
Heidi Heinhold
Ursula Häupler

Professionelle Dekubitusprophylaxe

Sichere Umsetzung des Expertenstandards
in die Pflegepraxis

MENSCHUNDMEDIEN

Vorwort

Die gute Nachricht zuerst: Nicht jeder Dekubitus ist automatisch ein Pflegefehler. Es gibt immer wieder Situationen, in denen trotz größter Aufmerksamkeit und sorgfältigster Pflege ein Dekubitus auftritt. Dieser Tatsache trägt auch der Nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (nachfolgend nur noch: Expertenstandard) des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (nachfolgend nur noch DNQP) Rechnung, auch wenn dort das Ziel definiert ist: *Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus*. Voraussetzung ist, dass Pflegende und Patienten die hauptsächlichen Risikofaktoren, die zu einem Dekubitus führen können, kennen, und wissen, wie diese Risikofaktoren zu beeinflussen, zu beheben oder gar zu vermeiden sind. Der aus Hildesheim stammende Wundarzt Wilhelm Fabry (1560-1634), der sich zeitgemäß auch Guilhelmus Fabricius Hildanus nannte, beschrieb in seinen „Observationes“ am Beispiel eines halbseitig gelähmten Patienten das damals noch „heißer Brand“ – eine Form des Gangrän – und bis in jüngere Zeit noch „Brand“ oder „brandige Wunde“ genannte Krankheitsbild nebst Ursachen eindrucksvoll:

„Es ist aber der Vernunft gemäß, dass nit der halbe Schlag oder Paralysis sondern das lange Ligen und Auslauffen des Harns die Ursach des Brands gewesen seye. Dann der Harn welcher ausgetröpfelt und wegen stethen Ligen auf den Rucken erhitzt und scharpf geworden, hat die Haut schwierig gemacht, daher ist eine Entzündung un Zulauff der Feuchtigkeit entstanden. Aber weil der Leib von den Lenden biß auf die Füße der Geister des Hirns oder Spiritus animalis und derowegen auch der Empfindlichkeit bebraut war, so ist er schwer und unbeweglich worden von wegen des stethen Ligen auf dem Rucken und des schweren Gewichts des Leibes sind die hindere Backen steths gedruckt, erhitzt und von Excrementen befeuchtet worden, daher ist der heisse Brand kommen; Und darf sich niemand darüber verwundern, dann wir sehen gar oft in langwierigen Krankheiten, daß das Sterzbein allein schwierig sondern auch vom heissen Brand ergriffen wird, wie wir in der Observation des Ersten Hunderts weitläufiger mit einem Exempel erkläret haben.“

Als Ursache des Fersengangrän beschreibt Fabry: *„Es kompt auch der Heisse Brand an die Versen (= Fersen – Anm.d.Verf.) wie ich für etlichen Jahren an dem Edlen und Ehrenwerten Henr. Balbani gesehen hab. Solches aber geschicht, wenn wegen eines Beinbruchs und dergleichen Schäden der Fuß lange Zeit und ohne Unterlaß aufrichtig im Bette gehalten wird. Dann durch solche Situation wird die Verse (= Ferse – Anm.d.Verf.) erstlich getruckt und zerknitschet und darauff folget Entzündung, Schmerz und Zufluß überflüssiger Feuchtigkeit.“*

Fabry benennt in beiden Fällen Faktoren, die auch heute noch in jeder Risikokala zu finden sind: Empfindungsstörung, Immobilität, Druck und Nässe. Es sollte noch über 400 Jahre dauern, bis Fabrys Theorien, die sich auf Beobachtungen stützten, mit modernen bildgebenden Verfahren als zutreffend nachgewiesen werden konnten. Es bleibt die Erkenntnis: Geändert haben sich die Methoden der Behandlung und Prävention; der physiologische Sachverhalt, der zum Entstehen des Dekubitus führt, sowie die entsprechenden Risiken sind unverändert. Eben weil sie unverändert sind, werden sie in dem vorliegenden Buch von verschiedenen Seiten beleuchtet, d.h. aus der Praxis

bis zu Aspekten der Pflegewissenschaft und des Managements. Breiten Raum nimmt dabei auch die Auseinandersetzung mit dem Nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe ein.

Heidi Heinhold Ursula Häupler

Redaktionelle Hinweise:

- 1) Der besseren Lesbarkeit wegen wurde darauf verzichtet, jeweils die männliche und die weibliche Version einer Bezeichnung oder das große „Mittel – I“ zu verwenden. Es sind grundsätzlich alle am Pflegeprozess Beteiligten angesprochen.
- 2) Der Einheitlichkeit wegen wurde im gesamten Text das Wort Dekubitus gewählt. Der Plural heißt ebenfalls Dekubitus (s. Heilberufe Spezial Dekubitus, 1. Aufl. 2001/2002, S. 2 und 2. Aufl. 2005, S. 6). Darauf wird auch im aktualisierten Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege verwiesen. Abweichungen von dieser Schreibweise ergeben sich hier lediglich in Zitaten.
- 3) Die Kapitel 1 bis 3 basieren, sofern nicht ausdrücklich anders angegeben, auf „Ambulante Versorgung von Patienten mit Dekubitus – Leitfaden der Deutschen Dekubitus Liga e.V. 2009“
- 4) Ziffern in Klammer verweisen auf das ausführliche Literaturverzeichnis auf der CD-ROM.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	17
1 Fachliche Grundlagen	19
1.1 Ursachen und Entstehung des Dekubitus	19
1.2 Wie entsteht ein Dekubitus?	19
1.2.1 Pathophysiologischer Versorgungsmangel = Mangel durch Störung der Mikrozirkulation	19
1.2.1.1 Qualitative und quantitative Prüfung der Mikrozirkulation	21
a) Der Fingerdrucktest (qualitative Prüfung)	22
b) Non-invasive Methode (quantitative Prüfung) ..	22
1.2.2 Versorgungsmangel durch Personalmangel = Mangel der Mobilisation/Beweglichkeit	24
1.2.3 Organisatorischer Versorgungsmangel = Fehlende Hilfe durch Versorgungslücke	25
1.2.4 Zusammenfassung	25
1.3 Wo entsteht ein Dekubitus?	26
1.4 Risikofaktoren	27
1.4.1 Intrinsische und extrinsische Faktoren	27
1.4.2 Immobilität	28
1.4.3 Herabgesetzte Gewebetoleranz	28
1.4.4 Reibung und Scherkräfte	28
1.4.5 Ungünstige Kraftverteilung	28
1.4.6 Eingeschränkte sensorische Wahrnehmung	29
1.4.7 Medikamente	29
1.4.7.1 Schmerzmittel	29
1.4.7.2 Sedativa und Hypnotika	29
1.4.7.3 Kreislaufaktive Medikamente	29
1.4.8 Schmerz als Risikofaktor bei der Dekubitusprophylaxe	30
1.4.9 Schmerz- und Wahrnehmungsverlust bei chronischen Erkrankungen	31
1.4.10 Kognitive Wahrnehmungsstörungen	31
1.5 Risikoeinschätzung	31
1.5.1 Standardisierte Risikoeinschätzung anhand von Risikoskalen	31
1.5.1.1 Braden-Skala	32
1.5.1.2 Norton-Skala	32
1.5.1.3 Waterlow-Skala	32
1.5.2 Kritische Anmerkung zur Verwendung von Skalen	36
1.5.3 Dokumentation	37

1.6	Definition Dekubitus und Einteilung in Kategorien	40
1.6.1	Grundsätzliches	40
1.6.2	Definition Dekubitus	40
1.6.3	Dekubituskategorien	40
1.6.3.1	Zusätzliche Kategorien/Stufen in den USA	43
1.6.3.2	Klassifizierung des Dekubitus und national verbindliche Kodierung gemäß ICD 10 GM	43
1.6.3.3	Frühe Formen einer standardisierten Wundbeschreibung	45
2	Hilfsmittel gegen Dekubitus in Prophylaxe und Therapie	47
2.1	Grundsätzliches	47
2.2	Die Arbeitsprinzipien der Hilfsmittel im Einzelnen	48
2.2.1	Arbeitsprinzip Weichlagerung	48
2.2.1.1	Hilfsmittel zur Weichlagerung	48
2.2.1.2	Kritische Anmerkungen zur Weichlagerung	48
2.2.2	Arbeitsprinzip Wechseldruck- bzw. Umlagerung	49
2.2.2.1	Hilfsmittel zur intermittierenden Entlastung (Wechseldrucksysteme)	49
2.2.2.2	Kritische Anmerkungen zu Wechseldruck und Umlagerung	50
2.2.2.3	Dynamische Umlagerung bzw. luftgefüllte Seitenlagerungssysteme	50
2.2.2.4	Kritische Anmerkungen zur dynamischen Umlagerung	50
2.2.2.5	Sitzende oder halbsitzende Position des Betroffenen	50
2.2.3	Arbeitsprinzip Temporäre Freilagerung	50
2.2.3.1	Hilfsmittel zur Freilagerung	51
2.2.3.2	Kritische Anmerkungen zu Freilagerungshilfsmitteln	51
2.2.4	Arbeitsprinzip Wahrnehmungsförderung	52
2.2.4.1	Hilfsmittel zur Stimulation von Mikrobewegungen	52
2.2.4.2	Kritische Anmerkungen zur Wahrnehmungsförderung	52
2.2.5	Arbeitsprinzip aktive Belüftung der Auflagefläche	52
2.2.5.1	Hilfsmittel zur aktiven Belüftung	53
2.2.5.2	Kritische Anmerkungen zur aktiven Belüftung	53
2.3	Anti-Dekubitushilfen	54
2.3.1	Liegehilfen	54
2.3.2	Sitzhilfen/Rückensysteme	54
2.3.3	Statische Positionierungshilfen	55

2.4	Passende Auswahl des erforderlichen Hilfsmittels	55
2.4.1	Grundsätzliches	55
2.4.2	Spezielle Kriterien	57
2.4.2.1	Druckentlastung	57
2.4.2.2	Mikroklima	57
2.5	Lagerungsintervalle und Lagerungstechniken	58
2.5.1	Grundsätzliches	58
2.5.2	Lagerungsintervalle	58
2.5.3	Lagerungstechniken	60
2.5.3.1	30-Grad-Lagerung	60
2.5.3.2	135-Grad-Lagerung	61
2.5.3.3	Mikrolagerung	62
2.5.3.4	Freilagerung der Ferse	62
2.5.3.5	V-Lagerung	63
2.5.3.6	Ein Lagerungsplan ist kein Bewegungsplan!	63
2.5.3.7	Versorgungslücken vermeiden	64
2.5.3.8	Zusammenfassung	64
2.6	Drei Konzepte – ein Ziel: Prävention durch Bewegung	65
2.6.1	Das Kraft-Balance-Training	65
2.6.2	Das Aktivitas-Pflege®-Konzept	66
2.6.3	Viv-Arte®-Kinästhetik – Bewegungsförderung während der täglichen Pflege	67
2.7	Hilfsmittel gegen Dekubitus – auch ein Dekubitusrisiko?	68
2.7.1	Grundsätzliches	68
2.7.2	Anzeichen und Ursachen frühzeitiger Alterungsprozesse	68
2.7.3	Anzeichen von Untauglichkeit	69
2.7.3.1	Krümel und Stockflecken	69
2.7.3.2	Verklumpungen durch Verunreinigungen	69
2.7.4	Grundsätzliche Hygienemaßnahmen	70
2.7.4.1	Matratzen als Infektionsquelle identifiziert	70
2.7.4.2	Aktuelle Hygienevorschriften	70
2.7.4.3	Schaumstoffmatratzen: Moderne Aufbereitungsverfahren mit Sterildampf .	71
2.8	Zusammenfassung	72

3	Korrespondierende Faktoren	73
3.1	Gestörte Gewebetoleranz	73
3.1.1	Grundsätzliches	74
3.1.2	Hautreinigung	76
3.1.2.1	Seifen und waschaktive Substanzen	76
3.1.2.2	Syndets	76
3.1.3	Hautpflege	77
3.1.3.1	Hautcremes und Bodylotions	77
3.1.3.2	Öl/Wasser-Emulsion	77
3.1.3.3	Wasser/Öl-Emulsion	77
3.1.3.4	Neuentwicklung: Pflegemittel ohne Emulgatoren	78
3.1.3.5	Liposome	79
3.1.3.6	Salben	79
3.1.4	Obsolete Mittel	79
3.1.4.1	Körperpuder	79
3.1.4.2	Franzbranntwein und ähnliche Produkte	79
3.1.5	Schutz vor Nässe und Mazeration	79
3.1.5.1	Synthetischer Hautschutz (Applikator/Spray)	79
3.1.5.2	Für Trockenheit sorgen	80
3.1.6	(Haut-)Pflege bei Dekubitus Kategorie 1	80
3.2	Ernährung	81
3.2.1	Grundsätzliches	81
3.2.2	Ernährungsform und Kontrolle	82
3.2.3	Geeignete Maßnahmen: Ursachen von Nahrungsverweigerung ermitteln und beheben	83
3.2.4	Dekubitusinzidenz und Ernährungszustand	84
3.3	Schmerz	84
3.3.1	Grundsätzliches	84
3.3.2	Komplikationen aufgrund insuffizienter Schmerztherapie	85
3.3.3	Geeignete Maßnahmen	85
3.4	Auswirkung von Immobilität auf die Psyche	86
3.4.1	Grundsätzliches	86
3.4.2	Geeignete Maßnahmen: Mobilisation und Bewegungsförderung	86
3.5	Eingeschränkte Kommunikation	87
3.5.1	Grundsätzliches	87
3.5.2	Ursachen und geeignete Maßnahmen	87
3.5.2.1	Beispiel Schwerhörigkeit	87
3.5.2.2	Beispiel Sehbehinderung	87
3.5.2.3	Beispiel Unfähigkeit verbaler Kommunikation	88
3.6	Schulung von Bewohnern und Angehörigen	88
3.6.1	Grundsätzliches	88
3.6.2	Sich helfen lassen muss gelernt werden	88
3.7	Zusammenfassung	89

4	Der lange Weg von der Pflegeplanung zu Nationalen Expertenstandards	91
4.1	Pflegeplanung und Pflegeprozess	91
4.2	Prüfbare Pflegeleistung, Pflegequalität und Pflegestandards als Folge des Pflegeprozesses	93
4.2.1	Die große Unwägbarkeit: der Patient/Bewohner ...	94
4.3	Von individuellen Pflegestandards zum Nationalen Expertenstandard	95
4.3.1	Grundsätzliches	95
4.3.2	Welche Funktion haben Expertenstandards?	96
4.4	Vor der Implementierung steht die Auseinandersetzung mit dem Thema	97
4.5	Die sieben Ebenen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege (DNQP 2000) ..	99
4.5.1	Erste Ebene: Kompetenz der Pflegefachkraft	99
4.5.2	Zweite Ebene: Bewegungsförderung	100
4.5.3	Dritte Ebene: Einsatz von Lagerungshilfsmitteln ...	101
4.5.4	Vierte Ebene: Weitere geeignete Interventionen ...	102
4.5.5	Fünfte Ebene: Schulung und Beratung von Patienten und – im weitesten Sinne – Angehörigen	103
4.5.6	Sechste Ebene: Organisation	104
4.5.7	Siebte Ebene: Überprüfung der Effektivität der Maßnahmen	105
4.5.8	Zusammenfassung	105
4.5.9	Zur aktualisierten Fassung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege	106
4.6	Überlegungen zur Problemlösung	106
4.6.1	Anforderungen an die Patientenschulung gemäß Expertenstandard	107
4.6.1.1	Grundannahmen	107
4.6.1.2	Erforderliche Maßnahmen im Einzelnen	107
4.6.2	Information aller an der Versorgung Beteiligten ...	109
4.6.3	Zusammenfassung	110

5	Prävalenz und Inzidenz – nicht nur Kriterien der Epidemiologie	111
5.1	Grundsätzliches	111
5.2	Definitionen	111
5.3	Berechnung der Prävalenzrate	112
5.4	Berechnung der Inzidenzrate	112
5.5	Welche Auswirkungen hat die Feststellung von Prävalenz und Inzidenz?	113
5.6	Inhalte eines einrichtungsspezifischen Kriterienkatalogs	113
5.7	Wer sollte solch einen Belegungsspiegel erstellen?	117
5.8	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das zugehörige NBA (Neues Begutachtungsassessment)	117
5.9	Lokale und bundesweite Erhebungen der Prävalenz und Inzidenz	118
5.10	Zusammenfassung	118
6	Kleine Materialkunde	119
6.1	Grundsätzliches	119
6.2	Welche Kriterien sollten beim Kauf oder Einsatz einer Matratze zugrunde gelegt werden?	119
6.3	Kaltschaum – das meist verwendete Material	120
6.4	Relevante Materialeigenschaften im Einzelnen	120
6.5	Zusammenfassung	125

7	Dekubitusprophylaxe – ein Thema für alle	127
7.1	Grundsätzliches	127
7.2	Was ist professionelles Handeln?	127
7.3	Was ist Fachkompetenz?	128
7.4	Schlüsselqualifikationen, die aktuelles Wissen umsetzbar machen	129
7.5	Zusammenfassung	130
8	Dekubitus im Lichte der Rechtsprechung	131
9	Mitarbeiterschulung	135
10	Quellenverzeichnis	151
11	Stichwortverzeichnis	153

Inhaltsverzeichnis CD-ROM

1 Praxistipps und Arbeitshilfen zur Schulung

- ▶ Erfolgreich präsentieren
- ▶ Einladung – Muster
- ▶ Teilnahmebescheinigung – Muster
- ▶ Teilnehmerliste – Muster

2 Schulungsunterlagen

Komplette Präsentationen als MS-PowerPoint- und pdf-Dateien sowie MS-Word-Dateien mit komplett ausformulierten Vortrags-Texten

- Schulungseinheit Nr. 1: Fachliche Grundlagen
- Schulungseinheit Nr. 2: Hilfsmittel gegen Dekubitus in Prophylaxe und Therapie
- Schulungseinheit Nr. 3: Korrespondierende Faktoren
- Schulungseinheit Nr. 4: Der lange Weg von der Pflegeplanung zu Nationalen Expertenstandards
- Schulungseinheit Nr. 5: Prävalenz und Inzidenz – nicht nur Kriterien der Epidemiologie
- Schulungseinheit Nr. 6: Kleine Materialkunde
- Schulungseinheit Nr. 7: Dekubitusprophylaxe – ein Thema für alle

3 Praktische Arbeitshilfen und nützliche Informationen

zu Kapitel 1.4.8

- ▶ Schöller, Beatrix: Der deutsche Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege
- ▶ Schöller, Beatrix: Aktuelles Pflegewissen – Schmerzmanagement – Wissenstransfer in der Praxis

zu Kapitel 1.6.3

- ▶ EPUAP/NPUAP: Leitlinie Dekubitus Prävention

zu Kapitel 2.2

- ▶ EPUAP: Stellungnahme zum Einsatz der Hilfsmittel gegen Dekubitus orientiert an Kategorien, mit Übersetzung ins Deutsche (Oktober 2008)

zu Kapitel 2.4.1

- ▶ BVMed: Erhebungsbogen für die Versorgung mit Antidekubitus-Hilfsmitteln (Kissen)
- ▶ BVMed: Erhebungsbogen für die Versorgung mit Antidekubitus-Hilfsmitteln (Liegehilfen)
- ▶ MDS: Erhebungsbogen zur Versorgung mit Liegehilfen als Hilfsmittel (ab 6. Lebensjahr)

- ▶ MDS: Erhebungsbogen zur Versorgung mit Liegehilfen als Hilfsmittel (bis vollendetes 5. Lebensjahr)
- ▶ MDS: Erhebungsbogen zur Versorgung mit Sitzhilfen als Hilfsmittel

zu Kapitel 2.8

- ▶ Kamps, Norbert: Dekubitusversorgung auf Basis der PG 11
- ▶ Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

zu Kapitel 4.5

- ▶ Einrichtungsspezifischer Pflegestandard Dekubitusprophylaxe

zu Kapitel 4.5.5

- ▶ Deutsche Dekubitusliga e.V.: Patientenflyer „Dekubitus muss nicht sein!“

zu Kapitel 4.5.8

- ▶ Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege
- ▶ Qualitätsprüfungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114 SGB XI

zu Kapitel 4.6.3

- ▶ Umsetzung des Expertenstandards in die Praxis am Beispiel des Herrn Meier

zu Kapitel 5.6

- ▶ Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des SGB
- ▶ Gaugisch et. al: „Pflegen ohne Druck“, Studie des Fraunhofer-Instituts IAO

zu Kapitel 5.8

- ▶ Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft: Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Anlagenband
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

zu Kapitel 6.5

- ▶ Heinhold, Heidi: Verbandmaterialien
- ▶ Sellmer, Werner: Tabellarische Übersicht hydroaktiver Wund- und Spezialverbände

zu Kapitel 10

- ▶ Ausführliches Literaturverzeichnis

Einleitung

Der Untertitel dieses Buches heißt: Sichere Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in die Pflegepraxis.

Die anhaltenden Diskussionen um diesen seit nunmehr zehn Jahren veröffentlichten Expertenstandard zeigen, wie schwierig der Weg von der Theorie in die Praxis ist, wenn der Praxisvorlauf nicht mehr im Blickfeld ist. Der Vorlauf besteht in der gesetzlichen Verankerung der Pflegeplanung im Krankenpflegegesetz von 1985 als Ausbildungsziel mit dem Pflegeprozess als pflegetheoretischem Hintergrund. Die seit 1999 entwickelten Expertenstandards fußen natürlich auch auf dem Pflegeprozess. Außerdem sollen sie insofern Anleitung für die Praxis sein, dass jede Einrichtung weiterhin eigene Standards entwickeln darf und soll, sie müssen sich aber an den Leistungsvorgaben der Expertenstandards orientieren und messen lassen.

Wissenschaftliche Grundlage von Expertenstandards sind umfangreiche Literaturrecherchen und Expertenmeinungen. Diese Expertenmeinungen werden in einem zeitaufwendigen Konsensusverfahren aufeinander abgestimmt (konsentiert), sodass am Ende eine abstrakt formulierte, auf jede Einrichtung anwendbare Aussage getroffen werden kann. Aufgabe des Anwenders in der Implementierungsphase ist, die Antwort auf die die Frage zu finden: Wie passen meine Gegebenheiten und die Leistungsvorgaben zusammen? Hier werden die Autorinnen anhand eines Fallbeispiels fiktive Antworten geben, die dem Einzelnen jedoch die Möglichkeiten eröffnen können, eigene Antworten zu finden.

Der Beschäftigung mit dem nationalen Expertenstandard gingen praxisbezogene Informationen voraus, die zum Teil auf umfangreichen Recherchen und Literaturrecherchen, zum Teil auf Interviews mit Praktikern und zum Teil natürlich auf eigenen Erfahrungen in der Pflegepraxis beruhen. Bei den Recherchen galt es, die Spreu vom Weizen zu trennen, etwa in der Frage der Pflegemaßnahmen zum Dekubitus der Kategorie I. Im schier unerschöpflichen Internet fand sich folgende Aussage: „Bei einem Dekubitus ersten und zweiten Grades empfiehlt es sich, die betroffene Region intensiv zu säubern. Dazu eignet sich zum Beispiel die Spülung mit Kochsalzlösung.“ Diese Seite war im Herbst 2009 das letzte Mal aktualisiert worden, eine weitere Aktualisierung und entsprechend eine Korrektur erfolgte auf Anfrage der Autorinnen. Sie ist ein Beispiel dafür, wie kritisch auch die von Experten formulierten Empfehlungen angesehen werden müssen, insbesondere dann, wenn es sich bei der Formulierung von Standards um Grundsatzaussagen handelt, die die Umsetzung in die Praxis nach sich ziehen.

Die Autorinnen haben gutem Brauch folgend ihre Beiträge „konsentiert“, von kritischen Fach(pflege)kräften gegenlesen und bei Bedarf korrigieren lassen. Sie gehen davon aus, dass der vorliegende Band den aktuellen Stand zum Thema Dekubitusprophylaxe, aber auch zum Umgang mit Expertenstandards wiedergibt. Sie hoffen, dass die Ausflüge in die Medizingeschichte sowie in die pflegetheoretischen Grundsätze im Vorfeld der Entwicklung der Expertenstandards dort unterstützend wirken können, wo jetzt noch die Frage im Raum steht: „Was mache ich, wenn meine Einrichtung nicht zum Expertenstandard passt?“ Den Fragenden sei die Antwort auf den Weg gegeben: Ihre Einrichtung passt in jedem Fall. Sie müssen nur den Rahmen,

den Ihnen der Expertenstandard vorgibt, genau betrachten. Sie sind die Experten, die auch den Expertenstandard prüfen können, dürfen und vom Prinzip her müssen. Wie sollen die Autoren sonst erfahren, dass ihre Überlegungen für die Praxis zu hoch oder missverständlich angesetzt sind?

Expertenstandards werden regelmäßig aktualisiert. Im Vorfeld der Aktualisierung (etwa alle drei bis fünf Jahre) veröffentlicht das DNQP auf seiner Homepage (www.dnqp.de) eine Mitteilung darüber, wann die Aktualisierung erfolgt und dass Anwender Verbesserungsvorschläge innerhalb eines bestimmten Zeitraums einreichen können; spätestens fünf Jahre nach der letzten Aktualisierung. Diese erfolgte 2010 mit Wirkung ab 2011. Sie haben also mindestens drei bis vier Jahre Zeit, Ihren Standard gemäß Expertenstandard zu formulieren, zu implementieren und zu erproben, um dann den Autoren der Expertenstandards Ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen und ihn so mit dem Leben der Praxis zu füllen. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Heidi Heinhold

Ursula Häupler