

DekuPr E	<p style="text-align: center;">Dekubitusprophylaxe Handlungskonzept zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe</p>	Kommentar	
<p>Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entsteht, wenn über einen bestimmten Zeitraum ein konstanter Druck auf einen Gewebsabschnitt einwirkt, so dass die Sauerstoffversorgung dieses Abschnitts blockiert ist. Ist einmal ein solcher Gewebsschaden entstanden, bedeutet dies für den Betroffenen eine zusätzliche, zumeist vermeidbare Gefährdung seines Zustandes, verbunden mit Schmerzen und großen Unannehmlichkeiten. Zudem drohen septische Wundinfektionen, die zum Tod führen können. Gefährdet sind vor allem Kranke, die ihre Position im Bett oder auf dem Stuhl sitzend, nicht ohne Hilfe verändern können, deren Schmerzempfinden/Wahrnehmung gestört ist (v.a. Apoplex, Multiple Sklerose, Lähmungen, Bewusstlosigkeit, Narkose, Intoxikation, Sedierung, hochgradige Demenz, Apathie/Stupor/Katatonie) sowie Bettlägerige mit Durchblutungsstörungen, Inkontinenz, Diabetes mel., Kachexie, Exsikkose.</p> <p>Ziel: Verhinderung eines Dekubitus</p> <p>Maßnahmen</p> <p>1. Gefährdung frühzeitig erkennen Die verantwortliche Bezugsperson/Pflegefachkraft schätzt das Dekubitusrisiko ein, indem sie bei allen o.g. Gefährdeten a) eine erste systematische Risikoeinschätzung zu Beginn der Pflegeübernahme vornimmt (Braden-Skala?) und b) fortlaufend auf Zustandsveränderungen mit Dekubitusrisiko achtet.</p> <p>2. Intervention, je nach Risiko</p> <p><i>Geringes Risiko</i> - gezielte Krankenbeobachtung! <i>Mittleres Risiko</i> - gezielte Krankenbeobachtung plus ? <i>Hohes und sehr hohes Risiko</i> - je nach gefährdeten Körperregionen:</p> <p>A. Bei Dekubitusgefahr im Gesäß- und Hüftbereich (Os sacrum, Trochanter),</p> <ol style="list-style-type: none"> weiche Schaumstoffmatratze (Marke, bevorratet in) einbetten, Lagerungskissen bereitlegen Bewegungs-/ Lagerungsplan erstellen: Zeitintervall und Lagerungsart (30°reS-liS, Rücken, evtl. Bauch, andere) individuell festlegen Lagerungsprotokoll (Datum, Uhrzeit, Bewegungs-/Lagerungsart, Besonderheiten, Unterschrift) anlegen und darauf achten, dass die durchgeführten Maßnahmen jeweils dokumentiert werden. <p>B. Bei Dekubitusgefährdung im Fußbereich, betroffene Ferse mit Hilfe von Lagerungskissen oder so lagern, dass Ferse/Knöchel keinem Auflagedruck ausgesetzt sind, auch dann nicht, wenn sich der Kranke bewegt oder Lageveränderungen vorgenommen werden. Gleichzeitig auf eine physiologische Bein- und Fußstellung achten. Überstreckung im Kniegelenk oder Spitzfußstellung vermeiden!!!</p> <p>C. Bei Dekubitusgefährdung an anderen Körperstellen: gefährdete Körperstellen (z.B. Hinterkopf, Schulterblatt) der Situation entsprechend lagern und entlasten, durchgeführte Maßnahmen protokollieren.</p> <p>D. Bei besonderer Gefährdung, der nicht alleine durch regelmäßiges Bewegen und Umlagern entsprochen werden kann, wird im Team, gemeinsam mit der Pflegedienstleitung, dem behandelnden Arzt und ggf. Qualitätsbeauftragten (Dekubitusbeauftragten) entschieden, ob und welches Spezialbett angefordert/eingesetzt werden muss oder welche Alternative ergriffen werden soll. (Wichtig: Kriterien und Zuständigkeit im Haus klar definieren!)</p> <p><u>In allen Fällen sorgt die zuständige Pflegefachkraft außerdem für:</u></p> <p>3. Information, dass der Betroffene und /oder seine Angehörigen sowie weitere an der Betreuung beteiligte Personen über die Dekubitusgefahr, Sinn und korrekte Handhabung der geplanten Maßnahmen informiert sind.</p> <p>4. Inspektion: Begutachtung der gefährdeten Körperstellen während jedes Lagewechsels sowie bei anderen Pflegeverrichtungen (z.B. mit Hilfe des sog. Fingertestes: bleibt die verdächtige Stelle nach dem Fingerdruck rot, muss die Prophylaxe intensiviert werden.)</p> <p>5. Dokumentation: Dokumentiert werden die von diesem Standard abweichenden Maßnahmen sowie Veränderungen beim Kranken, die eine Anpassung der Maßnahmen erforderlich machen. Der Bewegungs- /Lagerungsplan wird auf einem separaten Formular geführt und später als Bestandteil der Gesamtdokumentation abgeheftet.</p> <p>6. Qualitätssicherung: In jedem Falle, in dem ein Dekubitus nicht verhindert werden konnte, findet eine genaue Ursachenermittlung statt. Pflegedienstleitung ggf. Qualitätsbeauftragter/Dekubitus-Beauftragter und behandelnder Arzt sind über Pflegebedürftige mit einem hohen Risiko sowie bei den ersten Anzeichen eines Dekubitus zu informieren</p>			
© A.v.Stösser	erstellt 11/2003	freigegeben: am:	Dokument: DekuPr

Dekubitusprophylaxe

Kommentar zur Standardversion 2, erstellt 5/2004, aktualisiert 9/2004

Die Ergebnisse und Rückmeldungen der vom Bundesverein AlzheimerEthik e.V. und mir im Februar 2004 durchgeführten Umfrage zur Nützlichkeit des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, sowie die Ergebnisse einer in 2003 in Hamburg durchgeführten Studie zu den Dekubitusursachen, haben mich veranlasst, unsere bis dahin geltende Standardvorlage grundlegend zu überarbeiten.

Die Gliederung/Prioritätensetzung erfolgte nach praktischen und pädagogischen Gesichtspunkten:

1. Gefährdung erkennen:

Das frühzeitige Erkennen einer Dekubitusgefahr hängt m.E. wesentlich davon ab, wie die Zuständigkeiten auf den Stationen geregelt sind. Wenn heute diese, morgen jene und übermorgen wieder eine andere Pflegekraft für bestimmte Patienten/Bewohner zuständig ist oder wenn es keine personbezogene Zuordnung gibt, kann es - mit und ohne Risikoeinschätzungsskala - leicht passieren, dass die Dekubitusgefahr erstmals angesichts eines bereits vorliegenden Dekubitus erkannt wird. Pflegekräfte, denen der Blick für diese spezielle Gefährdung fehlt, sei es, weil sie unzureichend geschult sind oder zu viel anderes um die Ohren haben, werden so oder so zu spät reagieren. Es sei denn, man würde bei jedem Pflegebedürftigen eine tägliche systematische Risiko-Einschätzung fordern.

Davon ausgehend, dass die Stations-/Wohnbereichsleitung in aller Regel die bessere Qualifikation besitzt, außerdem Verantwortung dafür trägt, wem die Pflegemitarbeiter zugeteilt sind und wie die Dienstpläne aussehen, sollte man diese pflegerische Sorgfaltspflicht an erster Stelle der jeweils leitenden Pflegekraft übertragen und an zweiter Stelle der Bezugsperson. "Bezugspfleger" (s.Standard Bezug) können grundsätzlich auch nicht

examinierte Pflegemitarbeiter sein, schon deshalb sollte man diese Konstellation wählen.

Auch der Expertenstandard erklärt die Dekubitusprophylaxe zur Chefsache und will Klinik-, Heim- und Pflegedienstleitungen hierbei in die Pflicht genommen wissen. Im Unterschied zu den dort erhobenen Forderungen, sehe ich keine Notwendigkeit für spezielle Qualifikationen von Pflegefachkräften. Die Qualifikation ist weniger das Problem als die Organisation: die immer noch vorherrschende funktionale Denk- und Arbeitsweise. An dieser Stelle müsste man ansetzen.

Statt Checkliste - Konzentration auf das Wesentliche!

Wie an anderen Stellen mehrfach schon ausgeführt, wäre eine frühzeitige Gefahrerkenkung eher zu gewährleisten, würden Pflegekräfte gehalten auf das Wesentliche zu achten. Nicht Ernährungsmangel, nicht Inkontinenz, nicht Bettlägerigkeit verursacht das typische Druckgeschwür, sondern zu langes, regloses Sitzen oder Liegen auf der gleichen Stelle, aus welchem Grunde auch immer dies geschieht. Darum sollte man alle Pflegenden instruieren, das Bewegungsverhalten von Pflegebedürftigen gezielt zu beobachten. Ein mangelernährter und "windeltragender" Bettlägeriger, der sich unruhig im Bett bewegt, ist nicht gefährdet. Hingegen kann jemand, der weder mangelernährt ist, noch durch Urin angegriffene Haut hat, binnen weniger Stunden ein ausgeprägtes Druckgeschwür entwickeln: wie zum Beispiel während einer längeren Operation auf einem nicht genügend gepolsterten Op-Tisch. Immer noch sehe ich eine Patientin mit Multipler Sklerose vor mir, die, obschon sie regelmäßig ihre Mahlzeiten aufsaß, einen subrapubischen Blasenkatheter hatte, die meiste Zeit des Tages im Rollstuhl verbrachte und geistig recht rege am Leben auf der Station teilnahm, einen Dekubitus entwickelte, wie er schlimmer kaum werden kann. In diesem Falle hatte das geistig mobile Erscheinungsbild von der reglosen Sitzhaltung abgelenkt. Allerdings ist nicht jeder, der diese Krankheit hat oder aus anderen Gründen im Rollstuhl sitzt, in gleicher Weise gefährdet. Nicht einmal jeder Bewusstlose ist gefährdet, sondern nur solche, die reglos auf der Stelle liegen. Viele Komapatienten bewegen sich unwillkürlich oder zeigen Phasen der Unruhe in denen keine Dekubitusgefahr besteht. Wenn man wissen will, wer gefährdet ist bzw. wann jemand gefährdet ist, muss man das Bewegungsverhalten in den gefährdeten Bereichen

beobachten: Wie sitzt der Kranke auf dem Stuhl, wie liegt er im Bett. Da sich die Situation von Tag zu Tag, mitunter von Stunde zu Stunde ändern kann, steht und fällt die Früherkennung mit der daraufhin geschulten Aufmerksamkeit und Beobachtungsfähigkeit der zuständigen Pflegeperson.

Die Verantwortlichen für den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe setzten stattdessen auf eine standardisierte Risikoeinschätzung mit Hilfe bestimmter Skalen. Neben der Mobilität werden dort Inkontinenz, Ernährungsmangel/-verhalten, körperliche- und geistige Verfassung oder bestimmte Krankheitserscheinungen abgefragt und an Hand von Punktwerten einem von 3 oder 4 Risikograden zugeordnet. Zur Auswahl stehen drei verschiedene Schätzskalen, die sog. Braden-, Norton- und Waterlow-Skala, wobei erstere bevorzugt empfohlen wird. Bis dahin wurde die Norton-Skala, zuletzt in der von Bienstein erweiterten Form, als ein unverzichtbares Instrument gehandelt. Kam es zu einem Dekubitus mit juristischen Folgen, konnte dem Pflegedienst alleine bereits aus dem Fehlen eines ausgefüllten Norton-Formulars ein Strick gedreht werden. Pflegedienste, die diese Formulare nicht angeschafft, ausgefüllt und abgeheftet hatten, waren gut beraten, eine überzeugende Erklärung für die Ablehnung dieser Schätzskalen parat zu haben. Zu diesem Zwecke hatte ich 1994 bereits eine Begründung formuliert und an [zwei Beispielen](#) dargestellt, dass dieses Instrument nicht nur unsinnig, sondern obendrein gefährlich ist. Inzwischen wird Norton für die Altenpflege nicht mehr empfohlen, stattdessen setzt man auf den von Barbara Braden entwickelten Bogen, vor allem, weil die Messkriterien hier wissenschaftlich gesehen besser operationalisiert werden.

Doch auch diese Skala ist kein Garant dafür, dass Dekubitusgefahr rechtzeitig erkannt wird. Während man bis vor kurzem auf ziemlich einsamen Posten mit dieser Kritik stand, kann inzwischen eine pflegewissenschaftliche Untersuchung angeführt werden, die mit anderen Worten zum gleichen Ergebnis kam: **" Die untersuchten Instrumente zur Messung des Dekubitusrisikos mit dem Ziel der Primärprävention dieser Komplikation haben eine unzureichende Testqualität. Es ist unwahrscheinlich, dass die Instrumente beim Einsatz in einem Programm zum Risikofaktorenscreening auf Dekubitus effektiv sind."**

kommentiert Dr. Gabriele Schlömer, von der Uni Hamburg, die diese Studie geleitet hat. http://www2.uni-hamburg.de/~fc1i046/cgi-bin/newsite/index.php?page=page_193
Interessant sind vor allem auch folgende Aussagen:

" Deutlich wird die Testqualität bei der Betrachtung absoluter Zahlen (26): **von 100 getesteten Personen** (bei denen eine Skala-Einschätzung vorgenommen wurde), **bekamen 10 Patienten einen Dekubitus, 3 wurden aufgrund des Testes richtig vorhergesagt und 13 falsch. 7 Risikopatienten, die einen Dekubitus entwickelten, wurden durch den Test jedoch nicht identifiziert, so dass die Dekubitusrate durch den Einsatz präventiver Maßnahmen in der identifizierten Risikopopulation bzw. durch Unterlassen dieser in der Gruppe mit geringem Risiko kaum zu reduzieren ist.** Die Testinstrumente sind unsystematisch, basierend auf klinischen Beobachtungen entwickelt worden. Explorative Studien, in denen durch multiple Regressionsanalysen prognostische Faktoren ermittelt wurden, kamen in der Regel zu dem Ergebnis, dass die meisten Faktoren, bis auf Mobilität und mit Einschränkungen Inkontinenz, keine Aussagen über die potentielle Entwicklung eines dekubitalen Geschwürs zulassen (2,5,28,29,30). Diese Beobachtungen sprechen gegen eine Entwicklung und mögliche Effektivität eines Testinstrumentes zur Messung des Dekubitusrisikos. ... Fraglich ist, ob durch ein Risikofaktorenscreening (ganz gleich welcher Art) die gewünschten Effekte, nämlich die Vermeidung eines Krankheitsereignisses, überhaupt effektiv erreicht werden können. Weiterhin könnte angenommen werden, dass auch ohne ein Screening für die Gruppe der immobilen Patienten durch effektive Präventionsmaßnahmen zur Körperhygiene, Mobilisation und Lagerung eine Reduktion der Dekubitusrate zu erwarten ist." Mein Reden seit Jahren. Aber was nützen einem heute die plausibelsten Argumente, solange keine Studien vorgelegt werden können?

Zusammengefasst hier nochmals meine Begründung für die Ablehnung, der im Expertenstandard empfohlenen Skalen (Braden-, Norton-, Waterlow-Skala):

1. Diese lenken vom eigentlichen Risiko (unbewegliches Sitzen/Liegen) ab, in dem sie sekundäre

und primäre Faktoren in einen Topf werfen.

2. Der bürokratische Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Nutzen, der sich auch nach jüngster pflegewissenschaftlicher Studie nicht erwiesen hat.

3. Schecklisten jeder Art unterstützen funktionale Denk- und Arbeitsweisen. Sie mögen zur Bedienung komplizierter Techniken unverzichtbar sein. Hingegen lässt sich das Subjekt Mensch nicht in gleicher Weise objektivieren. In jedem Falle spielt immer auch das Zwischenmenschliche eine Rolle, speziell das Interesse an der Person und dessen Wohlergehen. Deshalb sollte dahin gewirkt werden, jedem Patienten/Bewohner eine Pflegeperson zuzuordnen, die sich in besonderer Weise zuständig und verantwortlich fühlen muss.

Examinierte Pflegefachkräfte sind grundsätzlich auch ohne derartige Hilfsmittel in der Lage,

Dekubitusgefährdung zu erkennen. Sie würden nicht so häufig daran vorbeischaun, wären die Zuständigkeiten personenbezogen klar geregelt. Wem das Wohl bestimmter Patienten /Bewohner eine Herzensangelegenheit ist, weil er einen besonderen Bezug zu diesen ihm anvertrauten Menschen hat, der nimmt Veränderungen ganz anders wahr, als jemand dem nur wichtig sein muss, dass alles in den gewohnt geordneten Bahnen abläuft. Anstatt funktionales - funktionieren mittels Checklisten sicher stellen zu wollen, sollte man Beziehungspflege fördern. Damit ließe sich nicht nur die Dekubitusrate deutlich zu senken. Wir pflegen schließlich keine Autos oder andere leblose Gegenstände, sondern Menschen. Und der Dekubitus entsteht nicht selten überhaupt nur deshalb, weil man mit dem Menschen, den es zu pflegen gilt, nichts zu tun haben will; weil man es z.B. leid war, ihm ständig hinter her zu laufen und schließlich mit Hilfe von Haldol® oder ähnlichem dafür gesorgt hat, dass er nun reglos da sitzt. Dekubitus entsteht auch, weil sich um alles andere Sorgen gemacht wird, nicht jedoch um den Menschen, der sich hinter dem Pseudonym Patient/Klient/Kunde/Bewohner etc. verbirgt. Dass in der häuslichen Pflege, die immerhin 70 Prozent ausmacht, deutlich weniger Dekubitusfälle vorkommen, liegt wohl in erster Linie an der höheren menschlichen Fürsorge, die dort praktiziert wird; trotz aller Belastungen, allem Stress, dem pflegende Angehörige ausgesetzt sind und deren vergleichsweise geringem Fachwissen.

2. Auflagedruck mildern.

Diese Maßnahme habe ich an die zweite Stelle gesetzt, weil es sich hierbei um eine bewährte und zumeist auch übliche Sofortmaßnahme handelt. Was macht man, wenn einem der Stuhl zu hart erscheint, man läuft entweder herum oder legt ein weiches Kissen unter.

3. Beweglichkeit fördern

Da alle unsere Standard-Vorlagen im Sinne der aktivierende Pflege angelegt sind, und Dekubitusgefährdete in aller Regel Menschen sind, die von Kopf bis Fuß täglich gepflegt werden müssen, sah ich bislang keine Notwendigkeit, einen speziellen Bewegungsplan aufzustellen. Eine aktivierend und basal stimulierend durchgeführte Körperpflege, sofern diese in der beschriebenen Weise regelmäßig durchgeführt würde, würde das Dekubitusrisiko mit Sicherheit erheblich senken. Die im Zusammenhang mit der Thrombose- oder Kontrakturprophylaxe regelmäßig durchzuführenden Bewegungsübungen, wären ebenfalls zugleich im Sinne der Dekubitusprophylaxe wirksam. Oder schauen Sie sich unseren [Standard Mobil](#) an: Das Rezept schlechthin, gegen Dekubitusgefährdung.

Dennoch kann ich der Begründung für einen Bewegungsplan bzw. gegen reine Lagerungspläne, wie sie im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ausgeführt wird, zustimmen. Die Betonung sollte und muss auf der Bewegung liegen, das ist das A und O. Angesichts der Praxis kann man die Notwendigkeit der Aktivierung und Bewegungsförderung nicht oft genug betonen. Selbst wenn derzeit in Punkto Bewegung/ Mikrobewegungen wild herumexperimentiert wird, dürfte das immer noch besser sein, als den Dekubitusgefährdeten lediglich passiv hin- und herzulagern. Den Begriff Mikrobewegungen habe ich nicht übernommen, da es sich hierbei allenfalls um eine interessante Idee handelt, für die ein tragfähiges wissenschaftliches Fundament genauso fehlt, wie praktische Erfahrungen.

Nicht berücksichtigt wurde/wird bislang der Zusammenhang zwischen ruhigstellenden Medikamenten, wie sie vor allem Altersverwirrten regelmäßig verabreicht werden, und der damit verbundenen "Reizunempfindlichkeit", Trägheit und Bewegungshemmung, die ein besonderes Dekubitusrisiko darstellt. Eine 2003 in Hamburg durchgeführte Studie zu den Ursachen für

Dekubitus, hat diesen Eindruck bestätigt. Während ein direkter Zusammenhang zwischen Inkontinenz oder Mangelernährung und Dekubitushäufigkeit nicht festgestellt werden konnte, lag die Dekubitusrate bei Patienten, denen ruhigstellende Medikamente verabreicht wurden, deutlich höher als bei allen anderen.

4. Umlagerung:

Wie auch die Umfrageergebnisse deutlich zeigten, führt die Orientierung am Expertenstandard vielerorts dazu, dass die Lagerungsintervalle beliebig gehandhabt werden und man eher den Eindruck gewinnt, dass dabei die personelle Situation eine größere Rolle spielt, als die des Dekubitusgefährdeten. **Auf der einen Seite trauen die hinter dem Expertenstandard stehenden Experten examinierten Pflegekräften nicht zu, ohne eine Checkliste zu erkennen, bei wem Dekubitusgefährdung vorliegt. Auf der anderen Seite überantwortet man ihnen, die viel schwierigere Beurteilung der Lagerungshäufigkeit.** Woher soll denn eine "normale" Krankenschwester/Altenpflegerin wissen, wie lange ein Patient ungefährdet auf der gleichen Stelle liegen bleiben kann, wenn nicht einmal die auf diesem Gebiet tätigen Wissenschaftler dazu klare Aussagen machen können?

Im Grunde stellt der Expertenstandard damit zugleich die Nützlichkeit der gesamten Dekubitusprophylaxe in Frage. Denn wenn es keine klaren Parameter gibt, an denen festgemacht werden kann, wann welche Maßnahmen zu ergreifen gewesen wären, kann man hinterher keine Fachkraft zur Rechenschaft ziehen, die z.B. erklärt, dass ihr ein vierstündlicher Lagewechsel ausreichend erschien. Kommt es zum Dekubitus, stehen nach den Vorgaben des Expertenstandards zu geringe Lagerungsintervalle nicht mehr zur Debatte. Denn dieser gibt nicht einmal grobe Anhaltspunkte, sondern verweist auf die aktuelle Fachliteratur. Doch auch dort halten sich die Fachleute inzwischen sehr bedeckt mit konkreten Empfehlungen, da kaum etwas wissenschaftlich untermauert ist. Auch in dieser Form zeigt sich die mit dem Anspruch der Evidenzbasiertheit einhergehende Verunsicherung. Nie wurde in der Pflege derart weitläufig

um den "heißen Brei" herumgeschrieben, ohne eine einzige konkrete Empfehlung für die Praxis abzugeben.

Angesichts dessen, dass zu den eigentlichen Maßnahmen, mit denen ein Dekubitus verhindert werden könnte, derzeit keine allgemeingültigen Richtlinien vorliegen, können inhaltliche Fehler juristisch nicht belangt werden. Denn dies setzt voraus, dass es einen allgemeingültigen Standard gibt, in dem die wichtigsten Inhalte definiert sind. Den einen mag dies freuen, eine allgemeine Senkung der Dekubitusrate kann man auf diese Weise jedenfalls nicht erreichen.

Da es uns jedoch darum geht, Druckgeschwüre zu verhindern, plädiere ich für die Beibehaltung der bis dahin geltenden 2-Stunden-Regelung. Gemäß der Devise: lieber einmal zuviel gelagert, als einmal zu wenig, sollten Einrichtungen eine bestimmte Zeit vorgeben, sozusagen als hausintern definierten Sicherheitsstandard. Abweichungen davon müssten jeweils im Pflegebericht oder auf dem Protokollblatt begründet werden. Häufigeres Lagern hat außerdem den Vorteil, häufigerer Kontakte zum Kranken, der da reglos in seinem Bette liegt und vielleicht nach einer Stunde schon darauf wartet, dass jemand kommt, der ihn aus seiner "misslichen" Lage befreit und ein paar tröstende, freundliche Worte für ihn bereithält. Um ein Gespür dafür zu bekommen, was es heißt, eine Zeitlang hilflos/regungslos in einer Position zu liegen, habe ich im Krankenpflegeunterricht verschiedene Experimente gemacht. SchülerInnen, freiwillige natürlich, sollten typische Patientenpositionen in unserem Übungsbett einnehmen und in dieser Stellung so lange liegen, bis sie es nicht mehr aushielten. Die Zeit wurde gestoppt. Länger als eine Stunde hat niemand durchgehalten. Wie muss es einem Kranken zu Mute sein, der nicht einmal mehr die Kraft hat, zu klingeln, wenn er nicht mehr liegen kann? Unsere Freiwilligen wussten, dass sie sich selbst jederzeit aus ihrer Lage befreien würden können. Kranken, denen dazu die Kraft fehlt, können nur hoffen, dass ein einfühlsamer Mensch vorbeikommt, der ihre schmerzenden Glieder möglichst vorsichtig bewegt und sie in einer Lage bettet, die für einige Zeit erträglich ist.

Kranke brauchen keine Expertenstandards dieser Art und auch keine Pflegekräfte, die sich mehr an dem orientieren, was wissenschaftlich fundiert

ist, als daran, wie sich die Menschen fühlen, in ihrer Hilflosigkeit. Wer den kranken Menschen beobachtet, erfährt von diesem, wann es Zeit wäre, gelagert zu werden. Da diese Beobachtung im Alltag jedoch aus organisatorischen, zeitlichen und anderen Gründen nicht gewährleistet werden kann, sind Medizin und Pflege immer mehr geneigt, zur Früherkennung verschiedenster Risiken Checklisten einzusetzen. Menschlich gesehen, unterstützt man damit einen falschen Weg, nämlich funktionales, sachorientiertes Pflegen. Wissenschaftlich gesehen scheint es keinen besseren zu geben.

Die übrigen Punkte 5-8 sind selbstredend und bedürfen keiner Kommentierung.

Juristische Konsequenzen

Allgemein wird die Qualität der Dekubitusprophylaxe an dem gemessen, was der Expertenstandard vorschlägt. Pflegeeinrichtungen, welche die Benutzung einer der Risiko-Skalen ablehnen, können deshalb zwar nicht belangt werden, aber sie müssen damit rechnen, im Streitfalle an einen Richter zu geraten, der ihnen aus dem Fehlen dieser Risikoeinschätzung, die Schuld an beklagtem Dekubitus anlasten könnte. Wer unsicher ist, wie er sich hier verhalten soll, sollte Rücksprache mit dem zuständigen Anwalt nehmen. Sie dürfen sich bei Ihrer Argumentation, gegen die Einführung oder Beibehaltung der im Expertenstandard geforderten Risikoeinschätzungen, gerne auf meine Ausführungen stützen und auch meine konkrete Hilfestellung erfragen, sollte es deshalb zu einem Streitfall kommen. Als juristischen Ratgeber kann ich insbesondere den Pflegerechtsexperten Werner Schell empfehlen, dessen Rat ich auch mehrfach schon eingeholt habe, und der durch zahlreiche Fachbücher sowie seine viel besuchte Internetseite, www.pflegerechtportal.de, in der Berufsbranche allgemein bekannt sein dürfte.