häufig alleine, einsam und isoliert leben.

Immer mehr Klienten können nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr nach Hause entlassen werden. Schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus muss die Sicherung der Versorgungsqualität (Implementierung des nationalen Expertenstandards *Entlassungsmanagement in der Pflege* ► Abschn. PS 10) gewährleistet werden. Die Klienten sind im Sinne der sozialen Pflegeversicherung »pflegebedürftig« geworden und benötigen Hilfe im Bereich der Körperpflege, Ernährung, und/oder Mobilität, Betreuung sowie

Hilfe in der Hauswirtschaft. Dazu kommen noch kognitive Einschränkungen, die es ihnen erschweren das Alltägliche umzusetzen. Manchmal hilft der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik oder die Kurzzeitpflege und der Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung kann vermieden werden.

Ein weiterer Grund stellt die Überforderung der Angehörigen in häuslichen Bereich dar. Sie sind Rund-um-die-Uhr für ihren Angehörigen da. Nach längerer Pflegezeit, Sorge und Betreuung fühlen sie sich kraftlos und leer. Die einzige Lösung sehen sie oft darin, ihren Angehörigen in die professionelle Pflege abzugeben. Folge sind ein schlechtes Gewissen und die Angst, ob ihr Angehöriger in der Einrichtung auch richtig versorgt wird. Hier muss die Pflegefachperson mit viel Verständnis und Empathie den Angehörigen gegenüberreten.

Falls sich das Befinden in der Rehabilitationsklinik oder Kurzzeitpflege nicht verbessert hat, wird ein nochmaliger Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung erforderlich werden. Die Klienten erleben den Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung als Bedrohung. Sie müssen die vertraute Umgebung, Nachbarn, Freunde, sozialen Status, Gewohnheiten, Rituale, Wohnung und Möbel aufgeben. Diese unerwartete Umgebungsänderung bedeutet für einen älteren Menschen eine Krisensituation, die akute Verwirrtheit, Desorientierung und Depression auslösen oder die bestehende demenzielle Erkrankung noch verschlimmern kann. Alles ist fremd, sie sehen nichts Bekanntes und Altbewährtes. Angst und Unsicherheit sind die Folgen, die sich mit verstärktem Bewegungsdrang äußern. Dabei ist Bewegung eine normale menschliche Eigenschaft.

Nur wenige Menschen setzen sich mit dem Älterwerden, Pflegebedürftigkeit, demenzieller Erkrankung und einem Leben in einer Altenpflegeeinrichtung auseinander. Die früher entwickelten Bewältigungsmuster (Copingstrategien) sind nicht mehr abrufbar. Bestimmte Erinnerungen werden im Alter wieder vordergründig (Langzeitgedächtnis).

Problemstellung

Bei den Klienten, die sich nicht verbal äußern können und keine Angehörigen mehr haben, ist eine gute Beobachtungsgabe (dokumentieren) bei der Biografiearbeit (► Abschn. 2.4) als einzige Möglichkeit anzusehen. Auch wenn nur noch eine nonverbale Kommunikation möglich ist, muss versucht

werden, die individuellen Bedürfnisse (Recht auf Selbstbestimmung z. B. bei Ablehnung einer Intervention) zu erkennen.

Herausfordernde Verhaltensweisen können u. a. durch Schmerzen ausgelöst werden, wobei ständiges Laufen, Aggressivität, Abwehrhaltung, Apathie, Depression, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen die häufigsten Zeichen in den verschiedenen Formen der demenziellen Erkrankung sind.

Unruhe, begleitet mit Angst, Panik und dem Gefühl des »Verlorenseins« kann den Bewegungsdrang auslösen. Die Betroffenen finden sich in der Umgebung nicht zurecht und wandern umher. Sofern eine Mobilitätseinschränkung und Balancestörung bestehen, ist die Sturzgefahr erhöht. Der demenziell erkrankte Klient kann die Situation nicht richtig einschätzen und beurteilen. Motorisch unruhige Klienten mit starkem Bewegungsdrang (Agitation) benötigen ständige Aufsicht. Sie sind auf der Suche nach Vertrautem. Sie brauchen Zuwendung und körperliche Nähe. Häufig sind die direkte Pflege, Nahrungsaufnahme und Nachtruhe dadurch gestört.

Akute und chronische Verwirrtheit

Es wird unterschieden zwischen akuter und chronischer Verwirrtheit: **Akute Verwirrtheit** (Delir) ist ein vorübergehender Zustand. Sie kann z. B. Folge von Exsikkose (ältere Menschen trinken nicht ausreichend), Durchfall (Diarrhö) und/oder Erbrechen sein. Eine akute Verwirrtheit kommt u. a. bei der Einnahme von Diuretika (begünstigt die Wasserausscheidung), Dehydratation, nächtlichem Blutdruckabfall, Unverträglichkeit von Medikamenten (Psychopharmaka, Antidepressiva, diversen Antiparkinsonmitteln, Neuroleptika, Barbituraten, Tranquilizern) und als Folge einer Narkose vor. Anfallsleiden (Epilepsie) und Hirndurchblutungsstörungen (mangelhafte Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff) sind ebenfalls Zeichen einer Verwirrtheit. Solche Klienten sind desorientiert in Bezug auf Raum, Zeit und Person.

Chronische Verwirrtheit ist als Folge von Hirnschädigungen anzusehen. Die Klienten sind nicht mehr in der Lage, den Anforderungen und Aufgaben, die der Alltag an sie stellt, gerecht zu werden. Eine chronische Verwirrtheit kommt u. a. bei Alkoholabusus (toxische Hirnschädigung und alkoholbedingte Demenz) und inoperablen Hirntumoren vor.

Depression

Häufig sind von Depression solche Menschen betroffen, die im Berufsleben leistungsfähig und gewissenhaft waren. Hierzu zählen Menschen, deren

Pflichtgefühl, Ordnungssinn und Leistungsbereitschaft überdurchschnittlich ausgeprägt ist. Darüber hinaus spielen bei der Depression soziale und materielle Verluste eine wichtige Rolle. Kontakte werden gemieden und das Umfeld »schwarzgesehen«. Bei Depressionen handelt sich um eine Neurotransmitterstörung im Gehirn und der Unfähigkeit, die seelische Verstimmung aus eigener Kraft zu überwinden. Objektive Zeichen sind: Konzentrationsstörung, Gedächtnisschwäche, Grübeln (Ängste und Sinnlosigkeit des Lebens), Schlafstörungen (sie können nicht einschlafen und/oder durchschlafen), Nachlassen der Körperpflege und des äußeren Erscheinungsbildes (ein erhöhter Pflegebedarf in allen ABEDL-Bereichen ist erforderlich), Appetitlosigkeit oder Heißhunger, Bewegungsmangel (Kraft- und Antriebslosigkeit), Rückzug und Gedanken an den Tod.

Zu Beginn der depressiven Phase besteht Suizidgefahr. Selbstmordäußerungen müssen ernst genommen und dem Hausarzt umgehend mitgeteilt werden. Gefährliche Gegenstände müssen aus dem Zimmer entfernt und die Fenster geschlossen gehalten werden. Um aus der depressiven Phase herauszukommen, müssen Kontinuität, ein klar strukturierter Tagesablauf und Gesprächsangebote bestehen.

Ein individueller Pflegebedarf infolge von Störungen des Zentralnervensystems, begleitet mit dem Mangel an Motivation, hat bei der Begutachtung durch den MDK eine wichtige Bedeutung (§ 14 SGB XI, »Begriff der Pflegebedürftigkeit«, Abs. 2, Nr. 3).

Depression unterscheidet sich von Demenz. Ein depressiv Erkrankter klagt auf Nachfrage über das Nachlassen seiner Fähigkeiten und seines Könnens, dagegen versucht ein demenziell erkrankter Klient das zu überspielen und zu verbergen. Demenziell erkrankte Klienten neigen zum Konfabulieren (Überspielen der Gedächtnislücken). Eine Begleitdepression wird u. a. bei M. Alzheimer, M. Parkinson sowie bei vaskulärer und traumatischer Hirnschädigungen beschreiben.

Demenz

Um die Diagnose Demenz zu bestätigen ist eine ärztliche Differenzialdiagnostik mit körperlicher Untersuchung, Schilddrüsenuntersuchung, EEG (Elektroenzephalogramm), Kernspintomographie (mögliche Ursache ein Hirntumor), ggf. Liquoruntersuchung oder Blutproben erforderlich. Demenziell erkrankte Klienten leiden unter eingeschränkter Gedächtnisleistung, Denk-, Sprach-, und Orientierungsstörungen. Das Zeitgefühl geht nach und nach verloren. Sie

können sich im Gespräch nicht mehr adäquat äußern, ihr abstraktes Denken lässt nach. Die Demenz vom Alzheimer Typ wird heute als die Ablagerung von Eiweiß (Plaques), Zerstörung und Absterben von Nervenzellen beschrieben. Demenzerkrankung wird lat. als »Ohne Geist sein« bezeichnet.

Die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz wird durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursacht. Hier spielen u. a. folgende Risikofaktoren eine Rolle: Diabetes mellitus, Hypertonie, Herzerkrankung, Rauchen oder Adipositas. Es kommt zur Schädigung hirnversorgender Gefäße. Eine weitere Form ist die Multiinfarktdemenz als Folge von mehreren kleinen Apoplexen. Die Pick-Krankheit oder Lewykörper-Demenz treten seltener auf.

Am bekanntesten unter den demenziellen Krankheitsbildern ist der M. Alzheimer. Alois Alzheimer (Breslauer Neurologe und Psychiater) beschrieb diese degenerative Hirnschädigung erstmals im Jahre 1906. Ihre eigentliche Ursache ist bis heute unklar. Es wird zwischen 3 Stadien der Demenz vom Alzheimer Typ unterschieden:

- Leichte Demenz vom Alzheimer Typ: Minderung des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit – Veränderungen, die der Klient selber wahrnimmt. Daraus resultieren Gemütsschwankungen, Wutausbrüche, Misstrauen, Angstäußerungen, Hilfs- und Antriebslosigkeit. In dieser Phase ist es noch möglich, eigene Angelegenheiten zu besprechen und wichtige Entscheidungen für die Zukunft zu treffen.
- Mittelschwere Demenz vom Alzheimer Typ: Minderung des Langzeitgedächtnisses und somit der Fähigkeit der selbstständigen Versorgung. In dieser Phase fällt es dem Klienten schwer, alte Fähigkeiten und Fertigkeiten aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen. Die Klienten sind in fast allen ABEDL-Bereichen auf Hilfe angewiesen. Die Klienten sind zeitlich, örtlich und personell nicht mehr orientiert. Die vertrauten Personen werden nicht mehr erkannt. Die sprachliche Äußerung ist für den Außenstehenden nicht mehr verständlich. Der Klient hat seine Gefühle nicht mehr unter Kontrolle. Es kommt zu Wahnvorstellungen und Beschuldigungen. Die Kontrolle über die Harn- und Stuhlausscheidung lässt nach.
- Schwere Demenz vom Alzheimer Typ ist mit Bettlägerigkeit verbunden. Eine verbale Kommunikation ist nicht mehr möglich. Was bleibt sind Gefühle und Empfindungen. Die Klienten sind in allen ABEDL-Bereichen auf Hilfe angewiesen. Es besteht Kontraktur-, Dekubitus- und Pneumoniefahr. Schluckstörungen und Infektionsgefahr stellen ein weiteres Problem dar.

Pflegezielsetzung

- Balance zwischen Fürsorgebedürfnis der Pflegenden auf der einer Seite und Autonomie des Klienten auf der anderen Seite wahren.
- Vertrautheit, Sicherheit und Geborgenheit durch stetig wiederholende Interventionen vermitteln. Überforderung durch immer wieder neue Situationen vermeiden.
- Spezielle Angebote um die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten und Ressourcen zu stärken und Verschlechterungen zu verzögern.
- Die vorhandenen Kompetenzen sollen bei der Pflege, Betreuung und Milieugestaltung berücksichtigt werden. Das setzt auch eine personelle Kontinuität (Bezugspflege) voraus, mit dem Ziel, wertschätzend dem Klienten gegenüber begegnen, eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufzubauen und sein Selbstwertgefühl und seine Alltagskompetenz zu stärken.
- Zeitliche Planung (Angebote) und räumliche Gestaltung (Möbel im Zimmer und Sitzplatz im Speisesaal) sollen immer gleich bleiben. Gewohnte Ordnung gibt dem Klienten eine Orientierungshilfe und vermittelt Sicherheit. Wenn der Klient es gewohnt war vor den Mahlzeiten ein Gebet zu sprechen, soll dies auch in der Einrichtung möglich sein.
- Gefahren erkennen d. h. intrinsische und extrinsische Faktoren einschätzen und minimieren (nationaler Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege* ► Abschn. PS 5). In Bewegung bleiben bedeutet, Immobilität zu vermeiden und Stressabbau (Dekubitus-, Muskelatrophie, Kontraktur-, Thrombose- und Pneumonieprophylaxe) zu betreiben.
- Immobilität vermeiden, Stress minimieren und bei Bedarf Dekubitus-, Kontraktur-, Thrombose- und Pneumonieprophylaxe.

Pflegestandard Nr. 11

Begleitung und Pflege demenziell erkrankter Klienten

Durchführung durch:	Alle Berufsgruppen, die in Pflege und Betreuung tätig sind
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	Abhängig von der Intervention
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

- Materialien je nach Intervention

■ Durchführung und Betreuungsangebote (Prozessqualität)

Es gibt verschiedene Methoden zur Einschätzung und Beurteilung von demenziell erkrankten Klienten. Hier werden einige Beispiele genannt, wobei in jeder Altenpflegeeinrichtung entschieden werden soll, welches Assessmentverfahren eingesetzt werden soll.

Methoden zur Einschätzung und Beurteilung von demenziell erkrankten Klienten

- Geriatrische Depressionsskala (GDS) besteht aus 15 Fragen, die vom Klienten mit »Ja« oder »Nein« zu beantworten sind. Bei weniger als 5 Punkten wird davon ausgegangen, dass der Klient an keiner depressiven Symptomatik leidet, bei 6–10 Punkten eine leichte bis mittelgradige und bei 10–15 Punkte eine schwere depressive Symptomatik zeigt (Sheik JI, Yesavage J.A 1986).
- Mini-Mental-Status-Test (MMST). Es werden die geistigen Fähigkeiten überprüft und Fragen zur zeitlichen und räumlichen Orientierung, zu Merkfähigkeit und Gedächtnis, Wortfindung sowie Rechenaufgaben abgefragt und die Konzentration beurteilt (Folstein et al 1975).
- Uhren-Zeichnen-Test (UZT) oder Clock Completion (CC), in dem der Klient die Aufgabe bekommt, eine Uhr zu zeichnen, um dann im Kreis mit Ziffern die vorgegebene Uhrzeit einzutragen.

- Barthel-Index (BI). Es werden die Fähigkeiten im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Mobilität beurteilt. Bei der Befragung werden die Punkte von 0–100 vergeben. Ein Barthel-Index von 100 bedeutet, dass der Klient in allen ABEDL-Bereichen selbständig ist (F. I. Mahoney/D. W. Barthel, 1965).
- Dementia Care Mapping (DCM) ist eine Beobachtungsmethode, in der ein außenstehender Beobachter (Mapper) Rückmeldung zur Interaktion zwischen den Klienten und Pflegefachperson gibt.
- ECPA (frz. Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes= Schmerzschema zur Erfassung von Schmerzen bei alten Menschen mit stark eingeschränkter Kommunikation). Das validierte Verfahren wird seit 1993 in Frankreich verwendet. Um mögliche Schmerzen erfassen zu können, werden in drei verschiedenen Dimensionen insgesamt 11 Fragen gestellt und von 0–4 bewertet. Maximaler Schmerz wird mit 44 bewertet. Die drei Dimensionen sind: Beobachtungskriterien 1. außerhalb der Pflege, 2. während der Pflege und 3. Auswirkungen auf Aktivitäten.
- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) ist eine Beobachtungsmethode, in der fünf Kategorien beurteilt werden: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Anzugeben ist die Beobachtungssituation: während der Morgentoilette, im Sitzen, Gehen oder im Bett liegend. Für jede Kategorie, mit mehreren Fragen, gibt es 0–2 Punkte. Maximal können 10 Punkte für Schmerzverhalten erreicht werden. Ab einem Punktwert ≥ 6 ist eine ärztliche Behandlung angezeigt.
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Mit dieser Methode werden stark ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten den letzten 2 Wochen beurteilt. Es sind 29 Verhaltensweisen, die in einer siebenstufigen Skala bewertet werden. Die Häufigkeit der Verhaltensauffälligkeiten gibt aber keine Aussage über die Ursachen des Verhaltens (Cohen- Mansfield et al 1989).
- Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität dementer Menschen (H.I.L.DE.). Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und in vielen Altenpflegeeinrichtungen erprobt. Ziel war,

ein Instrument zu entwickeln, mit dem die Lebensqualität auch der Klienten, die sich nicht mehr verbal äußern können, im häuslichen und stationären Bereich einschätzen und verbessern zu können sowie deren Selbstbestimmung zu fördern. Anhand von Fragen und Beobachtungskriterien (objektiv und subjektiv) kann ein differenziertes Gesamtbild des Klienten erfasst und adäquate Interventionen können geplant werden (Pflegeprozessplanung).

- **DE**mentzranke **M**enschen in **I**ndividuell bedeutsamen **A**lltagssituati-
one**N** (DEMIAN) wurde ebenfalls durch ein Bundesministerium (für Bildung und Forschung) gefördert. Ziel war es, eine Möglichkeit zu finden, die Lebensqualität der Klienten im häuslichen und stationären Bereich durch die Schaffung positiver Erlebnisräume zu fördern, die Gefühlslage (Stimulierung positiver Emotionen, z. B. durch Anregung von Erinnerungen) und Bedürfnisse der Klienten, die sich nicht mehr verbal äußern können, zu identifizieren und daraus mögliche Interventionen festzulegen. Das evidenzbasierte Konzept DEMIAN II wird weiter entwickelt und erprobt. Als pflegerisches Konzept lässt er sich gut in den Pflegeprozess mit 6 Schritten integrieren (► Abschn. 2.1).

- Eine einrichtungsinterne Konzeption für Klienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz liegt vor. Die Biografie wird laufend mit neuen Erkenntnissen vervollständigt
- Regelmäßige Fortbildungen, Team- und Fallbesprechungen sowie Supervision aller Pflegenden sind bei diesen hohen Anforderungen unerlässlich
- Bei der aktivierenden und klientenorientierten Pflege, und Betreuung müssen die Rahmenbedingungen (Struktur- und Prozessqualität) stimmen
- Alle pflegerischen Interventionen sollen sich individuell an den Ressourcen der Klienten orientieren
- Assessment Schmerz (nationaler Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege* ► Abschn. PS 8) durchführen (mögliche Ursache für das herausfordernde Verhalten)
- Assessment Sturz (nationaler Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege* ► Abschn. PS 5) durchführen

- Kontraktur- und Dekubitusprophylaxe (► Abschn. 7.4) müssen im späten Stadium der Erkrankung geplant und durchgeführt werden
- Sofern sich der Klient nicht mehr adäquat äußern kann, werden die Angehörigen bzw. Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung mit einbezogen. Die Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen bei Klienten, die sich adäquat äußern können, setzt das Einverständnis des Klienten voraus
- Fallbesprechungen: Problembeschreibung (Verhalten des Klienten), Ursachenanalyse und die Suche nach Lösungsmöglichkeiten
- Angebote innerhalb oder außerhalb der Altenpflegeeinrichtung (Ausflüge, Spaziergänge oder Besuche von Gemeindeveranstaltungen) vermitteln
- Bewegungsmöglichkeiten tagsüber und nachts im Garten ermöglichen
- Zehn-Minuten-Aktivierung stehen für den zeitlichen Rahmen, in dem körperliche und geistige Erinnerungen aktiviert werden sollen
- Mit Basaler Stimulation kann die Wahrnehmung bei der Körperpflege (beruhigende oder belebende Waschung) sensorisch angeregt werden oder/und bei Stimulation der Sinne (Tasten/Fühlen, Schmecken, Riechen, Hören und Sehen) erreicht werden
- Malen als Möglichkeit, Gefühle auszudrücken, und als Krankheitsbewältigung
- Tanztee und Sitztanz mit Musik regelmäßig anbieten
- Singen aller generationsbekanntes Lieder
- Integrative Validation nach Richard (IVA) ist eine weitere Möglichkeit wertschätzend mit dem Klienten verbal oder nonverbal auf der Beziehungsebene in Kontakt zu treten
- Snoezelen dient der Sinnesanregung und Entspannung
- Tiere im Haus oder ein Besucherdienst mit Tieren haben eine therapeutisch positive Wirkung auf die Klienten. Sie fördern das Wohlbefinden und vermitteln eine lebendige Wärme
- Vorführungen von Clowns als Humorträger haben eine positive Wirkung auf die Psyche
- Erinnerungsarbeit (Biografie) in Form von vertrauten Handlungen des Langzeitgedächtnisses (Essenszubereitung, Tisch decken, Abwaschen und Aufräumen, Werkarbeiten, Gartenarbeit, Wäsche aufhängen und zusammenfalten, verschiedene Gegenstände und Funktionen raten, Putzen). Die Kenntnis von Vorlieben und Abneigungen sind die Grundlage für die

individuelle Tagesgestaltung. Tagesgestaltung und der zeitliche Rahmen müssen so aufgebaut sein, dass der Klient die Wiederholung (Stetigkeit) erkennt und damit eine vertraute Situation aufgebaut werden kann

- Balance- und Krafttraining, Bewegungen mit Musik (Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeiten)
- Bei Akzeptanz Einsatz von Hüftprotektoren und Gehhilfen
- Medikamentenüberprüfung auf Kontraindikationen und Nebenwirkungen
- Alle relevanten Prophylaxen werden geplant und durchgeführt
- Dokumentation im Pflegeprozessbericht um den Verlauf und die Effektivität der geplanten Interventionen und des Wohlbefindens beurteilen und abbilden zu können. Bei Klienten, die sich nicht mehr äußern können, werden Beobachtungen wie Gesichtsmimik, Verhalten, mögliche Lautäußerungen (ständiges stereotypes Rufen und Schreien) und Körperhaltung dokumentiert. Bei der Pflegevisite wird der Effekt der geplanten Interventionen überprüft

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Die Klienten- und Angehörigenzufriedenheit sind Parameter der Ergebnisqualität

! Zu Beachten

- Eine Zusatzausbildung zur gerontopsychiatrischen Pflegefachperson und regelmäßige Schulungen (praktischer Umgang mit scheinbar unlösbaren Situationen im Pflegealltag) aller in der Pflege Demenzerkrankter Tätigen wird vorausgesetzt. Zusätzliche sog. »niedrigschwellige Angebote« können die Betreuung abrunden
- Die Klienten sollen nicht angelogen werden. Ein therapeutischer Nutzen wird dadurch nicht erzielt
- Bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht ist eine rechtliche Begleitung (Betreuung) nicht erforderlich. Eine wirksame Patientenverfügung erleichtert im Notfall die Einwilligung/Ablehnung einer ärztlichen Maßnahme

Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie

PS 12: Kolostomie- und Ileostomieversorgung – 194

PS 13: Urostomaversorgung – 202

PS 14: Suprapubischer Blasenverweilkatheter – 207

PS 15: Transurethraler Blasenverweilkatheter – 213

PS 16: PEG-Versorgung – 223

PS 17: Sauerstoff-Applikation – 231

PS 18: Absaugen – 240

PS 19: Pflege bei Wachkoma – 246

PS 20: Pflege AIDS-Erkrankter – 254

PS 21: Pflege MRSA-Erkrankter – 263

PS 22: Notfall-Interventionen – 272

PS 12: Kolostomie- und Ileostomieversorgung

Pflegestandard Nr. 12

Kolostomie- und Ileostomieversorgung

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Das Anlegen eines künstlichen Darmausgangs, d. h. eines Anus praeter hat auf alle ABEDL-Bereiche enorme Auswirkung. Der Umfang der Pflegeleistungen umfasst die Beratung, Anleitung und bedarfsgerechte Spülung des Darms über den künstlichen Darmausgang sowie die Stomaversorgung.

Grundsatz

Die Notwendigkeit, einen künstlichen Darmausgang zu legen, gibt dem Betroffenen fast keine Möglichkeit der Selbstbestimmung. Es handelt sich meistens um eine maligne Erkrankung, die ebenfalls bewältigt werden muss. Die Indikation für eine Operation ist bei entzündlichen Prozessen, malignen Tumoren oder Verletzungen im Darmbereich gegeben. Hierbei handelt es sich z. B. um M. Crohn, Colitis ulcerosa, familiäre Polyposis, Folgen von Radiatio, Unfall (Verletzung im Bereich des Rektums) oder iatrogene Verletzungen bei der Endoskopie. Eine Aufklärung vor der Operation und ständige Begleitung nach der Operation durch Angehörige, Pflegepersonal, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe und u. U. psychotherapeutische Hilfe sind als unablässig anzusehen. In der postoperativen Phase im Krankenhaus lernt der Betroffene durch die fachgerechte Anleitung eines Stomatherapeuten, die Stomaversorgung selbstständig durchzuführen. Die Stuhlentleerungsgewohnheiten ändern sich mit der Operation nicht.

Die Hersteller bieten eine Vielzahl von Versorgungssystemen und Beuteln an. Hier ist fachkompetente Beratung notwendig. Alle benötigten

Versorgungsartikel werden vom Arzt verschrieben, die Kosten von der Krankenkasse übernommen.

Als Anhaltspunkt dafür, um was für ein Stoma (Öffnung, Mund) es sich handelt (Kolostomie = Dickdarmausgang, Ileostomie = Dünndarmausgang), dient die anatomische Lage des Anus (After) praenaturalis (künstlich):

Endständige (dauerhaft) angelegte Kolostomie. Lage in der Regel linke Unterbauchseite (Sigmoidostomie: operative Entfernung des Rektums, Verbindung zwischen Colon sigmoideum und Körperoberfläche). Die Stomaanlage wird bei Rektum- (Mastdarm-)karzinom, Colitis ulcerosa, M. Crohn und bei durch neurologische Erkrankungen bedingter Stuhlinkontinenz angelegt.

Doppelläufige Kolostomie. Lage in der Regel linke oder rechte Oberbauchseite (Transversostomie), wird vorübergehend zur temporären Entlastung betroffener Darmabschnitte angelegt. Indiziert ist diese Anlageart bei Entzündungen im Colon transversum, bei Ileus, Strahlenschäden oder Divertikulitis. Der Stuhl (Fäzes) ist breiig bis fest.

Ileostomie. Lage in der Regel rechte Unterbauchseite, ist ein Dünndarmausgang (Zökostomie). Nach Entfernung des gesamten Dickdarms, bei M. Crohn, Kolonkarzinom, Fehlbildung des Darms oder bei Colitis ulcerosa. Ein Ileostoma kann endständig oder doppelläufig angelegt sein. Der Stuhl ist dünnflüssig und durch Zusatz von Gallensäure und Verdauungsenzymen aggressiv.

Problemstellung

Die neu entstandene Lebenssituation bringt für den Betroffenen große Probleme mit sich: Neben der Doppelbelastung (meistens maligne Erkrankung und Notwendigkeit eines künstlichen Darmausgangs) muss die Technik der Stomaversorgung neu erlernt werden. Das Tabuthema Ausscheidung ist hier für den Betroffenen von zentraler Bedeutung. In der Umstellungsphase bedeutet dies eine enorme seelische Belastung, Ängste, Beeinträchtigung der sozialen Kontakte (auch zu nahestehenden Personen), Minderwertigkeitsgefühle, begleitet von der Vorstellung, kein vollwertiger Mensch mehr zu sein. Das wohl größte Problem bereitet die Tatsache, keinen Verschlussmechanismus mehr zu haben und somit keine willentliche Kontrolle über die Ausscheidungen mehr ausüben

zu können. Betroffene neigen dazu, sich zu isolieren und am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilzunehmen. Für den älteren Menschen wird die Problematik durch die Sekundärerkrankungen (Multimorbidität) noch gravierender.

Durch eine fachlich unsachgemäße Versorgung des Anus praeter können weitere Komplikationen wie z. B. Mazerationen der Haut entstehen: Die Oberhaut (Epidermis) wird zerstört, aus der Mittelhaut/Lederhaut (Korium) und der Unterhaut (Subkutis) läuft Entzündungsflüssigkeit (Exsudat) aus. Die Versorgung wird bei Pilzinfektion (Mykose) oder Kontaktallergie, z. B. durch Klebefolien, erschwert. Klienten mit Diabetes mellitus, unter Antibiotikatherapie oder mit allgemeiner Abwehrschwäche sind für Pilzinfektionen anfälliger. Durch die mechanischen Irritationen an der Stomastelle beim Waschen kann es zu leichten Blutungen kommen, was nicht bedrohlich ist. Kommt die Blutung nicht zum Stillstand, wird der zuständige Arzt informiert. Bei Ileostomaträgern sind Versorgungsprobleme durch unkontrolliertes Auslaufen von flüssigem bis breiigem Stuhlgang fast programmiert. Als ebenfalls sehr unangenehm werden Blähungen (Meteorismen) erlebt. Als Spätkomplikation kann es zu einer Stenose (Verengung) am Stoma, einer Stomahernie oder zum Prolaps kommen. Weitere mögliche Komplikationen sind Hautreizungen, allergische Reaktion, Stomablutung, Stomanekrose und Pilzinfektion.

Pflegezielsetzung

- Vertrauensvolles Verhältnis z. B. dadurch aufbauen, dass der Klient die Pflegebezugsperson selbst bestimmen kann.
- Mit Empathie und professionellem Handeln soll dem Klienten Akzeptanz und Sicherheit vermittelt sowie seine Zufriedenheit erreicht werden.
- Durch Gespräche, Zuhören und Zuwendung sollen Ängste möglichst abgebaut und der Klient in das gewohnte Lebensumfeld wieder integriert werden.
- Eine bedarfsgerechte Unterstützung und Hilfestellung anbieten.
- Durch konsequente Anleitung bei der Stomaversorgung soll weitgehende Selbstständigkeit erzielt werden.
- Erhalten der intakten Haut, Vermeidung von Hautschäden und geräuschlose und geruchsfreie Darmentleerung.
- Durch regelmäßige Fortbildungen soll die fachliche Kompetenz des Pflegepersonals gefördert werden.

Durchführung

Kolostoma-/Ileostomareinigung und -versorgung

- Nach dem Entkleiden Stomakappe oder -beutel vorsichtig entfernen
- Mit feuchten Kompressen (und pH-neutraler Seife bei Verschmutzung) von außen nach innen in kreisförmigen Bewegungen reinigen, von eventuellen Seifenresten befreien
- Mit trockenen Kompressen abtrocknen (abtupfen)
- Eine Stomakappe, Minibeutel oder geschlossenes System von unten über das Stoma nach oben faltenfrei anbringen
- Bei Ileostoma um das Stoma unbedingt Abdichtpaste (Abdichtung und Schutz vor aggressiver Auswirkung des Stuhlgangs) auftragen und einen Ausstreifbeutel verwenden. Bei guter Abdichtung kann der Beutel mehrere Tage am Körper bleiben. Eine Entleerung durch das offene Ende ist jederzeit möglich (mit Klammer/Klebestreifen wieder verschließen)
- Beim Ankleiden auf Wunsch behilflich sein
- Das einteilige System besteht aus einer Basisplatte mit integriertem Beutel. Bei jedem Beutelwechsel muss die Basisplatte mitentfernt werden. Das System ist bei Ileostomie (dünnflüssiger und aggressiver Stuhl) nicht sinnvoll
- Das zweiteilige System besteht aus einer Basisplatte, die 2–5 Tage verbleiben kann. Der Beutel kann von der Basisplatte getrennt werden
- Unebenheiten auf der Haut können mit einer Hautschutzpaste ausgeglichen werden
- Fäzes auf Farbe, Beschaffenheit, Menge und Gasbildung prüfen und im Pflegeprozessbericht dokumentieren

Kolostomairrigation

- Indikation und Wassermenge (Körpergewicht [kg] \times 16 ml Wasser, jedoch max. 2 l) bestimmt der zuständige Arzt
- Fertige Irrigationssets (können verschrieben werden) beinhalten: Wasserbehälter mit Schlauch, Durchflussregler und Gummikonus, Entleerungsschlauchbeutel (Einmalartikel), der über eine Andruckplatte am Gürtel befestigt wird, Stomakappe oder Minibeutel und Aufbewahrungstasche
- Falls selbstständige Versorgung nicht möglich ist, wird die Durchführung von der Pflegebezugsperson übernommen, der Zeitpunkt vereinbart und eingehalten

- Etwa 1 Stunde einplanen
- Lagerung: Im Liegen im Bett, im Sitzen (aufrecht hinsetzen) oder stehend im Toilettenraum oder Badezimmer bei störungsfreier Atmosphäre
- Beim Entkleiden und Entfernen des Beutels bei Bedarf behilflich sein
- Wasserbehälter mit warmem Wasser (Leitungswasser) füllen
- Gürtel anlegen und Entleerungsbeutel an Andruckplatte anbringen
- Entleerungsbeutel oben und unten öffnen
- Ende des Beutels in die Toilette leiten
- Wasserbehälter in Schulterhöhe platzieren (Infusionsständer)
- Von oben mit Gleitmittel versehenen Konus auf das Stoma aufsetzen, mit der Hand halten und etwa 200–300 ml langsam einfließen lassen, Durchflussregler schließen, Konus entfernen und die erste Defäkation abwarten
- Konus aufsetzen, Durchlaufregler öffnen und Restwasser langsam einlaufen lassen, Konus entfernen
- Entleerungsbeutel an beiden Seiten umschlagen und mit Klebestreifen verschließen
- Durch die einsetzende Peristaltik kommt es innerhalb einer ½ Stunde zur vollständigen Entleerung (Abdomenmassage im Uhrzeigersinn beschleunigt die Entleerung)
- Entleerungsbeutel abnehmen, Inhalt im Toilettenbecken entsorgen und Beutel wegwerfen
- Nach der Stomareinigung eine Stomakappe, Minibeutel oder geschlossenes System von unten über das Stoma nach oben faltenfrei anbringen
- Beim Ankleiden auf Wunsch behilflich sein

Pflegestandard Nr. 12

Kolostomie- und Ileostomieversorgung

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegeperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Stoma-Versorgung
 - Tablett
 - Unterlage (als Bettschutz)
 - 6–8 sterile Kompressen
 - Neuer Stomabeutel/Kappe
 - Abfallbeutel
 - Bei Bedarf Zellstoff/Toilettenpapier, Schere, Reinigungsmittel, Pflasterentferner, Abdichtpaste oder Einlegering/Andruckplatte, Elektrorasierer
- Für Stomairrigation zusätzlich:
 - Irrigationsset
 - Tupfer und Gleitmittel
 - Infusionsständer

Klienten

- Liegt, sitzt oder steht

Raum

- Angenehme Raumtemperatur
- Störungsfreie Atmosphäre/Sichtschutz (Paravent)

Pflegefachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze
- Schutzhandschuhe

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Kolostomairrigation wird auf schriftliche ärztliche Verordnung hin mit Angabe der Wassermenge durchgeführt
- Genügend Zeit einplanen und Ruhe vermitteln
- Flüssigkeitsmenge langsam einlaufen lassen, evtl. Kreislaufkontrolle
- Beobachtungsmerkmale dokumentieren
- Benutzten Stomabeutel behutsam abnehmen (keine Verletzung und Schmerzen verursachen) und von außen nach innen mit feuchter Kompresse in kreisenden Bewegungen reinigen und auf sorgfältiges Abtrocknen achten, pH-neutrale Seife nur bei Verschmutzung benutzen
- Beutel passend, dicht und faltenfrei über Stoma anbringen

■ Nachsorge

- Irrigationsset mit warmem Wasser ohne Zusatz reinigen und trocknen lassen (Entleerungsschlauchbeutel ist Einmalartikel)
- Einmalartikel entsorgen und den Raum lüften
- Das Wohlbefinden des Klienten überprüfen, Zeit zum Ausruhen einräumen

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Durch korrekte Durchführung der Irrigation und sachgemäße Stomaversorgung werden Verletzungen und Hautschäden vermieden und die Qualität der pflegerischen Leistungen gesichert
- Die Lebensqualität des Klienten kann nach der Kolostomieirrigation durch die »kontinente Zeit« (etwa 2 Tage) gesteigert werden
- Durch intensive Betreuung und Begleitung kann das Selbstvertrauen des Klienten wiedergewonnen werden

! Zu Beachten

- Irrigationshäufigkeit/Rhythmus bestimmt der Arzt
- Für Irrigation kein kaltes Wasser benutzen, nicht zu schnell einlaufen lassen (durch die Ausdehnung der Darmwand kommt es zu verstärkter Darmperistaltik und Krämpfen)
- Auf tägliche Flüssigkeitsmenge bei Ileostomieträgern (unkontrollierter Abgang von flüssigem bis breiigem Stuhlgang) und möglichen Flüssigkeitsverlust achten, das Abendessen möglichst früh anbieten (nachts weniger Stuhlentleerung)

- Keine Darmspülung bei Ileostomie!
- Zur Entfernung von Pflasterresten kein Benzin, Alkohol oder Äther verwenden; durch Hautaustrocknung kommt es zu Hautirritationen. Spezielle Pflasterentferner benutzen
- Nur Elektrorasierer benutzen (hautschonend und vermeidet Folliculitis). Keine Enthaarungscreme verwenden (allergische Reaktion möglich)
- Die Auswahl des Beutels richtet sich nach der Stomaart, wobei ein Schrumpfen des Stomas berücksichtigt werden soll. Beutel regelmäßig neu anpassen
- Keinen Pflegeschaum zur Reinigung verwenden (hat Ölzusatz), weil die Haut, um eine Beutelhaftung zu sichern, absolut trocken sein muss (spezielle Pflasterentferner benutzen)
- Keine Frotteewaschlappen/Schwämme verwenden (feuchte Waschlappen/Schwämme sind Nährboden für Pilze und Keime), nur Einmalwaschlappen benutzen
- Ein Kolostomie-/Ileostomieträger benötigt keine besondere Diät, sollte jedoch blähende Speisen meiden
- Duschen und Baden ist erlaubt (danach Stoma neu versorgen)
- Möglichkeit des Anschlusses an eine ILKO-Gruppe anbieten (ILKO = Ileostoma und Kolostoma)
- Ein gut durchblutetes Stoma ist hellrot bis rot
- Speisen und Getränke dürfen nicht zu kalt sein (Diarrhö möglich) sowie nicht scharf, sauer oder fett sein
- Dünndarmlösliche Medikamente können von Ileostomaträgern schlecht oder gar nicht resorbiert werden
- Eine Fachweiterbildung zum Stomatherapeuten ist möglich

PS 13: Urostomaversorgung**Pflegestandard Nr. 13****Urostomaversorgung**

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Das Anlegen einer künstlichen Harnableitung hat auf alle ABEDL-Bereiche enorme Auswirkung. Die Pflegeleistungen umfassen: Beratung, Anleitung und Hilfestellung bei der Stomaversorgung.

Grundsatz

Verschiedene Erkrankungen machen das Anlegen eines Urostomas notwendig. Hierzu zählen: maligne Blasen Tumoren oder Metastasen, Unfallschäden des Rückenmarks und Folgen von Radiatio im Abdominalbereich.

Eine Aufklärung vor der Operation und ständige Begleitung nach der Operation (Angehörige, Pflegepersonal, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe und u. U. psychotherapeutische Hilfe) sind als unablässig anzusehen. In der postoperativen Phase im Krankenhaus kann der Betroffene durch die fachgerechte Anleitung eines Stomatherapeuten lernen, die Stomaversorgung selbstständig durchzuführen.

Die Hersteller bieten eine Vielzahl von Versorgungssystemen und Beutertypen an. Hier ist eine fachkompetente Beratung notwendig. Alle benötigten Versorgungsartikel werden vom Arzt verschrieben und von der Krankenkasse übernommen.

Es gibt viele Operationsverfahren und Möglichkeiten der künstlichen Harnableitung. Es werden immer mehr Verfahren praktiziert, die eine Stomaversorgung mit Harnbeutel nicht mehr notwendig machen. Hier werden folgende Arten der künstlichen Harnableitung mit Harnbeutelversorgung berücksichtigt:

Ileum-Conduit. Die Harnleiter werden am unteren Dünndarmstück eingenäht. Der Harn läuft direkt in den Stomabeutel.

Kolon-Conduit. Für diese Methode wird ein Dickdarnteil, Querdarm (Colon transversum) oder der S-Darm (Colon sigmoideum) verwendet. Die Harnleiter sind in diesem Darmabschnitt antirefluxiv implantiert. Der Harn läuft direkt in den Stomabeutel.

Rektumblase mit Kolostomie. Wird meistens mit Anus praeter (► Abschn. PS 12) kombiniert angelegt. Der unwillkürliche Harnabgang stellt bei der Versorgung ein Problem dar.

Problemstellung

Das Tabuthema Ausscheidung ist hier für den Betroffenen von primärer Bedeutung. In der Umstellungsphase bedeutet dies eine enorme seelische Belastung, Ängste, Beeinträchtigung der sozialen Kontakte (auch zu nahestehenden Personen), Minderwertigkeitsgefühle, begleitet von der Vorstellung, kein vollwertiger Mensch mehr zu sein. Betroffene neigen dazu, sich zu isolieren und am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilzunehmen.

Der natürliche Säureschutzmantel der Haut kann auf Dauer durch die Einwirkung des alkalischen Harns zerstört werden. Die Haut wird für bakteriellen Befall und Entzündungen anfälliger. Durch Pilzerkrankung (Mykose), Pflasterallergie oder Kontaktekzem wird die Versorgung erschwert. Weitere Komplikationen, wie z. B. Narben im Stomabereich, Bauchfalten, Hernie und Stenose am Stoma (verminderter Harnabfluss und Restharnbildung), können die Versorgung problematisch machen. Durch unsachgemäße Stomaversorgung kann es zu einer aufsteigenden Infektion der Harnwege kommen.

Pflegezielsetzung

- Optimalen Hautschutz und sorgfältige Pflege der Stomaumgebung (Dichtigkeit und Hautverträglichkeit) gewährleisten.
- Geruchsbildung, Harnwegsinfektionen, Hautirritationen und Hautentzündungen im Bereich des Stomas vermeiden.

- Der Klient soll die neue Situation akzeptieren können und sein Selbstvertrauen wiedergewinnen.
- Für ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sorgen (ggf. Bilanzierung, Kontraindikationen beachten).
- Regelmäßige Fortbildungen organisieren (intern und extern) und den Pflegepersonen die Teilnahme ermöglichen.

Durchführung

Die Urostomaversorgung soll möglichst morgens vorgenommen werden, da die Harnausscheidung über Nacht relativ gering ist. Die Stomaumgebung wird mit klarem Wasser und frischem Frotteewaschlappen (Einmalwaschlappen) gereinigt (von innen nach außen) und anschließend abgetrocknet. Beim Anbringen des Beutels muss die Haut absolut trocken sein (den Harn mit Mullaufgaben auffangen). Die Verwendung von Sprays, die einen wasserfesten Film bilden, ist als Hautschutz empfehlenswert. Die Häufigkeit der Versorgung hängt von der Versorgungsart ab. Bei Anzeichen von Feuchtigkeit wird die Versorgung umgehend erneuert. Die Stomaumgebung wird bei Bedarf (mit Elektrorasierer) rasiert.

Pflegestandard Nr. 13

Urostomaversorgung

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegeperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Tablett
- Unterlage (als Bettschutz)
- Sterile Kompressen
- Neues Versorgungszubehör
- Abfallbeutel
- Bei Bedarf Zellstoff/Toilettenpapier, Schere, Reinigungsmittel, Pflasterentferner, Hautschutzspray, Abdichtpaste oder Einlegering/Andruckplatte und Elektrorasierer

Raum

- Angenehme Raumtemperatur
- Störungsfreie Atmosphäre/Sichtschutz (Paravent)

Pflegefachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze
- Schutzhandschuhe

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Unterstützung und/oder Hilfestellung (nur so viel Hilfe, wie tatsächlich nötig ist) geben, Zeit einplanen und Ruhe vermitteln
- Auffangbeutel mit Rücklauf Sperre verwenden. Die Versorgungssysteme bieten die Möglichkeit, die Nachtversorgung an die bestehende Versorgung anzuschließen

- Die Auswahl des Beutels richtet sich nach der Stomaart (► Abschn. PS 14, Grundsatz, S. 202), wobei ein Schrumpfen des Stomas berücksichtigt werden soll (Beutel neu anpassen)
- Den Beutel passend, dicht und faltenfrei über dem Stoma anbringen

■ Nachsorge

- Benutzte Harnbeutel vollständig entleeren und dann entsorgen
- Waschwasser in die Toilette ausleeren, Waschschüssel nach der Feuchtwisch-Methode desinfizierend reinigen
- Wohlbefinden des Klienten überprüfen
- Hygienische Händedesinfektion

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Durch fachgerechte Durchführung der Stomaversorgung werden Hautschäden vermieden und die Qualität der pflegerischen Leistungen wird gesichert
- Durch intensive Betreuung und Begleitung kann das Selbstvertrauen des Klienten wiedergewonnen werden
- Zufriedenheit, Wohlbefinden und Sauberkeitsgefühl können erreicht werden

! Zu Beachten

- Keinen Pflegeschaum zur Reinigung verwenden (hat Ölzusatz), weil die Haut, um eine Beutelhaftung zu sichern, absolut trocken und fettfrei sein muss
- Für die Entfernung von Pflasterresten kein Benzin (nur bei fettiger Haut), Alkohol oder Äther verwenden: durch Hautaustrocknung kommt es zu Hautirritationen (spezielle Pflasterentferner benutzen)
- Keine Enthaarungscreme verwenden (allergische Reaktion möglich); mit einem Elektrorasierer wird die Haut schonend rasiert und mögliche Entzündung der Haarbalgdrüsen vermieden
- Bei starker Blutung aus dem Stoma sofort den zuständigen Arzt verständigen
- Duschen (oder Baden) ist nicht kontraindiziert
- Bei starkem Harngeruch an mögliche Infektion denken (nur Spargel verursacht ansonsten einen starken Harngeruch)
- Vorübergehendes Empfinden eines Phantomschmerzes ist möglich
- Möglichkeit des Anschlusses an eine ILKO-Gruppe anbieten (ILKO Ileostoma und Kolostoma)

PS 14: Suprapubischer Blasenverweilkatheter

Pflegestandard Nr. 14

Suprapubischer Blasenverweilkatheter

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Die Pflegeleistungen umfassen die Durchführung des Verbandwechsels (VW) auf ärztliche Anordnung sowie die Assistenz beim Legen, sofern das Legen eines suprapubischen Blasenverweilkatheters in der Altenpflegeeinrichtung durchgeführt wird. Diese Leistungen werden der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie (frühere Behandlungspflege) zugeordnet.

Grundsatz

Unter ableitenden Hilfsmitteln wird u. a. das Legen eines suprapubischen Blasenverweilkatheters verstanden. Begründet wird dies durch die aktuelle medizinische Diagnose des Arztes.

Die Punktion der Blase (Vesica urinalis) erfolgt in Lokalanästhesie mittels eines Trokars etwa 1–2 Querfinger oberhalb der Symphyse (Schambeinfuge). Durch das Legen eines suprapubischen Katheters (supra = oberhalb von; pubes = Schamgegend) wird die Kontinenzwiedergewinnung nicht mehr möglich sein. Eine Spontanmiktion ist trotzdem möglich und durchaus geläufig. Erfahrungsgemäß wird diese Art von Harnableitung von Klienten (auch verwirrten) gut toleriert. Mit dieser Maßnahme kann sich die Lebenssituation des Klienten in vielen ABEDL-Bereichen verbessern.

Zu den Aufgaben der Pflegebezugsperson gehört neben der Überwachung und dem Erkennen von möglichen Komplikationen die Beratung und Aufklärung des Klienten über den Umgang mit dem Verweilkatheter. Es werden nur geschlossene Harnableitungssysteme mit Antirefluxventil verwendet. Geschlossen bedeutet, dass die Verbindung zwischen Blasenver-

weilkatheter und Drainageschlauch zum Auffangsystem nicht diskonnektiert (getrennt/unterbrochen) werden darf.

Problemstellung

Kontraindiziert ist die Maßnahme bei bestehenden Erkrankungen im Abdominalbereich wie: Harnblasenneoplasmen, Unterbauchnarben (Verwachsungen), venöser Stauung, Bauchfellentzündung (Peritonitis), Darmverschluss (Ileus), Bauchwassersucht (Aszites), Blutgerinnungsstörung (Quick $\leq 50\%$, Thrombozyten $\leq 100\,000$). Das tägliche Wechseln der Harnableitungen (geschlossenes System, dann Beinbeutel und Nachtbeutel) sowie Manipulation des Klienten am Katheter (Öffnen der Verbindung und Durchführung der Miktion) kann die Gefahr einer Infektion in sich bergen. Die häufigste Komplikation stellt eine Verstopfung des Katheters dar. Des Weiteren kann es zu einer Harnwegsinfektion, einer Entzündung an der Punktionsstelle oder zu einer Verletzung der naheliegenden Organe durch die Punktion kommen.

Pflegezielsetzung

- Störungsfreies Ablaufen des Harns und Zufriedenheit des Klienten.
- Den Klienten durch Zuwendung und Beratungsgespräch in den Pflegeprozess miteinbeziehen.
- Durch aseptische Vorgehensweise soll eine Wund- und Harnwegsinfektion ausgeschlossen werden.
- Mögliche Komplikationen werden frühzeitig erkannt und vermieden.
- Mit regelmäßigen internen und/oder externen Fortbildungen (auch Austausch) und Aufgeschlossenheit für Innovationen soll die Qualität der Pflegeleistungen gesichert werden.

Durchführung

Ein suprapubischer Katheter wird vom Arzt (Urologen) gelegt und gewechselt. Vor der Blasenpunktion muss der Klient mindestens 500 ml Flüssigkeit (Wasser, Tee oder Saft) trinken. Die Füllung der Blase wird palpatorisch kon-

trolliert. In Ausnahmefällen könnte die Flüssigkeit infundiert werden. Der Klient liegt in Rückenlage mit gestreckten Beinen. Unter das Gesäß wird ein Kissen gelegt. Die Pflegebezugsperson assistiert dem Arzt und gibt dem Klienten die notwendige Hilfestellung. Die Punktionsstelle wird rasiert, desinfiziert und ein Lokalanästhetikum verabreicht. Eine Aufbrechkanüle (Trokar) mit innen liegendem Katheter (dünner Kunststoffschlauch, bei dem sich das Oberteil aufrollt), angeschlossen an die Harnableitung, wird 1–2 Querfinger oberhalb der Symphyse durch die Haut in die Blase eingeführt. Beim Abfließen von Harn wird die Punktionskanüle zurückgezogen und aufgebrochen. Anschließend werden zur Fixierung zwei Nähte an der Haut gelegt, ein steriler Verband angebracht und vollständig mit hautfreundlichem Pflaster fixiert. Wird ein Ballonkatheter in die Blase eingeführt, so muss der Ballonkatheter mit 5 ml Aqua destillata geblockt und der Katheter mit einem dünnen Pflasterstreifen fixiert werden, indem man das Pflaster unter den Katheter schiebt, die beiden äußeren Enden nach innen über den Katheter schlägt und fixiert. Anschließend wird der Verband wie beschrieben angelegt.

Verbandwechsel beim suprapubischen Blasenverweilkatheter

- Schriftliche Verordnungen des Arztes beachten (wie oft? – womit?)
- Sofern die Punktionsstelle reizlos, VW alle 2–3 Tage (Datum auf Verband schreiben)
- Verband vorsichtig abnehmen und mögliche Pflasterreste entfernen
- Nach erneuter hygienischer Händedesinfektion sterile Handschuhe anziehen (oder sterile Pinzette), mit in alkoholhaltiger Lösung getränktem Tupfer von innen nach außen reinigen (etwa 3–4 Tupfer)
- Um die Punktionsstelle herum trocken tupfen, zwei Schlitzkompressen (eine von links und eine von rechts übereinander legen, mit einer Kompressen und einem hautfreundlichen Pflaster vollständig fixieren. Die Katheterfixierung erfolgt unter dem Blasenniveau

Pflegestandard Nr. 14

Suprapubischer Blasenverweilkatheter

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegeperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

— Blasenpunktion

- Tablett
- Punktionsbesteck (Trokar 8–10 cm lang)
- Dünner Silikon-Schlauch (Ballonkatheter?, Größe bestimmt der Arzt)
- Einmalrasierer
- Hautdesinfektionsmittel
- Lokalanästhetikum
- Sterile Handschuhe (auch Arzt)
- Katheterset (Lochtuch)
- Nahtmaterial (Spritze mit 5 ml Aqua destillata)
- Geschlossenes Harnableitungssystem
- Nierenschale
- 2 sterile Schlitzkompressen
- Hautfreundliches Pflaster (dünne Pflasterstreifen)
- Abfallbeutel

— Verbandwechsel

- Tablett
- Sterile Handschuhe/Pinzette
- 4–6 sterile Tupfer
- 2 sterile Schlitzkompressen, 1 Kompresse
- Alkoholhaltige Lösung
- Wundbenzin/Äther (für mögliche Pflasterreste)
- Hautfreundliches Pflaster
- Nierenschale
- Abfallbeutel

Klienten

- Bequeme Rückenlagerung
- Den zu behandelnden Bereich aufdecken

Raum

- Angenehme Raumtemperatur
- Sichtschutz (Paravent)

■ Pflegefachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze (auch Arzt)
- Bei Bedarf Mundschutz

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Assistenz bei Blasenpunktion (► Abschn. Durchführung, S. 208)
- Verbandwechsel
- Um adäquat arbeiten zu können, bei unruhigen Klienten eine zweite Pflegeperson hinzuziehen
- Makroskopisch sichtbare Harnveränderungen und Wundstatus im Pflegeprozessbericht beschreiben
- Während des VW nicht sprechen, bei Erkältung Mundschutz tragen

■ Nachsorge

- Das hauseigene Besteck desinfizierend reinigen und sterilisieren
- Sonstiges Material entsorgen
- Dem Klienten (bei Immobilität) eine angenehme Lagerung ermöglichen

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Die angestrebten Pflegeziele sind die Kriterien für die Qualität der Leistungen

! Zu Beachten

- Das Legen eines suprapubischen Verweilkatheters setzt eine ausführliche Aufklärung durch den Arzt und die Zustimmung des Klienten und/oder des Betreuers voraus
- Ein suprapubischer Verweilkatheter soll in der Regel alle 6–8 Wochen gewechselt werden

- Eine Spülung oder Instillation (womit? – wieviel?) infolge einer Katheterverstopfung oder zu therapeutischen Zwecken wird nur auf schriftliche Anordnung des Arztes durchgeführt
- Der Katheterschlauch darf nicht abknicken (sonst ist der Abfluss gestört), und es darf kein Zug entstehen (sonst mögliche Druckstellen)
- Die Auswahl des Materials (dünner Kunststoffschlauch aus Silikon und Nahtmaterial oder Silikon-Latex-Katheter) erfolgt nach wirtschaftlichen oder qualitativen Gesichtspunkten und hängt vom zuständigen Arzt ab (Kostenfrage oder Lebens- und Leistungsqualität)
- Bei Mikro- und/oder Makrohämaturie (Blut im Urin) sofort den zuständigen Arzt benachrichtigen
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten (Flüssigkeitsdefizit führt zu Dehydratation, Verwirrheitszuständen und Nierenschädigungen)
- Durch den Verweilkatheter ist der Klient in seiner Mobilität nicht eingeschränkt
- Auf Zeichen einer möglichen Pflasterallergie achten

PS 15: Transurethraler Blasenverweilkatheter

Pflegestandard Nr. 15

Transurethraler Blasenverweilkatheter

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Der Umfang der Pflegeleistungen beinhaltet: Legen und/oder Entfernen des transurethralen Blasenverweilkatheters, Pflege bei transurethralem Blasenverweilkatheter und Interventionen zur Infektionsprophylaxe. Das Legen bzw. Entfernen des Blasenverweilkatheters gehört zur Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie (frühere Behandlungspflege).

Grundsatz

Nachdem alle prophylaktischen Interventionen ausgeschöpft worden sind und eine Besserung der Harninkontinenz (► Abschn. PS 7) nicht mehr zu erreichen ist, wird der zuständige Arzt im Sinne des Klienten entscheiden müssen. Mit einer künstlichen Harnableitung soll das Symptom Harninkontinenz lindernd behoben werden (palliativ). Bei der Entscheidungsfindung spielen folgende Fragen eine wichtige Rolle:

- Gründe der Harninkontinenz (organische oder funktionelle)?
- Dauer der Harninkontinenz?
- Vor- und Nachteile eines transurethralen Blasenverweilkatheters: vorbeugende Maßnahmen (Verhinderung oder Minderung der Hautschädigung), therapeutischer Effekt (Verbesserung der Lebensqualität auf der einen Seite und erhöhtes Infektionsrisiko auf der anderen Seite).
- Vor- und Nachteile eines suprapubischen Blasenverweilkatheters (► Abschn. PS 14).

Das Legen eines transurethralen Blasenverweilkatheters setzt eine ausreichende Aufklärung durch den Arzt und das Einverständnis des Klienten/Betreuers voraus. Wird die Maßnahme (Legen und/oder Entfernen des Blasenverweilkatheters) vom Arzt an eine bestimmte Pflegefachperson delegiert, so müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Eine schriftliche Verordnung mit konkreten Angaben liegt vor.
- Die Pflegefachperson fühlt sich befähigt, trägt für die fachgerechte und ordnungsgemäße Durchführung die Verantwortung (rechtlicher Aspekt) und weiß über mögliche Komplikationen Bescheid.
- Der Klient ist einverstanden und kann die Pflegefachperson (männlich oder weiblich) bestimmen.

Wann ein transurethraler Blasenverweilkatheter gewechselt wird, hängt von der Art des Katheters, seiner Durchgängigkeit und der Harnbeschaffenheit ab. Die Auswahl des Katheters (Latex, Silikon oder Silikon-Latex-Kombination) und die Rezeptierung wird vom Arzt vorgenommen. Es ist bekannt, dass Ballonkatheter aus Latex preiswert sind, jedoch schnell verstopfen, sich leicht verhärten und eine ständige Reizung der Urethraschleimhaut verursachen, durch ihre raue Oberfläche die Bildung von Inkrustationen (Kalksalzablagerung) begünstigen und öfter gewechselt werden müssen. Es ist unbestritten, dass Ballonkatheter aus Silikon wohl teuer sind, aber für die Schleimhaut verträglicher, durch ihre hochwertige Beschichtung keine Inkrustation verursachen, eine längere Liegedauer ermöglichen und für den Klienten somit qualitativ besser sind. Vielleicht ist die Verwendung von Silikon-Latex-Ballonkathetern aus wirtschaftlichen, qualitativen und humanen Gründen die beste Lösung für Dauerkatheterträger. Der transurethrale Blasenverweilkatheter bedeutet für den Klienten einerseits Einschränkung (Fremdkörper) und andererseits eine Verbesserung der Lebensqualität, die sich in vielen ABEDL-Bereichen widerspiegelt.

Problemstellung

Das Legen eines transurethralen Blasenverweilkatheters stellt trotz ausreichender Vorbereitung und Aufklärung einen enormen Eingriff in die Intimsphäre des Klienten dar. So ein Fremdkörper wird häufig nicht toleriert und geblockt entfernt, was ein weiteres Problem darstellt.

Trotz steriler Kautelen (Vorsichtsmaßnahmen) wird eine Harnwegsinfektion beim transurethralen Blasenverweilkatheter auf Dauer kaum zu vermeiden sein. Zwischen der Katheteraußenwand und der Harnröhre (Urethra) bildet sich eine Keimstraße, an der die Bakterien aufsteigen können. Ein weiteres Infektionsrisiko stellt die Manipulation des Klienten am Verweilkatheter (Trennen des Verweilkatheters vom Ableitungsschlauch und Durchführung der Miktion) dar. Inkrustrationsbildung und ungenügende Flüssigkeitszufuhr können zur Verstopfung des Ballonkatheters führen.

Prädestiniert für Harnwegsinfektionen sind Klienten mit allgemeiner Abwehrschwäche und Dehydratation. Vorprogrammiert werden Harnwegsinfektionen durch:

- exogene Faktoren, durch das Betreuungspersonal verursacht,
- Keime aus dem Analbereich durch Stuhlinkontinenz,
- mangelhafte Intim- und Katheterpflege,
- dauerhafte Reizung der Urethralschleimhaut durch den Verweilkatheter (vermehrtes Sekret).

Die Keime (z. B. Enterokokken, Kolibakterien oder Staphylokokken) können von außen durch die Harnröhre (Urethra) und Harnblase (Vesica urinaria) über den Harnleiter (Ureter) ins Nierenbecken (Pelvis renalis) eindringen.

Neben dem Blasenverweilkatheter wird häufig noch eine Inkontinenzversorgung (bei Stuhlinkontinenz) vorgenommen. Hier kann sich eine feuchte Kammer bilden; die Hefepilze aus dem Darm können bei Frauen in die Vagina gelangen, was neben der möglichen Dermatitis auch noch einen Pilzbefall der Vagina mit sich bringen kann.

Pflegezielsetzung

- Die Lebensqualität und die Sicherheit des Klienten sollen verbessert werden, der Klient soll sich ungehindert im sozialen Umfeld bewegen können, und ungehinderter Harnablauf ist zu gewährleisten.
- Durch fachgerechte Pflege, prophylaktische Maßnahmen und durch das Einhalten der Hygienerichtlinien sollen Harnwegsinfektionen, Pilzkrankungen oder Dekubitus verhindert und Schaden vermieden werden.

- Es soll Beratung über den Umgang mit dem Blasenverweilkatheter gegeben werden. Anschließend erfolgt die Eintragung der Beratung in den Pflegeprozessbericht.
- Durch regelmäßige interne und/oder externe Fortbildungen (auch Austausch) und Aufgeschlossenheit für Innovationen soll die Qualität der Pflegeleistungen gesichert werden.
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten.

Durchführung

Legen und/oder Entfernen des transurethralen Blasenverweilkatheters

Bei der Frau

- Eine Schutzunterlage unter das Gesäß legen
- Lagerung: Das Bett flach stellen, Rückenlage mit leicht angewinkelten, gespreizten Beinen und (mittels Kissen) erhöhtes Gesäß
- Reinigung und Desinfektion: Intimpflege durchführen (lassen), eine zweite Pflegeperson wird zur Assistenz hinzugezogen (die Beine gespreizt halten). Katheterset auf Ablagefläche z. B. Nachttisch stellen und öffnen. Katheterhülle öffnen und das Ende auf die sterile Innenseite des Verpackungstuches legen. Nierenschale für Harn zwischen den Beinen platzieren. In dem dafür vorgesehenen Gefäß 6 Tupfer reichlich mit Schleimhautdesinfektionsmittel übergießen. Harnröhrenöffnung mit dem Lochtuch (Schlitz kopfwärts) abdecken. Nach erneuter hygienischer Händedesinfektion sterile Handschuhe (bei Rechtshändern rechts ein zweiter Handschuh) anziehen oder mit einem Paar steriler Handschuhe und Pinzette die Katheterisierung vornehmen. Mit der linken Hand (bei Rechtshändern) die Schamlippen spreizen und die großen und kleinen Labien mit je einem Tupfer von der Symphyse zum Anus hin desinfizierend reinigen. Mit dem 5. Tupfer wird die Urethraöffnung desinfiziert, der 6. Tupfer wird auf den Vaginaeingang gelegt. Die zweite Pflegeperson zieht den 2. Handschuh (rechte Hand) vorsichtig ab (linker Handschuh ist nicht mehr steril). Der Katheter wird in die Harnröhre eingeführt. Sobald der Harn abfließt, ins Harnauffanggefäß leiten und an das geschlossene Harnableitungssystem anschließen. Verweilkatheter etwa 2–2,5 cm weiter vorschieben und den Katheterballon mit 8–10 ml

Aqua destillata blocken und leicht zurückziehen (Widerstand spürbar?). Tupfer aus Vaginaeingang entfernen und Harnableitungssystem mit der Halterung am Bett befestigen (überprüfen, ob Harn ungehindert abläuft). Verweilkatheter unter Blasenniveau (am Oberschenkel) befestigen

Beim Mann

- Eine Schutzunterlage unter das Gesäß legen
- Lagerung: Das Bett flach stellen, Rückenlage mit leicht gespreizten Beinen
- Reinigung und Desinfektion: Intimpflege durchführen (lassen), eine zweite Pflegeperson wird zur Assistenz hinzugezogen (die Beine gespreizt halten). Katheterset auf Ablagefläche z. B. Nachttisch stellen und öffnen. Katheterhülle öffnen und das Ende auf die sterile Innenseite des Verpackungstuches legen. In dem dafür vorgesehenen Gefäß 4 Tupfer reichlich mit Schleimhautdesinfektionsmittel übergießen. Harnauffanggefäß des Kathetersets zwischen den Beinen platzieren. Harnöffnung mit dem Lochtuch (Schlitz kopfwärts) abdecken. Nach erneuter hygienischer Händedesinfektion sterile Handschuhe (bei Rechtshändern rechts ein zweiter Handschuh) anziehen oder mit einem Paar steriler Handschuhe und Pinzette die Katheterisierung vornehmen. Mit der linken Hand (bei Rechtshändern) die Vorhaut bis hinter die Glansfurche (Corona glandis) zurückschieben. Den Penis 3-mal, jeweils mit einem neuen sterilen Tupfer, von der gespreizten Harnröhrenöffnung aus über die Eichel mit kreisender Wischbewegung zum Körper hin desinfizieren. Mit dem 4. Tupfer wird die gespreizte Harnröhrenöffnung nochmals desinfiziert. Den Penis auf eine sterile Komresse legen. Das Gleitmittel in die Harnröhre instillieren und den Rest des Gleitmittels an der Katheterspitze auftragen. Die zweite Pflegeperson zieht den zweiten Handschuh (rechte Hand) vorsichtig ab (linker Handschuh ist nicht mehr steril). Mit der linken Hand den Penis mit gespreizter Harnröhre nach oben (deckenwärts) gestreckt halten, mit der rechten Hand (Daumen und Zeigefinger) den Katheter aus der Verpackung nehmen. Das hintere Ende des Katheters wird zwischen den kleinen Finger und Ringfinger gelegt und der Katheter in die Harnröhre eingeführt. Nach etwa 8–12 cm den Penis senken (Krümmung) und den Katheter vorsichtig weiterschieben. Sobald der Harn abfließt, ins Harnauffanggefäß leiten und an das geschlossene Harnableitungssystem anschließen. Verweilkatheter etwa 2–2,5 cm weiter vorschieben und den

Katheterballon mit 8–10 ml Aqua destillata blocken und leicht zurückziehen (Widerstand spürbar?). Harnableitungssystem mit der Halterung am Bett befestigen (überprüfen, ob der Harn ungehindert abläuft). Verweilkatheter unter Blaseniveau (am Oberschenkel) befestigen und die Vorhaut über die Glans zurückschieben

Entfernen des transurethralen Blasenverweilkatheters

Schutzhandschuhe anziehen, den Ballonzugang desinfizieren und mit einer sterilen 10-ml-Spritze langsam Aqua destillata aus dem Ballon abziehen und Katheter vorsichtig entfernen. Intimpflege durchführen (lassen). Dokumentation durchführen.

Pflege bei transurethralem Blasenverweilkatheter

Um ein Infektionsrisiko möglichst gering zu halten, wird eine sorgfältige Pflege praktiziert: Waschen des Intimbereiches und Desinfektion zwischen Katheter und Urethraöffnung (Desinfektion nach dem heutigen Stand der Kenntnisse).

Bei der Morgen- und Abendtoilette wird der Intimbereich gewaschen und die Eintrittsstelle des Katheters in die Harnröhre desinfiziert. Hierfür gibt es fertige Kathetersets, ansonsten wird folgendes Material benötigt:

- Tablett
- Sterile Handschuhe, 4 sterile Tupfer
- Geeignetes Schleimhautdesinfektionsmittel
- Sichtschutz (Wahrung der Intimsphäre)
- Sterile Nierenschale
- Bettschutzunterlage
- Abfallbeutel
- Sterile Kompresse

Es wird mit je einem Tupfer, von der Harnröhrenöffnung ausgehend, entlang des Katheters desinfizierend mit Schleimhautdesinfektionsmittel (Cave: Jodallergie?) gereinigt. Nach dem Reinigungsvorgang wird eine sterile Kompresse um den Katheter geknotet. Die Kompresse schützt vor möglicher Verschmutzung durch Fäzes und verhindert eine Keimverschleppung. Falls erforderlich wird die Verweilkatheterpflege mehrmals am Tag durchgeführt (bei immobilen Klienten besonders wichtig). Das Stecklaken und die Unterwäsche sollen täglich gewechselt werden.

Prophylaktische Interventionen

- Die Hände sind die häufigste Quelle einer Infektionsübertragung. Daher ist eine hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder Tätigkeit unbedingt erforderlich.
- Sorgfältige Intimpflege, fachgerechtes Legen und Pflegen des Verweilkatheters mindern das Infektionsrisiko.
- Die beste Infektionsprophylaxe ist immer noch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr durch gute Harndiurese (Harnausscheidung), jedoch Kontraindikation beachten.
- Für zweckmäßige Kleidung des Klienten Sorge tragen (z. B. Wollsocken, Bettschuhe).
- Waschschüssel oder Steckbecken nicht auf dem Boden abstellen (Keimübertragung ins Bett), nach Gebrauch desinfizieren und reinigen.
- Darauf achten, dass kein Zug am Katheterschlauch entsteht (sonst zusätzliche Irritation der Harnröhrenschleimhaut und der Blaseninnenwand).
- Nur geschlossene Harnableitungssysteme mit Tropfkammer und Rückflussventil verwenden (unmittelbar vor der Benutzung aus der Verpackung herausnehmen).
- Keine Katheterstöpsel verwenden (geschlossenes System nicht unterbrechen!).
- Das Harnableitungssystem muss senkrecht, unter Blaseniveau, am Fußende zur Zimmerseite (nicht Wandseite) am Rollstuhl oder am Bein des Klienten platziert und befestigt werden.
- Das Öffnen der Verbindung von Verweilkatheter und Harnableitungssystem bedeutet ein Durchbrechen des geschlossenen Systems. Ein Blasentraining oder eine Blasenspülung ist aus hygienischen Gründen nicht gerechtfertigt; eine Blasenspülung wird nur auf schriftliche Anordnung des zuständigen Arztes durchgeführt. Durch die Manipulation am System wird das Infektionsrisiko erhöht und keine Wirkung erzielt.
- Der Verweilkatheter soll zusammen mit dem Harnableitungssystem gewechselt werden. Den Ablasshahn nach der Entleerung des Harnableitungssystems (Schutzhandschuhe tragen) in die dafür vorgesehene Lasche stecken.
- Für eine bakteriologische Untersuchung wird der Harn mit einer Kanüle und einer 10-ml-Spritze nach vorheriger Desinfektion aus der dafür vorgesehenen Entnahmestelle aspiriert.

Pflegestandard Nr. 15

Transurethraler Blasenverweilkatheter

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ **Vorbereitung (Strukturqualität)**

Material für das Legen eines transurethralen Blasenverweilkatheters

- Alle Utensilien für Intimpflege
- Tablett
- Katheter-Set
- 3 sterile Handschuhe
- Geeignetes Schleimhautdesinfektionsmittel
- 2 entsprechende Verweilkatheter (davon 1 als Reserve)
- Geschlossenes Harnableitungssystem
- 10-ml-Spritze mit Aqua destillata (Füllmenge für Blockung auf dem Katheter vermerkt)
- Abfallbeutel
- 1 unsterile Nierenschale (für benutzte Tupfer)
- Pflaster

Klienten

- Bettschutz unter dem Gesäß
- Bei Bedarf beim Ausziehen/Anziehen behilflich sein
- Intimpflege durchführen (lassen)
- Lagerung

Raum

- Lichtverhältnisse überprüfen
- Angenehme Raumtemperatur
- Sichtschutz (Paravent)

Pflegfachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Schutzkittel
- Mundschutz

Personenzahl

- 1 examinierte Pflegefachperson; für das Legen eines Verweilkatheters wird eine zweite Pflegeperson hinzugezogen
- **Durchführung (Prozessqualität)**
 - Das benötigte Material in Reichweite stellen, unnötige Wege vermeiden
 - Den Klienten nur so weit aufdecken, wie für ungehindertes Arbeiten notwendig ist
 - Legen oder Entfernen eines transurethralen Blasenverweilkatheters bei Frau oder Mann (► Abschn. Durchführung, S. 216)
 - Die Assistenz der zweiten Pflegeperson bezieht sich nur auf die Handgriffe, die keine Sterilität verlangen, und auf die Klientenbetreuung während der Maßnahme
 - Pflege bei transurethralem Blasenverweilkatheter
 - Prophylaktische Interventionen sollen beachtet und konsequent durchgeführt werden
- **Nachsorge**
 - Den immobilien Klienten in eine für ihn angenehme Lage bringen (ggf. Bewegungsplan/Lagerungsplan beachten)
 - Das benutzte Material entsorgen
 - Nierenschale desinfizieren, reinigen und sterilisieren
- **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**

Unter Einhaltung der sterilen Kautelen und der Hygienerichtlinien wird die Lebensqualität des Klienten mit transurethralem Blasenverweilkatheter verbessert und Zufriedenheit erreicht.

! Zu Beachten

- Intimsphäre wahren und mögliche Ablehnung respektieren
- Blasenverweilkatheter sollen nicht abknicken

- Bei Prostatavergrößerung kann es zu einer Verengung der Harnröhre kommen. Bei Widerstand die Maßnahme unterbrechen und den zuständigen Arzt informieren
- Harnauffangbeutel so platzieren, dass Kontrolle und Überwachung jederzeit möglich ist
- Duschen mit einem transurethralen Blasenverweilkatheter ist möglich (nicht baden, da unkontrollierter Stuhlabgang möglich ist)
- Jod- und/oder Pflasterallergie beachten
- Männer mit Transurethalkatheter auf Paraphimose hin kontrollieren
- Richtiges Fixieren des Harnablaufschauches verhindert ein Hin-und-Her-Bewegen und somit eine Reizung der Urethraschleimhaut
- Dokumentiert werden: Größe des transurethralen Blasenverweilkatheters, Menge Aqua destillata und täglich Ein- und Ausfuhrmenge

PS 16: PEG-Versorgung

Pflegestandard Nr. 16

PEG-Versorgung

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Für Klienten mit einer PEG-(perkutane endoskopische Gastrostomie-) Sonde zur künstlichen Ernährung kann sich die Lebenssituation in vielen ABEDL-Bereichen bessern. Die Pflegeleistungen beinhalten: Kostverabreichung und Überwachung, Verbandwechsel sowie Einhaltung der Mundhygiene. Kostverabreichung und Verbandwechsel werden der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie (frühere Behandlungspflege) zugeordnet.

Grundsatz

Die enterale Ernährung ist der parenteralen Ernährung (d. h. als Infusion) vorzuziehen. Hierfür gibt es verschiedene Methoden der Applikation. Im Gegensatz zur transnasalen Sonde als invasive Maßnahme wird das Legen von PEG, PEJ (perkutane endoskopische Jejunostomie) oder FKJ (Feinnadelkatheterjejunostomie) von den Klienten ohne wesentliche Probleme toleriert und akzeptiert.

Das klassische chirurgische Verfahren für künstliche Ernährung wurde von Witzel und Stamm entwickelt. Die von Witzel, Chirurg aus Düsseldorf (1856–1915), zuerst 1891 entwickelte Technik, die sog. Witzel-Fistel, wurde viele Jahre als Ernährungsmethode praktiziert. Ein entscheidender Durchbruch wurde Anfang der 1980er Jahre durch die Entwicklung der PEG-Sonde ermöglicht.

Der operative Eingriff erfolgt in der Rückenlage in Narkose oder Lokalanästhesie und unter endoskopischer Kontrolle. Das Endoskop (Instrument für die Untersuchung von Körperhöhlen mit elektrischer Lichtquelle und

optischer Vorrichtung/Linsensystem) wird in den Magen eingeführt und die Magenvorderwand unter endoskopischer Sichtkontrolle perkutan punktiert. Die Punktionsstelle (wurde zuvor ausreichend desinfiziert) befindet sich in der Regel am Übergang vom mittleren zum äußeren Drittel einer vom Bauchmantel zur Mitte des Rippenbogens gedachten Linie. Die Punktionsnadel wird herausgezogen, und durch die Kunststoffkanüle wird der Führungsfaden eingeführt, mittels Biopsiezange erfasst und mit dem Gastroskop aus dem Mund herausgezogen. Mittels des erforderlichen Führungsfadens wird die Ernährungssonde implantiert. Die innere Halteplatte bildet eine Verbindung zwischen der Magenvorderwand und der Bauchwand. Die Befestigung der Ernährungssonde auf der Bauchhaut erfolgt durch Nahtfixation und eine äußere Halteplatte aus Silikonkautschuk. Das Sondenende wird kurz abgeschnitten, ein Adapter angebracht und befestigt.

8

Da es sich um eine enterale Langzeiternährung handelt, werden hochwertige und gut verträgliche dünne Sonden aus Polyurethan oder Silikonkautschuk (Flexibilität auch bei längerer Liegezeit) verwendet. Es ist durchaus möglich, dass die Sondenkost nur als Zusatzernährung (um Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr zu gewährleisten) bei nicht ausreichender oraler Zufuhr und prophylaktisch bei Verschlechterung des allgemeinen Befindens gegeben wird.

Meistens wird eine PEG-Sonde gelegt. Indiziert ist dies bei Nahrungsverweigerung, Bewusstlosigkeit, Kachexie, Tumoren im HNO- und MZK-Bereich, neurologischen Schluckstörungen, Ösophaguskarzinom oder -varizen, Kardiakarzinom und bei allgemein ungünstiger Prognose des Grundleidens.

Sich nur flüssig zu ernähren, ist der Mensch nicht gewohnt. Es bedarf einer Gewöhnung durch kontinuierlichen Sondenkostaufbau. Deswegen sollen am Anfang kleinere Mengen über den Tag verteilt werden. Es ist notwendig, das Schema (basierend auf Erfahrungswerten) nach einem Zeitplan einzuhalten.

Die Industrie bietet heute komplettes Zubehör für die Nahrungsapplikation an: Pumpe mit Tischständer, Überleitungssystem, Plastik-Ernährungsbeutel (500 oder 1000 ml) und, den individuellen Bedürfnissen entsprechend, die Sondenkost.

Die Kost (was?), Menge (wieviel insgesamt?), Applikationsart (womit?) und die Häufigkeit (wie oft?) wird vom zuständigen Arzt schriftlich verordnet. Das Legen einer PEG-Sonde bedarf der Genehmigung des Klienten oder seines Betreuers.

Problemstellung

Kontraindiziert ist das Legen einer PEG-Sonde bei: Aszites (Bauchwassersucht), Peritonitis (Bauchfellentzündung) und M. Crohn (Darmentzündung). Trotz korrekter Lage der Sonde und richtiger Nahrung kann es (meistens vorübergehend) zu Komplikationen kommen: Druckgefühl im Oberbauch, Blässe, Schweißausbruch, Übelkeit und Erbrechen, Diarrhö und Dehydratation sowie Meteorismen und Obstipation (■ Tab.8.1). Als Maßnahme ist die Ursache zu bestimmen und möglichst zu beseitigen. Mögliche Veränderungen im MZK-Bereich können ein weiteres Problem darstellen.

Pflegezielsetzung

- Verhindern von Kontamination, Erkrankungen im MZK-Bereich sowie Verdauungsstörungen und nicht zuletzt Erreichen sowohl eines qualitativen als auch eines quantitativen Ausgleichs bei Nahrungskarenz oder ungenügender Nahrungsaufnahme.

■ **Tab. 8.1** Mögliche Gründe für bestehende Beschwerden

Druckgefühl:	Zu schnelles Applizieren, kontaminierte Nahrung, oder es wird zu viel auf einmal verabreicht
Erbrechen:	Kann exogene (durch kontaminierte Nahrung) oder endogene (krankheitsbedingte) Gründe haben
Diarrhö:	Ballaststoffarme Nahrung, zu schnell und zu viel wird auf einmal appliziert, Nahrungsunverträglichkeit, die Sondennahrung ist zu kalt, kontaminierte Nahrung oder iatrogene Gründe (durch die ärztliche Therapie, z. B. Antibiotika)
Dehydratation:	Bei nicht ausreichender Flüssigkeitszufuhr, bestehender Diarrhö oder endogen bedingt (Herz- und Niereninsuffizienz/Wassereinlagerung und Ödembildung) kann es zu Wasserverlust und Austrocknung kommen
Obstipation:	Kann durch ballaststoffarme Kost und zu wenig Flüssigkeit verursacht werden oder endogen bedingt sein

- Durch sorgfältige Pflege die Funktionalität der PEG, PEJ oder FKJ möglichst lange erhalten.
- Bestmögliches Wohlergehen des Klienten erreichen.
- Durch regelmäßige innerbetriebliche Fortbildungen das Fachwissen des Pflegepersonals auffrischen, um eine einheitliche Vorgehensweise in der Altenpflegeeinrichtung zu erzielen.

Durchführung

Die Sondennahrung kann kontinuierlich, d. h. konstant über 24 Stunden verabreicht werden. Dies entspricht nicht unbedingt den physiologischen Bedürfnissen des Menschen. Wer isst schon den ganzen Tag über ununterbrochen? Die zweite Möglichkeit stellt die Bolus-Gabe dar, d. h. intermittierend, wird eine bestimmte Sondenkostmenge verabreicht. Während der Sondenkost-Verabreichung wird der Klient erhöht gelagert.

Bei der Vorbereitung der Nahrung ist darauf zu achten, dass sich im Überleitungsgerät keine Luft befindet. Die Nahrung wird nach einem vorher erstellten Plan gegeben und die Sonde anschließend mit stillem Wasser oder Kamillentee (täglich frisch zubereiten) durchgespült. Eine tägliche Spülung der Sonde ist auch bei nicht regelmäßiger Verabreichung der Nahrung notwendig. Die verordneten Medikamente werden im Mörser zerkleinert, mit etwas Wasser aufgelöst und dann appliziert. Die Medikamente werden nicht mit der Nahrung gegeben und die Sonde vorher und nachher mit stillem Wasser oder Kamillentee durchgespült. Welche Medikamente per Sonde gegeben werden können, entscheidet der zuständige Arzt. Das komplette Ernährungsset wird alle 24 Stunden ausgewechselt.

Bei der enteralen Ernährung ist auf sorgfältige Mund- und Zahnpflege sowie Zahnprothesenhygiene zu achten. Für die Mundpflege gibt es fertige Mundpflegesets zu beziehen, oder es wird wie folgt vorbereitet: Nierenschale mit Plastiklemme (Verletzungen vermeiden), Behälter mit mehreren Tupfern, Behälter mit Reinigungsflüssigkeit, Behälter für Abfall und ein Mittel für die Lippenpflege. Das Mundpflegeset wird mit einer Mullkompressen abgedeckt und täglich erneuert.

Der **PEG-Verbandwechsel** (VW) wird in der ersten Woche nach dem Legen der Sonde täglich durchgeführt. Bei einem komplikationslosen Verlauf ist von da an ein VW 2-mal wöchentlich als ausreichend anzusehen. Der

VW wird mit sterilen Handschuhen oder unter Zuhilfenahme von 2 sterilen Pinzetten durchgeführt. Nach der hygienischen Händedesinfektion wird der Verband vorsichtig abgenommen und in den dafür vorgesehenen Abfallbeutel entsorgt. Nach hygienischer Händedesinfektion sterile Handschuhe anziehen und die Austrittsstelle von innen nach außen und die Halteplatte (Halteplatte zurückziehen) desinfizierend gereinigt. Der Sondenschlauch wird auf die gleiche Weise gereinigt. Das Desinfektionsmittel ausreichend lange einwirken lassen. Zwischen die Haut und die Halteplatte werden 2 Schlitzkompressen (Bildung von feuchten Kammern vermeiden) gelegt, die Halteplatte zurückgeschoben und mit einer zweiten Kompresse abgedeckt. Der Verband wird vollständig mit hautfreundlichem Pflaster fixiert (Datum auf das Pflaster schreiben).

Dokumentiert werden: Verbandwechsel (reizloser Zustand oder Auffälligkeiten), Menge der Sondenkost (SK), bei pumpengesteuertem System: Einstellung der Geschwindigkeit, Gewichtskontrolle (falls möglich), Stuhlgang/ Beobachungskriterien, mögliche Unverträglichkeiten und das Wohlergehen des Klienten.

Pflegestandard Nr. 16

PEG-Versorgungster

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegeperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material für PEG-Verbandwechsel

- Tablett
- Sterile Handschuhe oder 2 sterile Pinzetten
- 4 sterile Tupfer und 2 5 × 5 cm große sterile Schlitzkompressen, 1 Kom-
presse
- Hautdesinfektionsmittel und ggf. Waschbenzin
- Hautfreundliches Pflaster
- Abfallbeutel

Klienten

- Über die bevorstehende Maßnahme informieren
- Rückenlagerung
- Den zu behandelnden Bereich freimachen

Raum

- Angenehme Raumtemperatur
- Sichtschutz (Paravent)
- Keine Zugluft

Pflegefachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Einmalschürze
- Mundschutz (bei Erkältung)

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Bei lokal auftretender Infektion wird auch unter sterilen Kautelen ver-
bunden

- Das Mundpflegeset soll so platziert sein, dass die Mundpflege mehrmals am Tag durchgeführt werden kann
- Verabreichung der Sondenkost (► Abschn. PS 2, Durchführung)
- Bilanzierung, Kontrolle der Vitalzeichen und nach Möglichkeit Gewichtskontrolle
- Bei Bedarf wird die Stelle regelmäßig rasiert
- Bei VW wird grundsätzlich das Datum auf dem Verband vermerkt

■ **Nachsorge**

- Das benutzte Material entsorgen
- Pinzetten desinfizieren, reinigen und sterilisieren
- Dem Klienten (bei Immobilität) eine angenehme Lagerung (Lagerungsplan?) ermöglichen

■ **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**

Die angestrebten Pflegeziele sind die Kriterien für die Überprüfung der Prozessqualität.

! **Zu Beachten**

- Keine Früchtetees oder Obstsafts zur Spülung verwenden (die Sondenkost kann durch die Fruchtsäure ausflocken)
- Sondenkost (SK) verderbt sehr leicht. Aufbewahrung: nicht verabreichte Nahrung vor Wärme schützen, geöffnete Flaschen sofort kühl lagern. Während der Verabreichung (Zimmertemperatur bis warm) vor Sonneneinwirkung schützen und nicht in der Nähe von Heizkörpern platzieren
- 500 ml SK verabreichen, im Sommer bei Bedarf Kühlmanschetten für Flaschen verwenden
- Auf die Sauberkeit des Gerätes achten (bei Bedarf reinigen)
- Es sollen keine antibakteriellen Salben oder Tinkturen prophylaktisch auf die Austrittsstelle aufgetragen werden (bei Entzündung ärztliche Verordnung beachten)
- Hautdesinfektionsmittel nicht auf die Wunde sprühen (kann in die Einstichstelle sickern)
- Mineralwasser ist kohlenensäurehaltig – mögliche Unverträglichkeit überprüfen
- Eventuelle Pflaster- und/oder Jodallergie beachten

- Bei reizloser Einstichstelle und wasserfestem Pflaster ist Duschen nicht kontraindiziert
- Auffälligkeiten werden im Pflegeprozessbericht vermerkt
- Die Sondenkost- und Flüssigkeitsmenge wird vom zuständigen Arzt schriftlich festgelegt
- Bei mangelhafter Mundpflege und fehlendem Kauen kann es zur Parotitis-/Soorbildung kommen. Mehrmals täglich Parotitis-/Soorprophylaxe durchführen
- Bei Verdacht auf Aspiration (Eindringen von Flüssigkeit in die Luftwege), sofort die Sondenkostgabe unterbrechen und den Schlauch öffnen, damit die Flüssigkeit herauslaufen kann. Den Arzt sofort informieren. Zeichen sind: Hustenreiz und eventuelle Luftnot. Mögliche Ursachen sind: Erbrechen, die Sonde liegt nicht richtig, Sondenkost läuft zurück
- Keinen gesüßten Tee verwenden, da die Sonde verkleben kann
- Angebrochene SK max. 24 Stunden im Kühlschrank lagern
- Nach der Nahrungsverabreichung soll der Klient eine ½ Stunde lang in einer 30- bis 45°-Oberkörperhochlagerung liegen bleiben. So wird vermieden, dass Nahrung in die Speiseröhre zurückfließt
- Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist trotz PEG-Anlage, je nach Krankheitsbild, möglich (Arztentscheidung)
- SK kann außer mit der Ernährungspumpe auch mithilfe eines Beutels oder einer Flasche unter Ausnutzung der Schwerkraft oder mit einer Spritze verabreicht werden (täglich Spritze und Flasche in der Geschirrspülmaschine bei 60 °C reinigen)
- Bei Marcumar-Klienten bei der Mundpflege auf die Plastikklemme verzichten (Cave: Blutungsgefahr)
- Bei Diabetikern ist eine regelmäßige Blutzuckerkontrolle erforderlich (Kontinuierliche Sondenkostgabe vermeidet Blutzuckerschwankungen)
- Unter die äußere Halteplatte eine sterile Schlitzkomresse legen (Infektionsprophylaxe, Vermeidung einer feuchten Kammer)
- Sonde beim Verbandwechsel im Einstichkanal um 360° drehen und vorsichtig vor- und zurückbewegen, bis ein Widerstand durch die innere Halteplatte spürbar wird (Einwachsen der inneren Halteplatte vermeiden)

PS 17: Sauerstoff-Applikation

Pflegestandard Nr. 17

Sauerstoff-Applikation

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Eine eingeschränkte Atemfunktion hat primär Auswirkungen auf den ABEDL-Bereich »Vitale Funktion des Lebens aufrechterhalten können« und sekundär wirkt sich die Atemstörung auf alle anderen ABEDL-Bereiche aus. Die Pflegeleistungen beinhalten: Atemerleichterung durch die individuell ausgerichtete Beratung und Unterstützung, Vermeidung von zusätzlichen Schäden und nach schriftlicher Verordnung des Arztes die Applikation von Sauerstoff (O₂).

Grundsatz

Atmung (Respiration) ist ein physiologischer Gasaustausch, der aus 3 Vorgängen besteht: Einatmen von O₂ (Inspiration), Ausatmen von CO₂ (Expiration) und Atempause. Die Funktion besteht darin, die Körperzellen mit Sauerstoff (O₂) zu versorgen und Kohlendioxid (CO₂) aus den Körperzellen nach außen abzutransportieren. Damit wird ein Gleichgewicht zwischen der Aufnahme (O₂) und Abgabe (CO₂) hergestellt. Wird die Aufnahme des Sauerstoffs gestört, d. h. wird Sauerstoff in nicht mehr ausreichendem Maße aufgenommen, treten Störungen des ZNS (Zentralnervensystems) auf, die zum totalen Zusammenbruch von Kreislauf und Atmung (Atemstillstand) und zu irreversiblen Schäden führen können. Das ZNS kann nur 3–4 Minuten ohne Sauerstoff auskommen. Merkmale des Sauerstoffmangels (Hypoxie) sind Zyanose (blau-rot-Färbung) an Ohrläppchen, Lippen und Fingern, begleitet von Atemnot (Dyspnoe), starker Unruhe und Angst. Mögliche Ursachen sind eine venöse Stauung als Zeichen einer Herzinsuffizienz oder Lungener-

krankung. Bei Übersättigung des CO_2 -Gehalts im Blut (normal CO_2 -Druck 38–42 mm Hg) kann es zur sog. Hyperkapnie (Atemdepression oder CO_2 -Narkose) kommen. Es treten Kopfschmerzen auf, der Klient schwitzt, und das gesamte ZNS bricht zusammen. Bei einem arteriellen CO_2 -Druck von etwa 80 mmHg tritt Bewusstlosigkeit ein.

Inspiratorische Dyspnoe wird meist von Stridor (pfeifendes Atemgeräusch bei der Einatmung durch die Verengung der oberen Luftwege) begleitet. Bei der pulmonalen Dyspnoe wird unterschieden in:

- Restriktive Ventilationsstörung bei Verminderung der Atemfläche mit oberflächlicher, beschleunigter Atmung (Tachypnoe) und erschwelter Inspiration (Atektase, als Folge von Pleuraerguss, Pneumothorax oder Pneumonie).
- Obstruktive Ventilationsstörung bei erhöhtem Atemwiderstand im Bereich der Bronchien und des Lungengewebes mit Expirationseinschränkung (akute und chronische Bronchitis, Emphysem, Asthma bronchiale oder Bronchialkarzinom).

Außerdem kann die Dyspnoe

- kardial bedingt sein bei komatösen Klienten (Coma diabeticum oder uraemicum), als Folge von Azidose (durch die Erhöhung des Kohlendioxidspiegels fällt der pH-Wert im Blut unter 7,38) von Kussmaul-Atmung (tief und beschleunigt) begleitet werden;
- zerebral bedingt sein (Gefäßprozesse, Hirntumoren), wenn das Atemzentrum betroffen ist (Hyperpnoe mit Apnoe/Atempausen bei Anzeichen von Cheyne-Stokes-Atmung);
- abdominal bedingt sein bei großen Tumoren oder Bauchwassersucht (Aszites) im Abdominalbereich.

Der zuständige Arzt verordnet die Dosierung (wieviel?, l/min), die Verabreichungsform (wie lange?, intermittierend oder Dauer verabreichung) und die Verabreichungsweise (womit?, Sonde, Brille oder Maske) von Sauerstoff.

In Altenpflegeeinrichtungen werden zur Sauerstofftherapie (O_2 -Therapie) transportable O_2 -Flaschen (blau gefärbt) von 10 l Inhalt verwendet. Zentrale O_2 -Versorgungsanlagen sind dort nicht üblich. Eine weitere Möglichkeit stellen transportable Koffergeräte oder O_2 -Geräte, kombiniert mit einer Absaugvorrichtung, dar. Vor jeder Applikation soll der O_2 -Vorrat berechnet werden.

Hierzu ein Rechenbeispiel:

- 10-l-Flasche bei 150 bar*: $10 \times 150 = 1500 \text{ l O}_2$
bei O₂-Applikation von 3 l/min: $1500 : 3 = 500 : 60 = 8,3$ Stunden
Benutzungsdauer
- beim Manometerstand von 60 bar: $60 \times 10 = 600 \text{ l O}_2$
bei O₂-Applikation von 3 l/min: $600 : 3 = 200 : 60 = 3,3$ Stunden
Benutzungsdauer
(* 1 = 100 000 Pa = 0,1 MPa)

Bei einem Manometerstand von 50 und weniger muss die O₂-Flasche fachgerecht ausgewechselt werden.

Problemstellung

Bezug nehmend auf die ABEDL-Bereiche ist bei der allgemeinen Atemstörung die Kommunikation erschwert, Bewegung und selbstständige Versorgung fast unmöglich, essen und trinken unwichtig, Ausscheidungskontrolle fraglich sowie der Wunsch, sich zu kleiden, nicht vorhanden. Ruhe und Schlaf sind gestört, die Beschäftigung gilt nur der Atemnot, Geschlechtsspezifikum ist nicht relevant, Sorge um Dasein existiert, Interaktion mit der Außenwelt ist nicht möglich und schließlich stellt diese neu entstandene Situation eine existenzielle Lebensbedrohung dar.

Ein verwirrter Klient wird die notwendige Maßnahme der O₂-Applikation nicht verstehen können, er wird vielleicht noch unruhiger, unkooperativer und wird dies als eine zusätzliche Bedrohung erleben.

Pflegezielsetzung

- Anhand von pflegerelevanten Beobachtungskriterien (Atemskala) exakte Erfassung von Fähigkeiten bzw. Atembeeinträchtigungen, entsprechend fachgerechtes Handeln und somit Verhinderung von Komplikationen.
- Atemerleichterung erzielen und Sekretansammlung vermeiden.
- Durch beschwerdefreies Atmen und durch freie Atemwege Unabhängigkeit sowie bestmögliches persönliches Wohlergehen des Klienten erzielen.

- Intakte (feuchte) Mundschleimhaut, freie Nasenwege und kein Nasendekubitus.
- Für ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Kontraindikationen beachten) sorgen.
- Bei der Planung von Interventionen die Essenszeiten und Ruhepausen mit berücksichtigen.
- Den Angehörigen mit Empathie begegnen und sie in die Pflege miteinbeziehen.
- Durch ruhige Verhaltensweise, ausreichende Aufklärung und Beratung erreichen, dass der Klient die notwendige Intervention (O₂-Applikation) akzeptiert und sich möglichst aktiv daran beteiligt.
- Gezielter Einsatz von pflegerischen Interventionen soll unter Zuhilfenahme von benötigten prothetischen Hilfsmitteln, Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen erfolgen.
- Durch den fach- und sachgemäßen Umgang mit dem Sauerstoff-Gerät und unter Einhaltung aller hygienischen Maßnahmen Zufuhr von pathogenen Keimen vermeiden.
- Die Sicherheit im Umgang mit den Atemeinschränkungen, das Bewusstsein für mögliche Gefahren, die Möglichkeiten der Prävention und Beratung sollen durch regelmäßige Fortbildung des Pflegepersonals vermittelt und gestärkt werden.

Durchführung

Bei der O₂-Applikation (nach ärztlicher Anordnung) handelt es sich überwiegend um eine Notfallsituation, die eine schnelle und fachkompetente Intervention erforderlich macht.

Nach der hygienischen Händedesinfektion wird der Klient über die bevorstehende Maßnahme ausreichend informiert und soweit wie möglich beruhigt. Die Sauerstoffflasche wird neben dem Bett platziert (darf keine Stolperquelle darstellen) und der Anfeuchter bis zur Markierung mit sterilem Aqua destillata aufgefüllt. Falls notwendig, die Nase des Klienten reinigen (lassen) und für möglichst angenehme (erhöhte) Lagerung sorgen. O₂-Sonde, -Brille oder -Maske anbringen, das Hauptventil langsam öffnen und auf dem Flowmeter die angeordnete O₂-Abgabemenge einstellen (die Flowmeterkugel zeigt die Literzahl/min). Beginn der Applikation und Literzahl werden doku-

mentiert (Verlaufsprotokoll). Klingel in Reichweite, den Klienten möglichst nicht unbeaufsichtigt lassen. Nach Beendigung das Hauptventil und dann den Flowmeter langsam zudrehen, die Sonde, Brille oder Maske entfernen und Nasen- und Mundpflege durchführen. Zum Schluss eine bequeme Lagerung ermöglichen.

Bei der Applikation mit **Sauerstoffsonde mit Schaumstoffansatz** wird der Schaumstoff etwa 1–2 cm tief in die Nase eingeführt und mit einem dünnen Pflasterstreifen an der Nase befestigt. Diese Methode wird von den Klienten gut toleriert, kann aber zu einer Irritation der Nasenschleimhaut führen.

Bei der Applikation mit **Sauerstoffsonde ohne Schaumstoffansatz** wird die Sonde mit Aqua destillata befeuchtet, der Abstand zwischen Nasenspitze und Ohrfläppchen ausgemessen und die Sonde bis zum weichen Gaumen vorsichtig eingeführt (Verletzungsgefahr). Mit der Taschenlampe wird im Rachenraum kontrolliert, ob die Sondenspitze im Mesopharynx (mittlerer Rachenraum) liegt. Falls erforderlich, wird die Sonde etwas zurückgezogen. Die Fixierung der Sonde erfolgt wie oben beschrieben, wobei die Sonde evtl. an Stirn oder Wange zusätzlich befestigt werden kann. Bei der täglichen Applikation von Sonde, Brille oder Maske wird jeden Tag das Nasenloch gewechselt.

Mit **Sauerstoffbrillen** kann aufgrund der Kürze der Nasenstutzen (können nur 1–2 cm tief eingeführt werden) keine optimale Erhöhung des Sauerstoffanteils erzielt werden.

Die **Sauerstoffmaske** wird über die Nase und den Mund gelegt. Diese Methode ermöglicht die gewünschte Applikationsmenge. Andererseits kann die Atemnot durch die Maske noch verstärkt werden. Beim Aufpressen der Maske (ohne ein Einwegventil, d. h. ohne seitliche Öffnungen) kann es zur reinen O₂-Applikation und einer CO₂-Rückatmung kommen. Bei dieser Methode wird der Klient grundsätzlich nicht alleine gelassen.

Bevor aber von Seiten des Pflegedienstes gehandelt wird, sollte eine Multimomentaufnahme der Atemfunktion durchgeführt werden. Erst dann wird es möglich sein, die Vielfalt der nichtinvasiven Interventionen auszuschöpfen. In den USA wird die Anwendung von Pflegediagnosen für das berufliche Handeln genutzt (NANDA = North American Nursing Diagnosis Association, ► Abschn. 2.5). Hierbei wird die Problemsituation aus pflegerischer Sicht beschrieben, die angestrebten Pflegeziele werden formuliert und die Maßnahmen individuell ausgerichtet. Eine Multimoment-

aufnahme/Atemskala könnte bei der Ermittlung von Problemsituationen hilfreich sein.

Atemunterstützende pflegerische Interventionen, um Komplikationen (z. B. Pneumonie) zu verhindern:

- Kontrollierte Mobilisation (möglicher Kreislaufkollaps durch Orthostase) oder passive Bewegungsübungen im Bett)
- Bei gefährdeten und immobilen Klienten je nach Indikation diverse Lageveränderungen: A-, T-, I- oder V-Lagerung (► Abschn. PS 4), Hoch- und Seitenlagerung, Seitendehnlage oder Halbmondlage mit einem Kissen unter der Hüfte, um bessere Belüftung einzelner Lungensegmente und besseres Abhusten zu erreichen, um Darmatonie, Kontrakturen, Thrombose, Dekubitus und Pneumonie zu verhindern
- Atemstimulierende Einreibungen (ASE) nach Bienstein u. Fröhlich (2003)
- Manuelle Thoraxvibration (beide Lungenflügel)
- Warme Zitronenbrustwickel
- Kopfdampfbäder mit Kamille
- Gurgeln mit Salzwasser oder Salbeitee
- Tees mit schleimlösender Wirkung (z. B. Huflattich, Salbei oder Bärlauch)
- Unter KG-Anleitung Atemübungen mit Giebelrohr und Nasenklammer
- Atemübungen mit Handtuch oder Händen am Bauch sowie Zwerchfell (Abdominalatmung) oder Brust (Thoraxatmung) üben
- Rücken mit hohlen Händen abklopfen (Kontraindikationen beachten)
- Wegpusten von Wattebällchen oder einen Luftballon aufblasen
- Regelmäßige Raumlüftung
- Vitalzeichenkontrolle

Pflegestandard Nr. 17

Sauerstoff-Applikation

Durchführung durch:	Pflegefachperson unter Anleitung; Pflegefachperson bei O ₂ -Applikation
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegeperson
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material (für O₂-Applikation)

- O₂-Flasche (evtl. Notfallkoffer bereithalten)
- Tablett
- 2 O₂-Sonden, -Brillen oder -Masken
- Dünne Pflasterstreifen (hautfreundlich)
- Reinigungsbenzin oder Äther für Pflasterreste
- Unsterile Tupfer
- Nierenschale
- Sputumbecher mit Wasser, Desinfektionsmittel und Deckel
- Abfallbeutel für Taschentücher (ggf. Zellstoff)
- Nasen- und Mundpflegeset
- Ggf. Absauggerät

Klienten

- Über die Notwendigkeit der Maßnahme aufklären, auf Ängste eingehen
- Bequeme Lagerung ermöglichen
- Bei Bedarf die Nase reinigen (lassen)
- Taschentücher (ggf. Zellstoff) griffbereit platzieren und Abfallbeutel am Nachttisch befestigen

Raum

- Bett so stellen, dass der Zugang von beiden Seiten seitlich möglich ist
- Rufanlage überprüfen, Klingel in Reichweite legen

Pflegeschicht

- Hygienische Händedesinfektion
- Mundschutz (bei Erkältung)

■ Durchführung (Prozessqualität)

- O₂-Applikation exakt nach ärztlicher Verordnung durchführen
- Anfeuchterglas unmittelbar vor der Applikation mit 100 ml sterilem Aqua destillata auffüllen
- Ausreichende Betreuung während der Applikation gewährleisten (beruhigen, berühren)
- Nasen- und Mundpflege vorher und nachher durchführen (lassen)
- Auf angenehme Lagerung achten
- Atemunterstützende Maßnahmen anhand des Ergebnisses individuell angepasst auswählen
- Vitalzeichen kontrollieren

■ Nachsorge

- Nach Beendigung oder bei täglicher O₂-Applikation Anfeuchterglas reinigen, sterilisieren und wieder an der O₂-Flasche anbringen bzw. montieren und für erneuten Gebrauch bereitstellen

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Unter Einhaltung aller relevanten Kriterien kann die Qualität gesichert werden.

! Zu Beachten

- In der Notfallsituation, bis die ärztliche Verordnung erteilt worden ist, ist die O₂-Applikation von 2–3 l/min kurzfristig möglich (Vitalzeichen kontrollieren)
- Kontraindiziert ist die O₂-Applikation bei bekannten Emphysemen und obstruktiver Bronchitis
- Nasenwege müssen vor der O₂-Applikation frei sein (bei Bedarf Nasenpflege durchführen), Vorsicht, Nasenschleimhautverletzung möglich!
- Um nosokomiale Infektionen zu verhindern, ist das tägliche Wechseln von O₂-Sonde, -Brille oder -Maske und Anfeuchter erforderlich. Ersatz bereithalten
- Eine zu tief liegende Nasensonde kann zum Aufblasen des Magens führen

- Während der Applikationspause die O₂-Sonde, -Brille oder -Maske in die Verpackungshülle legen
- Gebrauchsrichtlinien auf O₂-Flasche anbringen
- Die O₂-Flasche steht unter einem fast 100-mal höheren Druck als ein Autoreifen. Daher kann die O₂-Flasche als hoch explosiv betrachtet werden! Sie darf nicht mit ölhaltigen Putzlappen gereinigt werden. Schon die Berührung mit fettigen Fingern kann zu einer Entzündung und Explosion führen (UVV beachten! VBG 62, ZH 1/307 und GUV-VB7)
- Sauerstoffflaschen dürfen niemals umfallen
- Eine erhöhte Explosionsgefahr besteht bei Überwärmung (Heizkörper, Zigarettenrauch und Sonnenbestrahlung)
- Bei allgemeiner Beendigung O₂-Vorrat-Berechnung durchführen (da Weiterverwendung und notfalls Bestellung einer Ersatzflasche erforderlich)
- O₂-Flaschen tragen einen Stempel aus dem ersichtlich ist, wann eine technische Überprüfung erforderlich ist. Gebrauchs- und Betriebsanweisung ist am Gerät anzubringen
- Alle Pflegefachpersonen müssen jährlich im sicheren »Umgang mit Sauerstoffdruckminderer« unterwiesen werden. Die Inhalte der Unterweisung sind zu dokumentieren und die Teilnahme ist durch Unterschrift zu bestätigen. Die Unterweisung muss durch eine sach- und fachkundige Person durchgeführt werden
- Bei Hyperventilation ist die O₂-Gabe kontraindiziert
- Zur Händedesinfektion nur Mittel ohne Rückfetter verwenden

PS 18: Absaugen**Pflegestandard Nr. 18****Absaugen**

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Die pflegerischen Interventionen beziehen sich auf das Absaugen der oberen Atemwege auf ärztliche Anordnung und werden der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie zugeordnet. Auf ärztliche Anordnung werden die Vitalwerte gemessen. Das pflegerische Angebot beinhaltet Beobachtung, Beratung, Anleitung, Unterstützung beim Abhusten sowie Absaugen auf ärztliche Verordnung (oral, nasal und/oder durch Tracheostoma).

Grundsatz

Die Möglichkeit, eigenständig abhusten zu können, bedeutet Autonomie und hat primär auf den ABEDL-Bereich »Vitale Funktionen aufrecht erhalten können« Auswirkung. Darüber hinaus wirkt sich dies auch positiv auf andere ABEDL-Bereiche aus. Ist ein selbstständiges Abhusten oder ein Abhusten mit Unterstützung nicht möglich, wird eine invasive Intervention – das Absaugen – erforderlich.

Problemstellung

Das Abhusten kann durch die Schmerzen bei einer Rippenfraktur, Z. n. Operationen im Abdominalbereich, bei allgemeiner Körperschwäche oder bei verwirrten Klienten erschwert sein.

Während des Absaugens (oral oder nasal) kann es durch die Manipulation an der Rachenhinterwand zu einem verstärkten Hustenreiz, Würgereiz (Pharynxreflex) und zu Bradykardie (verlangsamte Herzrätigkeit) kommen.

Dies macht eine sofortige Unterbrechung und Anleitung zum tiefen Ein- und Ausatmen erforderlich.

Ungenügende Feuchtigkeitzufuhr kann beim Tracheostomaträger zur Borkenbildung führen. Unsteriles Absaugen und aggressive Vorgehensweise mit dem Absaugkatheter können Keimverschleppung (Entstehung von Tracheitis und Pneumonie) und Irritationen der Schleimhäute verursachen.

Pflegezielsetzung

- Die Atemwege sind frei (ruhiges und unbehindertes Atmen).
- In der Zusammenarbeit mit der Krankengymnastik soweit wie möglich mobilisieren (lassen), an der Bettkante sitzen oder passive Bewegungen, Bewegungswechsel im Bett, kombiniert mit Atemübungen durchführen (lassen).
- Mit Beratung, Anleitung und erforderlicher Hilfestellung erreichen, dass der Klient eigenständig abhusten kann.
- Trotz invasiver Intervention durch das Absaugen Verletzungen (der Schleimhäute) und Infektionen vermeiden.
- Freihalten des Tracheostomas (Vermeiden von Borkenbildung) durch Befeuchtungsmaßnahmen und bedarfsgerechtes Absaugen.
- Der Klient versteht die Notwendigkeit der geplanten Maßnahmen und kann sich aktiv daran beteiligen.

Durchführung

Die manuelle Unterstützung (mit der eigenen Hand oder durch die Pflegefachperson) beim Abhusten hat sich bei Verletzungen oder Operationen im thorakalen oder abdominalen Bereich als hilfreich erwiesen. Durch Beratung und Anleitung kann dem Klienten das Abhusten erleichtert werden. Ein Sputumbecher mit Deckel für Auswurf (Sputum) mit Wasser oder Desinfektionsmittel gefüllt oder und eine ausreichende Anzahl von Taschentüchern, oder Zellstoff, Abfallbeutel (am Nachttisch befestigt) oder ein Treteimer, wird in Reichweite bereitgehalten.

In einer Altenpflegeeinrichtung werden meistens transportable Elektroabsauggeräte verschiedener Leistungsstärke, auch kombiniert mit einem

O₂-Gerät, verwendet. In das graduierte 1-l-Sekretglas kommt zuerst Wasser und dann Desinfektionsmittel. Durch den vorhandenen Bakterienfilter kann eine Kontamination fast ausgeschlossen werden. Vor jedem Absaugen muss das Absauggerät auf seine Funktionalität überprüft werden.

Abgesaugt werden Klienten im Rachenraum, die nicht spontan abhusten können, bei Ansammlung von Schleim durch die Schonatmung, bedingt durch die Einnahme von Sedativa oder Analgetika oder bei Aspiration von Nahrungsresten, Erbrochenem oder Blut. Eine ausreichende Aufklärung und ruhige Vorgehensweise kann die bestehende Angst mindern. Bei stark unruhigen oder verwirrten Klienten wird eine zweite Pflegeperson hinzugezogen. Der Klient wird hoch oder seitlich, je nach Grunderkrankung, gelagert. Während des Absaugens wird, falls vorhanden, die Magensonde offen gelassen (sonst Aspirationsgefahr!).

8

Nach der hygienischen Händedesinfektion und unter Verwendung von unsterilen Handschuhen wird zuerst oral und dann bei Bedarf nasal (Einführung des Absaugkatheters während der Einatmungsphase bis zum Rachen) abgesaugt. Der Absaugkatheter wird grundsätzlich ohne Sog eingeführt! Mittels eines Zwischenstücks (Fingertip) kann der Sog hergestellt werden. Vor und nach jedem Absaugvorgang muss der Absaugschlauch mit sterilem Aqua destillata durchgespült werden. Der Vorgang wird so oft wie nötig wiederholt, bis die Atemwege frei sind (Überprüfung mit Stethoskop). Nach der Verwendung wird der Katheter um die Hand gewickelt, der Handschuh darüber gestülpt und entsorgt. Die Spülflüssigkeit im Sekretglas wird täglich, bei Bedarf öfter erneuert. Zum Abschluss dem Klienten eine bequeme Lagerung ermöglichen. Erforderliche Mund-/Zahn- und Nasenhygiene sorgfältig durchführen (lassen). Das Absaugen bis in die Bronchien durch Tubus oder Trachealkanüle gehört zu den Aufgaben des Arztes. Das Absaugen bei Tracheostomaträgern kann vom Arzt an eine erfahrene examinierte Pflegefachperson übertragen werden.

Die Trachealtoilette muss unter absolut sterilen Kautelen geschehen. Nach der hygienischen Händedesinfektion, mittels steriler Handschuhe und bei entsprechender Lagerung wird der sterile Katheter mit Aqua destillata befeuchtet und ohne Sog vorsichtig eingeführt. Unnötiges Herumstochern vermeiden. Einzelne Absaugvorgänge sollen nicht länger als 15 Sekunden dauern (Hypoxie/O₂-Mangel in den Körpergeweben möglich). Nach der Trachealtoilette werden der Mund und die Nase abgesaugt. Hierbei ist ebenfalls auf die sorgfältige Mund- und Nasenpflege zu achten.

Pflegestandard Nr. 18

Absaugen

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Absauggerät und 500 ml steriles Aqua destillata
- Sekretglas (Wasser und Desinfektionsmittel)
- Mehrere steril verpackte Absaugkatheter (in der Regel CH 14–16) mit zentraler und seitlicher Öffnung – Fingertip als Zwischenstück
- Mund- und Nasenpflegeset
- Stethoskop
- Abfallbeutel

Klienten

- Aufklärung und Lagerung
- Taschentücher (ggf. Zellstoff) und Abfallbeutel (ggf. Treteimer)
- Bettschutz (Erbrechen möglich)

Raum

- Angenehme Zimmertemperatur und bei Bedarf Frischluftzufuhr
- Steckdose (evtl. Verlängerungskabel)
- Zugang zum Bett von beiden Seiten ermöglichen
- Bei Bedarf Sichtschutz (Paravent)

Pflegefachperson

- Hygienische Händedesinfektion
- Unsterile Handschuhe (bei Trachealtoilette steril)
- Mundschutz (bei Erkältung, bei Trachealtoilette grundsätzlich)
- Einmalschürze
- **Personenzahl:** 1 Pflegeperson, bei unruhigen oder verwirrten Klienten kann bei Bedarf eine zweite Pflegeperson hinzugezogen werden

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Absauggerät zunächst auf seine Funktionalität überprüfen
- Katheter vorsichtig, ohne Sog einführen und das Absaugen mehrmals wiederholen, bis die Atemwege wieder frei werden (mit Stethoskop überprüfen)
- Unnötiges Hin und Her mit dem Katheter vermeiden
- Während des Absaugvorgangs die liegende Magensonde offen lassen (sonst Aspirationsgefahr!)
- Grundsätzlich erst oral und dann nasal absaugen
- Tracheales Absaugen erfolgt durch den Arzt oder durch eine schriftlich von ihm bestimmte und angeleitete Pflegefachperson
- Der jeweilige Absaugvorgang dauert max. 15 Sekunden (mögliche Hypoxie)
- Nach jedem Absaugen (oral, nasal oder tracheal) sorgfältige Mund- und Nasenpflege

■ Nachsorge

- Nachdem der Katheter unter drehender Bewegung zurückgezogen und durchgespült wurde, das Absauggerät abschalten und den Katheter in einem dafür vorgesehenen Abfallbeutel entsorgen. Sekretglasflüssigkeit ausleeren, mit dem Saugschlauch und Zwischenstück desinfizierend reinigen und sterilisieren
- Sekretglas, Schlauch und Zwischenstück sind bis 134 °C dampfsterilisierbar, danach für den erneuten Gebrauch bereithalten

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Durch kompetente und aseptische Vorgehensweise kann die Qualität überprüft und gesichert werden (unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen mögliche Komplikationen vermeiden)
- Das Wohlbefinden des Klienten kann durch die Ermöglichung unbehinderten Atmens erreicht werden. Dieses wiederum hängt von der ausführlichen Vorbereitung und Begleitung (Beruhigung) des Klienten ab

! Zu Beachten

- Genaues Dokumentieren (Beginn/Ende, Katheterstärke, Sekret-Beobachtungskriterien: Menge, Aussehen, Farbe und Konsistenz) ist unerlässlich

- Vor jedem Gebrauch das Absauggerät auf seine Funktionstüchtigkeit überprüfen
- Bei plötzlich auftretender Atemnot während des Absaugens sofort den Arzt verständigen. Der Absaugvorgang kann die Atemnot verstärken
- Für ausreichende Flüssigkeitszufuhr Sorge tragen (keine Milchprodukte, da vermehrte Schleimbildung)
- Vor der Benutzung in das Sekretglas 1%ige Desinfektionslösung geben
- Falls erforderlich, Sekretglas und Verbindungsschlauch mit Zwischenstück täglich auswechseln (für Ersatz sorgen)
- Eine sicherheitstechnische Kontrolle ist halbjährlich durchzuführen
- Unterweisung der Pflegefachpersonen erfolgt jährlich. Der Inhalt der Unterweisung wird dokumentiert und die Teilnahme durch Unterschrift bestätigt

PS 19: Pflege bei Wachkoma**Pflegestandard Nr. 19****Pflege bei Wachkoma**

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Wachkoma bedeutet Ausfallerscheinungen des Großhirns, besonders der Großhirnrinde. Es handelt sich meistens um einen totalen Ausfall der Großhirnrinde. Die pflegerischen Leistungen tangieren alle ABEDL-Bereiche der direkten Pflege, sonstige Leistungen werden auf ärztliche Verordnung durchgeführt.

Grundsatz

Eine häufige Verletzung bei einem schweren Verkehrsunfall (Auto oder Motorrad) stellt im Schädel-Hirn-Bereich das sog. Schädel-Hirn-Trauma (SHT) dar. Störungen der Hirnfunktion können ebenfalls durch toxische Schäden (Vergiftungen, Drogen, O₂-Mangel) oder Hirnerkrankungen (vaskuläre, entzündliche und/oder degenerative Prozesse) ausgelöst werden. Bei den Unfallfolgen handelt es sich meistens um ein Polytrauma. Die betroffenen Personen stammen aus allen Altersgruppen. Sobald sich der Zustand stabilisiert hat, d. h. eine unmittelbare Lebensgefahr nicht mehr besteht, wird ein SHT-Verletzter in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Altenpflegeheim verlegt. Die Verlegungsdiagnose lautet: Wachkoma (Apallisches Syndrom).

Alle bewussten Handlungen, Wahrnehmungen sowie die geistigen Tätigkeiten sind Funktionen der Großhirnrinde. Die vordere Großhirnrinde oder vordere Zentralwindung (Gyrus praecentralis) ist für die Motorik der gesamten Körpermuskulatur zuständig, d. h. für Extremitäten, Zunge, Schlucken, Kaubewegungen, Gesicht, Augen und Brauen.

Die hintere Großhirnrinde oder hintere Zentralwindung (Gyrus postcentralis) ist für die Wahrnehmung zuständig, also für das Hören, Sehen, Rie-

chen, für Geruchs- und Farberkennung, Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung

1940 wurde das apallische Syndrom erstmals beschrieben als wache Patienten mit offenen Augen liegend, ohne Reaktion auf Berührung oder Ansprache. Dabei sind Elementarfunktionen wie Kaubewegungen, Saugen und Greifen erhalten geblieben.

Franz Gertenbrand, Neurologe und Psychiater beschrieb die 7 Remissionsphasen. Die Dauer der einzelnen Phasen kann unterschiedlich lange sein. Nicht alle Klienten durchlaufen alle Phasen. Manche Klienten verbleiben in einer Phase.

- Phase 1: Koma (tiefe Bewusstlosigkeit und keine Reaktion auf Schmerzreize)
- Phase 2: Coma vigile/Wachkoma (reflektorische Reaktion auf Schmerzreize, pflegerische Interventionen und Massenbewegungen, ausgeprägte Spastik)
- Phase 3: Primitiv psychomotorische Phase (zeigt Reaktion auf akustische, später auch auf optische Reize, Unruhe teilweise mit Massenbewegungen, Schwitzen, ängstlicher Ausdruck in Mimik und Augen, Wachphasen orientieren sich an der Tageszeit, Esstraining wird möglich)
- Phase 4: Phase des Nachgreifens (Verständnis für die Situation und sprachliche Verständigung fehlt, optisches Fixieren nur im Gesichtsfeld, Klient greift nach Gegenständen und nimmt diese ohne Absicht in Mund, Nachlassen der Spastik)
- Phase 5: Klüver-Bucy Phase (bedingtes Sprach- und Situationsverständnis, fehlende Orientierung zu Person, Zeit und Ort, Harn- und Stuhlinkontinenz, Gehen [spastische Bewegungsabläufe] mit Hilfestellung möglich, Esssucht und fehlendes Schamgefühl)
- Phase 6: Korsakow-Phase (euphorisch-depressive Stimmungslage, logopädische Unterstützung beim Aufbau der Sprache erforderlich, es besteht Suizidgefahr da bewusst werden der eigenen Situation, kann eigenständig Laufen, aber noch Beuge- und Streckspasmen vorhanden)
- Phase 7: Integrationsphase (Orientierung und Mitarbeit ist weitgehend vorhanden, kann seinen Tagesablauf planen, wieder harn- und stuhlinkontinent, Berufswünsche und Zukunftspläne werden geäußert)

Es können eine Reihe von Erkrankungsfolgen bestehen bleiben wie Konzentrations-, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsschwäche, körperliche Behinde-

rungen, leichte Reizbarkeit, Distanz- und Kritischschwäche sowie mangelhafter Eigenantrieb.

Was bedeutet das für das Pflegepersonal? Die Betreuung und Pflege eines Klienten mit Wachkoma stellt für das Pflegepersonal eine große Herausforderung dar. Sie setzt fundierte fachliche Kenntnisse, Erfahrung und Engagement voraus. Hierbei ist das gesamte Spektrum einer intensiven Betreuung und Therapie erforderlich. Da es sich hier um eine Langzeitbetreuung handelt, ist die psychische Belastung durch die Schwere der Pflege enorm. Eine Verarbeitung mittels Supervision sehe ich als zwingend notwendig an.

Jede pflegerische Intervention läuft nach dem bekannten Regelkreis ab. So wird bei der Aufnahme als erstes die Fremdanamnese (Krankenhaus oder Angehörige) erhoben. Eine intensive Zusammenarbeit, regelmäßige Teambesprechungen und Koordination ohne Abgrenzung der Tätigkeiten im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess wird sich positiv auf den Klienten auswirken.

Problemstellung

Da der Klient seine Bedürfnisse nicht äußern kann, eine verbale Kommunikation nicht möglich ist, ist er seiner Umwelt in völliger Abhängigkeit ausgesetzt. Bei Klienten im Wachkoma, insbesondere in den Phasen 1–4, ist die Schmerzeinschätzung durch die Beobachtungsmethode ECPA (► Abschn. PS 8, Durchführung) erforderlich.

Das Spektrum der möglichen Komplikationen ist sehr groß. So stellen Dekubitus, Pneumonie, Kontrakturbildung, Spitzfuß, Mykosen, Thrombose, Parotitis und Soor, Harnwegsinfekt, Tracheitis und Ulcus ventriculi et duodeni wesentliche Probleme dar. Ferner können entstehen: Meningitis, zentrale Anfallseiden, zentral bedingte Temperaturerhöhung (Hyperthermie) oder Poikilothermie (vollständiger Zusammenbruch der zentralen Temperaturregulation aufgrund der massiven Schädigung des Zwischenhirns; der Körper passt sich der Außentemperatur an. Hierbei besteht ein lebensbedrohlicher Zustand). Des Weiteren kann es beim endotrachealen Absaugen zu Hypoxie kommen (O₂ applizieren, ► Abschn. PS 17). Opisthotonus (Überstreckung von Kopf, Rücken und Extremitäten) kann durch Lagewechsel (seitlich mit angewinkelten Beinen) unterbrochen werden.

Pflegezielsetzung

- Unter Ausschöpfung aller prophylaktischen Interventionen und der Einhaltung der Hygienemaßnahmen mögliche Komplikationen vermeiden (Infektionen, Pneumonie, Parotitis und Soor, Tracheitis, Dekubitus, Kontrakturen- und Spitzfußbildung).
- Nonverbale Kommunikation herstellen.
- Den Angehörigen Beratung und Betreuung anbieten.
- Mit beginnender Remission aktivierende und rehabilitative Maßnahmen in die Pflegeprozessplanung aufnehmen und regelmäßig Evaluation durchführen.
- Autonomie in möglichst in vielen ABEDL-Bereichen erreichen.
- Soziale und berufliche Rehabilitation anstreben und anleiten.
- Begleitung, Unterstützung und Schulung des Pflegepersonals sowie regelmäßige Supervision sicherstellen.

Durchführung

Die Betreuung und Pflege beim Wachkoma setzt ein qualifiziertes Team voraus. Hier ist das gesamte Spektrum einer intensiven Überwachung und Therapie notwendig. Es sollen möglichst immer dieselben Pflegebezugspersonen (Stimme, verbale Aktivierung und eindeutige Vorgehensweise) die Betreuung und Pflege durchführen, um Geborgenheit und Sicherheit vermitteln zu können.

Da der Kornealreflex nicht vorhanden ist, sind eine sorgfältige Augenpflege (3 × täglich) und das Anbringen eines Uhrglasverbandes sehr wichtig. Neben einer ausreichenden Raumluftfeuchtigkeit ist häufiges Absaugen notwendig. Regelmäßige Inhalation, Umlagerung, manuelle Thoraxvibration, Abklopfen (mit hohlen Händen) – unter Beachtung der Kontraindikation sowie Wirbelsäulen- und Nierengegend aussparen – helfen, dass der Bronchialschleim sich verflüssigt. Eine qualifizierte krankengymnastische (oder atemphysiotherapeutische) Therapie ist unabdingbar. Bei Rückenlagerung wird der Oberkörper 30° hochgelagert. Nach dem Absaugen wird die Mund- und Nasenpflege durchgeführt. Bei der direkten Pflege spielt der Einsatz von basaler Stimulation eine große Rolle. So können somatische (Körperpflege, ASE), vestibuläre (Lageveränderung, Mobilisation), vibratorische (Wahrnehmung z. B. mittels Rasier-

apparat, elektrische Zahnbürste), auditive (Stimme, Musik mittels Walkman) oder orale (Düfte, sonst situationsbedingt) Stimulation eingesetzt werden.

Mehrmals täglich passiv durchgeführte Bewegungsübungen wirken Kontrakturen und Spitzfuß entgegen sowie einer Thrombose vorbeugend. Bei hohem Fieber wird der Körper bei Bedarf mehrmals kühl abgewaschen und wegen der verstärkten Transpiration die Bettwäsche gewechselt. Die Ernährung erfolgt mittels PEG-Sonde (► Abschn. PS 16) und erfordert regelmäßigen Verbandwechsel. Da die Klienten keine Kontrolle über Harn und Stuhl haben, wird das Legen eines transurethralen Blasenverweilkatheters (► Abschn. PS 15) und dessen Pflege notwendig sein. Es ist auf regelmäßige Defäkation zu achten (Ileus möglich). Bei auftretender Diarrhö könnte es sich um eine Unverträglichkeit der Sondenkost handeln.

Der Klient hat ein Verlaufsprotokoll, in dem Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur, Pupillenkontrolle und Flüssigkeitsbilanzierung eingetragen werden. In der Nähe des Klienten sollen keine unwürdigen Äußerungen gemacht werden und nicht laut geredet werden. Jede pflegerische Intervention wird vorab erklärt.

Insgesamt gesehen besteht die Schwere der pflegerischen Arbeit darin, dass

- nicht mit dem Klienten kommuniziert werden kann (kein Feedback),
- keine Besserung des Zustandes (Status quo) ersichtlich wird,
- es kein Erfolgserlebnis gibt,
- es sich um eine hohe psychische Belastung handelt, da häufig junge Menschen betroffen sind,
- Angehörigen und Freunden Mut, Hoffnung und Verständnis vermittelt werden muss,
- man sich der eigenen Grenzen bewusst wird.

In der anfänglichen Remissionsphase zeigt der Klient Reaktionen auf Schmerz und Abwehrmaßnahmen. In der sog. zweiten Phase sind mimische Reaktionen sichtbar (Tränen, Lächeln). Der Klient beginnt, zu fixieren und mit den Augen seine Umgebung wahrzunehmen. Später kommt es zum Erkennen von Personen und Gegenständen, der Schlaf- und Wachrhythmus normalisiert sich. Es kommt zu verbalen Äußerungen. Aus dieser Passivität heraus soll der Klient langsam (unter Anwendung von Kinästhetik-Methoden) mobilisiert werden. Hierbei ist die Hilfe anderer Berufsgruppen (Logopädie und Ergotherapie) sehr wichtig.

Je jünger der Mensch ist, desto günstiger ist die Prognose, dass sich vorhandene Schäden auf Dauer zurückbilden. Dennoch bleiben Hirnschädigungen nicht aus. Eine weitere körperliche, soziale und berufliche Rehabilitation müsste in einer speziell dafür vorgesehenen Klinik erfolgen.

Das größte Erfolgserlebnis für alle an der Betreuung Beteiligten, die ihr ganzes fachliches Wissen und menschliches Können gegeben haben, ist, wenn es zu einer wesentlichen Besserung kommt. Der Erfolg hängt von der Kontinuität, Zuversicht, persönlichem Einsatz, menschlicher und körperlicher Nähe (auch von Angehörigen) ab.

Pflegestandard Nr. 19

Pflege bei Wachkoma

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPFP

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material-, Klienten-, Raum- und persönliche Vorbereitung sind von der jeweiligen Intervention abhängig

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Alle pflegerischen Interventionen entsprechen dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse
- Engmaschige Überwachung und Vitalwertkontrolle ist erforderlich
- Die Pflegesets für die diversen Tätigkeiten sollen aus ablauforganisatorischen Gründen im Zimmer auf einem dafür vorgesehenen Pflegewagen (mit Fächern) vorhanden sein. Bei der täglichen Erneuerung des Materials erweist sich eine Checkliste als hilfreich
- Neben dem Führen des Verlaufprotokolls ist das Eintragen von pflegerelevanten Daten in den Pflegeprozessbericht als unabdingbar anzusehen
- Die Pflegeprozessplanung passt sich der momentanen Situation an. Es können nur Nahziele formuliert werden
- Da die Klienten für Infektionen sehr anfällig und dadurch gefährdet sind, ist das Tragen eines Schutzkittels und eines Mundschutzes notwendig

■ Nachsorge

Erfolgt nach der jeweils durchgeführten Tätigkeit.

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Durch den professionellen Umgang (Achtung, Beständigkeit und Geduld) wird die Lebensqualität des Klienten trotz Wachkomas erreicht werden können

- Mit dem notwendigen Wissen und Können kann die gewünschte Prozessqualität erzielt werden
- Die angestrebten Pflegeziele sind die Kriterien für die Qualität der Leistungen

Zu Beachten

- Mögliche Pflaster- und Jodallergie beachten
- Bei Hypoxie sofort O₂ applizieren (► Abschn. PS 17)
- Augenpflege vorsichtig durchführen (fehlender Kornealreflex). Hier besteht die Gefahr der Austrocknung und Hornhautentzündung (Keratitis) durch Virusinfektion. Merkmale sind: Rötung, vermehrte Sekretion und Lidödem
- Bei der Nasenpflege auf mögliche Liquorrhö achten
- Tetanusprophylaxe durchführen und überprüfen
- Regelmäßig Wasser- und Elektrolythaushalt kontrollieren
- Erhöhter Kalorienbedarf (teilweise bis 5000 kcal) mittels enteraler oder parenteraler Ernährung ist auf mögliche Krämpfe zurückzuführen (eine Sedierung ist erforderlich)
- Bei stark unruhigen Klienten wird das Bett mit mehreren Kissen abgepolstert oder der Klient vorübergehend fixiert (richterliche Genehmigung beantragen ► Anhang)

PS 20: Pflege AIDS-Erkrankter**Pflegestandard Nr. 20****Pflege AIDS-Erkrankter**

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Bei der Pflege von an AIDS (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome/erworbene Immunschwäche) Erkrankten werden hohe Anforderungen im fachlichen (Intensivpflege) und menschlichen Bereich an das Pflegepersonal gestellt. Es können nur krankheitsbedingte Symptome behandelt werden.

Grundsatz

Anfang der 1980er Jahre wurde im Pariser Pasteur-Institut die Krankheit SIDA (Syndrome d'Immunodéficit Acquis) und der Verursachervirus LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) entdeckt und beschrieben. In Amerika wird die exogen erworbene Infektion als AIDS bezeichnet, das Erregervirus als HIV (Human Immunodeficiency Virus). Die HI-Viren dringen in den Blutkreislauf ein und zerstören das Immunsystem. Als mögliche Übertragungswege sind Geschlechtsverkehr ohne Kondom, Samen- oder Scheidenflüssigkeit, Ausscheidungsflüssigkeiten (Harn, Stuhl, Speichel, Tränen), Liquor, Blut, Wundsekrete, Injektionsbestecke, Schwangerschaft (Übertragung auf das ungeborene Kind) oder das Stillen beschrieben worden. Das Virus wurde allerdings nur vereinzelt in Speichel- und Tränenflüssigkeit nachgewiesen. Im stationären Bereich sollten grundsätzlich klienteneigene Rasierapparate, Nagelscheren/Nagelzangen und Nagelfeilen verwendet werden, da hauseigene möglicherweise als Infektionsüberträger fungieren können.

Bei der betroffenen Population handelte es sich am Anfang überwiegend um Homosexuelle, Hämophile und Menschen, die infizierte Transfusionen erhalten haben. Inzwischen sind Drogenabhängige, die Injektionsbestecke

gemeinsam benutzen oder tauschen, von der Infektion mit dem HI-Virus betroffen. Hinzu kommen noch Prostituierte (Geschlechtsverkehr ohne Kondom), Bisexuelle, Opfer von Gewalt/Überfall (Vergewaltigung) und in zunehmendem Maße Heterosexuelle.

Ein Pflegeverweigerungsrecht besteht grundsätzlich nicht und wird für Pflegende schon aus berufsethischen Gründen nicht möglich sein. Eine Ablehnung dieser Betroffenen ist eher ein gesellschaftliches Phänomen – ähnlich war es seinerzeit mit Lepra, Cholera und Tuberkulose. Leider gibt es zurzeit noch immer keine kurativen Möglichkeiten, die Krankheit AIDS zu besiegen.

In »Das Recht des Krankenpflegepersonals« (Böhme 1991, S. 293) heißt es: Berufstypische Risiken muss der Mitarbeiter in Kauf nehmen. Er hat lediglich Anspruch darauf, durch entsprechende Sicherungsvorkehrungen soweit wie möglich vor Eintritt solcher Risiken geschützt zu werden.

Der Arbeitgeber ist grundsätzlich verpflichtet, das erforderliche Schutzmaterial zur Verfügung zu stellen, der Arbeitnehmer wiederum hat die erforderlichen Hygienerichtlinien einzuhalten. Dem Klienten gegenüber besteht hinsichtlich der Hygienevorkehrungen Erläuterungs- und Informationspflicht. Die notwendigen Hygienemaßnahmen müssen grundsätzlich bei allen infektiösen Krankheiten eingehalten werden. Die AIDS-Erkrankung wird demzufolge z. B. wie die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus betrachtet. Der Antikörpernachweis ist frühestens nach 12 Wochen verlässlich. Die Inkubationszeit (Latenzzeit) der AIDS-Erkrankung beträgt 6 Monate bis 10 Jahre. Bei der Pflege von AIDS-Erkrankten spielt das medizinische Fachwissen eine sekundäre Rolle. Der Schwerpunkt der Arbeit im Rahmen des Pflegeprozesses liegt im Kennenlernen des Klienten mittels Lebens- und Situationsgeschichte und Pflegeanamnese sowie in der psychosozialen Betreuung: zuhören können, sich für das Gespräch Zeit nehmen, um dem Klienten gerecht zu werden, über die Krankheit, Sterben und Tod sprechen, offen und ehrlich dem Klienten begegnen, Hilflosigkeit und Grenzen der Pflegemöglichkeiten zugeben, Akzeptanz und Verständnis vermitteln. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Überprüfung der Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Atmung und Temperatur), Bewusstseinslage, Reflexe, mögliche Gang- und Sehkraftstörungen sowie Ausscheidungskontrolle von Harn, Stuhl, Erbrochenem oder Sputum nach den üblichen Beobachtungskriterien. Bei der direkten Pflege wird die gewünschte und erforderliche Hilfe in allen ABEDL-Bereichen geleistet. Die sonstigen Pflegeleistungen im Bereich der indirekten Pflege werden nach ärztlicher Verordnung durchgeführt.

Da es sich hier um eine Langzeitbetreuung mit infauster Prognose handelt, die das gesamte Spektrum einer intensiven Pflege und Therapie erforderlich macht, wird die psychische Belastung durch die Schwere der Pflege enorm hoch eingeschätzt. Die Pflegenden brauchen Unterstützung, um Kraft für diese Aufgabe schöpfen zu können. Hier bieten sich Supervision, Fallbesprechungen in einer Balint-Gruppe oder Teambesprechungen als mögliche und notwendige Copingstrategien an.

Problemstellung

Obwohl das Sterben und der Tod zum Leben gehören, fällt es uns sehr schwer, dieses anzunehmen, besonders, wenn es sich um ein junges, noch nicht gelebtes Leben handelt.

HIV-Positive und/oder AIDS-Erkrankte erleben in erster Linie in ihrem sozialen Umfeld eine gesellschaftliche Ausgrenzung. Sie können über die Krankheit, Ängste und Verzweiflung nicht reden, verlieren u. U. Familie, Freunde und Bekannte, fühlen sich total isoliert und von der gewohnten Umgebung abgestoßen. Diese Belastungssituation wirkt sich in Belastungsreaktionen aus wie Schlafstörungen, Angstzuständen, Nicht-wahr-haben-Wollen, Depression bis zur passiven Akzeptanz (»Ich gehöre zur Betroffenen-Gruppe und bin verloren«). Viele dieser Menschen verlieren auch noch ihren Arbeitsplatz als letzten festen sozialen Halt. Im Laufe der Krankheit kommen noch die berechtigten Ängste vor Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit, Schmerzen und möglichem Leid hinzu.

Durch die Infizierung mit dem HI-Virus weist das körpereigene Immunsystem einen Immundefekt auf und ist nicht mehr in der Lage, die Viren zu zerstören. Die Erkrankung wird von unterschiedlicher Symptomatik begleitet. Für die Pflege stehen internistische, neurologische und dermatologische Krankheitsbilder und deren Auswirkungen im Vordergrund.

Die häufigsten opportunistischen Infektionsbegleiterkrankungen sind: Pneumocystis-Carinii-Pneumonie, Zytomegalievirus-Infektion, Retinochorioiditis, Tuberkulose, Cryptosporidien-Enteritis, Herpes-Infektionen (Herpes simplex und Herpes zoster), Soor- und Candidabefall (Mund und Ösophagus), Hepatitis-B-Infektion, Cryptococcus-Meningitis, Toxoplasmose-Enzephalitis, Polyneuropathie, ZNS-Schädigungen, Kaposi-Sarkom und Non-Hodgkin-Lymphome sowie Nebenwirkungen der Medikamente. Wasting

Kachexie-Syndrom (wasting = zehrend, schwächend) kommt im Endstadium hinzu (starker Gewichtsverlust, andauernde Diarrhö, begleitet von Fieber und Appetitlosigkeit). Durch die orale, enterale und/oder parenterale Ernährung mit hochkalorischer Nahrung soll das Körpergewicht erhalten oder stabilisiert und ein subjektives Wohlbefinden erzielt werden.

Daraus ergeben sich Beeinträchtigungen, die eine pflegerische Intervention notwendig machen: Schlaflosigkeit, Nachtschweiß, Husten, Kopf- und Nackenschmerzen, Verwirrtheit und HIV-Demenz, Krampfanfälle, Fazialis-Parese, Schmerzzustände verschiedener Genese (Polyneuropathie), Fieber, Übelkeit und Erbrechen, Mundschleimhaut-Defekte (Soor- und Candidabefall), Ösophagitis, Sehkraftminderung (CV-Retinitis), die bis zur Erblindung führen kann, Harn- und Stuhlinkontinenz, Gewichtsverlust (Kachexie und Dehydratation), Diarrhö, Atembeschwerden (Dyspnoe und Hypoxie), Blasenbildung und Ausschläge auf der Haut, Dekubitus, Kontrakturen, Thrombose und Suizidgefahr (Suizidgedanken und Suizidversuch). Durch den Pilz- und Virenbefall des Mundes und der Speiseröhre kann es zu Kau- und Schluckbeschwerden kommen.

Pflegezielsetzung

- Erreichen von Lebensqualität und Stärkung des Selbstwertgefühls durch die psychosoziale Betreuung und bedürfnisorientierte Pflege.
- Angehörige und Freunde in die Betreuung integrieren und somit Geborgenheit vermitteln.
- Unabhängigkeit solange wie möglich erhalten oder teilweise wiedergewinnen.
- Auf die Wünsche, Bedürfnisse und den Lebenswillen des Klienten unter Berücksichtigung des bisherigen Lebens eingehen und respektieren.
- Belastung durch Neuinfektionen möglichst ausschließen.
- Zuneigung, menschliche Nähe, Wärme und Toleranz vermitteln.
- Copingstrategien mit dem Klienten entwickeln (sich mit der Krankheit auseinandersetzen, um den veränderten Alltag besser bewältigen zu können).
- Psychotherapie und Kontakt zur AIDS-Hilfe ermöglichen.
- Die Möglichkeit einer Beschäftigung (in symptomfreien Intervallen) anbieten – soweit gewünscht.

- Menschenwürdiges Sterben ermöglichen und auf dem Weg begleiten.
- Schulung ermöglichen für einzelne Pflegepersonen, die als Multiplikatoren fungieren sollen, und regelmäßige Evaluation im Pflegeteam durchführen.

Durchführung

Die evtl. auftretenden Pflegeprobleme sind sehr umfangreich, dennoch individuell verschieden und nicht konstant. So hängt die Pflegeprozessplanung von der momentanen Situation und den Komplikationen ab. Vor jeder Intervention wird der Klient informiert, miteinbezogen und die Intimsphäre gewahrt.

Viele Symptome können auch ohne Medikamente behoben werden, so z. B.:

- Schlaflosigkeit durch beruhigende Körperwaschung, Einreibungen, Gespräch und Zuwendung
- Nachtschweiß durch Erfrischung mittels Waschung, Eincremen und frische Nachtwäsche
- Husten durch Beratung, Hilfestellung, Frischluftzufuhr, Einreibungen
- Schmerzen durch entsprechende Körperhaltung, Entspannungstechniken, Atemübungen und Massage
- Fieber mittels Flüssigkeitszufuhr, Wickel
- Übelkeit und Erbrechen durch Frischluftzufuhr, Atemübungen, Mundpflege, Kamillentee, je nach Menge des Erbrochenen die Nierenschale auswechseln
- Atembeschwerden durch Atemübungen, ASE, O₂-Applikation
(▶ Abschn. PS 17)

Auf sorgfältige Hautpflege (W/O-Präparate) sollte immer geachtet werden. Alle prophylaktischen Maßnahmen werden obligatorisch in den Pflegeprozessplan aufgenommen. Passive und aktive Bewegungsübungen sind entsprechend dem aktuellen Befinden unter Miteinbeziehung von Krankengymnasten ausgerichtet. Die Gewichtskontrolle soll ein- bis zweimal wöchentlich erfolgen. Die Abweichung vom allgemeinen Speiseplan soll situationsbedingt möglich sein. So werden leicht verdauliche und gut verträgliche Speisen (eiweiß- und vitaminreiche Kost, auch Tiefkühlkost) zubereitet und angeboten.

Hierbei soll unbedingt die Lebensmittelhygiene beachtet werden. Bestimmte Lebensmittel wie z. B. Fisch, Geflügel und Fleisch können als kontaminiert betrachtet werden. Da der Klient für zusätzliche Infektionen sehr anfällig ist, sollen diese Lebensmittel nur gut durchgebraten verzehrt werden. Wünsche (oder Abneigungen) sollen berücksichtigt werden. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist unbedingt zu achten.

Pflegestandard Nr. 20

Pflege AIDS-Erkrankter

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen (richtet sich nach der Art der Tätigkeit)
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material-, Klienten-, Raum- und persönliche Vorbereitung sind von der jeweiligen Intervention abhängig

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Alle pflegerischen Interventionen entsprechen dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse
- Die Pflegesets für die diversen Tätigkeiten sollen sich aus hygienischen und organisatorischen Gründen im Zimmer auf einem dafür vorgesehenen Pflegewagen (mit Fächern) befinden. Bei der täglichen Erneuerung erweist sich eine Materialliste als hilfreich
- Die Pflegeprozessplanung passt sich der momentanen Situation an. Es können nur Nahziele formuliert werden
- Da die Klienten für Infektionen sehr anfällig und dadurch gefährdet sind, ist das Tragen eines Schutzkittels und Mundschutzes während des Ausbruchs einer opportunistischen Infektion erforderlich
- Jegliche Veränderungen (Krankenbeobachtung) werden im Pflegeprozessbericht dokumentiert und dem Arzt mitgeteilt

■ Nachsorge

- Die Entsorgung erfolgt jeweils nach der durchgeführten Tätigkeit
- Richtlinien für die Entsorgung von kontaminiertem Material beachten!
- Kontaminierte Wäsche gesondert in einem Sack sammeln (Doppelsackmethode) und gekennzeichnet an die Wäscherei geben, sonst wie mit üblicher Wäsche verfahren
- Kontaminierten Müll in gekennzeichnetes Behältnis entsorgen

- Nachsorge des Zimmers: Bett, Nachttisch und sonstige Gegenständen desinfizierend reinigen, Raumdesinfektion nur bei Tuberkulose; Matratzen mit Gummiüberzug desinfizierend abwaschen, Kissen und Decke desinfizierend reinigen
- Kanülen grundsätzlich (nicht nur bei AIDS) nicht abbiegen oder in die Schutzkappe zurückstecken, sondern zusammen mit der Spritze in einem speziellen Kanülenabwurfbehälter (im Zimmer des Klienten) entsorgen (Verbrennungsmüll).
- Reinigungs- und Desinfektionsplan und Hygienepläne (UVV) streng beachten und einhalten
- Einhalten der *Leitlinien zu HIV- Postexpositionsprophylaxe* des Robert-Koch- Instituts

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

- Durch den professionellen Umgang (Respekt und Geduld) wird Lebensqualität und Zufriedenheit erzielt
- Die angestrebten Pflegeziele sind die Kriterien für die Qualität der Leistungen

! Zu Beachten

- Schweigepflicht einhalten!
- Es besteht keine namentliche Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz!
- Mögliche Pflaster-, Jod- und Medikamentenunverträglichkeit beachten
- Grundsätzlich erst Desinfektion, dann Reinigung
- Nur Einmalartikel verwenden (Nierenschale, Sputumbecher, Schürzen usw.)
- Desinfektionsmittel mit Aldehyd oder aktivem Chlor verwenden
- Hygienische Händedesinfektion grundsätzlich vor und nach jeder Tätigkeit durchführen (Hände eincremen und pflegen)
- Bei Verletzung die betroffene Stelle sofort mit 70–85%igem Alkohol desinfizieren, abwaschen, möglichst ausdrücken (ausbluten lassen) und wasserdichte Pflaster anbringen. Bei Augenkontamination die Augen mit viel Wasser ausspülen
- Bei Kontamination der Haut mit viel Wasser abspülen und mit Hautantiseptikum getränktem Tupfer reinigen
- Um die Kontamination mit Blut, Ausscheidungsflüssigkeiten und beim Absaugen (Aerosolbildung) auszuschließen, ist das Tragen von Einmal-

schürze, Einmalgummihandschuhen (bei kleinster Verletzung ein zweites Paar anziehen), Mund- und Kopfschutz sowie eine seitlich geschlossene Schutzbrille erforderlich

- Alle Präventivmaßnahmen müssen exakt eingehalten werden
- Bei chronisch-rezidivierender Diarrhö, Inkontinenz, Verwirrheitszuständen und während einer der opportunistischen Infektionen ist zum eigenen Schutz des Klienten (stark infektionsgefährdet) und der Umgebung ein Einzelzimmer erforderlich
- Labor-Untersuchungsmaterial (Blut, Urin, Wundabstrich, Liquor) mit Aufkleber »Infektiös« versehen und in bruch sicheren Behältern transportieren
- Bei Reanimation keine Mund-zu-Mund-Beatmung durchführen, sondern Maske benutzen oder Mund-zu-Nase-Beatmung mit einem Taschentuch durchführen
- Notfallkoffer in unmittelbarer Nähe bereithalten
- Bei Verdacht auf AIDS-Kontamination bzw. Inokulation (Eindringen der Krankheitserreger in den Körper) soll die exponierte Pflegeperson sofort klinisch untersucht und die Serologie abgenommen werden. HIV-Antikörpertest wird sofort, nach 3 Monaten, 6 Monaten, 1 und 2 Jahren durchgeführt. Der Ansteckungsverdacht wird bei der Berufsgenossenschaft gemeldet
- Jede, auch die kleinste Verletzung auf dem Wohnbereich ins Verbandbuch eintragen (Best.Nr.: U 036, 5 Jahre aufheben) und dem D-Arzt/ Betriebsarzt melden
- Während einer Infektion (z. B. Erkältung) der Pflegebezugsperson muss die Betreuung von einer anderen Pflegeperson übernommen werden
- Schwangere sollen nicht auf einem Wohnbereich mit infizierten Klienten eingesetzt werden (§ 4 Mutterschutzgesetz, §§ 4 und 5 Mutterschutzarbeitsverordnung)
- HIV-Schutzimpfung wird empfohlen
- Einhaltung der Grundregeln der Hygiene nach IfSG
- Arbeitgeber ist nach § 5 der Biostoffverordnung (BioStoffV) und § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen

PS 21: Pflege MRSA-Erkrankter

Pflegestandard Nr. 21

Pflege MRSA-Erkrankter

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umgang mit Pflegeleistungen

Bei der Betreuung und Pflege von Klienten mit Methicillin-resistenter Staphylococcus-aureus-(MRSA-)Infektion werden die Pflegeleistungen im Bereich der direkten als auch der indirekten Pflege erbracht. Damit sind häufig alle ABEDL-Bereiche betroffen. Neben den individuell erforderlichen Pflegeleistungen wird eine Sanierung (Behandlung des kolonisierten Mikroorganismus) durchgeführt. Diese Pflegeleistungen sind sehr zeitaufwändig. Bei der Überprüfung der Pflegestufe werden sie vom MDK nicht berücksichtigt.

Grundsatz

Eine der zunehmenden nosokomialen (in Beziehung zum Krankenhaus stehenden) Infektionen in Altenpflegeeinrichtungen ist der MRSA oder der ORSA (Oxacillin-resistenter Staphylococcus aureus).

Verursacher der Infektion sind grampositive Kokken (Staphylococcus aureus). Staphylokokken gehören zur Familie der grampositiven Kugelbakterien. Inzwischen sind verschiedene Staphylokokkenstämme auf Antibiotika wie z. B. Methicillin oder Oxacillin resistent (unempfindlich) geworden. Da diese Erreger eine Resistenz gegenüber mehreren Antibiotika aufweisen, wird von einer Multiresistenz gesprochen. In einer Altenpflegeeinrichtung hat das Leben der Klienten in einer Gemeinschaft und einer wohnlichen Atmosphäre absolute Priorität.

Um die Ausbreitung von MRSA zu vermeiden, sind bestimmte Hygienemaßnahmen nach einem erstellten Hygieneplan einzuhalten. Information

und Verhaltensregeln der Angehörigen und Besucher als auch die Fortbildung und Überprüfung der Pflegenden und anderer Berufsgruppen, die mit Klienten im Kontakt sind, sind in regelmäßigen Abständen durchzuführen. Bei einer Verlegung aus dem Krankenhaus oder einer anderen Institution ist das Transportunternehmen und die Altenpflegeeinrichtung vorher zu informieren. MRSA-besiedelte Klienten, können am täglichen Leben teilnehmen. Hygienische Händedesinfektion vor den Mahlzeiten und nach der Toilettenbenutzung werden als ausreichend angesehen.

MRSA-positive Klienten, die offene Wunden bzw. Verweilkatheter oder Sonden gelegt bekommen haben oder eine schwere Atemwegsinfektion aufweisen, können in einem Einzelzimmer oder zusammen mit anderen Klienten untergebracht werden. Im Krankenhaus werden sie isoliert.

Über Sanierungsmaßnahmen wie Therapie und Kontrollabstriche entscheidet der Arzt.

Problemstellung

Unwissenheit über die Diagnose MRSA, seltene oder zufällige Wundabstriche bei chronischen Wunden oder operativen Eingriffen und Unempfindlichkeit von Keimen gegenüber Antibiotika stellen ein Problem bei der Versorgung in der Gemeinschaft dar. Ein weiteres Problem ist die Widerstandsfähigkeit von *Staphylococcus aureus* gegenüber Wärme und Trockenheit. Wo die Kontamination erfolgt ist, ist meistens nicht feststellbar.

Ein Screening (Untersuchung größerer Populationsgruppen auf eine oder mehrere Krankheiten) kann den Verdacht auf MRSA bestätigen.

Besonders prädestiniert für MRSA sind abwehrgeschwächte Klienten, Dialysepflichtige oder an Diabetes-mellitus-Erkrankte, Klienten mit Hautverbrennungen oder Klienten, die bereits früher MRSA hatten. Die Erreger besiedeln hauptsächlich Hände, Haut, Axilla, Nasen- und Rachenraum, intertrigogefährdete Hautbezirke z. B. Leistenregion, Achselhöhlen, Perinealregion (zwischen den Gesäßfalten) und Wunden. Darüber hinaus können Atemwege und Blut befallen sein. Klienten mit Blasenverweilkatheter oder Tracheostoma, Brandverletzte und dialysepflichtige Klienten können mit MRSA infiziert werden.

Bei mehr als zwei Fällen von MRSA sollten bakteriologische Untersuchungen von Klienten und Pflegepersonal durchgeführt und das Gesund-

heitsamt informiert werden. Pflegende mit bekannten Hautveränderungen, wie einem Ekzem oder einer Psoriasis, und Schwangere sollen MRSA-positive Klienten nicht betreuen.

Pflegezielsetzung

- Handlungssicherheit durch Fortbildung, Begleitung und Kontrolle erreichen.
- Vermeidung der Übertragung durch die konsequente Einhaltung von Hygienemaßnahmen.
- Keimreduzierung und eine völlige Sanierung.
- Soziale Kontakte aufrechterhalten.

Durchführung

In erster Linie ist eine sorgfältige hygienische Händedesinfektion (► Abschn. PS 2) vor und nach dem Kontakt mit MRSA-kolonisierten oder infizierten Klienten durchzuführen. Das gilt auch für Klienten, die am täglichen Gemeinschaftsleben teilnehmen: für das Pflegepersonal, das Reinigungspersonal und die Besucher.

Das Pflegepersonal trägt Schutzhandschuhe und -kleidung, Kopfschutz sowie Überschuhe. Bei bekannten Atemwegserkrankungen (Husten und Niesen) ist ein Mund-Nasen-Schutz erforderlich.

Eine Dekontamination (Beseitigung einer Kontamination) der Körperoberfläche und Haare erfolgt bei bettlägerigen Klienten mit 2 Pflegepersonen. Ganzkörper- und Haarwaschung werden 5 Tage mit einer antiseptisch wirkenden Flüssigseife durchgeführt. Das Präparat muss 1 Minute lang auf Haut und Haare wirken. Hände und Fingerringen sollen ebenfalls mit dem Präparat (evtl. mit einer Handbürste) behandelt werden. Haare und Körper werden mit warmem Wasser abgewaschen und mit frischen Handtüchern/Badetuch abgetrocknet. Während des Waschens wird der Matratzenbezug desinfizierend gereinigt und das Bett auf einer Seite frisch bezogen und der Klient auf die gereinigte Seite gelegt. Das gleiche erfolgt dann auf der anderen Seite. Nach der täglichen Dekontamination erhält der Klient frische Kleidung. Die Ganzkörperwaschung findet unter Berücksichtigung der Be-

dürfnisse und Gewohnheiten des Klienten statt. Mobile Klienten werden wie oben beschrieben geduscht.

- Je nach Körperteilbesiedelung wird z. B. der Mund- und Rachenraum 3-mal täglich nach Zahnprothesenpflege mit einem Schleimhautantiseptikum behandelt, d. h. dieses wird 1 Minute lang im Mund belassen und ausgespült, oder der Mund wird mit Wattestäbchen ausgepinselt. Es sollen Einmalzahnbursten benutzt werden.
- Nasenvorhöfe sollen ebenfalls 3-mal täglich mit einer antibiotikahaltigen Nasensalbe mit Wattestäbchen ausgestrichen werden.
- Klientenbezogene Artikel werden täglich desinfizierend gereinigt, wie z. B. Haarkamm, Haarbürste oder Rasierapparat. Sonstige Hilfsmittel, wie z. B. Hörgeräte, werden nach den Angaben der Hersteller behandelt.
- Pflegebezogene Artikel verbleiben im Zimmer. Sie werden täglich desinfizierend gereinigt (z. B. Blutdruckapparat, Thermometer).
- Verbandwechsel bei PEG, Cystofix, Wunden oder Trachealkanülenwechsel erfolgt unter aseptischen Kautelen.
- Alle Gegenstände im Zimmer werden ebenfalls täglich desinfizierend gereinigt. Dazu gehören: Bett, Bettbügel und Bettaufrichter, Nachttisch, Schrank, Tisch und Stühle und in Bad oder Dusche: Waschbecken, Duschstuhl, Toilettensitz sowie alle Türgriffe.
- Geschirr: Nach dem Gebrauch direkte Entsorgung (Geschirrwagen). Einmalgeschirr und -besteck wird entsorgt.
- Sammeln der Wäsche (betriebs- und klientenbezogene) erfolgt in einer Doppelsackmethode (ein farbiger Plastiksack über dem Wäschesack). Einmalgebrauchsartikel werden entsorgt, die Bettwäsche, Handtücher, Waschlappen und klientenbezogene Wäsche ist wie üblich einem thermischen Waschverfahren zu unterziehen. Der Wäschesack wird täglich entsorgt.
- Abfall im Zimmer wird in einem Behälter mit Deckel (Doppelsackmethode) gesammelt und wie üblicher Hausmüll täglich entsorgt (als Abfall der Gruppe B).
- Benutzte Instrumente werden desinfiziert. Falls in der Altenpflegeeinrichtung kein Sterilisator vorhanden ist, findet der Transport der Instrumente und sonstiger zu sterilisierender Teile in einem geschlossenen und gekennzeichneten Behälter statt.
- Zimmerreinigung durch das eigene oder fremde Reinigungspersonal findet täglich am Ende eines Durchgangs auf dem Wohnbereich statt.

Das Reinigungspersonal ist informiert, benutzt ein Flächendesinfektionsmittel das auch in der VAH-Liste aufgelistet ist. Nach Verlassen des Zimmers und Ausziehen der Schutzhandschuhe soll eine hygienische Händedesinfektion erfolgen.

- Angehörige und sonstige Besucher sind informiert und führen beim Verlassen des Zimmers eine hygienische Händedesinfektion durch.

Die oben genannten Maßnahmen werden 5 Tage konsequent durchgeführt. Nach Abschluss der Behandlung wird ab dem 3. Tag ein Screening, 3 Tage lang, von kolonisierten oder infizierten Stellen durchgeführt. Sofern alle 3 Abstriche negativ sind, ist die Sanierung beendet. Beim Auszug werden alle Gegenstände und Flächen desinfizierend gereinigt, Vorhänge abgenommen und gewaschen. Alle Pflegeleistungen werden dokumentiert. Weitere Kontrollabstriche sind 10 Tage, 1 Monat und 3 Monate nach Therapieende durchzuführen.

Pflegestandard Nr. 21

Pflege MRSA-Erkrankter (MR)

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1–2 Pflegepersonen (richtet sich nach der Art der Tätigkeit)
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Material

- Spenderflasche mit Desinfektionsmittel (verbleibt im Zimmer)
- Schutzkittel mit langen Ärmeln (nach jeder Schicht erneuern)
- Schutzhandschuhe (ein Paket ist im Zimmer)
- 2 Waschschüsseln (bei immobilen Klienten)
- Frische Bettwäsche, Handtücher/Badetuch, Waschlappen, klientenbezogene Wäsche und z. B. Inkontinenzmaterial
- Desinfektionsmittel für Wischdesinfektion (täglich frisch ansetzen)
- Frischer Wäschesack und Abfallsack (Doppelsackmethode)
- Behälter für Instrumente (Vorbereitung für Sterilisation, findet im dafür vorgesehenen Raum statt)
- Ständer für Schutzkittel

Klienten

- Über die Notwendigkeit der Maßnahme aufklären
- Toilettenartikel und Dekontaminationsmittel
- Den zu behandelnden Bereich freimachen

Raum

- Angenehme Zimmertemperatur
- Keine Zugluft
- Bei Bedarf Sichtschutz (Paravent)

Pflegefachpersonen

- Hygienische Händedesinfektion
- Schutzhandschuhe

- Kopfschutz
- Schutzkittel mit langen Ärmeln (Vermeidung der Kontamination von Dienstkleidung)
- Mund-Nasen-Schutz (Eigenschutz gegen Kontamination)
- Überschuhe
- **Personenzahl:** bei immobilen Klienten wird eine zweite Pflegeperson hinzugezogen

- **Durchführung (Prozessqualität)**
 - Unterweisung und Kontrolle im Umgang mit MRSA-Erkrankten
 - Konsequente Einhaltung der Hygienemaßnahmen anhand des MRSA-Hygieneplans
 - Pflegepersonen, Hauswirtschaftspersonal, Reinigungsdienst und Besucher führen eine hygienische Händedesinfektion beim Betreten und Verlassen des Zimmers durch
 - Pflegeperson trägt Schutzhandschuhe, Schutzkittel, Kopfschutz, Mund-Nasen-Schutz und Überschuhe
 - Je nach Besiedelung/Infektion, die Maßnahmen durchführen
 - Gegenstände und Flächen täglich desinfizierend reinigen
 - Bettwäsche, Klientenwäsche, Handtücher und Waschlappen täglich erneuern
 - Über Dekontaminationsmittel und die Dauer der Maßnahmen entscheidet der Arzt
 - Alle Pflegeleistungen im Leistungsnachweis und Pflegeprozessbericht dokumentieren

- **Nachsorge**
 - Klienten- und betriebsbezogene Wäsche wird getrennt (Doppelsackmethode) gesammelt und täglich entsorgt
 - Abfall wird in einem Behälter mit Deckel (Doppelsackmethode) gesammelt und täglich entsorgt
 - Nicht gebrauchtes Material verbleibt im Zimmer

- **Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)**

Durch die strikte Einhaltung des Hygieneplans, regelmäßige Schulungen des Pflegepersonals, Information und Einhaltung der Verhaltensregeln von Klienten, Angehörigen, Besuchern und Hauswirtschafts- und Reinigungsperso-

nal wird eine Übertragung ausgeschlossen und eine erfolgreiche Sanierung möglich sein.

Zu Beachten

- Richtlinien des Robert-Koch-Instituts: *Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen*, F 3.1, Lieferung 21, Dezember 2003
- Infektionsschutzgesetz (IfSG), § 36 Einhaltung der Infektionshygiene nach einem innerbetrieblichen Hygieneplan
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), § 15 Abs. 1, Pflichten der Beschäftigten, die Unterweisungen zu befolgen und für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Die persönliche Schutzausrüstung ist bestimmungsgemäß zu verwenden (§ 15 Abs. 2).
- Hygienische Händedesinfektion ist nach Ablegen von Schutzhandschuhen durchzuführen. Lange und lackierte Fingernägel sind Keimreservoir. Darüber hinaus können die Schutzhandschuhe durchstoßen werden, und der Infektionsschutz ist nicht mehr gewährleistet
- Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften (UVV)
- Desinfektionsmittel laut VAH-Liste verwenden
- Pflegepersonen mit nachgewiesenen MRSA-Infektionen dürfen bis zur vollständigen Sanierung keine Klienten betreuen und pflegen
- Beim Bettenmachen soll die Bettwäsche nicht aufgeschüttelt werden (Vermeidung der Keimaufwirbelung)
- Jede Altenpflegeeinrichtung hat die Möglichkeit, durch eine Hygienefachperson beratend und unterstützend begleitet zu werden
- Der Erreger besitzt eine hohe Widerstandsfähigkeit und ist mehrere Monate auf Möbeln, Oberflächen, Geräten, Pflegeartikeln und in der Luft lebensfähig
- Die richtige Dosierung von Desinfektionsmitteln und die Einhaltung der Einwirkzeit sind unbedingt zu beachten
- Das Außengehäuse des O₂-Gerätes und Absauger können nach der Benutzung desinfizierend gereinigt werden
- Nach erfolgreicher Sanierung sind alle angebrochenen restlichen Salben und Verbandmaterial als Restmüll (Doppelsackmethode) zu entsorgen
- Nach erfolgreicher Sanierung werden alle Gegenstände im Zimmer und Bad desinfizierend gereinigt und die Vorhänge desinfizierend gewaschen

- Arbeitgeber ist nach § 5 der Biostoffverordnung (BioStoffV) und § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen
- Schwangere sollen nicht in der Pflege MRSA-Erkrankter eingesetzt werden (§ 4 Mutterschutzgesetz und §§ 4 und 5 Mutterschutzarbeitsverordnung)

PS 22: Notfall-Interventionen

Pflegestandard Nr. 22

Notfall-Interventionen

Stand:

Erstellt von:

Überprüft am:

Umfang der Pflegeleistungen

Bei allen Notfällen kommt es auf das Erkennen des Notfalls und auf die Beurteilung der momentanen Situation an. Ruhe muss bewahrt und vermittelt, der Arzt verständigt werden (wo? was? wie?). Die Pflegefachperson ist für die fach- und sachgerechte pflegerische Betreuung und Notfallversorgung bis zum Eintreffen des Arztes verantwortlich (den Klienten nicht alleine lassen). Je nach Situation und Befinden des Klienten sind bei einem Notfall meistens alle ABEDL-Bereiche betroffen.

Grundsatz

Im Bereich der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie (frühere Behandlungspflege) gibt es bis heute keine klaren Kompetenzabgrenzungen. Vor der Durchführung einer Tätigkeit im Rahmen der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie soll sich die Pflegefachperson vergewissern, ob

- eine schriftliche Anordnung vorliegt,
- der Klient eingewilligt hat,
- sie sich persönlich befähigt und gewachsen fühlt, d. h. aufgrund ihres Kenntnis- und Erfahrungsstandes die einzelne Tätigkeit fehlerfrei vornehmen kann und/oder
- ein Notfall vorliegt.

Eine wirksame Delegation und mündliche oder schriftliche Erklärung des Arztes, er/sie »übernehme die Verantwortung«, kann demzufolge das Pfe-

gepersonal vom Schuldvorwurf und von haftungsrechtlichen Konsequenzen nicht befreien. Der Klient überträgt seine Heilbehandlung grundsätzlich dem Arzt und nicht dem Pflegepersonal. Somit ist die Zuständigkeit und Verantwortung dem Arzt zugesprochen. Therapieentscheidung ist ausschließlich die Sache des Arztes. Bei ärztlichen und pflegerischen Leistungen können Haftungsfragen entstehen. Hier wird zwischen zivilrechtlichen, strafrechtlichen, arbeitsrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Fragen (Staatshaftung) unterschieden. Im Regressfall ist es zu spät zu eruieren, ob die eine oder andere Intervention rechtlich zulässig oder nicht zulässig war.

Eine beruflich qualifizierte Pflegefachperson muss:

- eine gute Beobachtungsgabe haben,
- mögliche Komplikationen kennen und erkennen können,
- lebensrettende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes einleiten,
- sach- und fachkundig handeln (Vorbereitung: richten und Durchführung: verabreichen) und
- die Folgen ihres Tuns verantworten können.

Wenn sich eine Pflegefachperson subjektiv dennoch nicht in der Lage sieht, die Tätigkeit ordnungsgemäß durchzuführen, kann sie dies ablehnen (Ausnahme: Notfall!). Aus dieser Verweigerung kann weder ein arbeitsrechtlicher noch ein haftungsrechtlicher Nachteil entstehen. Sonderregelungen gelten nur beim Fachkrankenpflegepersonal mit Zusatzausbildung (z. B. Intensivpflege).

Neben den allgemeinen Aufgaben hat das Pflegepersonal gemäß § 323 c StGB allgemeine Hilfeleistungspflicht: Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft (Schneider 2003, S. 148). In Notfällen ist eine Pflegeperson nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, auch ohne ausdrückliche Delegation und Anweisung zu handeln. Sofern der Arzt nicht oder nicht rechtzeitig zu erreichen ist, wird die Frage der Kompetenzabgrenzung nicht relevant, sondern die notfallmäßig eingeleitete Hilfeleistung.

Als Grundsatz für Pflegefachpersonen gilt: »Volle Verantwortung für die Vorbereitung (selber richten, nicht richten lassen) und die Durchführung (verabreichen und/oder anlegen)«.

Es wäre ratsam, den Erste-Hilfe-Kurs jährlich oder mindestens alle 2 Jahre zu wiederholen. Bereits erworbene Kenntnisse können durch die Teilnahme an diesem Kurs wieder aufgefrischt werden.

Problemstellung

Nicht rechtzeitig bemerkte und erkannte Notfallsituationen können verheerende Folgen nach sich ziehen. Eine falsch eingeleitete Maßnahme wird zur Verschlechterung und möglicherweise zu irreversiblen Schäden führen.

8

Pflegezielsetzung

- Fach- und sachgerechte pflegerische und psychische Betreuung und Notfallversorgung sicherstellen.
- Die lebensbedrohliche Situation beheben.
- Eine Verbesserung der momentanen Situation erreichen.
- Zusätzliche Schäden vermeiden.
- Verletzungs- und Infektionsrisiko möglichst vermeiden.
- Hygieneregeln und Unfallverhütungsvorschriften beachten.
- Handlungssicherheit durch regelmäßige Unterweisungen erreichen.

Durchführung

Volumenmangelschock

Mögliche Ursachen: Blutverlust (innere oder äußere Blutungen), Flüssigkeitsverlust, starkes Erbrechen oder Diarrhö, Verbrennungen oder Lungenembolie.

Merkmale: Blässe, Zittern, Schweißausbruch (kalter Schweiß), Übelkeit und Erbrechen möglich, Frieren, Tachypnoe und Tachykardie (Puls am Hals messen).

Interventionen: Schocklage (Kopftieflage), Atemwege frei machen, Wärmezufuhr (Decke), O₂-Applikation 2–3 l/min (► Abschn. PS 17).

Anaphylaktischer Schock

Mögliche Ursachen: Überempfindlichkeit gegen bestimmte Allergene (häufig Penicillin), Schmerzmittel (ASS = Acetylsalicylsäure), jodhaltige Mittel, Insektenstiche, Tierhaare oder Nahrungsmittel.

Merkmale: Hautausschlag, Hautschwellung, Juckreiz, Übelkeit, Erbrechen möglich, Atemnot, Bronchospasmus, Hypoxie, Blutdruck-Abfall und Kreislaufstillstand möglich.

Interventionen: Sofortiger Abbruch der Mittelanwendung (sofern bekannt), Atemspende, O₂-Applikation bis 4 l/min, bei Insektenstich die Stelle sofort kühlen und möglichst Eiswürfel lutschen lassen.

Sturzverletzungen

Mögliche Ursachen: Hypotonie, Hypertonie, Orthostase, ein Hindernis, schlechte Beleuchtung, keine adäquaten Schuhe, Brille und/oder Hörgerät fehlen oder sind nicht funktionsfähig, allgemeine Gangunsicherheit und die Angst, fallen zu können, diverse Medikamentennebenwirkungen, nasse oder glatte Fußböden, fehlende Gehhilfen, fehlende Orientierung, Verwirrtheit, Bettgitter können die Sturzgefahr erhöhen, ebenso zu hohes Bett (Schwierigkeiten beim Aufstehen), bei Inkontinenten: Ausrutschen im eigenen Harn, Gleichgewichtsstörungen, Schwierigkeiten, die Bewegungen zu koordinieren, krankhafte Bewegungsbehinderungen, längere Bettlägerigkeit, fehlende Haltegriffe und Sitzmöglichkeiten (Sicherheit, Ausruhen).

Mögliche Traumen: Gesichts- und Kieferverletzung, Nasenbluten, Wirbelsäulenverletzung, Becken-, Oberschenkel- oder Schenkelhalsfraktur, Rippenfraktur, Klavikulafraktur, Commotio et Contusio cerebri und Blutungen.

Merkmale: Hämatome, Platzwunden, Zerrungen, Blutungen, Druckschmerz/Stauchungsschmerz, Schock, retrograde Amnesie, kurze Bewusstlosigkeit sowie Übelkeit und Erbrechen möglich.

Interventionen: (■ Tab. 8.2).

Epileptische Anfälle (einzeln oder als Status epilepticus)

Mögliche Ursachen: Hirntumoren, SHT (offene und gedeckte), subdurale oder intrazerebrale Hämatome, Gefäßmissbildungen, entzündliche Prozesse oder Hypoxie.

Merkmale: Bewusstlosigkeit während des Krampfanfalls, Zungenbiss möglich, Schaum vor dem Mund, während des generalisierten tonisch-klonischen Anfalls ist die Harn- und Stuhlkontinenz nicht möglich, Zyanose,

fehlende Pupillenreaktion, fokale Jackson-Anfälle (Krämpfe in einer bestimmten Körperregion) möglich.

Interventionen: Ggf. Taschentuch zwischen die Zähne legen, Atemwege freihalten, ausreichende Sauerstoffzufuhr, alles entfernen, was eine Verletzung

■ Tab. 8.2 Interventionen bei Verletzungen

Art der Verletzung	Intervention
Gesichts- und Körperverletzung	Stabile Seitenlagerung, Wundversorgung
Nasenbluten	Oberkörperhochlagerung, den Kopf nach vorne beugen, Hand an die Stirn legen, kalte Umschläge im Nackenbereich und Nasenrücken anbringen, Nasenflügel kurz komprimieren und Mund geöffnet halten
V. a. Wirbelsäulenverletzung	Lage bis zum Eintreffen des Arztes nicht verändern (mögliche Halswirbelverletzung)
V. a. Becken-, Oberschenkel-, und Schenkelhalsfraktur	Häufig bei Osteoporose; Flachlagerung auf einer festen Unterlage, die Stellung nicht verändern und provisorische Ruhigstellung (umpolstern) durchführen
V. a. Rippenfraktur	Oberkörperhochlagerung, möglichst keine Analgetika geben (beeinträchtigt die Atmung), bei Atmung und Abhusten manuelle Unterstützung (eigene oder fremde)
Klavikulafraktur	Röntgenkontrolle im Krankenhaus, bis zum Transport den Klienten nicht alleine lassen. Schmerzmittel nach Anordnung verabreichen. Nach Anlegen eines Rucksackverbandes (im Krankenhaus) wird dieser alle 3–6 Tage nachgezogen (4–6 Wochen lang)
Comotio oder Contusio cerebri	In den ersten 12 Stunden sollen Blutdruck, Puls, Pupillen- und Bewusstseinskontrolle engmaschig kontrolliert werden, Bettruhe (Kopfschmerzen möglich), zunächst Nahrungskarenz, bei Contusio cerebri sind fokale Jackson-Anfälle möglich, es kann zu einem akuten epiduralen oder chronisch subduralen Hämatom (► Abschn. PS 5) kommen
Blutungen	Wunde steril abdecken, verbinden, b. B. Druckverband anlegen (wobei der venöse und arterielle Fluss erhalten werden soll), bei starker Blutung oberhalb der Blutungsstelle die Arterie komprimieren

verursachen könnte, nach dem Anfall ist der Klient stark erschöpft (schlafen lassen), es besteht Amnesie, stabile Seitenlagerung (Aspiration vermeiden).

Aspiration

Mögliche Ursachen: Feste Gegenstände, Speisereste oder Sondenkost.

Merkmale: Hustenanfälle, Würgen, Zyanose, Todesangst, Dyspnoe, Stridor (pfeifendes Atemgeräusch), Glottisödem (Kehlkopfödem) und Ersticken sind möglich.

Interventionen: Bis zum Eintreffen des Arztes:

- Im Bett: Kopftief Lagerung (Oberkörper seitlich aus dem Bett hängen lassen).
- Im Sitzen: Kopf nach vorne beugen, Druck auf das Brustbein ausüben.
- Im Stehen: Oberkörper nach vorne beugen, Klienten von unten mit beiden Armen unterhalb des Brustbein-Schwertfortsatzes (Processus xiphoideus) fassen, mit beiden Fäusten wiederholt Druckstöße in Richtung Zwerchfell (Diaphragma) ausüben (Heimlich-Handgriff).
- Im Liegen: Mit gespreizten Beinen, in Knieposition über den Klienten beugen, mit übereinander gelegten Händen in Richtung Zwerchfell drücken (Heimlich-Handgriff).
- Durch den Arzt: Intubation und bronchoskopische Extraktion oder Tracheotomie möglich.

Herz-Kreislauf-Stillstand

Mögliche Ursachen: Herzinfarkt, starker Blutverlust oder O₂-Mangel.

Merkmale: Hautzyanose, Schnappatmung oder Apnoe, Bewusstlosigkeit, Pulslosigkeit und lichtstarre Pupillen.

Interventionen: Atemspende (mit einem Taschentuch Mund-zu-Mund- oder Mund-zu-Nase-Beatmung), Brustbereich freimachen, flache Lagerung auf eine harte Unterlage, äußere Herzmassage (2-mal Atemspende und 30-mal Herzkompression), wird das Bewusstsein nicht erreicht, in stabile Seitenlagerung bringen. Unverzüglich Notarzt verständigen! (▣ Abb. 8.1)

Barbituratintoxikation

Mögliche Ursachen: Einnahme von Barbituraten in suizidaler Absicht infolge Depression oder Verwirrtheit.

Merkmale: Übelkeit, Erbrechen, blasse Haut, Schwindelgefühl, Bewusstlosigkeit bis Atemstillstand oder Herz-Kreislauf-Stillstand, keine Pupillenre-

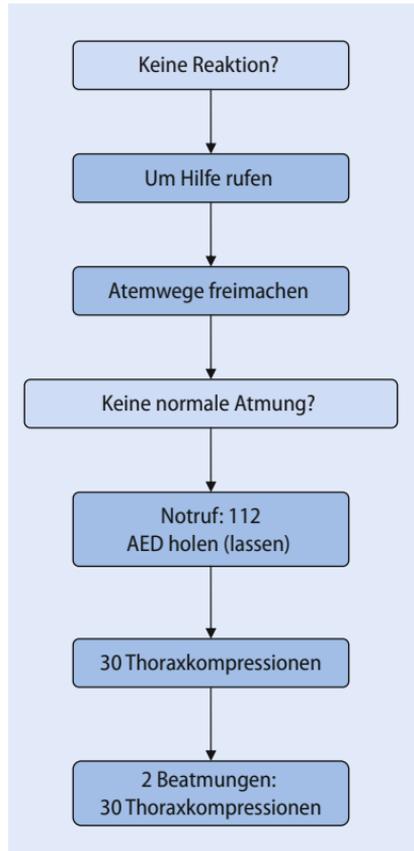
aktion, primär Blutdruck-Erhöhung, dann Blutdruck-Abfall und Harn- und Stuhlinkontinenz.

Interventionen: Atemwege freimachen und -halten, stabile Seitenlage-rung oder Kopf nach vorne beugen. Notarzt verständigen!

Verätzungen

Mögliche Ursachen: Orale Einnahme von Lösungsmitteln oder äußere Ver-letzungen auf der Haut und/oder Augen.

Merkmale: Verätzungen in Mund, Speiseröhre und Magenbereich, starke brennende Schmerzen und Schock.



■ **Abb. 8.1** Lebensrettende Basismaßnahmen bei Erwachsenen (Nach ERC-Leitlinien 2010)

Interventionen: Schockbehandlung, schluckweise zu trinken geben (Tee oder Leitungswasser), **nicht** zum Erbrechen bringen (sonst zusätzliche Schäden), ausziehen und die Haut mit fließendem Wasser spülen, die Augen ausgiebig über längeren Zeitraum mit Wasser spülen (aus den inneren Augwinkeln nach außen) und anschließend einen leichten Verband anlegen.

Blutzuckerentgleisungen bei Diabetes mellitus Typ II (Altersdiabetes)

Mögliche Ursachen: hyperosmolares Koma (Hyperglykämie, diabetisches Koma) oder hypoglykämischer Schock (Hypoglykämie).

Merkmale:

- Hyperosmolares Koma (Coma diabeticum): stark ausgeprägtes Durstgefühl (Polydipsie), häufiges Urinieren (Polyurie), Übelkeit, Erbrechen, Exsikkose, erhöhte Blutzuckerwerte, flacher Puls, Azetongeruch, Bewusstseinsintrübung, Letalität möglich.
- Hypoglykämischer Schock: Unruhe, Zittern, Blässe, Heißhunger, feuchte und schweißige Haut, langsamer Puls, niedriger Blutzucker, Verwirrtheit und Bewusstlosigkeit.

Interventionen:

- Diabetisches Koma: stabile Seitenlagerung, Insulin und ggf. Infusion nach ärztlicher Verordnung und Blutzucker-Kontrolle.
- Hypoglykämischer Schock: stabile Seitenlagerung bei Bewusstlosigkeit, Blutzuckerkontrolle, bei Bewusstsein Traubenzuckerlösung trinken lassen oder ein Stück Zucker im Mund zergehen lassen.

Stich- und Schnittverletzungen (berufliches Risiko)

Mögliche Ursachen: Nadel und Kanülenstichverletzungen, Glasscherben, scharfe Gegenstände, kontaminierte Instrumente, Blut, Blutspritzer ins Auge, Speichel, Ausscheidungen oder Abfallsack.

Merkmale: Stich- oder Schnittverletzungen, Blutverlust, mögliche Infektionen mit Hepatitis B und C (HBV/HCV), HIV-Infektion oder TBC.

Interventionen: Vorgesetzte informieren, im Verbandbuch eintragen: Unfallort und -zeitpunkt, Unfallhergang, Art und Umfang der Verletzung, Art und Weise der Erste-Hilfe-Maßnahmen, Name des Versicherten, Ersthelfer und Zeugen. Betriebsarzt, D-Arzt und/oder Krankenhaus informieren

und möglichst den Verletzungsgegenstand mitnehmen. Hierbei sollen HBV-Test und ein HIV-Test durchgeführt und der Impf- und Tetanusschutz überprüft werden. Bei Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen ist der zuständige Versicherungsträger zu informieren.

Bei Stich- und Schnittverletzungen den Blutfluss durch Kompression eine Minute lang oberhalb der Stelle drücken, gut bluten lassen, ggf. die Wunde spreizen und nicht abbinden. Die Wunde sofort mit Wasser reinigen, ca. 10 Minuten lang mit Hautdesinfektionsmittel desinfizieren und aseptisch abdecken.

Bei Augenverletzungen die Augen mit 5% wässriger PVP-Jod-Lösung ausspülen, ggf. mit Betaisodona-Lösung 1:1 verdünnen mit sterilem Aqua destillata oder mit Wasser reichlich ausspülen.

Bei Mundschleimhautverletzung den Mund mit reichlich Wasser ausspülen bzw. mit ca. 20 ml Antiseptikum (80 %igem Ethanol) durch intensives Spülen der Mundhöhle desinfizieren.

! Zu Beachten

- Bei Umgang mit Körperflüssigkeiten Handschuhe tragen
- Entsorgung der Kanülen, auf dem direkten Weg in dafür vorgesehene spezielle bruchfeste Kunststoffbehälter
- Entsorgung von Glasflaschen oder Glasbruch erfolgt in Kunststoffbehältern mit Deckel und Griff. Der Abwurfbehälter muss mit einem Aufkleber versehen werden
- Das Zurückschieben von benutzten Kanülen in die Schutzkappe ist nicht erlaubt.
- Abfallsäcke nur am Bund und nicht körpfernah tragen
- Fingernägel kurz halten, damit sich nicht Schmutz darunter festsetzen kann
- Mit Blut oder Körperflüssigkeiten kontaminierte Flächen sollen sofort mit einem mit Desinfektionsmittel getränkten Tuch dekontaminiert werden. Während der Desinfektion sollen Handschuhe getragen werden

Pflegestandard Nr. 22

Notfall-Interventionen

Durchführung durch:	Pflegefachperson
Erforderliche Zahl der Pflegenden:	1 Pflegefachperson und 1–2 Pflegepersonen
Zeitaufwand/Mittelwert:	
Kontrolle:	WBL/WBLV und PA
Verantwortlich:	WBL und VPPF

■ Vorbereitung (Strukturqualität)

Da es sich um eine Notfallsituation handelt, wird eine Material-, Klienten-, Raum-, und persönliche Vorbereitung überflüssig. Es ist primär wichtig, dass das Pflegepersonal weiß, wo sich Anleitungen zur ersten Hilfe bei Unfällen mit Angabe von Ersthelfern, Verbandskasten und Notfallkoffer befinden und was in der jeweiligen Situation zu tun ist.

■ Durchführung (Prozessqualität)

- Bei allen plötzlich auftretenden Ausnahmesituationen werden grundsätzlich die Vitalzeichen durch Auskultation und Palpation kontrolliert (Blutdruck, Puls, Atmung, Bewusstseinskontrolle, Temperatur, Blutzucker und bei Bedarf Pupillenreaktion überprüfen) und auf ein Verlaufsprotokoll eingetragen (meistens sind engmaschige Kontrollen erforderlich)
- Bei der Atmung wird die Atemfrequenz gemessen und vermerkt, ob es sich um Dyspnoe (Atemstörung), Orthopnoe (starke Atembehinderung), Tachypnoe (beschleunigte Atmung), Bradypnoe (verlangsamte Atmung), Apnoe (Atemstillstand) oder normale Atmung handelt
- Das Bewusstsein wird unterschieden in:
 - Somnolenz: Bewusstseinsstörung, Schläfrigkeit, zeitliche und örtliche Orientierung fehlt, verlangsamte Reaktion auf Aufforderung
 - Sopor: Bewusstseinsstörung, Reaktion auf starke Reize (Schütteln, Kneifen) vorhanden, Kommunikation ist nicht möglich
 - Präkoma: Bewusstseinsstörung, keine Reaktion auf verbale Aufforderung, verlangsamte Reaktion auf starke Reize vorhanden, Koma: Bewusstlosigkeit, keine Reaktion auf äußere Reize, keine Pupillenreaktion

■ Nachsorge

Erfolgt nach der jeweils durchgeführten Intervention.

■ Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Die angestrebten Pflegeziele sind die Kriterien für die Qualität der Leistungen.

! Zu Beachten

- Bei Atembehinderung und Schädelverletzung dem Klienten keine Schmerz- und Schlafmittel verabreichen
- Bei diagnostizierter Commotio oder Contusio cerebri ebenfalls keine Schmerz- und Schlafmittel geben (erschwert die Beobachtung)
- Monokel- oder Brillenhämatom ist Zeichen für Schädelbasisfraktur
- Spätkomplikation bei Commotio cerebri: Bewusstseinsintrübung, Verwirrtheit und Bildung eines subduralen Haematoms (nach 3 Tagen akutes subdurales Hämatom, nach bis 3 Wochen subakutes subdurales Hämatom oder nach 6 Wochen und länger chronisches subdurales Hämatom) begleitet von Kopfschmerzen und Veränderungen der Psyche (Krampfanfall-Bereitschaft), auf der Hämatomseite ist eine Pupillenerweiterung möglich
- Bei Kopfverletzung und Bewusstlosigkeit keine Schocklage, sondern stabile Seitenlagerung durchführen
- Bei Heimlich-Handgriff ist eine Verletzung der inneren Organe (Milz, Leber oder Magen) möglich
- Bei Kopftieflage (Schocklage) 15° Neigung nicht überschreiten, da Bauchorgane nach oben gedrückt werden und die Atmung dadurch beeinträchtigt wird
- Nicht rechtzeitig eingeleitete Schockbehandlung kann durch den O₂-Mangel zum Exitus führen
- Schocklagerung bei Wirbelsäulen-, Bein- und Beckenverletzung nicht anwenden
- Beim Rautek-Rettungsgriff auf mögliche Wirbelsäulenverletzung achten
- Rhinoliquorrhö (positiver Glucotest) oder starke Blutungen aus der Nase/dem Ohr sind auch Zeichen für eine Schädelbasisfraktur
- Mögliche Spätkomplikationen nach Frakturen: Thrombose, Pneumonie und Fettembolie.
- Durch die Rippenserienfraktur kann es zu Pneumothorax kommen

- Bei nicht sofort eingeleiteten Maßnahmen beim Tetanus besteht eine hohe Letalität (bis 70 %)
- Um die Sturzgefahr zu mindern (bei unruhigen und verwirrten Klienten), können vorübergehend die Matratzen (Leinentuch unterlegen) auf den Boden gestellt werden
- In jeder Institution (in allen Bereichen) soll die »Anleitung zur Ersten Hilfe bei Unfällen«, BGI 503 vorhanden sein
- Bei Verletzungen des Pflegepersonals am Arbeitsplatz soll das Verbandbuch (Verbandbuch gesetzliche Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) verwendet und 5 Jahre lang aufbewahrt werden. In Unternehmen von mehr als 20 Versicherten muss je 100 Versicherte ein Verbandkasten nach DIN 13 169 »Erste-Hilfe-Material; Verbandskasten E« vorhanden sein und 10 % der Versicherten müssen als Ersthelfer zur Verfügung stehen. In kleineren Unternehmen muss ein Verbandskasten nach DIN 13 157 »Erste-Hilfe-Material; Verbandskasten C« mit einem Ersthelfer vorhanden sein. Die Ersthelfer-Ausbildung wird von der BG getragen. Die Ausbildungswiederholung soll alle 2 Jahre erfolgen

Anhang

- 9 Betreuungsgesetz und freiheits-
einschränkende Maßnahmen – 287
- 10 Literatur – 293
- Stichwortverzeichnis – 297

Betreuungsrecht und freiheitseinschränkende Maßnahmen

Das Betreuungsgesetz (BtG) löste am 01.01.1992 das Vormundschafts- und Pflegerschaftsgesetz für Volljährige ab. Der bisherige »Vormund« oder »Pfleger« wurde zum »Betreuer«. Die Regelungen zur Betreuung sind Teil des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB).

» Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. « (§ 1896 BGB)

Der Betreuer handelt zum Wohle des Betreuten. Die Aufgabenbereiche des Betreuers legt das Betreuungsgericht fest. Sie können umfassen:

- Vermögensangelegenheiten
- Wohnungsangelegenheiten
- Rentenangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Vertretung gegenüber Behörden
- Gesundheitspflege
- Heilbehandlungsmaßnahmen
- Entgegennahme und Öffnen der Post

Der Hausarzt muss über den Aufgabenbereich »Gesundheitspflege« des Betreuers schriftlich informiert werden. Aus der Pflegeprozessdokumentation (Stammbblatt) ist ersichtlich, wer, ab wann, wie lange und für welche Aufgabenbereiche als Betreuer bestellt ist; die Telefonnummer des Betreuers muss hier angegeben werden.

Das BtG und das BGB haben für Altenpflegeeinrichtungen eine große Bedeutung. Gegenüber den Klienten besteht eine Sorgfalts-, Betreuungs- und Aufsichtspflicht. Unternehmen Klienten gefährdende Aktivitäten, besteht für Pflegepersonen immer ein gewisses rechtliches Risiko. Die Fürsorge- und Aufsichtspflicht darf jedoch nicht so weit gehen, dass die Klienten in ihrer Freiheit und ihren persönlichen Rechten eingeschränkt werden.

Zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen gehören:

- Bettgitter
- Leibgurt an Bett, Stuhl oder Rollstuhl
- Fesselung (Arm-, Beifixierung)

- Schließmechanismen, die den Klienten am Verlassen der Altenpflegeeinrichtung hindern
- Tischplatte am Rollstuhl (sog. Therapietisch)
- Psychopharmaka

Präventive Maßnahmen statt Freiheitseinschränkung:

- Den Klienten am Weglaufen nicht hindern, sondern ablenken.
- Dem Klienten eine sinnvolle Beschäftigung anbieten (»Biografie« beachten).
- Dem Klienten das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.
- Für ausreichend Bewegung des Klienten sorgen.

Bei akuter Unruhe und Verwirrtheit oder Weglauftendenz prüfen die Pflegenden, ob eine der folgenden Ursachen in Frage kommen kann:

- Hyperglykämie (hoher Blutzucker)
- Hypoglykämie (niedriger Blutzucker)
- Hypertonie (hoher Blutdruck)
- Exsikkose (Flüssigkeitsmangel)

■ **Nicht genehmigungspflichtige freiheitseinschränkende Maßnahmen**

- Im akuten Zustand (starke psychomotorische Unruhe, Suizidankündigung, krankheitsbedingter akuter Verwirrheitszustand oder erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung) sind freiheitseinschränkende Maßnahmen in einem Zeitrahmen von 24 Stunden nicht genehmigungspflichtig.
- Bei bis zu 3 Tagen unregelmäßig eingesetzten Zwangsmaßnahmen bedarf es keiner Genehmigung. Entscheidend ist, dass die Maßnahme nicht zu bestimmten Zeiten oder Gelegenheiten erfolgt (z. B. immer abends ab 20 Uhr). Die Maßnahme muss vom Arzt schriftlich genehmigt sein und falls eine Betreuung für Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsorge eingerichtet ist, besteht dem Betreuer gegenüber eine Informations- und Dokumentationspflicht. Ein Nachweis über die Fixierungsmaßnahme ist zu führen: »Fixierungsnachweis bei Einzelmaßnahme«.
- Die Einnahme von Psychopharmaka, die zu Heilzwecken angeordnet sind und als Nebenwirkung den Bewegungsdrang einschränken, muss

vom Betreuungsgericht nicht genehmigt werden. Es sollte eine »Einverständniserklärung« vom Arzt, Klienten und Betreuer unterschrieben vorliegen.

- Eine Freiheitseinschränkung (z. B. Bettgitter nachts), in die vom Klienten selbst eingewilligt wird, bedarf keiner Genehmigung. Das setzt jedoch Einwilligungsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit voraus. Die Einsichtsfähigkeit kann nur vom Arzt, nicht von einer Pflegefachperson bestätigt werden. Dies ist spätestens nach 3 Monaten zu überprüfen: »Einverständniserklärung für freiheitseinschränkende Maßnahmen«.
- Eine freiheitseinschränkende Maßnahme liegt nicht vor im Falle einer Fortbewegungsunfähigkeit und dem gleichzeitigen Unvermögen, irgendeinen Willen erkennen zu lassen.
- Nach Beendigung einer freiheitseinschränkenden Maßnahme wird der Betreuer unverzüglich informiert und dies dokumentiert.

■ **Genehmigungspflichtige freiheitseinschränkende Maßnahmen**

- Erfolgt eine freiheitseinschränkende Maßnahme regelmäßig zu bestimmten Zeiten oder Gelegenheiten, unabhängig von ihrer Dauer (z. B. bis zu 3 Tagen) ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich. Der Betreuer mit dem Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsvorsorge muss grundsätzlich informiert werden. Er muss die Zustimmung zur Maßnahme geben und beim Betreuungsgericht die Genehmigung beantragen. Besteht keine Betreuung, so wird die Bestellung eines Betreuers beim Betreuungsgericht angeregt und dort gleichzeitig die Genehmigung für die freiheitseinschränkende Maßnahme eingeholt. Dem Betreuungsgericht muss ein ärztliches Zeugnis vorgelegt werden.
- Alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen müssen vom Klienten und seinem Betreuer (mit dem Aufgabenbereich Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsvorsorge) genehmigt werden. Der Betreuer entscheidet, je nach Art und Schwere der medizinischen Maßnahme, ob das Betreuungsgericht in die Entscheidung eingeschaltet wird (wenn die Aufklärung durch den Arzt und das fachliche Wissen des Betreuers nicht ausreichend sind). Bei medizinischen Leistungen handelt es sich um ärztliche Maßnahmen (BGB § 1904): z. B. Legen von Magensonde, transurethralen Blasenverweilkatheter, PEG, suprapubischem Katheter, die Verabreichung von Einläufen, Klysmen, Suppositorien, sedierenden Medikamenten und die Durchführung operativer Eingriffe. Als Schutz

bei pflegerischen Leistungen gilt: die Fixierung beim Legen einer Sonde, einer Infusion, eines Katheters etc.

- Alle freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen im »Fixierungsnachweis – pflegerische Durchführung« dokumentiert werden.
- Angehörige können keine freiheitseinschränkende Maßnahmen anordnen oder genehmigen!

■ Mögliche rechtliche Folgen

Juristische Folgen für Pflegepersonen können entstehen, wenn BtG, BGB und Strafgesetzbuch (StGB) nicht beachtet werden. Relevant sind:

- § 239 StGB = »Freiheitsberaubung«,
- § 323c StGB = »Unterlassene Hilfeleistung«,
- § 223b StGB = »Misshandlung von Schutzbefohlenen«.

Juristische Folgen bei Nichtbeachtung der genannten rechtlichen Aspekte

- Anzeige wegen Freiheitsberaubung
- Anzeige wegen Nötigung
- Anzeige wegen Verletzung des Briefgeheimnisses
- Schadenersatzforderung
- Schmerzensgeldforderung
- Eintragung ins polizeiliche Führungszeugnis
- Freiheitsstrafe bis zu 10 Jahren

Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006) Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege, München, www.sozialministerium.bayern.de
- Becker C, Lindemann U, Ripmann U (2003) Sturzprophylaxe. Vincentz, Hannover
- Becker S, Kasper R, Kruse A (2011) Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.D.E.). Huber, Bern
- Bienstein C, Fröhlich A (2010) Basale Stimulation in der Pflege. Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, Seelze Velber
- Bienstein C, Schröder G, Braun M, Neander KD (1997) Dekubitus. Thieme, Stuttgart
- Böhme H (1991/2011) Rechtshandbuch für Pflegeeinrichtungen von A–Z. 7. Ergänzungslieferung, WeKa Media, Kissing
- Brüggemann J et al (2003) Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Anschlussbereich Projektgruppe P 39, MDS e. V., Essen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007) Pflegedokumentation stationär – Das Handbuch für die Pflegeleitung. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) Wegweiser – Demenz. Berlin, www.wegweiser-demenz.de
- Bundesministerium für Gesundheit (2007) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. In: Forschungsbericht 007/Gesundheitsforschung, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) im Rahmen der Initiative »Leuchtturmprojekt Demenz« – Demenz-Leitlinie. Berlin, www.demenz-leitlinie.de
- Bundesministerium für Gesundheit (2011) Wenn das Gedächtnis nachlässt. Berlin
- DEmenkranke Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen (DEMIAN) Projekt I (2004–2007) Entwicklung eines Ansatzes zur Förderung der Lebensqualität durch Schaffung positiver Erlebnisräume und DEMIAN II (2007–2010) Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz. Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010) Übersetzung ICN- Ethikkodex. Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2005) Prävention von Austrocknungszuständen im Alter
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2005) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007) Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung, Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009) Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung, Fachhochschule Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010) Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück

- Dürmann P (2005) Besondere stationäre Dementenbetreuung II. Vincentz Network, Hannover
- EUAP & NPUAP (2009) Leitlinie Dekubitus Prävention. www.euap.org
- Garms-Homolová V, Gilgen R (2000) Resident Assessment Instrument (RAI 2.0), Huber, Bern
- Geriatrisches Zentrum Ulm und AOK Baden Württemberg (2003) Sturzprävention im Pflegeheim und Schritt für Schritt. Eigenverlag, Ulm
- Gronnd E (2009) Pflege Demenzkranker. 4. Aufl., Brigitte Kunz, Hagen
- Heilberufe spezial (2008) Ulcus cruris. Urban & Vogel, München
- Heilberufe spezial (2010) Vaskuläre Pflege. Urban & Vogel, München
- Heuwinkel- Otter A, Nümann- Dulke A, Matscheko N (2006) Menschen pflegen, Bd 1. Springer, Berlin
- Heuwinkel- Otter A, Nümann- Dulke A, Matscheko N (2006) Menschen pflegen, Bd 2. Springer, Berlin
- Heuwinkel- Otter A, Nümann- Dulke A, Matscheko N (2007) Menschen pflegen Bd 3. Springer, Berlin
- Heuwinkel- Otter A, Nümann- Dulke A, Matscheko N (2009) Menschen pflegen – Der Praxisbegleiter für Pflegeprofis. Springer, Berlin
- Heuwinkel- Otter A, Nümann- Dulke A, Matscheko N (2011) Pflegediagnosen für die Kitteltasche. Springer, Berlin
- Hirsch RD (1992) Balint- Gruppenarbeit in der Altenhilfe. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Justizministerium Baden Württemberg (2010) Das Betreuungsrecht. Stuttgart, www.justiz-bw.de
- Kämmer K (2008) Pflegemanagement in Alteinrichtungen. Schlütersche, Hannover
- Kiel DP et al (2007) Schützen Hüftprotektoren Pflegeheimbewohner vor Hüftfrakturen? Efficacy of a hip protector to prevent hip fracture in nursing home residents: The HIP-PRO randomized controlled trial, JAMA 2007 Jul 25;298: 413–22
- Kitwood T (2008) Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Aufl., Huber, Bern
- Klein E, Textor G (2008) Bewegtes Lagern, Schulungs-Video (2010) und Ideenhandbuch Positionunterstützung (2010). Heilbronn
- Klie T (2010) Rechtskunde – Das Recht der Pflege alter Menschen. Vincentz, Hannover
- Krohwinkel M (2007) Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken. Huber, Bern
- Kunz R, Palliative Medizin für ältere Menschen. In: Schweiz Med Forum, Nr. 5/2002: 100–105
- Landesstiftung Baden- Württemberg (Hrsg) Schriftenreihe (2009) Training bei Demenz. Stuttgart
- Lexikon Pflege (2003). Springer, Berlin
- Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Projektgruppe 32, Essen
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005) Entbürokratisierung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. In: Neue Arbeitshilfe des MDS zu »Pflegetprozess und Dokumentation«, Essen
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2006) Neue Anforderungen an Hilfsmittel gegen Dekubitus, MDS stärkt Position der Pflegefachkräfte. Heilberufe 01/06, S. 66–68
- Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2009) Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen

- Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2009) Qualitätsprüfungs-Richtlinien MDL-Anleitung-Transparenzvereinbarung. Essen
- Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (2009) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren (2010) Einheitliche Prüfkriterien für die Heimaufsicht des Landes Baden Württemberg. Stuttgart
- Robert-Koch-Institut (2005) Infektionsprävention in Heimen. Springer, Berlin
- Robert-Koch-Institut (2008) Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion, Deutsch-Österreichische Empfehlungen. Berlin
- Runder Tisch Pflege (2010) Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. BMG/BMJFSF, Berlin
- Schmidt-Hackenberg U (2010) Wahrnehmen und Motivieren. 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter. Vincentz, Hannover
- Schmidt S, Döbele M (2010) Demenzbegleiter. Springer, Berlin
- Thomm M (2008) Pflegerische Betreuung von Schmerzpatienten. Heilberufe spezial 2008: 33–38
- Verband für angewandte Hygiene e. V. (2010) Desinfektionsmittelliste, mhp-Verlag, Wiesbaden



Stichwortverzeichnis

A

Abdomenmassage 198
 ABEDL-Strukturmodell 10
 Absaugen 87, 240
 Agitation 183
 AIDS 254
 Aktivkohleauflagen 169
 akute Schmerzen 159
 A-Lagerung 117
 Alginate 169
 Altenpflegeausbildung 58
 Alzheimer Demenz 185
 anaphylaktischer Schock 275
 angemessene Pflegeleistungen
 38
 Antithrombosestrümpfe 118
 Anus praeter 194
 Apallisches Syndrom 246
 Arztbrief 20
 ärztliches Zeugnis 80
 Aspiration 277
 Aspiration prophylaxe 144
 Assessmentdaten 21
 Atemstimulierende Einreibungen
 (ASE) 116
 Atemunterstützende Interventionen
 236
 Atmung 231
 Aufbewahrungspflicht 35
 Aufsichtspflicht 288
 Augenbindehautentzündung 96

B

Baden 103
 Balint-Gruppe 65
 Barbituratintoxikation 277
 Barthel-Index (BI) 188
 Basale Stimulation 190, 249
 Beckenbodenmuskulatur 150
 Beckenbodentraining 155
 Begleitdepression 184
 Beinübungen 117
 Belastungsreaktionen 256
 Beratung, Ernährung 80
 Berufskammer 59
 Besprechung 51
 Betäubungsmittelrezept 165
 Betreuer 288
 Betreuungsgesetz (BtG) 288
 Betriebssport 65
 Bettgitter 288
 Beurteilung von Schmerzen bei
 Demenz (BESD) 161, 188
 Bewegungsdrang 183
 Bewegungsförderungsplan 111
 Bezugspflege 10
 Biografie 27
 Bioimendanzanalyse (BIA) 135
 Blasenpunktion 208
 Blasenspülung 219
 Blasentraining 219
 Blasenverweilkatheter 86
 – suprapubischer 207
 – transurethraler 213
 Bobath-Konzept 105
 Body-Mass-Index (BMI) 135
 Bradenskala 108

Brief Pain Inventory (BPI) 161
 Brillenhämatom 282
 Brückenpflege 176

C

Case Manager 75
 Checkliste
 – Hautanalyse 112
 – Klientenvorstellung 50
 – Pflegevisite 53
 – Vorbereitung Einzug 76
 Chronische Schmerzen 159
 Chronische Wunden 166
 Clown 190
 Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 188
 Coma diabeticum 279
 Comotio cerebri 276
 computergestützte Pflegeprozess-
 dokumentation 17
 Contusio cerebri 276
 Corporate identity 56

D

Debridement 170
 Defäkation 146
 Dehydratation 134
 Dehydratationsprophylaxe 145
 Dekontamination bei MRSA 265
 Dekubitus 107, 167
 – Fingertest 111

– Fotodokumentation 113
 – Prophylaxe 110
 – Risikopatienten 109
 Dekubitusklassifikation 170
 Dekubitusrisikoskalen 108
 Delegation 81, 272
 Delir 183
 Dementia Care Mapping (DCM) 188
 Demenz 184
 DEMIAN 189
 Depression 183
 Deutsches Netzwerk für Qualitäts-
 entwicklung in der Pflege (DNQP)
 70
 diabetisches Fußsyndrom (DFS) 168
 Diagnose 29
 Dienstübergabe 49
 Dokumentationspflicht 16, 35
 Dokumentationsunterlagen 17
 Doppelsackmethode 266
 Drang- oder Urgeinkontinenz 152
 Drehtüreffekt 177
 Druckentlastung 111
 Durchführungsverantwortung 81
 Duschen 94
 Dyspnoe 232
 Dysurie 153

E

ECPA 161, 188
 Einmalartikel 82
 Einzug 74
 Entlassung 175
 epileptischer Anfall 275

Ergebniskontrolle 33
Ergebnisqualität 8, 20, 38, 83
– Dienstübergabe 51
– Pflegevisite 54
– Qualitätszirkel 56
Ernährung 132
Ernährungseinschätzung 140
Ernährungsstatus 138
Ernährungs- und Trinkprotokoll 144
Ernährungsvisite 144
Erste-Hilfe-Kurs 274
Essen 132
Essenskarte 135
Essensreiche 143
Esshilfen 142
Expertenstandards 70
Exsikkose 134
externe Fortbildung (EFB) 60

F

Fallbesprechung 50
Fatigue-Syndrom 160
feuchte Wundbehandlung 169
Finger-Food 143
Fingertest 111
Fingertip 242
Flächendesinfektion 85
Flüssigkeitsbedarf 132
Flüssigkeitsdefizit 134
Flüssigkeitsverweigerung 134
fördernde Prozesspflege 11
Fortbildung 59
Fotodokumentation 173
Freiheitsberaubung 291

freiheitseinschränkende Maßnahmen
288
Funktionspflegesystem 9
Fürsorgepflicht 288
Fußpflege 168

G

ganzheitliche Pflege 18
ganzheitlich fördernde Prozesspflege
10
Ganzheitlichkeit 11
Ganzheitlichkeitsprinzip 18
Geriatrische Depressionsskala (GDS)
187
gerontopsychiatrische Zusatz-
ausbildung 191
Gesundheitspflege 288
Gesundheitszeugnis 80
Glaukom 96
Grauer Star 96
Grüner Star 96
Gruppenpflegesystem 9

H

Hämaturie 153
Händedesinfektion 83
Händehygiene 83
Harnbeobachtungskriterien 150
Harnblasenentzündung 153
Harninkontinenz 149
– Risikofaktoren 153

Harnorgane 150
 Harnretention 152
 Harnwegsinfektion, Risikofaktoren 215
 Haut 106
 Hautanalyse 111
 Hautbeobachtung 101
 Hautinspektion 106
 Hautpflegemittel 95
 Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzerkrankter Menschen (H.I.L.DE.) 188
 Heimgesetz, Baden-Württemberg 48
 Heimlich-Handgriff 277
 Herz-Kreislauf-Stillstand 277
 Hilfeleistungspflicht 273
 Hilfestellung bei Nahrungsaufnahme 137
 HIV 254
 Hornhautaustrocknung 96
 Hydrogele 169
 Hygienefachperson 270
 hygienische Händedesinfektion 83
 Hyperglykämie 279
 Hyperkapnie 232
 Hypoglykämischer Schock 279
 Hypoxie 231

I

ICN-Ethikkodex 104
 Ileostomie 195
 Ileum-Conduit 203
 Immobilität 105

Infektionsprophylaxe 79
 – Blasenverweilkatheter 219
 Infektionsschutzgesetz (IfSG) 79
 Infektionswege 80
 Informationssammlung 20
 Injektionen 86
 innerbetriebliche Fortbildung (IBF) 60
 Instrumentenaufbereitung 85
 Integrative Validation nach Richard (IVA) 190
 Intertrigo 97
 Intertrigoprophylaxe 101
 Intimbereich 93
 Intimpflege 98
 ISO-Norm 48

K

Katarakt 96
 Kategorien fördernder Prozesspflege 11
 Katheterlegen 216
 Katheterpflege 218
 Kinästhetik 105
 Knochendichtemessung 131
 Kolon-Conduit 203
 Kolostomie 195
 Koma 247
 Komplikationen
 – AIDS 256
 – Commotio cerebri 282
 – Sondenernährung 225
 – Urostoma 203
 – Wachkoma 248

Konfabulieren 184
Kongruenz 11
Konjunktivitis 96
Kontinenzbeauftragte 154
Kontinenzeinschätzung 150
Kontinenzprofil 152
Kontrakturprophylaxe 118
Kopfverletzungen nach Sturz 121
Körperpflege 84, 97
Krohwinkel, Monika 10
künstliche Harnableitung 202
künstlicher Darmausgang 194
Kussmaul-Atmung 232

L

Lagerungen 117
Lagerungswechsel 108
Laxanzienmissbrauch 147
Lebensgeschichte 27
Leitungsbesprechung 51
Lernfeldorientierung 58

M

Makrovisite 52
Malnutrition 134
Mangelernährung 134
mangelhafte Pflegeleistungen 38
Mentorenausbildung 58
Mikrovisite 52
Miktion 150
Miktionsprotokoll 150

Mini-Mental-Status-Test (MMST) 187
Misshandlung 291
Morgensteifigkeit 118
MRSA 263
Müdigkeit 160
Mundpflege 226
Mundsoor 96

N

Nagelpflege 98
Nahrungsverweigerung 134
Nasenbluten 276
Nasennpflege 93
nationale Expertenstandards 62
nationaler Expertenstandard
– Dekubitusprophylaxe 107
Non-touch-Methode 86
North American Nursing Diagnosis
Association (NANDA) 28
Nortonskala 108
notwendige Pflegeleistungen 38
Numerische Ratingskala (NRS) 161
Nykturie 153

O

O₂-Applikation 234
Oberschenkelfraktur 276
Obstipationsprophylaxe 146
Obstruktive Ventilationsstörung
232
Ohrenpflege 93

Ohrspeicheldrüsenentzündung 95
 optimale Pflegeleistungen 38
 ORSA 263
 Osteoporose 131

P

Parotitis 95
 partizipativer Ansatz 56
 Pate 74
 Patientenverfügung 191
 PDCA-Zyklus 44
 PEG
 – Verbandwechsel 226
 PEG-(perkutane endoskopische
 Gastrostomie) 223
 perkutane endoskopische
 Gastrostomie (PEG) 223
 Pflegeanamnese 21
 Pflegeassessment 21
 Pflegebedürftig 21, 181
 Pflegediagnose 27
 Pflegedokumentationssystem 16
 Pflegefehler 81
 – Dekubitus 106
 Pflegeforschung 61
 Pflege, ganzheitliche 18
 Pflegeleistung
 – Qualität 5
 Pflegeorganisationssysteme 8
 Pflegeprozess 18
 Pflegeprozessbericht 33
 Pflegeprozessdokumentation
 – computergestützt 17
 Pflegeprozessmodelle 18

Pflegeprozessplan 22
 Pflegeprozessplanung 30
 Pflegeprozessstandards 68
 Pflegequalität 4, 38
 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
 (PQsG) 5
 Pflegequalitätsstufen 38
 Pflegestufen 21
 Pflegestützpunkte 75, 180
 Pflegeverweigerungsrecht 255
 – Notfall 273
 Pflegevisite 52
 Pflegevorgeschichte 20
 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
 (PfwG) 107
 Pflegeziel 31
 Pneumonieprophylaxe 116
 Pollakisurie 153
 poststationärer Unterstützungsbedarf
 177
 Präkoma 281
 Praxisanleitung 58
 professionelle Pflege 59
 progressive Muskelentspannung
 164
 Prozessqualität 7, 19, 38, 46, 83
 – Dienstübergabe 49
 – Pflegevisite 54
 – Qualitätszirkel 56

Q

Qigong 124
 Qualitätsebenen 38
 Qualitätshandbuch 6

Qualitätsprüfungen, externe 56
Qualitätssicherung 44, 45
– externe 46
– interne 44
Qualitätsweiterentwicklung 44
Qualitätszirkel 55, 65

R

Regressforderung bei Sturz 130
Rektumblase 203
Remissionsphasen bei Wachkoma 247
Resident Assessment Instrument (RAI)
22
Ressourcen 12
Restharn 153
Restriktive Ventilationsstörung 232

S

Sauerstoffapplikation 235
Sauerstoffflaschen 232, 239
Sauerstoffgabe 87
Sauerstoffmangel 231
Schädel-Hirn-Trauma (SHT) 246
Schadenersatzforderung 291
Schmerz 158
Schmerzauslöser 158
Schmerzensgeldforderung 291
Schmerzpflaster 165
Schmerzqualität 161
Schmerzskalen 161
Schmerztherapie 162

Schmuck 84
Schnittverletzungen 279
Schock 275
30° Schräglage 111
Schutzhandschuhe 84
Schutzkleidung 84
Screening 264
Silberaktivkohleaufflage 169
Smiley-Skala 161
Snoezelen 190
Somnolenz 281
Sondenkost 85, 229
Sondenkostaufbau 224
Sopor 281
Speisesaal 143
Stammblatt 17
Staphylokokken 263
Stichverletzungen 279
Stolpergefahr 120
Stoma
– Irrigation 197
– Komplikationen 196
– Systeme 197
– Versorgung 197
Stress- oder Belastungsinkontinenz
152
Stridor 232
Strukturmodell der ABEDL 10
Strukturqualität 4, 6, 19, 38, 45, 83
– Dienstübergabe 49
– Pflegevisite 54
– Qualitätszirkel 55
Stuhlentleerung 146
Sturzereignisprotokoll 126
Sturzprophylaxe 124
Sturzrisikoeinschätzung 120
Sturzursachen 120

Sturzverletzungen 121, 275
 Sturzverletzungen nach Morse 128
 Suizidgefahr 184
 Supervision 64
 suprapubischer Blasenverweilkatheter
 86, 207
 – Verbandwechsel 209

T

Tagesgestaltung 191
 Tag-Nacht-Rhythmus 134
 Tai Chi 124
 Teambesprechung 51
 Thromboseprophylaxe 117
 Tiere 190
 T-Lagerung 116
 Total Quality Management 44
 Trachealtoilette 242
 Transferhilfen 99
 transurethraler Blasenverweilkatheter
 213, 216
 – Pflege 218
 Tricepshautfaltendickemessung (THFD)
 137
 Trinkmenge 133
 Trinknahrung 143
 Trinkprotokoll 144

U

Überforderung, Angehörige 182
 Übergabegespräch 49

Überlaufblase 153
 Uhren-Zeichnen-Test (UZT) 187
 Uhrglasverband 249
 Ulcus cruris 167
 Ultraschallvernebler 88
 Umzug 182
 Unterlassene Hilfeleistung 291
 Urostoma 202
 – Komplikationen 203
 – Versorgung 204

V

vaskuläre Demenz 185
 Verätzung 278
 Verbale Ratingskala (VRS) 161
 Verbandbuch 91, 279
 Verbandskasten 283
 Verbandwechsel 86
 Verwirrtheit 183
 Virchow-Trias 117
 Visuelle Analogskala (VAS) 161
 Vitalwerte 23
 V-Lagerung 117
 Volumenmangelschock 274
 Vorsorgevollmacht 191

W

Wachkoma 247
 – basale Stimulation 249
 Weiterbildung 58
 Weltbund der Krankenpflegenden 28

WHO-Schmerzstufenschema 164
Wochenspeiseplan 142
Wong-Backer-Scala 161
Wundaufgabe 169
Wundbehandlung, feuchte 169
Wundexperte ICW 174
Wundgröße 167
Wundheilungsphasen 170
Wundheilungsstörungen 167
Wundmanipulation 167
Wundtherapeut ICW 174
Wundtiefe 167

Z

Zahnprothesenpflege 102
Zehn-Minuten-Aktivierung 190
Zökostomie 195
Zyanose 231
Zystitis 153