



SingLiesel



Björn Philipp



Expertenstandards leicht gemacht

Einfach erklärt – schnell anwendbar

Impressum

Druck und Bindung: FINIDR, Czech Republic

Satz und Umschlaggestaltung: Martin Janz, Freiburg i.Br.

Bildnachweise: shutterstock.com

ISBN 978-3-948106-50-8

© 2025 SingLiesel GmbH, Karlsruhe

www.singliesel.de

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten. Dies betrifft auch die Vervielfältigung und Übertragung einzelner Textabschnitte, Zeichnungen, Bilder oder Aufnahmen durch alle Verfahren wie Speicherung und Übertragung auf Papier oder unter Verwendung elektronischer Systeme.

In diesem Buch befinden sich Links und Angaben zu Webseiten Dritter. Bitte beachten Sie, dass sich der Autor und der SingLiesel Verlag die Inhalte Dritter nicht zu eigen machen, für die Inhalte nicht verantwortlich sind und keine Haftung übernehmen.

Björn Philipp

Expertenstandards leicht gemacht

Einfach erklärt – schnell anwendbar



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1. Grundlagen „Expertenstandard“	9
1.1 Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	9
1.2 Entwicklung und Bedeutung des Expertenstandards	10
1.3 Aufbau eines Expertenstandards	11
1.4 Die Expertenstandards im Überblick	13
2. Dekubitusprophylaxe in der Pflege	16
2.1 Wissens-Check Dekubitus	18
2.2 Risikoeinschätzung	21
2.3 Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, Beratung und Hilfsmittel	24
2.4 Aufgaben der Einrichtung	27
3. Sturzprophylaxe in der Pflege	30
3.1 Wissens-Check Sturz	32
3.2 Risikoeinschätzung	33
3.3 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Beratung und Hilfsmittel	35
3.4 Aufgaben der Einrichtung	39
4. Kontinenzförderung in der Pflege	40
4.1 Wissens-Check Inkontinenz	42
4.2 Risikoeinschätzung	45
4.3 Maßnahmen zur Kontinenzförderung, Beratung und Hilfsmittel	49
4.4 Aufgaben der Einrichtung	53

5. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	56
5.1 Wissens-Check chronische Wunde	58
5.2 Risikoeinschätzung	60
5.3 Moderne Wundtherapie und -versorgung sowie Beratung	63
5.4 Aufgaben der Einrichtung	70
6. Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	72
6.1 Wissen-Check Mangelernährung	74
6.2 Risikoeinschätzung	75
6.3 Ernährungsmanagement, Beratung und Hilfsmittel	78
6.4 Aufgaben der Einrichtung	82
7. Schmerzmanagement in der Pflege.	84
7.1 Wissens-Check Schmerz	86
7.2 Risikoeinschätzung	92
7.3 Behandlungsplan, medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen und Beratung	95
7.4 Aufgaben der Einrichtung	99
8. Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	100
8.1 Wissens-Check Demenz	102
8.2 Unterstützungsbedarf ermitteln	103
8.3 Maßnahmen und Methoden zur Beziehungsgestaltung	105
8.4 Aufgaben der Einrichtung	108
9. Förderung der Mundgesundheit in der Pflege	112
9.1 Wissens-Check Mundgesundheit	114
9.2 Risikoeinschätzung	117
9.3 Schnittstellenmanagement, Beratung, Hilfsmittel und Mundpflege	121
9.4 Aufgaben der Einrichtung	126

10. Erhaltung und Förderung der Hautintegrität	128
10.1 Wissens-Check Hautintegrität.	130
10.2 Risikoeinschätzung	133
10.3 Hautpflegemaßnahmen und Beratung	135
10.4 Aufgaben der Einrichtung.	138
Fazit zur Umsetzung der Expertenstandards	140
Anmerkungen	141
Literatur und Quellen.	143
Abkürzungsverzeichnis	145
Danksagung	146

Vorwort

Täglich üben Pflegekräfte qualitative und professionelle Handlungen in der Pflege aus, ganz gleich ob stationär oder ambulant. Manchmal ist ihnen nicht wirklich bewusst, *was sie warum und wie tun, wenn sie nicht geschult wurden oder ihnen Pflegequalität nicht im Alltag erklärt und gezeigt wird*. Doch wie können sie auf diese Weise Qualitätsmanagement in der Pflege leben? Und was bedeutet Pflegequalität überhaupt, was macht sie aus? Wer definiert Pflegequalität und daraus resultierende professionelle Handlungsanweisungen?

Die Antwort finden Sie in den Expertenstandards. Die Expertenstandards dienen dazu, Qualität in der Pflege sicherzustellen und zu ermöglichen.

Als Dozent und Berater im Gesundheitswesen ist mir jedoch aufgefallen, dass viele Pflegekräfte in stationären Akut- und Langzeitpflegeeinrichtungen, aber auch Auszubildende an den Pflegeschulen beim Thema „Expertentstandards“ eher verhalten und mit Desinteresse reagieren. Denn meistens werden sie mit grauer Pflegetheorie verbunden. Daher möchte ich in diesem Buch aufzeigen, dass Theorie notwendig ist, da sie die Grundlage für die Praxis und praktisches Handeln bildet. Keinesfalls sollen die Pflegekräfte das Gefühl bekommen, dass ein neuer „Expertentstandard“ wieder etwas ist, was nicht umgesetzt werden kann. Stattdessen möchte ich die Vorteile der Expertenstandards aufzeigen. Zum einen können sie bei Pflegekräften das Interesse an einem Pflegethema wecken und zum anderen sind sie ein Hilfsmittel, um pflegerische Maßnahmen zu verstehen und zu begründen. Eine der pflegerischen Hauptaufgaben ist es, pflegebedürftige Personen und deren Angehörige und Pflegepersonen professionell zu beraten. Dafür sind Expertenstandards ideal.

In den folgenden Kapiteln werden Sie erfahren, wie ein Expertenstandard aufgebaut ist, was die einzelnen Qualitätsebenen zusammengefasst bedeuten und wie Sie diese praktisch umsetzen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf „Risiken in der Pflege erkennen“, „Maßnahmenplanung“ und „Durchführung der Maßnahmen“.

Dieses Buch beinhaltet aufgrund der Komplexität und der settingspezifischen Unterschiede weder den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ noch den Expertenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“, der für Hebammen und Entbindungshelfer erstellt wurde. Des Weiteren fehlt der Expertenstandard „Förderung und Erhalt der Mobilität“, da dieser 2020 aktualisiert wurde, derzeit nicht als Druckversion im DNQP erhältlich und laut GKV-Spitzenverband für Pflegeeinrichtungen nicht verbindlich ist.¹

Enthalten sind die „neuen“ Expertenstandards „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ und „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität“.

Insgesamt soll Ihnen dieses Buch in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als Hilfsmittel zur Standarderstellung und Umsetzung des Qualitätsmanagements dienen, zur Auffrischung und Festigung des Fachwissens beitragen und Praxisanleitende sowie Auszubildende im Ausbildungsprozess unterstützen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Erweiterung und Festigung Ihres Wissens und Spaß bei der Umsetzung!

Ihr Björn Philipp

In diesem Buch wird das generische Maskulinum verwendet. Eine Unterscheidung in männlich/weiblich/divers findet nicht statt. Es umfasst alle Geschlechter.

1.3 Aufbau eines Expertenstandards

Häufig bereiten die Tabellen in den Expertenstandards Probleme: „Wie sind sie zu verstehen?“, „Wie liest man sie richtig?“, „Was bedeuten sie?“, sind dabei die häufigsten Fragen.

Die Expertenstandards sind in drei Qualitätsbereiche und mehrere Handlungsebenen unterteilt. Die Qualitätsbereiche umfassen die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Die Strukturqualität erläutert die Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege erfolgen sollte. Sie beschreibt eine Einrichtung/Organisation als Ganzes, die personellen und materiellen Ressourcen sowie Räumlichkeiten und Arbeitsmittel. Des Weiteren zeigt sie Qualifikation sowie Aus-, Fort-, und Weiterbildungsstand des Pflegepersonals an und inwieweit die betreute Klientel Zugang zu den Angeboten und Dienstleistungen hat, daran teilhaben und diese nutzen kann.

Die drei Qualitätsbereiche der EP

Prozessqualität

Die Prozessqualität befasst sich mit der Durchführung des Versorgungsprozesses in der Praxis, der durch alle am Pflegeprozess Beteiligten (Ärzte, Therapeuten, Angehörige etc.) direkt oder indirekt beeinflusst wird. Insgesamt wird hier beschrieben, wer welche Leistungen wie erbringt und wie der Verlauf von Pflege sowie Betreuung im Alltag geregelt ist.

Ergebnisqualität

Die Überprüfung der Ergebnisqualität ist nur möglich, wenn Struktur- und Prozessqualität regelmäßig angepasst und verändert werden. Hier wird überprüft, ob Pflegebedürftige, Angehörige und auch das Pflegepersonal die gesetzten Ziele erreichen. Die Ergebnisqualität äußert sich bspw. darin, dass sich die Zufriedenheit der Klientel, ihre Teilhabe am Leben und ihre Lebensqualität sichtbar zum Positiven verändert. Zugleich wird auf den aktuellen und künftigen Gesundheitszustand geachtet sowie auf den Grad der Selbstständigkeit. Wenn sich dieser verändert, muss eine Evaluation erfolgen, damit die Prozesse angepasst werden können.

Ebenen

Die „älteren Expertenstandards“, also die ersten Ausführungen, sind in fünf bzw. sechs Standardebenen aufgeteilt (vorher bildeten Ebene 4 und 5 eine Ebene), in der oberen Leiste ist die Begründung und Zielsetzung des Expertenstandards aufgeführt. Seit der Aktualisierung des Expertenstandards „Ernährungsma-

Die Handlungsebenen der EP

4. Kontinenzförderung in der Pflege

Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege, Aktualisierung 2024⁸

Zielsetzung:

Bei jedem Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf wird die Kontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harn- und/oder Stuhlinkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.

Begründung:

Harn- und Stuhlinkontinenz sind weit verbreitete pflegerelevante Probleme. Für die betroffenen Menschen sind sie häufig mit sozialem Rückzug, sinkender Lebensqualität und steigendem Pflegebedarf verbunden. Durch frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Menschen und der gemeinsamen Vereinbarung von spezifischen Maßnahmen können Kontinenzprobleme erheblich positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus können durch Inkontinenz hervorgerufene Beeinträchtigungen reduziert bzw. kompensiert werden.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Inkontinenz sowie zur vertieften Einschätzung bei Problemen der Kontinenz.	<p>P1a Die Pflegefachkraft nimmt zu Beginn des pflegerischen Auftrags eine erste Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Inkontinenz vor. Die Einschätzung wird bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei Vorliegen von Kontinenzproblemen eine vertiefte Einschätzung durch und zieht ggf. eine erweiterte pflegerische Kontinenzexpertise hinzu. Sie koordiniert in Absprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt erforderliche diagnostische Maßnahmen.</p>	<p>E1 Bei bestehenden Kontinenzproblemen liegt eine vertiefte Einschätzung der individuellen Kontinenzsituation und eine Beschreibung des Kontinenzprofils vor.</p>
S2a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Steuerung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. zur Kompensation der Inkontinenz. S2b Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung der Kontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.	P2 Die Pflegefachkraft informiert den Menschen mit Kontinenzproblemen und ggf. seine Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und plant mit ihm unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen individuelle Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz bzw. zur Kompensation der Inkontinenz und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen.	<p>E2 Ein der Kontinenzsituation entsprechender Maßnahmenplan, der zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils beiträgt, liegt vor.</p>

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Information, Schulung und Beratung zu Maßnahmen und Hilfsmitteln zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Inkontinenz.</p> <p>S3b Die Einrichtung hält die erforderlichen Ressourcen und Materialien zur Information, Schulung und Beratung sowie zum Einsatz von Hilfsmitteln bei Problemen mit der Kontinenz vor.</p>	<p>P3 Die Pflegefachkraft bietet dem Menschen mit Kontinenzproblemen und ggf. seinen Angehörigen in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine Information, Schulung und/oder Beratung zur Kontinenzherhaltung oder -förderung sowie ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz und dem Einsatz von Hilfsmitteln an. Darüber hinaus werden dem Menschen mit Kontinenzproblemen weitere interne und externe Ansprechpartner*innen genannt.</p>	<p>E3 Der Mensch mit Kontinenzproblemen und ggf. seine Angehörigen sind individuell zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz informiert, geschult und/oder beraten und kennen geeignete Maßnahmen sowie geeignete Hilfsmittel.</p>
<p>S4a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Umsetzung von Maßnahmen zur Kontinenzförderung bzw. zur Kompensation von Inkontinenz und dem Einsatz von Hilfsmitteln.</p> <p>S4b Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte Personalplanung, ein kontinenzförderndes Umfeld, geschlechtsspezifische Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz.</p>	<p>P4 Die Pflegefachkraft koordiniert die kontinuierliche Umsetzung der pflegerischen Maßnahmen zur Kontinenzförderung bzw. zur Kompensation von Inkontinenz und trägt zur Umsetzung der interprofessionellen Behandlung bei. Auf die Bitte um Hilfe bei der Ausscheidung wird unverzüglich reagiert.</p>	<p>E4 Die Maßnahmen sind gemäß der Planung umgesetzt und dokumentiert. Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Menschen mit Kontinenzproblemen angepasst.</p>
<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kontinenz sowie zur Kompensation der Inkontinenz zu beurteilen.</p>	<p>P5 Die Pflegefachkraft überprüft individuell festzulegenden Abständen den Erfolg der Maßnahmen und entscheidet gemeinsam mit dem Menschen mit Kontinenzproblemen, ggf. seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen über deren Fortführung bzw. Anpassung.</p>	<p>E5 Für den Menschen mit Kontinenzproblemen ist das individuell höchstmögliche Maß an Kontinenz mit der größtmöglichen Selbständigkeit sichergestellt. Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten.</p>

4.1 Wissens-Check Inkontinenz

Der 2024 aktualisierte Expertenstandard „Kontinenzförderung in der Pflege“ befasst sich mit dem sensiblen Thema „Inkontinenz“ – im Gegensatz zur vorherigen Version aber nicht nur mit Harninkontinenz, sondern auch mit Stuhlinkontinenz. Für viele Betroffene ist eine Harn- oder Stuhlinkontinenz mit Schamgefühl, sozialem Rückzug und einer Beeinträchtigung der Lebensqualität verbunden, im Akut- oder Langzeitpflegesetting auch mit erhöhtem Pflegebedarf.

Was ist Harn- und Stuhlinkontinenz?

„Von Harninkontinenz spricht man, wenn unwillkürlicher Harnverlust auftritt und die Fähigkeit schwindet, die Blase willkürlich an einem selbst bestimmten, dafür geeigneten Ort zu entleeren.“⁹

„Von Stuhlinkontinenz spricht man bei einer wiederkehrenden, unkontrollierten Stuhlentleerung über einen Zeitraum von drei Monaten, wobei Schleim oder Flatulenzen (Blähungen) nicht berücksichtigt werden.“¹⁰

Die Pflegefachkraft hat die Aufgabe, mit ihrem fachlichen Wissen das Problem der Harn- oder Stuhlinkontinenz oder die Inkontinenzgefahr gemeinsam mit dem Betroffenen und dessen Angehörigen zu identifizieren und durch vereinbarte Maßnahmen den Verlauf der jeweiligen Inkontinenzform oder die Erhaltung der Kontinenz positiv zu beeinflussen. Ebenfalls sollte die Pflegefachkraft wissen, wie eine Harn- oder Stuhlinkontinenz entsteht, und die Anatomie und Physiologie der Blasen-, Nieren- und Darmfunktion kennen. Die Pflegefachkraft sollte über Inkontinenzformen, Kontinenzprofile, Hilfsmittel und geeignete Maßnahmen Bescheid wissen.

Inkontinenzformen, ihre Symptome und Ursachen

Harninkontinenz¹¹

Harninkontinenz

Formen der Harninkontinenz	Symptome/Ursachen
Stress- und Belastungsinkontinenz	<ul style="list-style-type: none">ungewollter Urinabgang synchron mit körperlicher Belastung (z. B. beim Husten, Niesen, Lachen, Treppensteigen) ohne vorherigen Harndrangbei Belastung übersteigt der Druck in der Harnblase den Druck im SchließmuskelbereichStörung der Speicherfunktion der Harnblaseabnehmende Kraft der Beckenbodenmuskulatur
Inkontinenz bei chronischer Harnretention	<ul style="list-style-type: none">Rückstau des Urins in die Blaseungewollter Urinverlust, dann meist nur tröpfelnd durch Obstruktion der Harnröhremeist als Folge von Prostata-Problemen bei Männern oder bei neurologischen Erkrankungen

Dranginkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> ungewöhnlich häufiger, plötzlich und stark auftretender, nur schwer unterdrückbarer Harndrang, der zu Urinverlust führt Verschlussapparat der Harnblase ist intakt Ursache ist Fehlregulation der Aktivität des Blasenmuskels (z. B. bei Apoplex, Diabetes mellitus, Parkinson) mit oder ohne aktive Blasenkontraktionen Störung der Speicherfunktion der Harnblase
überaktive Blase	<ul style="list-style-type: none"> häufiger Harndrang mit oder ohne Dranginkontinenz, begleitet durch Nykturie, ohne vorliegende Harnwegsinfektion oder andere offensichtliche Pathologie gilt als urodynamische Anomalie
Mischinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Urinverlust im Zusammenhang mit Harndrang und körperlicher Belastung
neurogene Blasenentleerungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> durch neurologische Beeinträchtigungen gestörte Blasenfunktion
extraurethrale Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> ungewollter Harnverlust aufgrund anatomischer Fehlbildungen
unkategorisierbare Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> beobachtbarer unfreiwilliger Urinverlust, der auf der Basis von Symptomen oder Befunden nicht eindeutig zuzuordnen ist
sexuelle Erregungsinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Urinverlust während sexueller Erregung
Klimaturie	<ul style="list-style-type: none"> unwillkürlicher Urinverlust zum Zeitpunkt des Orgasmus

Stuhlinkontinenz¹²

Formen der Stuhlinkontinenz	Symptome/Ursachen	Stuhl- inkontinenz
Stuhldranginkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Stuhlverlust, unkontrollierbare Blähungen verbunden mit Stuhldrang 	
passive, nicht wahrnehmbare Stuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwillige Verschmutzung durch flüssigen oder festen Stuhl ohne Empfindung oder ohne Stuhldrang 	
Überlaufstuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Stuhlverlust aufgrund eines übervollen Rektums oder einer Kotstauung 	
koitale Stuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Stuhlverlust beim Geschlechtsverkehr 	
neurogene Stuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> durch neurologische Beeinträchtigungen gestörte Innervation des Kontinenzorgans 	
muskuläre Stuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> muskuläre Störung des Kontinenzorgans 	
konsistenzbedingte Stuhlinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Stuhlverlust bei zu flüssigem oder zu breigem Stuhlgang 	
Mischinkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> unfreiwilliger Stuhlverlust aufgrund von multikausalen Zusammenhängen 	

Folgen und Auswirkungen einer Harn- oder Stuhlinkontinenz für Betroffene

Eine Harn- oder Stuhlinkontinenz hat für die Betroffenen verschiedene Folgen und Auswirkungen. Diese sind in der folgenden Grafik dargestellt.



Abb. 4: Folgen und Auswirkungen einer Inkontinenz (eigene Darstellung)

4.2 Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung zum Thema „Inkontinenz“ ist für Pflegefachkräfte keine leichte Aufgabe, da die Inkontinenz für die Pflegebedürftigen meist belastend und schambehaftet und in der Gesellschaft ein Tabuthema ist. Empathische Fragestellungen sind daher sehr hilfreich, um Patienten oder umgebungsbedingte Risikofaktoren zu identifizieren.

Das Tabuthema „Inkontinenz“ sensibel behandeln

Initialfragen könnten sein:

- Verlieren Sie ungewollt Urin / Stuhlgang?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Vorlagen/Einlagen, um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?
- Gibt es Probleme mit verschmutzter Wäsche?
- Haben Sie Probleme, Darmwinde zurückzuhalten, oder andere Probleme mit dem Darm?

Nähern Sie sich dem Thema mit Fragen an.

Bei evtl. Rückfragen und einem guten Zugang zum Betroffenen sollten Details erörtert werden, z. B. wie lange das Phänomen bereits besteht, wie das Gefühl bei der Blasen- oder Darmentleerung ist, wie sich die Entleerungszeiten verhalten oder wie die Mengen der Entleerungen ausfallen.

Weitere wichtige Informationen, die erfragt werden sollten:

- Lebensmittelunverträglichkeiten
- vergangene Operationen
- Manipulationen oder medizinische Eingriffe in der Blasen- oder Darmregion, eingesetzte Hilfsmittel wie Blasenverweilkatheter oder Bestrahlungen im Beckenbereich

Diskrete pflegerische Beobachtungen könnten sein:

- häufig Toilettengänge
- Verstecken verunreinigter Wäsche
- unruhiges Verhalten
- Stürze
- auffälliger Geruch
- Hautveränderungen

Beobachten Sie die Situation.

Eine ausführliche differenzierte Einschätzung erfolgt schließlich unter Berücksichtigung folgender Merkmale:

- Körpergewicht (Adipositas/Kachexie)
- Ausschluss eines Harnwegsinfekts
- Auffälligkeiten oder Erkrankungen des Genitalbereichs
- Bestimmung des Restharnvolumens
- Vorlagengewichtstest
- Miktionsprotokoll: nicht bei schwer kognitiv eingeschränkten Personen, bei unklarem Kontinenzstatus und nur, wenn das Ergebnis auch in Maßnahmen abgeleitet werden kann
- Schließfähigkeit des Anus (anhand ärztlicher oder pflegerischer Untersuchung)
- Stuhlbeobachtung durch Stuhltagebuch
- Stuhldrainagesystem
- Hautbild im betreffenden Bereich

Die folgende Übersicht dient als Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung in der SIS.

Die SIS hilft, die Situation einzuschätzen.

Themenfeld: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- Sprachstörungen und damit verbunden eine mangelnde Fähigkeit, Schmerzen/Druckgefühle oder den Wunsch, zur Toilette zu gehen, mitzuteilen
- Schläfrigkeit
- Antriebslosigkeit
- Angst vor Toilettengängen
- negative Erfahrungen mit Inkontinenz in der Öffentlichkeit
- sexualisierte Gewalterfahrung
- Bewusstseinsstörungen
- mangelnde Fähigkeit, Risiken und Gefahren einzuschätzen
- Toilette wird als solche nicht erkannt, z. B. bei Demenz oder durch schlechte Beschreibung
- Schamerleben, Umgang mit Scham

Themenfeld: Mobilität und Beweglichkeit

Mobilität

- körperliche Einschränkungen, die den Toilettengang unmöglich machen
- Belastung des Beckenbodens, z. B. bei Schwangerschaft oder Adipositas, Lageveränderung/Vergrößerung der Gebärmutter

Hilfsmittel

- schlechte Beleuchtung oder fehlende Mobilitätshilfsmittel

Themenfeld: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Chronische Erkrankungen

- Apoplex
- Diabetes mellitus
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Morbus Crohn
- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Colitis ulcerosa
- Darmtumor
- Störungen des Nervensystems
- Erkrankungen oder Operationen der Prostata oder des Magen-Darm-Trakts
- Schließmuskelschwäche
- Hämorrhoiden / Fisteln / Analwarzen
- Rektum-/Analprolaps
- Zystozele
- Neoblase
- Genitalverstümmelung oder Genitalbeschneidung

Akute Erkrankungen

- Harnwegsinfektion
- Obstipation / Diarrhoe
- Fieber
- Infektionen
- Schonhaltung durch Schmerzen
- medizinisch angeordnete Bettruhe, z. B. nach Operationen

Medikamente/Therapien

- Anticholinergika
- Diuretika
- Opiate
- Psychopharmaka
- Laxantien

Themenfeld: Selbstversorgung

Körperpflege und Hautzustand

- keine selbstständige Übernahme der Toilettengänge, der Intimpflege sowie des Wechselns des Inkontinenzmaterials
- schwer zu öffnende Kleidung
- weiter Weg zur Toilette

Ernährung

- ungünstige Ess- und Trinkgewohnheiten
- übermäßiger Alkohol- oder Kaffeekonsum

Hilfsmittel

- fehlende Hilfsmittel wie Toilettensitzerhöhung oder Haltegriffe
- Türschwelle verhindert den Weg zur Toilette
- verschmutzte Toilette

5. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015¹⁵

Zielsetzung:

Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

Begründung:

Chronische Wunden sind häufig Symptome einer chronischen Krankheit, die maßgeblich den Alltag der betroffenen Person beeinflusst. Sie führen, insbesondere durch Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität, Wundexudat und -geruch, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Durch Anleitung und Beratung der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen zu alltagsorientierten Maßnahmen im Umgang mit der Wunde und den wund- und therapiebedingten Auswirkungen können die Fähigkeiten im gesundheitsbezogenen Selbstmanagement so verbessert werden, dass sich positive Effekte für Wundheilung und Lebensqualität ergeben. Des Weiteren verbessern sachgerechte Beurteilung und phasengerechte Versorgung der Wunde sowie regelmäßige Dokumentation des Verlaufs unter Berücksichtigung der Sichtweise der Patienten/Bewohner auf ihr Kranksein die Heilungschancen.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen, Krankheitsverständnis und gesundheitsbezogene Selbstmanagementfähigkeiten sensibel und verstehend zu erkunden.</p> <p>S1b Die Einrichtung verfügt über eine inter- und intraprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Sie stellt sicher, dass ein pflegerischer Fachexperte zur Verfügung steht, und hält erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereit.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft erfasst im Rahmen der pflegerischen Anamnese bei allen Patienten/Bewohnern mit einer chronischen Wunde das Krankheitsverständnis, wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft holt eine medizinische Diagnose ein. Für das wundspezifische Assessment zieht sie, insbesondere zur Ersteinschätzung und Dokumentation der Wunde, einen pflegerischen Fachexperten hinzu und bindet diesen nach Bedarf in die weitere Versorgung ein.</p>	<p>E1 Die Dokumentation enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten: Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung, individuelles Krankheitsverständnis, Körperföldstörung, Ängste; spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund und Entzündungszeichen.</p>
<p>S2 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen, zu krankheitsspezifischen Maßnahmen je nach Wundart (z. B. Bewegungsförderung, Druckverteilung oder Kompression), zur Wundversorgung, zur Grunderkrankung und zur Rezidiv- und Infektionsprophylaxe sowie zum Hautschutz und zur Hautpflege.</p>	<p>P2 Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen zu folgenden Bereichen: wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, wundspezifische Erfordernisse, Grunderkrankung und Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Schäden, Umsetzen medizinischer Verordnungen.</p>	<p>E2 Eine individuelle alltagsorientierte Maßnahmenplanung, die die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.</p>

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Umsetzungskompetenzen bezogen auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.</p> <p>S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass verordnete Hilfs- und Verbandmittel unverzüglich bereitgestellt werden und Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung stehen. Sie sorgt für eine den komplexen Anforderungen angemessene Personalplanung.</p>	<p>P3a Die Pflegefachkraft koordiniert die inter- und intraprofessionelle Versorgung (z. B. durch Arzt, pflegerischen Fachexperten, Physiotherapeut, Podologen und Diabetesberater).</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft gewährleistet eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen.</p>	<p>E3 Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen sind sach- und fachgerecht umgesetzt, ihre Durchführung und Wirkung fortlaufend dokumentiert. Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.</p>
<p>S4a Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zu Information, Beratung, Schulung und Anleitung zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement.</p> <p>S4b Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung zur Verfügung.</p>	<p>P4 Die Pflegefachkraft schult zu Wundursachen und fördert die Fähigkeiten des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Wundversorgung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen durch Maßnahmen der Patientenedukation. Sie unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Berufs-, Selbsthilfe- oder weiteren Gesundheitsgruppen.</p>	<p>E4 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungs möglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.</p>
<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Heilungsverlauf der Wunde und die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P5a Die Pflegefachkraft beurteilt in individuell festzulegenden Abständen, spätestens jedoch nach vier Wochen, die lokale Wundsituation (Wiederholung des wundspezifischen Assessments).</p> <p>P5b Die Pflegefachkraft überprüft unter Beteiligung eines pflegerischen Fachexperten spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und nimmt in Absprache mit dem Patienten/Bewohner und allen an der Versorgung Beteiligten gegebenenfalls Änderungen daran vor.</p>	<p>E5 Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigung der Lebensqualität oder Wundsituation liegen vor. Änderungen in der Maßnahmenplanung sind dokumentiert.</p>

5.1 Wissens-Check chronische Wunde

Der Expertenstandard setzt sich mit den häufigsten chronischen Wunden des Pflegealltags auseinander sowie mit Erkrankungen, die zu Wunden führen können. Außerdem umfasst er das Erleben der pflegebedürftigen Person und die Herausforderung, den Alltag mit einer chronischen Wunde zu bewältigen. Die Pflegefachkräfte sollen ein fundiertes Fachwissen bei der Versorgung von Wunden mitbringen, dieses erwerben oder die Wundversorgung gemeinsam mit externen Wundmanagern durchführen.

Der Expertenstandard schreibt zu diesem Thema:

Was ist eine
chronische
Wunde?

„In der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden dann als chronisch zu bezeichnen, wenn diese innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung – hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle – unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen.“¹⁶

Der Expertenstandard beschreibt die folgenden Wunden und deren Versorgung: Dekubitus, diabetisches Fußsyndrom und gefäßbedingter Ulcus cruris (venosum, arteriosum oder mixtum).



Abb. 5: Dekubitus



Abb. 6: Diabetes-Fußgeschwür



Abb. 7: Venöses Ulkus mit Lipodermatosklerose: abheilendes Ulkus mit gesundem Granulationsgewebe

Die aufgeführten Wunden, ausgenommen der Dekubitus, entstehen meist durch gefäßbedingte Grunderkrankungen wie:

- CVI: chronisch-venöse Insuffizienz
- pAVK: periphere Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus

Die Komplexität der Pathophysiologie der einzelnen Erkrankungen würde den Rahmen dieses Buchs sprengen. Die folgenden Internetseiten können jedoch dabei helfen, schnell fundiertes Wissen zu erwerben oder bereits vorhandene Kenntnisse aufzufrischen:

- Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie:
www.phlebology.de
- Deutsche Diabetes Gesellschaft: www.ddg.info
- Das Diabetesinformationsportal: www.diabinfo.de
- Service zur Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit:
www.gesund.bund.de
- Pschyrembel Online: www.pschyrembel.de

Tipps für
weitere Infos

Bei vorliegenden Grunderkrankungen steht nicht nur die Wundversorgung im Mittelpunkt, sondern es ist außerdem notwendig, den Betroffenen ein Verständnis hinsichtlich ihrer Erkrankungen zu vermitteln, eine Rezidivprophylaxe vorzunehmen und mögliche Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen.

Sensibilisieren
Sie die
Betroffenen.

Das Leben mit einer chronischen Wunde

Das folgende Schaubild eignet sich für Pflegefachkräfte in Beratungssituatio-
nen, um sich auf empathische Weise mit dem Thema „Chronische Wunden“
auseinanderzusetzen.



Abb. 8: Herausforderungen für Menschen mit chronischen Wunden (eigene Darstellung)

5.2 Risikoeinschätzung

Die beispielhaften SIS in den vorherigen Kapiteln bieten einen raschen Überblick. Beim Wund- und Schmerzmanagement oder der Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz geben die Tabellen beispielsweise eine Übersicht und dienen gleichzeitig als Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung. Der Aufbau dieses Kapitels unterscheidet sich jedoch von den vorherigen. Die Risikoeinschätzung wird nicht in Form einer SIS aufgezeigt, sondern in zwei Tabellen, da in den Einrichtungen unterstützend Formulare zur Wunderhebung oder zum Risiko-assessment genutzt werden.

In der ersten Tabelle, einem Auszug aus dem Expertenstandard, geht es darum, Kriterien einzuschätzen, die wund- oder therapiebedingte Einschränkungen sowie Einschränkungen der (Selbst-)Pflegekompetenzen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen mit sich bringen.

Die zweite Tabelle bietet eine Liste von Kriterien für ein wundspezifisches Erfassungsinstrument in der Wunddokumentation der Einrichtung. Je nachdem, welche Kriterien in den beiden Tabellen zutreffen, sind die Risiken dann in der SIS im jeweiligen Themenfeld aufzuführen. Außerdem ergeben sich in einem

Gespräch mit den Betroffenen automatisch weiterführende Maßnahmen für die Pflege und die Betroffenen selbst.

Die Risikoeinschätzung erfolgt bei beginnendem Pflegeauftrag, bei gesundheitlicher Verschlechterung, Auftreten neuer Grunderkrankungen oder bei einer neu entstandenen Wunde (extern wie intern).

Risikoeinschätzung zu Beginn, bei Verschlechterung, Auftreten neuer Wunden

Kriterien zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der (Selbst-)Managementkompetenzen der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen

Verständnis des Krankseins	<ul style="list-style-type: none"> ● zu Ursache der Wunde ● zu Heilung der Wunde ● zu Symptomen ● zur Bedeutung spezieller Maßnahmen
wund- und therapiebedingte Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzen ● Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen ● Schlafstörungen ● psychosoziale Aspekte ● Abhängigkeit von personeller Hilfe ● Jucken und Schwellungen der Beine ● Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl ● Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Hygiene
vorhandene wund-bezogene Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> ● Kompressionsstrümpfe ● spezielle Schuhe ● Orthesen ● druckverteilende Matratzen ● Sitzkissen ● u. a. m.
(Selbst-)Management-kompetenzen der pflegebedürftigen Person oder ihrer Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> ● in Bezug auf den Umgang mit oben aufgeführten Einschränkungen ● in Bezug auf Wunden und Verbandswechsel ● Erhalt von Alltagsaktivitäten ● krankheitsspezifische Maßnahmen ● entstauende Maßnahmen, z. B. Kompression, Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe, Hochlegen der Beine über Herzniveau, Veränderung der Sitzposition ● Gefäßtraining ● Fußpflege und -inspektion ● präventive Maßnahmen ● Druckentlastung der Wunde, z. B. durch Bewegungsförderung oder druckentlastende Hilfsmittel ● Hautschutz und Hautpflege ● Umstellung der Ernährung ● Blutzuckereinstellung ● Rauchentwöhnung

Die folgende Kriterienliste hilft beim wundspezifischen Assessment zur Wunddokumentation.

Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment	
medizinische Wunddiagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Grunderkrankung • Wundart und Schwereeinteilung der Wunde sowie Grunderkrankung • bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen und deren Wirkung
Wunddokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • grafisch, schriftlich und fotografisch <p>CAVE! Es empfiehlt sich, die chronische Wunde zu folgenden Zeitpunkten zu fotografieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei der Erstbeurteilung • bei Änderungen des Therapieschemas • grundsätzlich alle zwei bis drei Wochen • bei Therapieende • durch externe Wundmanager oder durch die Pflegefachkräfte der Einrichtung
Wunddauer	<ul style="list-style-type: none"> • Wann ist die Wunde zum ersten Mal aufgetreten?
Rezidivzahl	<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig ist die Wunde wieder aufgetreten?
Wundgröße	<ul style="list-style-type: none"> • Länge in cm • Breite 90 Grad zur Länge in cm • Tiefe in cm • Taschen, Fisteln, Unterminierung: Länge, Ausrichtung nach Uhr/Kopf (Kopf 12 Uhr/Fuß 6 Uhr)
Wundgrund/häufigste Gewebeart	<ul style="list-style-type: none"> • Granulationsgewebe • Fibringewebe • feuchtes oder trockenes avitales Gewebe • Dermis • Fettgewebe • Muskel, Faszie • Sehne • Knochen
Exsudat	<ul style="list-style-type: none"> • Quantität, z. B. kein, wenig, viel • Qualität, z. B. trüb, serös, blutig
Wundgeruch	<ul style="list-style-type: none"> • ja/nein
Wundrand	<ul style="list-style-type: none"> • flach • wulstig • unterminiert • vital • livide • mazeriert • hyperkeratös

Fotos als Hilfsmittel

Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment	
Wundumgebung	<ul style="list-style-type: none"> ● Rötung ● Schwellung ● Blasenbildung ● Mazeration ● trockene oder feuchte Haut
Entzündungszeichen	<ul style="list-style-type: none"> ● ja/nein
Wund- bzw. wundnaher Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> ● ja/nein ● Stärke des Schmerzempfindens

5.3 Moderne Wundtherapie und -versorgung sowie Beratung

Die Pflegefachkraft entscheidet mit der pflegebedürftigen Person, den Angehörigen oder den Pflegepersonen zusammen, welche Maßnahmen in die Maßnahmenplanung einfließen. Bei bestehenden Wunden gehört dazu die sachgerechte und regelmäßige Wundversorgung unter Berücksichtigung moderner Wundtherapie sowie zusätzliche Maßnahmen zur Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen.

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die Interventionen im Rahmen des Wundmanagements.

Nehmen Sie Schmerzäußerungen ernst und regieren Sie sensibel.

Interventionen	
<p>Maßnahme zum Umgang mit und zur Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen</p>	<p>Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzlinderung, durch z. B. atraumatischen Verbandswechsel ● Bewegungsförderung ● präventive Schmerzmittelgabe vor schmerhaften Prozeduren (Mehr Informationen im Kapitel „Schmerzmanagement“, S. 95.) <p>Wundgeruch</p> <ul style="list-style-type: none"> ● vor speziellen Duftanwendungen wird abgeraten, da dies den Geruch der Wunde verfälschen kann ● Geruchsbindung durch Aktivkohle wird empfohlen <p>Verstärktes Wundexsudat</p> <ul style="list-style-type: none"> ● auf mögliche Infektionszeichen achten ● bei Ulcus cruris venosum oder mixtum Entstauungshilfsmittel wie Kompressionstherapie einsetzen ● stark absorbierendes Wundmaterial verwenden und weite, dunkle Kleidung sowie Strümpfe verwenden

Interventionen	
Maßnahmen zum Umgang mit Körperbildstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ● empathisches und aktiv zuhörendes Grundverständnis der Pflegenden! ● Hilfsmittel und Pflegeutensilien vorstellen und einsetzen ● positive Assoziationen mit anderen Körperteilen oder Eigenschaften aufbauen ● Kosmetik- und Bekleidungsberatung ● je nach ärztlicher Anordnung kosmetische und rekonstruktive chirurgische Maßnahmen vorstellen ● Aromatherapie, Einreibungen, Ölauflagen oder Massagen zur Steigerung des Wohlbefindens (Nicht zur Wundbehandlung!) ● soziale Kontakte ermöglichen ● Literaturtipps geben ● ggf. Psychopharmaka oder psychotherapeutische Intervention laut ärztlicher Anordnung
krankheits- und wundspezifische Maßnahmen zur Wundheilung	<p>Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● siehe Abschnitt „Maßnahmen“ im Kapitel „Dekubitusprophylaxe“ (ab S. 24) <p>Diabetischer Fuß</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Druckentlastung ● druckentlastende Hilfsmittel, z. B. Schuhe, Einlagen oder Orthesen, ggf. Rollstuhl ● Schuhe sollten zur adäquaten Mobilisation an beiden Füßen über das gleiche Sohlenniveau verfügen ● Untersuchen der Schuhe auf Fremdkörper, z. B. kleine Steine ● Gangschulung ● tägliche Fußinspektion <p>Bewegungsförderung bei Ulcus cruris venosum oder mixtum</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gehtraining unter Kompressionstherapie ● Aktivierung der Muskel-Venen-Pumpe durch Spaziergänge oder Treppensteigen statt Liftnutzung ● Auf- und Abbewegen der Füße oder Rotieren der Fußgelenke ● Nordic Walking ● Schrittzähler können der Motivation dienen ● Verzicht auf einschnürende Kleidung, Strümpfe, Bündchen, Miederhosen oder Korsetts ● Hochlagerung der Beine mit 10 bis 30 Grad über Herzniveau, darauf achten, dass es nicht zum Abknicken im Leistenbereich kommt und sich die betroffene Person wohl fühlt <p>Beim Ulcus cruris arteriosum gibt es laut Expertenstandard keinen Hinweis auf spezielle Bewegungsförderung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● je nach Wundart und -schwere sollen sich die Betroffenen im Rahmen ihrer Belastungsgrenze bewegen ● bei Immobilität gibt es die Möglichkeit einer apparativ intermittierenden Kompression (AIK) durch das Anlegen von Kammerschienen an den Ober- und Unterschenkeln

Interventionen	
Kompressionstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation des Pflegebedürftigen zur Kompressionstherapie • Anlegen der Kompressionsverbände nur durch Pflegefachkräfte • unterstützend kann ein Kompressionsdruck-Messgerät eingesetzt werden, dies wird allerdings nicht durch die Kassen finanziert • Lymphdrainage durch Physiotherapie • Kompressionsbinden oder -strümpfe sollen 24 Stunden getragen werden, falls dies nicht der Fall ist, muss das vorzeitige Ablegen ärztlich begründet und verordnet sein <p>CAVE! Achten Sie bei Kompressionsverbänden oder -strümpfen auf folgende Anzeichen, die zum sofortigen Entfernen auffordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • starke Schmerzen oder zunehmende Schmerzsymptomatik • Blau- oder Weißverfärbung der Zehen • Kribbel- oder Taubheitsgefühle • Kurzatmigkeit oder Schweißausbrüche
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • der Expertenstandard empfiehlt, die Einschätzung gemäß den Kriterien des Expertenstandards „Ernährungsmanagement“ durchzuführen und ggf. Maßnahmen abzuleiten
Wundversorgung	<p>phasengerechte Wundversorgung mit der richtigen Auswahl der Wundauflage, hierfür gelten folgende Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wundlokalisation • Wundheilungsstadium • Exudatmenge • Hautsituation • Schmerzen • Kontinenz • Kosten und Effektivität <p>CAVE! Das Material, das für die Wundversorgung verwendet wird, sollte für die Pflegebedürftigen keine negativen Auswirkungen auf den Alltag haben und nicht am Wundgrund verkleben. Das Wechselintervall richtet sich nach den Herstellerangaben.</p>

Vorsicht bei
Kompressions-
strümpfen oder
-verbänden

Achten Sie
auf mögliche
Einschränken
durch das
Wundmaterial.

Interventionen	
Rezidivprophylaxe	<p>Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • siehe Abschnitt „Maßnahmen“ im Kapitel „Dekubitusprophylaxe“ (ab S. 24) <p>Diabetischer Fuß</p> <ul style="list-style-type: none"> • geeignete Ernährung • Vermeidung von Verletzungen • sorgfältige Schuhwahl und Trageverhalten • Schuh- und Fußinspektion • Fußpflege • Gewichtsreduktion • Vorstellung beim Arzt, auch bei kleinsten Verletzungen <p>Ulcus cruris venosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompression • Hautpflege • Abraten von Selbstbehandlung durch freiverkäufliche Venenmedikamente • Bewegungsübungen und Gehtraining • Hochlegen der Beine über Herzniveau • Gewichtsreduktion • Vermeidung von Verletzungen • Vorstellung beim Arzt, auch bei kleinsten Verletzungen <p>Ulcus cruris arteriosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rauchentwöhnung • Gewichtsreduktion • cholesterinarme Ernährung • Blutdruckoptimierung • Bewegungstraining • Medikamenteneinnahme
Hautschutz- und pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Intimpflege und Inkontinenzversorgung • Verwendung von Präparaten, die in der Lage sind, die Elastizität der Haut und den Turgor zu verbessern • tägliche Hautpflege der Beine unter Berücksichtigung des physiologischen Hautzustands • darauf achten, ob ein Baumwollschauchverband unter der Bandagierung vertragen wird, wenn nicht, als Notlösung Strümpfe mit hohem Baumwollanteil nutzen <p>Mehr zu Hautpflege und Hautpflegeartikeln im Kapitel „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität“ (S. 135).</p>

Fachgerechte Wundversorgung

Halten Sie sich an ärztliche Anordnungen.

Die Pflegefachkraft richtet sich in erster Linie an die Anordnung des behandelnden Arztes. Sie kann dem Arzt vorher allein oder mithilfe eines externen Wundmanagers eine Wundversorgungsempfehlung vorlegen. Der Expertenstandard empfiehlt ausdrücklich, die Meinung eines geschulten Wundexperten hinzuzuziehen. Sollte die Anordnung des Arztes nicht dem aktuellen Wissensstand

entsprechen, erheben Sie Einspruch und teilen Sie dies dem Arzt in der Pflegedokumentation schriftlich mit.

Beim Verbandswechsel ist darauf zu achten, hygienische Grundregeln zu befolgen, wie:

- Schutzkleidung anlegen
- keimfreie Einmalhandschuhe tragen
- Hände desinfizieren
- auf kurze, gepflegte, unlackierte Fingernägel achten
- keinen Schmuck tragen

Verbandswechsel richtig gemacht

Aber auch die Art des Verbandswechsels spielt eine wichtige Rolle. So beschreibt der Expertenstandard hier die Non-Touch-Technik durch den Einsatz von sterilen Instrumenten oder sterilen Einmalprodukten wie:

- Pinzette
- Schere
- sterile Wundauflage
- sterile Spülösung

Als Pflegefachkraft sollten Sie in der Lage sein, zu beurteilen, welcher Wundverband ideal ist, und diesen anlegen können. Ihnen sollten die unterschiedlichen Wundauflagen-Typen bekannt sein und die phasengerechte Anwendung der einzelnen Wundauflagen.

Wundauflagen

Grundsätzlich wird zwischen drei verschiedenen Wundauflagen unterschieden, die je nach Wundart eingesetzt werden.

Das 1x1 der Wundauflage

Wundauflagen-Typ	Art der Wundbehandlung	Beispiele
Inaktive Wundauflagen	zur trockenen Wundbehandlung und bei leicht heilenden Wunden	Pflaster, Mull- oder Wundkompressen, Saugkompressen, Wundgaze, Aktivkohlekompressen
Interaktive Wundauflagen	zur feuchten Wundbehandlung und bei chronischen Wunden	Alginat-Wundauflagen, Hydrogele, silberhaltige Wundauflagen, Schaumverbände, semipermeable Wundfolien
Aktive Wundauflagen	zur zeitlich begrenzten Wundbehandlung, z. B. bei Brandwunden	gezüchtete Hautzellen, Hauttransplantate



SingLiesel

Expertenstandards leicht gemacht

Keine Angst vor Expertenstandards! Denn Expertenstandards unterstützen Sie bei Ihrer täglichen Arbeit in der stationären und ambulanten Pflege, indem sie Handlungsabläufe klar definieren und beschreiben.

Dieses Buch zeigt Ihnen, dass Expertenstandards keine graue Pflegetheorie sind, sondern perfekte Hilfsmittel für eine professionelle und qualitative Pflege. Es gibt Handlungsempfehlungen und beantwortet all Ihre Fragen: Wie sind die Expertenstandards aufgebaut? Was bedeuten die einzelnen Qualitätsebenen? Wie setze ich die Expertenstandards praktisch um? Mit den Schwerpunkten: Risiken erkennen, Maßnahmenplanung und Durchführung der Maßnahmen.

Bewährte und neue Inhalte zu den Expertenstandards werden hier einfach erklärt und vermittelt, so dass Sie die Richtlinien des Medizinischen Diensts in Ihrer beruflichen Praxis sicher erfüllen können.

Mit den Expertenstandards: Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement, Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, Mundgesundheit und Hautintegrität.

Für alle, die in der Pflege arbeiten: Pflegefachkräfte, Praxisanleitende und Auszubildende.

Der Autor

Björn Philipp ist examinierter Altenpfleger und staatlich anerkannter Praxisanleiter mit jahrelanger Berufserfahrung. Er ist seit vielen Jahren als Dozent in der Altenhilfe gefragt und als Berater im Gesundheitswesen tätig.

