

Auf diese Kriterien sollten Sie bei der Prüfung achten

Dekubitus, Ulcus cruris, diabetisches Fußsyndrom oder eine sonstige chronische Wunde – diese Themen werden bei MDK-Qualitätsprüfungen sehr genau unter die Lupe genommen. Aber auch wenn keine Wunde vorliegt, sind in den Qualitätsprüfrichtlinien spezielle Kriterien hinterlegt, die es zu erfüllen gilt.

Heidenheim. Um handlungsfähig agieren zu können, muss am Anfang die Einschätzung des Dekubitusrisikos stehen. Hier sind für alle Bewohner Aussagen zu treffen, ob ein Dekubitusrisiko besteht. Als Arbeitshilfen sind beispielsweise die Braden- oder Medley-Skala zu nennen. In manchen Einrichtungen ist es gelebte Praxis, bei Anwendung der Braden-Skala und dem Ergebnis „geringes Risiko“ keine Maßnahmen einzuleiten. Die Begründung dafür ist, dass ein geringes Risiko für den Bewohner noch keine besondere Gefahr darstellt. Diese Interpretation gibt zu denken. Eine Risikoskala gibt nur Hinweise und deutet somit eine Tendenz an. Es kann sein, dass der Hautzustand eines Bewohners mit einem höheren Risiko wesentlich stabiler ist und die Haut des scheinbar weniger gefährdeten Bewohners eher Schaden nimmt.

Immer wieder wird die Frage gestellt, wie oft das Dekubitusrisiko ermittelt werden muss. Expertenstandard und Prüfrichtlinie sagen aus, dass eine aktuelle Einschätzung vorzuziehen hat. Ebenso besteht die Forderung, bei Veränderung des Druckes, der Aktivität und der Mobilität eine neue Bewertung vorzunehmen. Oft ist ein Drei-Monats-Zyklus hinterlegt. In der Prüfungssituation wird die Aktualität daran festgemacht, ob der Hautzustand mit der Einschätzung übereinstimmt.

Bei Bewohnern, bei denen offensichtlich kein Dekubitusrisiko vorliegt, ist dies in der Pflegedokumentation zu vermerken. Ansonsten ist die Einschätzung systematisch, also planmäßig und methodisch vorzunehmen. Da die Dekubitusprophylaxe ein „alter Expertenstandard“ ist, also schon vor mehreren Jahren veröffentlicht wurde, besteht in der Anwendung normalerweise Routine. Genau dies birgt die Gefahr, dass sich in der Umsetzung Ungenauigkeiten einschleichen. So kommt es relativ häufig vor, dass beispielsweise die Braden-Skalen schon lange nicht mehr aktuell sind. Dies muss nicht bedeuten, dass der Bewohner deswegen schlechter gepflegt ist – in der Konsequenz heißt dies jedoch, dass ein Transparenzkri-

terium nicht erfüllt ist und sich die Note verschlechtert.

Liegt ein Risiko vor, sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten:

- haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken,
- Maßnahmen zur Bewegungsförderung (Lagerungsart und -häufigkeit),
- ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr,
- fachgerechte Hautpflege / regelmäßige Hautinspektion,
- ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen.

Bezüglich der haut- und gewebeschonenden Vorgehensweisen bei Lagerung und Transfer wird seitens der MDK-Prüfer die Fachlichkeit der Mitarbeiter oft in der Praxis überprüft. Jede PDL sollte sich dahingehend von den Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiter überzeugen und ggf. nachschulen. Umso besser die Verfahren wie Bobath oder Kinästhetik im Alltag funktionieren, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Mitarbeiter sie auch korrekt durchführt, wenn er in eine Stresssituation (Prüfung) kommt.

Besonderen Wert legt der MDK auf die Pflegeplanung. Wichtig ist

das Einbeziehen der Ressourcen des Bewohners, wie Möglichkeiten und Förderung der Eigenbewegung. Die Intervalle sind in einem Bewegungsplan zu hinterlegen. Die Durchführung muss nachgewiesen werden, ist also mit Handzeichen (am PC durch kennwortgeschützten Vermerk) zu bestätigen. Unbedingt zu unterlassen ist der Eintrag im Voraus. Da manchen Mitarbeitern das ständige Abzeichnen lästig ist, tragen sie ihre Handzeichen schon am Anfang ihrer Schicht komplett in das Dokument ein, obwohl sie die Leistungen erst später erbringen.

Eine Leistungserbringung, die zwar fast immer durchgeführt, oft jedoch nicht in der Pflegeplanung zu finden ist, ist die tägliche Hautinspektion. Werden Mitarbeiter darauf angesprochen, äußern sie, dass dies selbstverständlich sei. Doch wie immer gilt auch hier der Grundsatz: Nicht dokumentiert heißt nicht durchgeführt. Deshalb: Regelmäßige Bewertung des Hautzustands mit entsprechender Dokumentation.

Alle Maßnahmen müssen für die an der Pflege Beteiligten nachvollziehbar sein. So soll eine konkrete Handlungsanleitung vorliegen, damit gewährleistet ist, dass jeder Mitarbeiter die Pflege adäquat durchführt. Der Einsatz

von Hilfsmitteln hat korrekt zu erfolgen. Der Gebrauch der Antidekubitusmatratze, falls erforderlich, entspricht in der Praxis nicht immer den Anforderungen: Hier ist entsprechend der Herstellerangaben zu verfahren. Lagerungen müssen trotzdem durchgeführt werden, wobei die Super-Weichlagerung nicht mehr dem aktuellen Wissensstand entspricht: Mit Zunahme der Lagerungsmittel steigt die Immobilität der Bewohner. So steht die aktivierende Pflege auch hier im Vordergrund. Nach Möglichkeit ist der Betroffene und/oder dessen Angehörige zu beraten und in die Pflege mit einzubeziehen.

Welche Gesichtspunkte zur Dekubitusprophylaxe sind noch zu beachten und welche Forderungen sind relevant bei bestehenden Wunden? Im nächsten Beitrag mehr dazu. //

INFORMATION

Die Rubrik wird betreut von Claudia Heim, Projektleiterin, Pflegefachexpertin und TQM-Auditorin bei QM Service. E-Mail: claudia.heim@qmservice.info, Internet: www.qmservice.info