

Sabine Hindrichs, Ulrich Rommel

Expertenstandards praktisch anwenden

Im Kontext von Strukturmodell und neuem
Pflegebedürftigkeitsbegriff

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen



Sabine Hindrichs, Ulrich Rommel

Expertenstandards praktisch anwenden

Im Kontext von Strukturmodell und neuem
Pflegebedürftigkeitsbegriff



Altenpflege
Vorgang durch Wissen



Sabine Hindrichs • Ulrich
Rommel

Expertenstandards praktisch anwenden

Im Kontext von Strukturmodell
und neuem
Pflegebedürftigkeitsbegriff



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens und sind bestmöglich aufbereitet.
Der Verlag und der Autor können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen, die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK, Hannover 2018

Besuchen Sie uns im Internet: www.altenpflege-online.net

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Titelbild: AdobeStock, photocrew

E-Book-Herstellung und Auslieferung: readbox publishing, Dortmund,
www.readbox.net

Satz: Heidrun Herschel, Wunstorf

E-Book ISBN: 978-3-8663-0736-0

Sabine Hindrichs • Ulrich
Rommel

Expertenstandards praktisch anwenden

Im Kontext von Strukturmodell
und neuem
Pflegebedürftigkeitsbegriff

Inhalt

Vorwort

- 1 Expertenstandards in der Pflege**
 - 1.1 Expertenstandard als Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der Pflege
 - 1.2 Definitionen – Begriffsbestimmungen
 - 1.2.1 Definition „Pflege“
 - 1.2.2 Definition „Pflegetequalität“
 - 1.2.2.1 Die Strukturqualität
 - 1.2.2.2 Die Prozessqualität
 - 1.2.2.3 Die Ergebnisqualität
 - 1.2.3 Definition Standard
 - 1.2.4 Definition Expertenstandard
 - 1.2.4.1 Definition Standard durch die WHO
 - 1.2.4.2 Definition Expertenstandard des DNQP
 - 1.2.5 Vom Expertenstandard zum Umsetzungsstandard
 - 1.2.6 Expertenstandards und Verfahrensanleitungen
 - 1.3 Die Entstehung eines Expertenstandards (Expertengruppe, Konsensuskonferenz, Workshop)
 - 1.4 Beziehung der Expertenstandards
 - 1.5 Aufbau der Expertenstandards
 - 1.6 Die Beziehung zwischen Expertenstandards, Neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff und

Strukturmodell

1.7 Expertenstandards und Pflegemodell,
Pflegesystem und Pflegekonzept

2 (Experten-)Standards aus juristischer Sicht

2.1 Grundlegendes zum Thema Recht und
Pflege(-standards) (Co-Autor Jochen
Rommel)

2.1.1 Berufsrecht

2.1.2 Berufsstandard und Expertenstandards

2.1.3 Sozialrecht - Öffentliches Recht

2.1.3.1 Expertenstandard nach § 113a SGB XI

2.1.3.2 Expertenstandards DNQP

2.1.3.3 Expertenstandards in den
Pflegetransparenzvereinbarungen (PTV) und
Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)

2.1.4 Zivilrecht

2.1.4.1 Beweislast erleichterung und
Beweislastumkehr

2.1.4.2 Beherrschbarer Herrschafts- und
Organisationsbereich

2.1.4.3 Leistung unterhalb des Standards

2.1.5 Strafrecht

2.1.6 Exkurs: Remonstrationspflicht

2.2 **Juristische Einordnung von
Grundsatzstellungen des MDS und
Leitlinien der medizinischen
Fachgesellschaften**

2.2.1 Grundsatzstellungen des MDS

2.2.2 (Medizinische) Leitlinien

2.3 **Fazit**

3 Umsetzungsstandards zu den Expertenstandards

- 3.1 Der Pflegeprozess
- 3.2 Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung
- 3.3 Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung
- 3.4 Förderung der Harnkontinenz – 1. Aktualisierung
- 3.5 Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronischen Schmerzen – 1. Aktualisierung 2011 und 2015
- 3.6 Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege – 1. Aktualisierung
- 3.7 Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege – 1. Fassung
- 3.8 Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz – 1. Fassung

4 Expertenstandards in der Dokumentation

- 4.1 Dokumentation entlang des vier-phasigen Pflegeprozesses
- 4.2 Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“
 - 4.2.1 Falldarstellung Dekubitusrisiko
- 4.3 Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“
 - 4.3.1 Falldarstellung Sturzrisiko
 - 4.3.2 Dokumentation eines Sturzereignisses
 - 4.3.3 Sturzerfassungsprotokoll

- 4.4 Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“
 - 4.4.1 Falldarstellung Katharina Kontinenz
 - 4.4.2 Darstellung der Kontinenz-Profile
 - 4.4.3 Miktionsprotokoll
- 4.5 Expertenstandard „Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen“
 - 4.5.1 Falldarstellung Sofia Schmerz
 - 4.5.2 Schmerzprotokoll
- 4.6 Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“
 - 4.6.1 Falldarstellung Emil Ernährung
 - 4.6.2 Ernährungsprotokoll
 - 4.6.3 Trinkprotokoll
- 4.7 Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“
 - 4.7.1 Falldarstellung Margarete Mobilität

5 Expertenstandards und Qualitätssicherung

- 5.1 Audits
- 5.2 QPR – Qualitätsprüfung SGB XI
 - 5.2.1 Stationäre Pflege
 - 5.2.2 Ambulante Pflege
- 5.3 Qualitätsindikatoren
 - 5.3.1 Qualitätsindikatoren zur externen Qualitätskontrolle (Ersatz der Pflegenoten)
 - 5.3.2 Qualitätsindikatoren zu den Expertenstandards des DNQP
- 5.4 Pflegevisite

5.5 Schlussbemerkung

6 Anhang

- 6.1 Pflegerisches Risikorad Dekubitus
- 6.2 Risikoeinschätzung Dekubitusfaktoren
- 6.3 Pflegerisches Risikorad Sturz
- 6.4 Risikoeinschätzung Sturzrisikofaktoren
- 6.5 Pflegerisches Risikorad Harninkontinenz
- 6.6 Risikofaktoren Harninkontinenz
- 6.7 Pflegerisches Risikorad Schmerz
- 6.8 Schmerzeinschätzung BESD
- 6.9 Pflegerisches Risikorad Mangelernährung
- 6.10 Risikoeinschätzung Ernährungsrisiko
- 6.11 Pflegerisches Risikorad Mobilität
- 6.12 Risikofaktoren Mobilitäteeinschränkungen

Literatur

Die Autoren



Jetzt Code scannen und mehr bekommen ...

<http://www.altenpflege-online.net/bonus>



Ihr exklusiver Bonus an Informationen!

Ergänzend zu diesem Buch bietet Ihnen *Altenpflege* Bonus-Material zum Download an. Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie den Buch-Code unter www.altenpflege-online.net/bonus ein und erhalten Sie Zugang zu Ihren persönlichen kostenfreien Materialien!

Buch-Code: AH1088

Vorwort

Pflegestandards im Allgemeinen und die Expertenstandards im Besonderen sind zu einer Selbstverständlichkeit in der Pflege geworden, deren Notwendigkeit und Nutzen allgemein anerkannt ist. Sie sind das Kennzeichen für (gute) Pflegequalität. Sie stehen sinnbildlich für die Professionalisierung der Pflege und die Entwicklung hin zu einer eigenständigen Profession innerhalb der Gesundheitsberufe, indem die Berufsgruppe der Pflege das Qualitätsniveau ihrer Arbeit auf der Basis einer wissenschaftlichen Fundierung selbst definiert.

Für dieses Praxisbuch zur Umsetzung der nationalen Expertenstandards in den pflegerischen Alltag haben wir die Expertenstandards ausgewählt, die für uns die größte Relevanz im pflegerischen Alltag der Langzeitpflege haben und deshalb auf eine eigenständige Thematisierung der drei nachfolgenden Expertenstandards verzichtet:

- Entlassungsmanagement
- Physiologische Geburt
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Natürlich lässt sich der von uns dargestellte Weg vom Expertenstandard in die Praxis auch auf diese übertragen und anwenden.

Nach einer Einführung in Geschichte und Hintergrund der Expertenstandards in [Kapitel 1](#) und der rechtlichen Einordnung in [Kapitel 2](#) finden Sie in den [Kapiteln 3](#) und [4](#)

das „Herzstück“ des Buches mit der Darstellung der Umsetzungsstandards (Verfahrensregelungen) für die ausgewählten Expertenstandards und die konkrete Umsetzung anhand exemplarischer Fallbeispiele in den pflegerischen Alltag. Das [Kapitel 5](#) widmet sich der Organisationsebene und der Qualitätssicherung mit dem Schwerpunkt auf der Relevanz für die Qualitätsprüfungen (MDK).

Mit diesem Buch möchten wir Sie unterstützen, die Inhalte der Expertenstandards in Ihren pflegfachlichen Alltag zu integrieren. Aus diesem Grund sind die exemplarischen Falldarstellungen nicht als „Musterdokumentationen“ gedacht, sondern als Anregung, Hilfestellung und Ideensammlung für die eigenständige pflegfachliche Umsetzung in Ihren persönlichen Alltag.

Für die Praxisumsetzung haben wir in den [Kapiteln 3](#) und [4](#) den vier-phasigen Pflegeprozess, mit der Anwendung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung als Grundlage genommen. Selbstverständlich ist eine Umsetzung im sechs-phasigen Pflegeprozess ebenso möglich.

Bedanken möchten wir uns bei allen Kolleg*innen die uns bei Schulungen, Fortbildungen und in der Praxis als „Testobjekte“ oder Hinweis- und Ratgeber unterstützt haben. Unser besonderer Dank gilt unserem Co-Autor Jochen Rommel, der das Kapitel zwei mit seinem juristischen Sachverstand und Fachwissen begleitet und in die richtigen Bahnen gelenkt hat.

Sabine Hindrichs und Ulrich Rommel

Stuttgart im Juli 2018

1 Expertenstandards in der Pflege

1.1 Expertenstandard als Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der Pflege

Durch die Entwicklung der nationalen Expertenstandards wurde die Qualitätsentwicklung der Pflege in Deutschland und die Professionalisierung der Berufsgruppe der Pflege maßgeblich beeinflusst. Getragen wurde diese Entwicklung im Wesentlichen vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Insbesondere der Initiative von Doris Schiemann, Professorin für Pflegewissenschaft in Osnabrück und bis 2011 wissenschaftliche Leiterin des DNQP, ist es zu verdanken, dass Deutschland Anschluss fand an die Qualitätsentwicklung in der Pflege im internationalen Kontext.¹

Neben der Entwicklung der Expertenstandards durch das DNQP stellen die verpflichtende Anwendung des Pflegeprozesses im Krankenpflegegesetz, die Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) mit der Verpflichtung, ein Qualitätsmanagementsystem vorzuhalten, die Integration der Expertenstandards in die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR), die Implementierungsstrategie des Strukturmodells

zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation² (IMPS) und der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (NBI) weitere Meilensteine der Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Dass die Expertenstandards ein wichtiger Bestandteil der fortschreitenden Professionalisierung in der Pflege sind, soll der nachfolgende kurze tabellarische Abriss der Qualitätsentwicklung in der Pflege (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zeigen.

Meilensteine der Qualitätsentwicklung in der Pflege	
1860	F. Nightingale veröffentlicht „Notes on Nursing: What it is and what is it not“, die erste eigenständige „Pflegetheorie“ .
1960	V. Henderson veröffentlicht im Auftrag des ICN (International Council of Nursing) „Basic Principles of Nursing Care“ – auf denen später sowohl die Pflegemodelle von Juchli (ATL) als auch Krohwinkel (AEDL) aufbauen.
1966	A. Donabedian veröffentlicht „Evaluating the Quality of Medical Care“ mit der Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
1967	Yura/Walsh veröffentlichen erstmalig „The Nursing Process“ mit dem 4-schrittigen Pflegeprozessmodell.
1974	Die WHO legt fest, dass der Pflegeprozess Bestandteil pflegerischer Arbeit ist – Basis für das 4-Phasen-Modell der WHO ist das Modell von Yura/Walsh.
1980	WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ Aufforderung der WHO an alle Mitgliedsstaaten bis 1990 im Rahmen ihres Gesundheitssystems Verfahren zur Qualitätssicherung zu entwickeln.
1981	Erscheint von Fiechter/Meier – Pflegeplanung in der 1. Auflage mit dem 6-schrittigen Pflegeprozessmodell.
1985	Krankenpflegegesetz macht die Anwendung der Pflegeprozessmethode verpflichtend (wird vom Pflegeversicherungsgesetz 1995 aufgegriffen).
1992	Gründung EuroQUAN (Quality Assurance Network) durch

	das RCN (Royal College of Nursing).
1994	Das DNQP (mit seiner Geschäftsstelle an der Hochschule Osnabrück) bildet seinen ersten Lenkungsausschuss.
1994	Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI).
1993	Forschungsprojekt „Fördernde Prozesspflege am Beispiel von Apoplexie“ von M. Krohwinkel, aus dem die AEDL hervorgehend.
1999	Gesundheitsministerkonferenz (GMK) – Auftrag zur Entwicklung von ärztlichen Leitlinien und Pflegestandards zu 10 prioritären Krankheiten und deren Anerkennung durch die Spitzenorganisationen.
1999	Beginn der Erarbeitung von Expertenstandards durch das DNQP in Kooperation mit dem DPR (Deutscher Pflegerat).
2000	Erster Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des DNQP.
2008	Durch das PfwG (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) werden Expertenstandards verbindlich bzw. Teil der QPR (Qualitätsprüfungsrichtlinien).
2010	1. Aktualisierung Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ .
2010	Pflegeneuenausrichtungsgesetz (PNG).
2012	Erste Ausschreibung Expertenstandard nach neuem Verfahren „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ .
2014	ExpertInnenenstandard zur „Förderung der physiologischen Geburt“ .
2015	Implementierungsstrategie (IMPS) zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.
2016	Erste Pflegekammer in einem deutschen Bundesland in Rheinland-Pfalz.
2008/2017	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (NBI).
2017 (September)	Strukturmodell geht in die Verantwortung der Verbände über.
2017	Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen von Demenz“ .

2018	2. Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe - erstmals mit einem Indikatorenset auf Basis des Expertenstandards.
2018	Qualitätsausschuss entscheidet voraussichtlich, ob Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ gültig gesetzt wird.

Tabelle I: Meilensteine der Qualitätsentwicklung (eigene Darstellung)

1.2 Definitionen - Begriffsbestimmungen

In der Pflege gibt es nach wie vor keine allgemeine und verbindliche Definition des Begriffes (Pflege-)Standard und dessen Verwendung (manche Autoren sprechen sogar von einer „Babylonischen Sprachverwirrung“)³, deshalb haben wir nachfolgend Definitionen vorgenommen, um diese in diesem Buch als Grundlage zu verwenden.

1.2.1 Definition „Pflege“

Spricht man über Standards in der Pflege, dann erfordert dies zuerst eine Definition des Gegenstandes, auf den sich die Standards beziehen: *die Pflege*. Die bis heute allgemein anerkannte und gültige Definition von Pflege stammt von Virginia Henderson (im Auftrag des ICN). Sie hat Pflege folgendermaßen definiert:

„Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die es ohne

Beistand selbst ausüben würde, wenn es über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass es seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt“ (Henderson 1997: 42).

Das heißt: Ein Standard beschreibt Aktivitäten, die Individuen dabei fördern, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Ziel ist es dabei, so schnell wie möglich ein Maximum an Selbstständigkeit wiederherzustellen, aber gegebenenfalls auch ein friedliches Sterben zu ermöglichen.

Heute beschreibt der ICN die *Aufgabe „Professioneller Pflege“* etwas weiter, bleibt aber im Kern bei Hendersons Definition:

„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (Offizielle, von Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz konzertierte Übersetzung)⁴

Jaqueline Fawcett hat mit dem Metaparadigma der (Kranken-)Pfleger einen Rahmen definiert, der die relevanten Phänomene der Disziplin Pflege benennt. Für Fawcett ist die Krankenpflege durch folgende vier zentrale Begriffe charakterisiert⁵:

1. Person
2. Umwelt
3. Gesundheit
4. Pflege

Ein Expertenstandard sollte Aussagen zu allen vier Begriffen machen.

1.2.2 Definition „Pflegerqualität“

Standards sind ein Instrument des Qualitätsmanagements, deshalb ist es in einem zweiten Schritt notwendig, sich darauf zu verständigen, was Pflegequalität bedeutet und wie diese definiert wird.

Für die Pflege hat *Avedis Donabedian*⁶ schon 1966 in seinem grundlegenden Artikel „Evaluating the Quality of Medical Care“⁷ formuliert, dass *Pflegerqualität* „Die Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor dafür formulierter Kriterien“ ist.

Von dieser Definition ausgehend hat Donabedian eine Unterteilung der Pflegequalität in drei Bereiche/ Ebenen vorgenommen, die sich gegenseitig beeinflussen:

- (1) *Strukturqualität*
- (2) *Prozessqualität*
- (3) *Ergebnisqualität*

Diese bilden auch noch heute die Grundlage nahezu aller Qualitätsmanagementsysteme in der Pflege und bestimmen

auch den *Aufbau der Expertenstandards*. Donabedian beschreibt darin, dass es für das Gelingen guter Pflege(-qualität) sowohl bestimmter festgelegte struktureller Voraussetzungen bedarf als auch klar definierter und beschriebener Prozesse/Umsetzung.⁸

1.2.2.1 Die Strukturqualität

Die *Strukturqualität* ist die „Hardware“ der Pflege. Sie beschreibt die Rahmenbedingungen, unter denen die pflegerische Versorgung erfolgt, Sie beschreibt dies sowohl für die Einrichtung/Organisation als Ganzes als auch für die einzelne individuelle pflegerische Versorgung (in der Interaktion zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegekraft).

Die Strukturqualität zeigt sich hauptsächlich in den personellen und materiellen Ressourcen und schafft die Grundlagen für eine gute Pflegequalität. Materielle oder sachliche Ressourcen sind die technische Ausrüstung, die bauliche Einrichtung, die Infrastruktur sowie die Räumlichkeiten und Arbeitsmittel. Personelle Ressourcen sind die Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand des Personals. Zusätzlich gehören zur Strukturqualität auch die organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, z. B. Pflegesysteme und Pflegeorganisation und rechtliche/vertragliche Bestimmungen. Die Strukturqualität zeigt sich aber auch in den Zugangs-, Teilhabe- und Nutzungsmöglichkeiten der Angebote und Dienstleistungen durch die Bewohner, Gäste oder Klienten.

1.2.2.2 Die Prozessqualität

Die *Prozessqualität* ist die „Software“ der Pflege, sie beschreibt, wie und auf welche Weise die Leistungen erbracht werden. Sie beschreibt alle Aktivitäten, die im Verlauf der real stattfindenden Pflege und Betreuung erbracht werden. Zur Prozessqualität gehören alle direkten pflegerischen Tätigkeiten aller Personen, die direkt oder indirekt am unmittelbaren Versorgungsprozess beteiligt sind. Dies sind neben den Pflegekräften alle weiteren Mitglieder im therapeutischen Team (Ärzte, Therapeuten, Angehörige). Zur Prozessqualität gehören die Durchführung von Beratungen, der Ablauf der pflegerischen Versorgung, die Handhabung von Pflegestandards, das Aufnahmeverfahren, die Betreuungsplanung und -umsetzung sowie Wartezeiten.

1.2.2.3 Die Ergebnisqualität

Zur *Ergebnisqualität* gehören sowohl die Veränderung als auch das Erhalten des aktuellen und zukünftigen Gesundheitszustandes, der Status (der Selbstständigkeit) und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person, insofern ihre Ursache in einer vorausgegangenen pflegerischen Intervention lag. Pflegefachlich wird dabei oft von „*outcome*“ gesprochen. Wir vermeiden diesen Begriff, da er Pflege als eindeutig plan- und messbares (technisches) Produkt erscheinen lässt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen betrachten die Ergebnisqualität zumeist unter dem Aspekt der Zufriedenheit, Teilhabe und Lebensqualität. Aber auch der Grad der Zielerreichung und Einhaltung von Zielvereinbarungen oder gesetzlichen

Bestimmungen, sind Zeichen für eine erfolgreiche Pflege und Betreuung.

Donabedian geht davon aus, dass alle *drei Qualitätsdimensionen im Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen*. Dabei ist die Strukturqualität die Basis für eine erfolgreiche Pflege und Betreuung. Die Strukturen wirken auf die Prozesse und diese bestimmen wiederum die Ergebnisqualität. Eine gute Ergebnisqualität ist nur möglich, indem Prozesse und Strukturen entsprechend den Kriterien für die Ergebnisqualität verändert und angepasst werden.

1.2.3 Definition Standard

Standards im Allgemeinen sind ein *Instrument des Qualitätsmanagements*, der Duden definiert „Standard“⁹ als:

- Maßstab, Richtschnur, Norm
- Qualitäts- oder Leistungsniveau

Dem folgend definieren wir Standard folgendermaßen:

- Ein Standard beschreibt *normativ ein allgemeines Qualitäts- und Leistungsniveau*, das normalerweise in der Praxis erbracht wird bzw. zu erwarten ist.
- Ein Standard legt allgemeingültig und verbindlich fest, wie und mit welchem Ergebnis eine Leistung erbracht werden soll, wie die Leistung qualitativ beschaffen sein muss.

1.2.4 Definition Expertenstandard

1.2.4.1 Definition Standard durch die WHO

Die *WHO* definiert einen *Standard in der Pflege* als ein „vereinbartes Maß an für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung“. Pflegestandards sind dabei *Hilfsmittel* zur Erfassung der zu erreichenden *Pflegeziele* und deren *Qualität*.

Die Ziele von Pflegestandards sind:

- Erreichen von *Kontinuität* in der Qualität der Pflegemaßnahmen
- *Vereinheitlichung* von Pflegemaßnahmen
- Erleichterung der pflegerischen *Leistungsberechnung*
- *Rechtssicherheit*.

Erreicht wird Pflegequalität durch Erfüllung der Anforderungen an die Pflege von:

- Kunden
- Kostenträgern
- Gesellschaft
- Einhaltung eigener fachlicher Standards
- Angemessenheit und Wirksamkeit (Effektivität) pflegerischer Intervention
- (wirtschaftlicher) Effizienz.

Wichtig: Standards ersetzen nicht die individuelle, fachlich begründete Entscheidung der Pflegefachkraft.

Deshalb zeigen Expertenstandards in der Pflege das angestrebte Niveau der Leistungserbringung auf, sie sind keine Handlungsrichtlinien, dies geschieht im individuellen Umsetzungsstandard der spezifischen Organisation (Pflegeheim, Krankenhaus, Ambulanter Pflegedienst).

Expertenstandards sollen das aktuelle pflegefachliche Wissen der Profession der beruflich Pflegenden repräsentieren. Sie sollen einen „*Goldstandard*“ für die zentralen Themen in der Versorgung Pflegebedürftiger darstellen.

Die WHO definiert Expertenstandards folgendermaßen:

(...) Expertenstandards stellen (...) ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege miteinschließt.¹⁰

1.2.4.2 Definition Expertenstandard des DNQP

Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten, Bewohnern und ihren Angehörigen aufzeigen und als Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dienen. Ihre Funktion besteht hauptsächlich darin, neben der Definition

beruflicher Aufgaben und Verantwortung eine evidenzbasierte Berufspraxis zu fördern und Innovation in Gang zu setzen. Darüber hinaus fördern sie – analog zu ärztlichen Leitlinien – die interprofessionelle Kooperation in den Gesundheitseinrichtungen.¹¹

Aufgabe der Expertenstandards ist sowohl *Qualitätssicherung* als auch *Qualitätsentwicklung*:

Qualitätssicherung:

- Definition beruflicher Aufgaben und Verantwortungen
- Darstellung des aktuellen pflegerischen Wissens
- Anpassung an die Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerungsgruppe
- Zielsetzung und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege
- Vorgabe von Handlungsspielräumen und Handlungsalternativen.

Qualitätsentwicklung:

- Innovationen in Gang zu setzen,
- Förderung einer evidenzbasierten Berufspraxis, beruflicher Identität und Beweglichkeit
- Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen.

Die Auswahl der Themen für die einzelnen Expertenstandards erfolgt auf Anregungen und Vorschläge aus der Berufsgruppe durch den Lenkungsausschuss des DNQP.

Hinweis der Autoren: Die Expertenstandards des DNQP sind monodisziplinäre Standards der Berufsgruppe der Pflegenden. Im Unterschied dazu können die Expertenstandards nach § 113 SGB XI auch für weitere an der Pflege beteiligte Berufsgruppen gültig sein. Mehr über die Unterscheidung der beiden Arten von Expertenstandards erfahren Sie in [Kapitel 2](#).

Das DNQP selbst hat bis zum heutigen Tag 10 Expertenstandards für die Pflege und einen für das Hebammenwesen entwickelt. In der unten stehenden Tabelle sind alle Expertenstandards in chronologischer Reihenfolge mit dem jeweiligen Aktualisierungsstand aufgeführt. Die beiden Expertenstandards zum Schmerz sollen in der Aktualisierung 2018/2019 eventuell zu einem Expertenstandard zusammengeführt werden¹².

1.2.5 Vom Expertenstandard zum Umsetzungsstandard

Die *Einrichtungsspezifischen Umsetzungsstandards (für das DNQP sind sie Verfahrensregelungen)* sind das pflegfachliche „Herzstück“ des Qualitätsmanagementsystems einer Einrichtung. In ihnen werden das Wissen und die Erkenntnisse aus den Expertenstandards auf die eigene Einrichtung angepasst und die Inhalte der Expertenstandards werden so heruntergebrochen, dass eine *sinnvolle Arbeitshilfe für den pflegerischen Alltag* entsteht. Dort werden auch die Schnittstellen und Beziehungen zu anderen (eventuell) schon vorhandenen Konzepten, Dokumenten, Maßnahmen

und Bereichen definiert. Als zentrale pflegerische Prozesse sollten sie sich auch im Pflegeleitbild der Einrichtung wiederfinden.

So erhält man *verbindliche Handlungsanleitungen für alle am (Pflege-)Prozess Beteiligten* (therapeutisches Team), die für die einzelne individuelle Pflege- und Betreuungssituation nutzbar sind.

Nationale Expertenstandards (DNQP)				
Titel/Thema		Erstellung	1. Aktualisierung	2. Aktualisierung
1.	Dekubitusprophylaxe in der Pflege	2002	2010	2018
2.	Entlassungsmanagement in der Pflege	2003	2009	In Arbeit 2018
	Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen in der Pflege	2004		
3.	Sturzprophylaxe in der Pflege	2005	2013	
4.	Förderung der Harnkontinenz	2006	2014	
5.	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	2007	2016	
6.	Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	2009	2017	
7.	Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen in der Pflege	2011		
8.	Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in der Pflege	2015		

9.	Physiologische Geburt	2017		
10.	Erhaltung und Förderung der Mobilität	2014		
11.	Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	2018		

Tabelle 1: Expertenstandard durch das DNQP entwickelt

Die Erstellung eines Umsetzungsstandards orientiert sich aus unserer Sicht idealerweise am Aufbau der Expertenstandards und dem *Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation* als Grundlage für die fachliche Konzeption zur Dokumentation. Dies ist eine mögliche Option für den Aufbau eines einrichtungsspezifischen Umsetzungsstandards, er sollte aber auf jeden Fall folgende Bereiche aufgreifen:

1. Das inhaltlich fachliche Wissen zu einem Thema
2. Die Darstellung von Prozessabläufen
3. Den Umgang mit der erforderlichen Dokumentation

Hinweis der Autoren: In [Kapitel 3](#) dieses Buches finden Sie zu jedem Expertenstandard ein Beispiel/einen Vorschlag für einen Umsetzungsstandard.

1.2.6 Expertenstandards und Verfahrensanleitungen

Verfahrensanleitungen sind ebenso wie die einrichtungsspezifischen Umsetzungsstandards/Verfahrensregelungen zu den einzelnen Expertenstandards *konkrete*

Handlungsanleitungen für den pflegerischen Alltag. Sie sind individuelle Festlegungen der einzelnen pflegerischen Organisation zu zentralen Themen und Leistungen in Pflege und Betreuung. Hier definiert die Einrichtung, wie Pflege konkret in ihrer speziellen Einrichtung erbracht und durchgeführt werden soll. Die Auswahl richtet sich z. B. auch danach, ob Pflege und Betreuung nur von Fachkräften oder auch von Hilfskräften erbracht wird. Es ist ratsam, aus Gründen der Beherrschbarkeit nicht mehr als 20 Verfahrensanleitungen für eine Berufsgruppe in einer Einrichtung zu erstellen.

1.3 Die Entstehung eines Expertenstandards (Expertengruppe, Konsensuskonferenz, Workshop)

Das DNQP mit seiner Geschäftsstelle an der Hochschule in Osnabrück ist eine unabhängige Organisation, seine Mitglieder, insbesondere die Mitglieder des Lenkungsausschusses und der Expertenarbeitsgruppen, arbeiten ehrenamtlich. Das DNQP selbst besteht aus:

1. Wissenschaftlicher Leitung - seit 2011 Professor Andreas Büscher
2. Wissenschaftlichem Team
3. Geschäftsstelle an der Hochschule Osnabrück
4. Lenkungsausschuss
5. Expertenarbeitsgruppen zu den einzelnen Expertenstandards

Der Weg zu einem neuen Expertenstandard erfolgt nach einem festgelegten Weg, der im sogenannten