

# Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege 2. Aktualisierung 2017

Jan Kottner  
Berlin, 2. März 2018

**CHARITÉ**  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Dekubitus

Head

Spine

Elbows

Ischial tuberosities

Heels

Scapulae

Sacrum

Trochanteres majores

Lateral ankles

2.3.2018

Jan Kottner

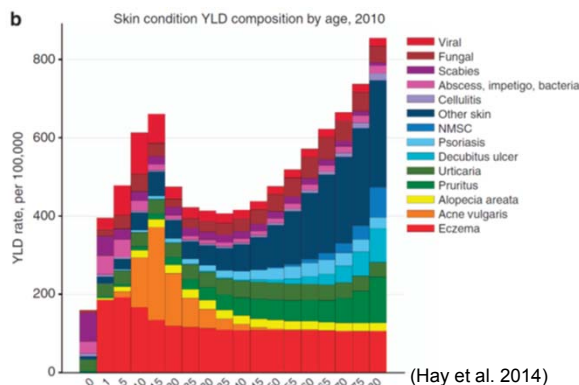
1

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Relevanz

- Prävalenz in deutschen Gesundheitssettings zwischen 3 und 4% (inkl. Kategorie I) (Tomova et al. 2018)

- Massive Einschränkungen der Lebensqualität
- Höchster „disability index“ in der Global Burden of Skin Disease study



2.3.2018

Jan Kottner

2

## Relevanz

- In der Regel „präventierbar“ → Qualitätsindikator



### Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft

	2014	2015	2016
Fälle mit Vorwürfen	202	154	234
Festgestellte Fehler	93 (48%)	62 (40%)	77 (33%)
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben („Never event“)	67	71	100

2.3.2018

Jan Kottner

3

## Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

- Erste Veröffentlichung 2000
- 1. Aktualisierung 2010
- 2. Aktualisierung 2017



2.3.2018



Jan Kottner



4

## 2. Aktualisierung

Wissenschaftliche Leitung:	Jan Kottner (Charité)
Moderation:	Andreas Büscher, Petra Blumenberg (DNQP)
Literaturanalyse:	Elisabeth Hahnel, Andrea Lichterfeld-Kottner (Charité)
Externe Fachberatung:	Kathrin Rickert (IQTIG)
Patientenvertreterin:	Lena Dorin (BAGSO)
Expertengruppe:	Katrin Balzer, Gonda Bauernfeind, Michael Duwe, Johanna Feuchtinger, Katharina Krieger, Anna-Barbara Schlüer, Marlene Sedlmayr, Thomas Skiba, Bettina Spahr, Hubert Wachs, Marco Wittebrock


2.3.2018

Jan Kottner

5

## Methode: Literatursuche

- Zeitraum 2009 bis 2015
- Systematische Übersichtsarbeiten/Meta-Analysen
- Primärquellen, welche nicht in Übersichtsarbeiten berücksichtigt wurden und methodologisch höherwertig
- Einschlusskriterien: 0+ Jahre, Studien am Menschen, deutsch, englisch, portugiesisch, spanisch
- Leitlinien



Deutsches Netzwerk für  
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Dng)

**Methodisches Vorgehen**  
zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung  
von Expertenstandards in der Pflege  
und  
zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität  
auf Basis von Expertenstandards  
Version Juni 2015

2.3.2018 Jan Kottner 6

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Methode: Methodologische Bewertung/Risiko der Verzerrung

Leitlinien	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II
Systematische Übersichtsarbeiten	Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR)
Randomisierte kontrollierte Studien	Cochrane Collaboration's Tool for assessing risk of bias
Diagnosestudien:	Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS-2)
Prognosestudien	Quality In Prognosis Studies (QUIPS)
Übereinstimmungs- und Reliabilitätsstudien	Quality Appraisal of Reliability Studies (QAREL)

2.3.2018 Jan Kottner 7

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Methode

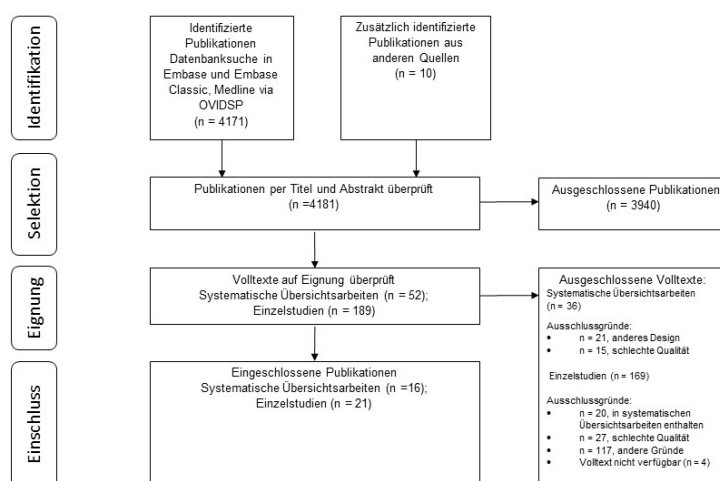
- Thematische Zusammenfassung der Evidenz
- Versendung an Experten
- Expertentreffen Mitte 2016 unter Moderation des DNQP
- Entwürfe und Überarbeitungen der Ebenen und Kapitel
- Konsultationsphase Anfang 2017
- Abschließende Konsentierung
- Veröffentlichung Mitte 2017

2.3.2018

Jan Kottner

8

## Ergebnisse

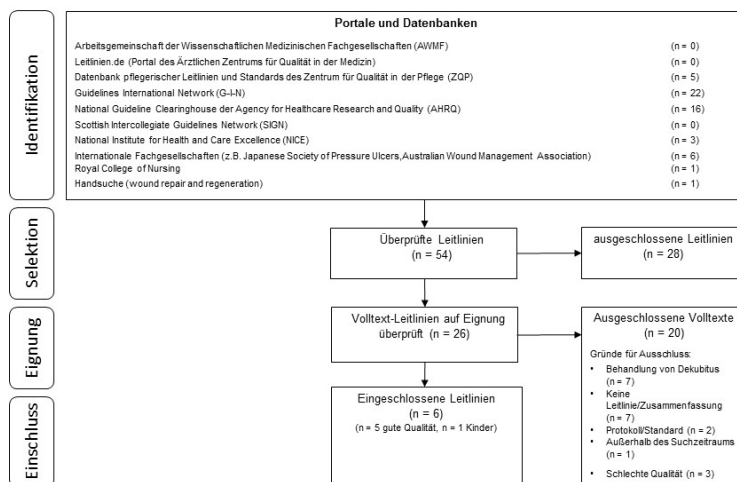


2.3.2018

Jan Kottner

9

## Ergebnisse



2.3.2018

Jan Kottner

10

## Zielsetzung Stand April 2017

- Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die **Entstehung eines Dekubitus verhindert**.
- Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus **weitgehend verhindert** werden kann. ...
- ... erfolgreiche Prophylaxe ist ... die **systematische Risikoeinschätzung, Information, Schulung und Beratung von Patient/Bewohner und gegebenenfalls seinen Angehörigen, Bewegungsförderung, Druckentlastung und -verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen** ...

2.3.2018

Jan Kottner

11

## Standardtabelle Stand April 2017

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<b>S1</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.	<b>P1</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> schützt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner ein. Diese Einschätzung beinhaltet ein initiales Screening sowie eine differenzierte Beurteilung des Dekubitusrisikos, wenn eine Gefährdung im Screening nicht ausgeschlossen werden kann. <b>Die Pflegefachkraft</b> wiederholt die Einschätzung in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität oder externer Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Schenkelfraktionen führen können.	<b>E1</b> Eine aktuelle, systematische Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos liegt vor.
<b>S2a</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über die Planungs- und Steuerungskompetenz zur Dekubitusprophylaxe. <b>S2b</b> Die <b>Einrichtung</b> verfügt über eine Verfahrensregelung zur Dekubitusprophylaxe.	<b>P2</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> plant individuell mit dem dekubitusgefährdeten Patienten/Bewohner und gegebenenfalls seinen Angehörigen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und informiert die an der Versorgung Beteiligten über das Dekubitusrisiko und die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung von Interventionen.	<b>E2</b> Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten bekannt und werden kontinuierlich fortgeführt.
<b>S3a</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über Fähigkeiten zur Information, Schulung und Beratung des Patienten/Bewohners und gegebenenfalls seiner Angehörigen zur Förderung der Bewegung des Patienten/Bewohners, zur Hautbeobachtung, zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden und -entlastenden Hilfsmitteln. <b>S3b</b> Die <b>Einrichtung</b> stellt das erforderliche Informations- und Schulungsmaterial zur Verfügung.	<b>P3</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> erläutert dem Patienten/Bewohner und gegebenenfalls seinen Angehörigen die Dekubitusgefährdung und die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation.	<b>E3</b> Der Patient/Bewohner und gegebenenfalls seine Angehörigen kennen die Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.
<b>S4</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über Wissen zu druckentlastenden und die Eigenbewegung fördernden Maßnahmen und beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Positionierungs- und Transfertechniken.	<b>P4</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners. Sind Eigenbewegungen nicht oder nicht ausreichend möglich, gewährleistet die Pflegefachkraft auf Basis einer individuellen Bewegungsförderungsplanung sofortige Druckentlastung durch die haut- und gewebeschonende Bewegung des Patienten/Bewohners und die vollständige Druckentlastung (Freilagen) gefährdeter Körperstellen.	<b>E4</b> Die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners ist gefördert und gefährdete Körperstellen sind entlastet.
<b>S5a</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilender und -entlastender Hilfsmittel zu beurteilen und diese zielgerichtet einzusetzen. <b>S5b</b> Die <b>Einrichtung</b> stellt sicher, dass dem Risiko des Patienten/Bewohners entsprechende Wechseldruck- und Weichlagerungssysteme unverzüglich zugänglich sind.	<b>P5</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> wendet zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen geeignete druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt.	<b>E5</b> Der Patient/Bewohner befindet sich unverzüglich auf einem für ihn geeigneten druckverteilenden und -entlastenden Hilfsmittel.
<b>S6a</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen. <b>S6b</b> Die <b>Einrichtung</b> stellt Ressourcen zur Erfassung von Dekubitus sowie zur Bewertung der Dekubitusprophylaxe zur Verfügung.	<b>P6</b> Die <b>Pflegefachkraft</b> begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Bewohners in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.	<b>E6a</b> Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus. <b>E6b</b> In der Einrichtung liegen Zahlen zur Dekubitushäufigkeit sowie zur Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxe vor.
2.3.2018	Jan Kottner	12

## Standardtabelle

	2010 (1. Aktualisierung)	2017 (2. Aktualisierung)
1	<b>Pflegekraft:</b> Aktuelles Wissen zu Dekubitusentstehung und Risiko	<b>Pflegekraft:</b> Aktuelles Wissen zu Dekubitusentstehung und Risiko
2	<b>Pflegekraft:</b> Haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lage- und Transfertechniken	<b>Pflegekraft:</b> Planungs- und Steuerungskompetenz der Pflegekräfte, <b>Einrichtung:</b> Verfahrensregelung
3	<b>Pflegekraft:</b> Beurteilung und Einsatz von Hilfsmitteln	<b>Pflegekraft:</b> Information, Anleitung, Schulung für Patienten und/oder Angehörige <b>Einrichtung:</b> stellt Material
2.3.2018	Jan Kottner	13

## Standardtabelle

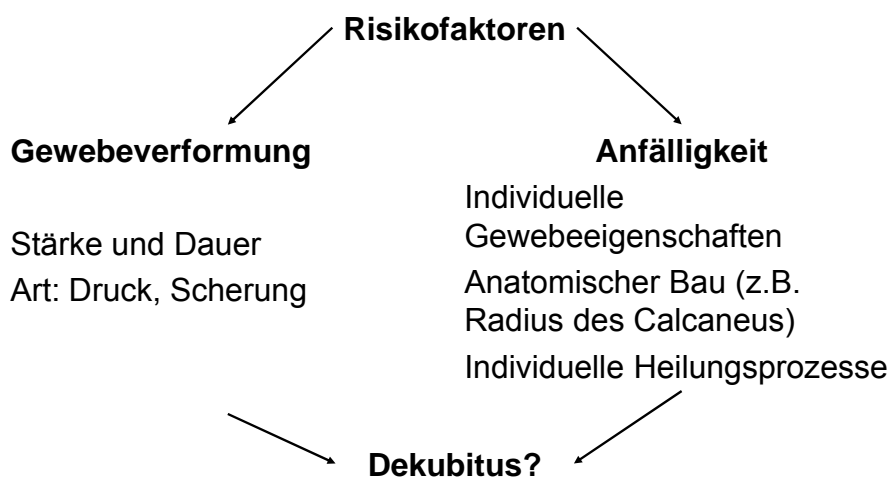
	2010 (1. Aktualisierung)	2017 (2. Aktualisierung)
4	<u>Pflegekraft</u> : Information, Anleitung, Schulung für Patienten und/oder Angehörige	<u>Pflegekraft</u> : Förderung der (Eigen-)bewegung, Haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Positionierungs- und Transfertechniken
5	<u>Einrichtung</u> : stellt Kontinuität der Prophylaxe sicher und Informationsweitergabe	<u>Pflegekraft</u> : Beurteilung und Einsatz von Hilfsmitteln <u>Einrichtung</u> : Zugänglichkeit benötigter Materialien
6	<u>Pflegekraft</u> : Einschätzung der Effektivität	<u>Pflegekraft</u> : Einschätzung der Effektivität <u>Einrichtung</u> : Ressourcen zur Bewertung der Prophylaxe

2.3.2018

Jan Kottner

14

## Ebene 1: Einschätzung Dekubitusrisiko



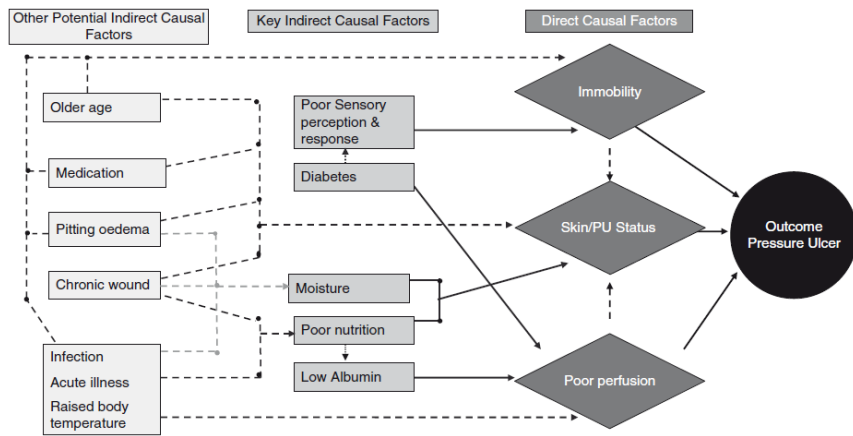
2.3.2018

Jan Kottner

15



## Ebene 1: Einschätzung Dekubitusrisiko



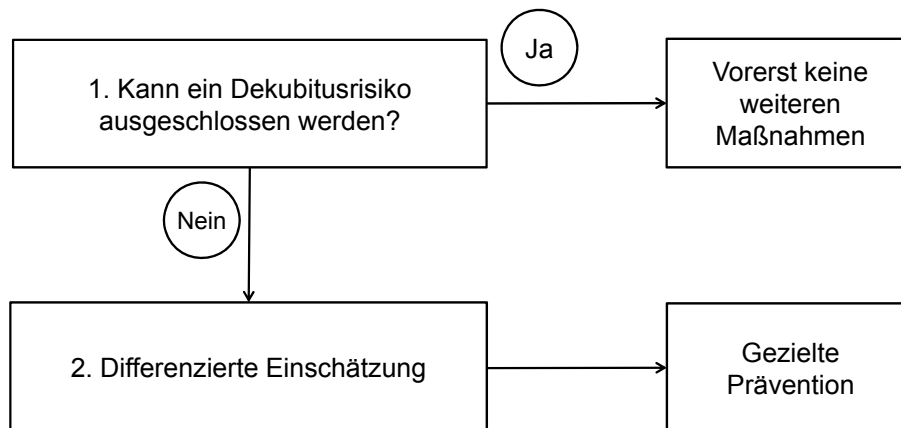
(Coleman et al. 2014)

2.3.2018

Jan Kottner

16

## Ebene 1: Einschätzung Dekubitusrisiko



2.3.2018

Jan Kottner

17

## Ebene 1: Einschätzung Dekubitusrisiko

- Mobilität
- Hautinspektion, vorliegende Dekubitus?
- Durchblutung
- Sensorische Wahrnehmung
- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Vorgegangene oder geplante medizinische Prozeduren
- Risikoskalen werden nicht empfohlen
- Bei Kindern: Geräte-assoziierte Dekubitus, Hinterkopf

2.3.2018

Jan Kottner

18

## Ebene 2: Planung, Steuerung, Verfahrensregelung

- Einrichtung muss eine Verfahrensregelung entwickeln/vorhalten
- Klärung von Verantwortlichkeiten, Schnittstellen, Ablaufdiagramm, Evaluationsmaßnahmen
- In Absprache mit Patienten/Angehörigen Planung von Maßnahmen
- Alle an der Versorgung Beteiligten sind informiert
- Alle Berufsgruppen führen Prophylaxe durch

2.3.2018

Jan Kottner

19

### Ebene 3: Information, Anleitung, Schulung für Patienten und/oder Angehörige

- Adressatengerechte Information, Schulung der Patienten/Bewohner
- Befähigung Dekubitusprophylaxe durchzuführen und/oder zu unterstützen
- Patienten/Bewohner sollen Risiko kennen
- Hautinspektion, Eigenbewegung, Entlastung
- Schriftliches/interaktives Material

2.3.2018

Jan Kottner

20

### Ebene 4: Förderung der (Eigen-) bewegung, Haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Positionierungs- und Transfertechniken

- Zeitweise Druckentlastung!!!
- Förderung der Eigenbewegung
- Positionswechsel, wenn Eigenbewegungen nicht möglich sind
- Je höher das Risiko, desto höher die Frequenz
- Zeit im Sitzen begrenzen
- Vollständige Entlastung der Fersen
- Polsterung/Hautschutz bei medizinischen Geräten



© NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014



© NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

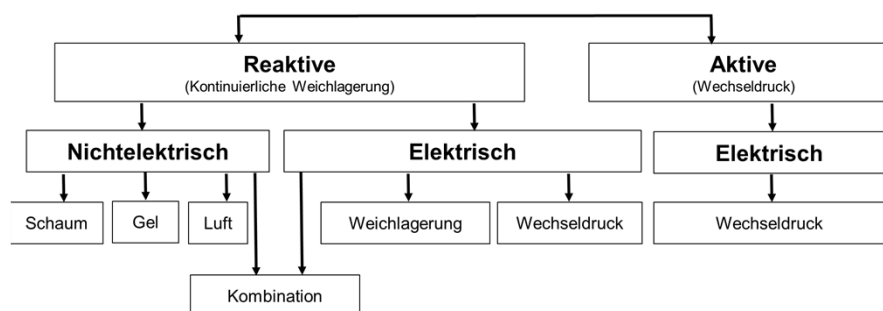
2.3.2018

Jan Kottner

21

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Patienten/Bewohner befinden sich unverzüglich auf einer geeigneten Unterlage



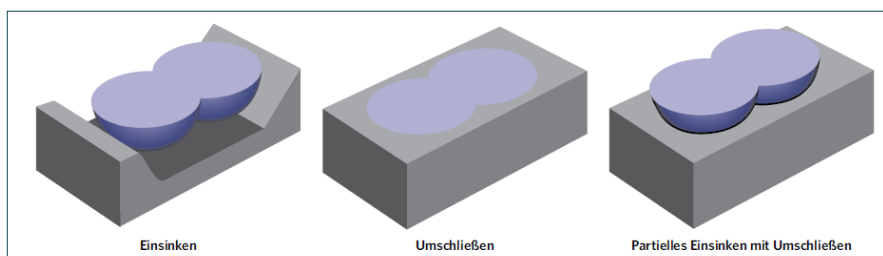
2.3.2018

Jan Kottner

22

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Reaktive Hilfsmittel: Vergrößerung der Kontaktfläche zwischen Körper und Unterlage → Weichlagerung



(Wounds International 2010)

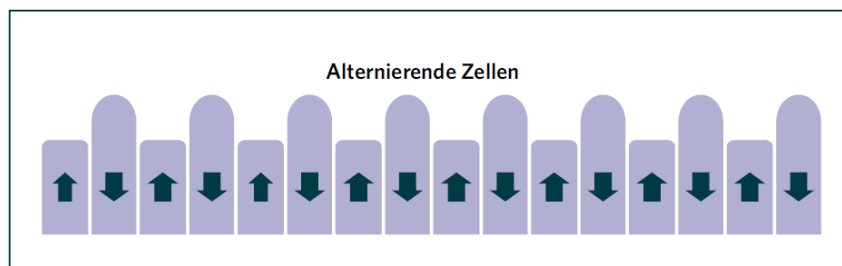
2.3.2018

Jan Kottner

23

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Aktive Hilfsmittel: Abwechselnde Be- und Entlastung



(Wounds International 2010)

2.3.2018

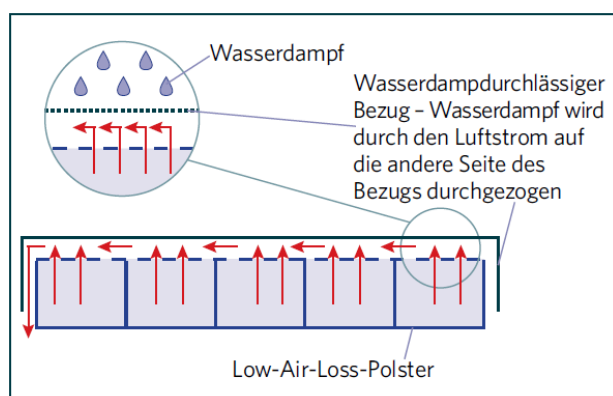
Jan Kottner

24

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Low-Air-Loss



(Wounds International 2010)

2.3.2018

Jan Kottner

25

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Spezialmatratze/-unterlage immer besser als Standard
- Aktives Hilfsmittel bei hohem Risiko oder bestehendem Dekubitus
- Bedarfsgerechte Auswahl:
  - Grad der Mobilität, bestehende Dekubitus
  - Hautfeuchtigkeit
  - Größe und Gewicht des Patienten (Kinder!)
  - Handhabung
  - Komfort, Geräusche, Wartung, Lebensdauer
  - Bauliche Gegebenheiten

2.3.2018

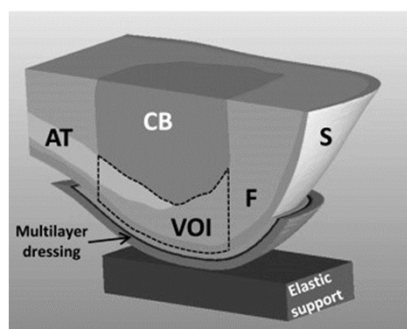
Jan Kottner

26

 CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Ebene 5: Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel

- Bei besonders hohem Dekubitusrisiko ggf. Verwendung von prophylaktischen Verbänden/Auflagen (z.B. multilagige Silikonverbände)
- Fersen, Nasen- und Kreuzbein



(Levy et al. 2015)

2.3.2018

Jan Kottner

27

 CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

## Ebene 6: Beurteilung der Effektivität

- Vermeidung eines Dekubitus zentrales Ergebniskriterium
- Regelmäßige Hautinspektion
- Kategorie I Dekubitus sind Warnsignal
- Daten zum Dekubitus müssen in der Einrichtung erfasst werden
- Rückmeldung an Mitarbeiter, Stationen, Bereiche
- Sog. „unvermeidbare“ Dekubitus können ausschließlich im Nachhinein festgestellt werden

2.3.2018

Jan Kottner

28

## Zusammenfassung

- 2. Aktualisierung fasst das derzeit gültige Dekubituswissen zusammen
- Kriterien für eine derzeit „beste“ Prophylaxe
- Kern: Beratung/Schulung/Anleitung, Bewegung, Weich- und Freilagerung
- Dekubitusprophylaxe ist Leitungs- und Organisationsaufgabe
- Komplexe Intervention
- Dekubitusentstehung ist Kombination von Fehlern

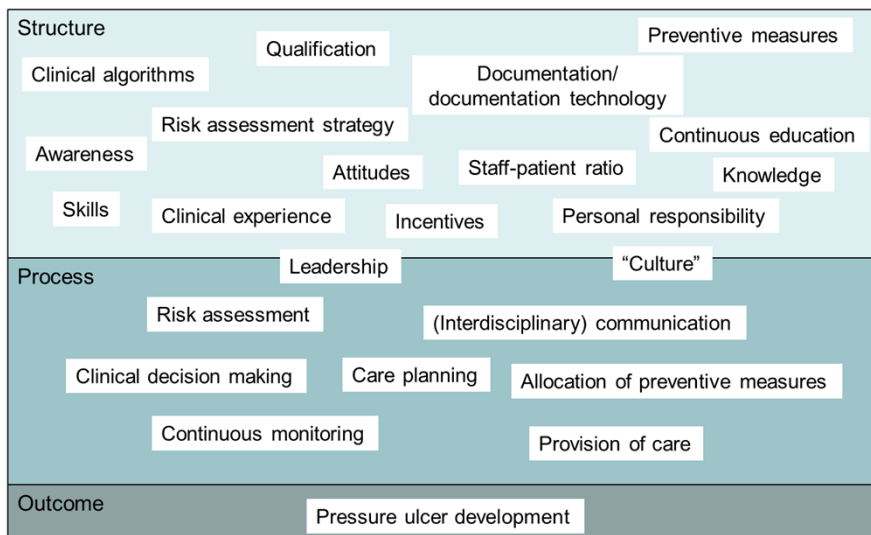


2.3.2018

Jan Kottner

29

## Komplexe Dekubitusprävention



2.3.2018

Jan Kottner

30

## Ausblick



“If a patient is cold, if a patient is feverish, if a patient is faint, if he is sick after taking food, if he has **bed-sore**, it is generally not the fault of the disease, but of the nursing.”  
(Nightingale, 1860)

2.3.2018

Jan Kottner

31



## Kontakt

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)  
Postfach 1940, 49009 Osnabrück  
Email: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de)

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
Charitéplatz 1, 10117 Berlin  
Email: [jan.kottner@charite.de](mailto:jan.kottner@charite.de)



**EPUAP Pressure Ulcer Masterclass**  
13 - 15 March 2018

**2<sup>nd</sup> European PRESSURE ULCER PREVENTION and TREATMENT MASTERCLASS**  
13 - 15 March 2018

**EPUAP 2018**  
The 20<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Pressure Ulcer Advisory Panel

**INTERDISCIPLINARY TEAMWORK AND TECHNOLOGICAL INNOVATIONS:**  
A winning approach to pressure ulcer management.

**12 - 14 September 2018**  
Rome, Italy  
[www.epuap2018.org](http://www.epuap2018.org)

2.3.2018

Jan Kottner

32