

# Versorgung muss dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen

**Wenn man von Dekubitusprophylaxe spricht, stößt man unweigerlich auf den Aspekt der bedarfsgerechten Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Aber auch bei bestehenden Wunden ist die richtige Nahrungsaufnahme von Bedeutung. Der medizinische Dienst weist u.a. auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zur Vorbeugung gegen das Wundliegen hin. Demzufolge wird immer wieder die Frage gestellt, was „ausreichend“ bedeutet.**

**Heidenheim.** Ein Kriterium ist das Körpergewicht des Bewohners. Es gibt unterschiedliche Formeln zur Berechnung der erforderlichen Flüssigkeitsmenge, empfohlen werden beispielsweise 30 ml pro kg Körpergewicht. Erscheint dies für manchen Bewohner zu viel, da er zeitlebens eher weniger getrunken hat, ist ein Gespräch mit dem Arzt von Vorteil. Dieser kann oft aus fachlicher Sicht eine geringere Trinkmenge befürworten, wichtig ist auch hier die Dokumentation.

Die tägliche Eiweißzufuhr sollte bei 1,25-1,5g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht (Sollge-

wicht) liegen (Quelle: NutritionLife 4 – Priv.-Doz. Dr. Rupert Püllen).

Aber auch Kohlenhydrate, Eiweiß, Vitamine und Spurenelemente wie Zink und Eisen sind wichtig, bei bestehendem Dekubitusrisiko sollte das individuelle Ess- und Trinkverhalten beurteilt werden. Maßnahmen zur Deckung des individuellen Bedarfs sind zu planen (z.B. Förderung der selbständigen Nahrungsaufnahme, Anregung des Appetits).

Als eine Selbstverständlichkeit wird die fachgerechte Hautpflege gesehen. Gerade ältere Menschen leiden oft unter trockener, schuppiger und auch juckender Haut. Das häufige Waschen verschlimmert nicht selten das Problem, verstärkt durch das Verwenden von Seifen. Wenn irgend möglich ist dies zu verhindern, Ausnahme sind starke Verschmutzungen. Darauf, und auch auf das Nachfetten der Haut, achtet i. d. R. der MDK-Mitarbeiter bei der Prüfung. Festgehalten wird die Art der Pflege in der Anamnese / Informationssammlung oder bei der planerischen Aufarbeitung von Problemen mit dem Ziel der intakten Haut.

Ist die Haut bereits geschädigt, wird seitens des MDK in der Prüfung erst einmal der Ist-Zustand erhoben. Anschließend ist folgende Frage zu beantworten, die einen Einfluss auf die Benotung hat: „Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/ des Dekubitus nachvollziehbar?“ Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, an welchem Ort der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und zu welchem Zeitpunkt.

Es ist erforderlich, dass die Behandlung der Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens ist. Sollte diese Forderung nicht erfüllt sein, da der Arzt sich zu keiner anderen Therapie bereit erklärt, muss dieser Umstand auf jeden Fall dokumentiert werden.

Die Behandlung entspricht dem „aktuelle Stand des Wissens“ wenn

- soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, therapeutischen Lagerung bzw. der Kompression umgesetzt werden,
- die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

Bei der Prüfung kann ein Gespräch mit den Mitarbeitern erfolgen oder eine direkte Beurteilung, z.B. eines Verbandswechsels, erfolgen. Hygienische Standards werden erfragt, Mitarbeiter müssen Antwort geben können, wie sie eine Instrumentendesinfektion durchführen. Öfters kommt die Aussage, dass dies in der Einrichtung nicht durchgeführt wird, da es keine zu desinfizierenden Instrumente gäbe und Einmalprodukte verwendet würden. In der Regel ist jedoch wenigstens eine Verbandsschere vorhanden und somit zeigt sich die gelebte Praxis.

Bei der Behandlung der chronischen Wunden wird auch auf den Expertenstandard eingegangen und das entsprechende Wissen vorausgesetzt bzgl. der Art der chronischen Wunde und die einzuleitenden Maßnahmen:

- „Dekubitus: Identifizierung des Dekubitusrisikos, Auswahl druckentlastender Hilfsmittel, Entwicklung eines individuellen Bewegungsförderungsplanes,
- Diabetisches Fußsyndrom: allgemeine Diabetesbehandlung, Umgang mit druckentlastenden

Hilfsmitteln, Rezidivprävention,

- Ulcus cruris venosum: allgemeine Behandlung der Chronisch Venösen Insuffizienz (CVI), Bewegungsübungen, Anlegen eines Kompressionsverbandes, Rezidivprävention,
- Ulcus cruris arteriosum: allgemeine Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), Rezidivprävention,
- Ulcus cruris mixtum: je nach venöser/arterieller Beteiligung siehe Ulcus cruris venosum und Ulcus cruris arteriosum.“ (aus: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Seite 27)

Im nächsten Beitrag geht es weiter mit Aspekten zu chronischen Wunden.

//

## INFORMATION

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