

Simone Schmidt

Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung

Simone Schmidt

Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung

Mit 34 Abbildungen

 Springer

Simone Schmidt

Bahnhofstraße 24, 68526 Ladenburg

Ihre Meinung ist und wichtig: www.springer.com/978-3-642-01322-5

ISBN-13 978-3-642-01322-5 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht, Berlin

Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg

Lektorat: Ute Villwock, Heidelberg

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

SPIN: 12609857

Gedruckt auf säurefreiem Papier

22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Herzlichst Glückwünsch zu gemutlicher Weihnachtskerze Kauf.

Mit sensationell Modell GWK 9091 Sie bekommen nicht teutonische Gemutlichkeit fuer trautes Heim nur, auch Erfolg als moderner Mensch bei anderes Geschlecht nach Weihnachtsganz aufgegessen und laenger, weil Batterie viel Zeit gut lange.

Auspack und freu.

Slippel A kaum abbiegen und verklappen in Gegenstippel B für Illumination von GWK 9091.

Mit Klamer C in Sacco oder Jacke von Lebenspartner einfräsen und lächeln für Erfolg mit GWK 9091.

Diese Gebrauchsanleitung einer japanischen Weihnachtskerze macht deutlich, dass Gebrauchsanweisungen bei der Verwendung von Gegenständen nicht immer hilfreich sind.

Eine »Gebrauchsanweisung« für die Implementierung von Nationalen Expertenstandards in den Pflegealltag erscheint mir jedoch notwendig. Im Pflegebereich wurde die Einführung von Expertenstandards auch skeptisch gewertet. Trotz der zum Teil berechtigten Kritik an den sieben bisher veröffentlichten Expertenstandards des DNQP überwiegen aus meiner Sicht die positiven Effekte.

! Wenn Expertenstandards »alltagstauglich« in die Pflege integriert werden, erreicht man dadurch eine individuelle, aktivierende und bedarfsgerechte Betreuung unter Berücksichtigung von aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Ausschluss möglicher Gefährdungen für Patient, Bewohner und Pflegefachkraft.

Ziel dieses Buches ist es deshalb, eine sinnvolle und praktische »Gebrauchsanweisung« für die Implementierung von Expertenstandards zu geben. Aufgrund der Gültigkeit der Expertenstandards in allen Einrichtungen der Pflege soll diese »Gebrauchsanweisung« die verschiedenen Sektoren der Pflege berücksichtigen.

1 »Gebrauchsanweisung« für Expertenstandards

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie die Umsetzung von Nationalen Expertenstandards mithilfe dieses Buchs erleichtert werden soll. Für jeden veröffentlichten Expertenstandard des DNQP existiert ein eigenes Kapitel, das zunächst die inhaltlichen Anforderungen erläutert.

! Dabei wurden Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zusammengefasst, um häufige Wiederholungen zu vermeiden und eine bessere Übersicht zu ermöglichen.

Im Anschluss werden die einzelnen Standardkriterien auf den Pflegeprozess übertragen, wobei die spezifischen Aspekte verschiedener Pflegeeinrichtungen hervorgehoben werden.

Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt auf der praktischen Berücksichtigung von Expertenstandards im Pflegealltag und beruht grundsätzlich bei den Ergänzungen durch Tipps auch auf Erfahrungswerten im Pflegealltag.

Für die Umsetzung in den einrichtungsinternen Standard werden verschiedene Formulare benötigt, die beispielhaft im Anhang vorgestellt werden. Der Anhang beinhaltet außerdem ein Risikoformular, in dem alle Expertenstandards berücksichtigt werden. Dadurch soll im Rahmen der Pflegeanamnese auf einen Blick ein Risikoprofil ermöglicht werden, das dann ohne großen Aufwand in die Pflegeplanung übernommen werden kann.

Praxistipp

Das Formular ist in der Darstellung im Anhang sehr umfangreich, um alle Bereiche zu integrieren, kann jedoch im Format oder durch das Herausnehmen einzelner Seiten an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst werden.

Jeder Nationale Expertenstandard ist von der Struktur her ähnlich aufgebaut und erfordert die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans.

! Aus diesem Grund wurde in einigen Kapiteln eine beispielhafte Pflegeplanung erstellt, die die wichtigsten Pflegemaßnahmen für das jeweilige Problem beschreibt. Um eine inhaltlich sinnvolle Evaluation zu erreichen, wird nach Möglichkeit differenziert zwischen den individuellen Zielen des Betroffenen und den allgemeinen Pflegezielen. Außerdem erfolgt eine Unterteilung in Nah- und Fernziele.

Wenn eine beispielhafte Pflegeplanung nicht sinnvoll erschien, wurden die einzelnen Pflegemaßnahmen genauer erklärt.

Die Umsetzung von Expertenstandards ist auch unter juristischen Aspekten wichtig. In diesem Buch werden zusätzlich andere relevante Vorgaben berücksichtigt, etwa die MDK Grundsatzstellungen und die Publikationen des BMFSFJ oder der BUKO-QS beziehungsweise die Empfehlungen von Fachgesellschaften. Dadurch soll eine umfassende Einarbeitung ein Pflegestandard ermöglicht und doppelte Arbeit vermieden werden.

Ich wünsche mir, dass Mitarbeiter in allen Bereichen der Pflege durch dieses Buch Sicherheit im Umgang mit den Expertenstandards erlangen und dadurch die Pflegequalität erreichen, die ihren Ansprüchen entspricht, um eine Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit zu empfinden, die meines Erachtens trotz enormer Belastungen in diesem Beruf oberstes Ziel bleiben muss und nur dann möglich wird, wenn eine bedürfnisorientierte Pflege im täglichen Kontakt mit Patienten oder Bewohnern realisiert werden kann.

*Auch aus Steinen, die dir in den Weg gelegt werden, kannst du etwas Schönes bauen.
(Erich Kästner)*

2 Danke

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die an der Realisierung dieses Buches beteiligt waren. Meiner Ansprechpartnerin beim Springer Verlag, Frau Barbara Lengricht, danke ich für das Vertrauen, für ihre Motivation und für viele konstruktive Gespräche. Der Lektorin Frau Ute Villwock gilt mein Dank für ihre Übersicht und Gründlichkeit. Für besondere Geduld bedanke ich mich bei Frau Kerstin Völker, Frau Beatrix Rehberger, Herrn Volker Heß und Herrn Kurt Klütz und vor allem bei meiner Familie.

Sommer 2009
Simone Schmidt, Ladenburg

Inhaltsverzeichnis

1	Nationale Expertenstandards des DNQP	1	4.5	Standardkriterium 4	57
1.1	Bedeutung Nationaler Expertenstandards	2	4.6	Standardkriterium 5	59
1.2	Auswirkungen	4	4.7	Pflegedokumentation	60
1.3	Implementierung	6	4.8	Organisation	60
1.4	Pflegeberatung	7	4.9	Auswirkungen des Expertenstandards	62
1.5	Pflegedokumentation	10	5	Nationaler Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	63
1.6	Zukunft von Expertenstandards	10	5.1	Grundlagen und Folgen des Sturzes	64
2	Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	13	5.2	Standardkriterium 1	64
2.1	Vorwort des Expertenstandards	14	5.3	Standardkriterium 2	66
2.2	Standardkriterium 1	14	5.4	Standardkriterium 3	68
2.3	Standardkriterium 2	17	5.5	Standardkriterium 4	74
2.4	Standardkriterium 3	23	5.6	Standardkriterium 5	75
2.5	Standardkriterium 4	25	5.7	Standardkriterium 6	76
2.6	Standardkriterium 5	29	5.8	Pflegedokumentation	76
2.7	Standardkriterium 6	30	5.9	Organisation	77
2.8	Standardkriterium 7	31	5.10	Auswirkungen des Expertenstandards	77
2.9	Dokumentation	31	6	Nationaler Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	79
2.10	Organisation	32	6.1	Grundlagen der Kontinenz	80
2.11	Auswirkungen des Expertenstandards	32	6.2	Standardkriterium 1	81
3	Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	33	6.3	Standardkriterium 2	83
3.1	Besonderheiten bei der Entlassung	34	6.4	Standardkriterium 3	85
3.2	Standardkriterium 1	35	6.5	Standardkriterium 4	87
3.3	Standardkriterium 2	39	6.6	Standardkriterium 5	95
3.4	Standardkriterium 3	40	6.7	Standardkriterium 6	96
3.5	Standardkriterium 4	41	6.8	Pflegedokumentation	96
3.6	Standardkriterium 5	42	6.9	Organisation	97
3.7	Standardkriterium 6	43	6.10	Auswirkungen des Expertenstandards	97
3.8	Dokumentation	44	7	Nationaler Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	99
3.9	Aktualisierung des Expertenstandards 2009	44	7.1	Grundlagen der Versorgung	100
3.10	Auswirkungen des Expertenstandards	44	7.2	Standardkriterium 1	102
4	Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege	47	7.3	Standardkriterium 2	106
4.1	Grundlagen des Schmerzmanagements	48	7.4	Standardkriterium 3	109
4.2	Standardkriterium 1	49	7.5	Standardkriterium 4	110
4.3	Standardkriterium 2	54	7.6	Standardkriterium 5	111
4.4	Standardkriterium 3	57	7.7	Dokumentation	111
			7.8	Organisation	111
			7.9	Auswirkungen des Expertenstandards	112

8	Nationaler Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	113
8.1	Grundlagen der Ernährung	114
8.2	Standardkriterium 1	115
8.3	Standardkriterium 2	120
8.4	Standardkriterium 3	123
8.5	Standardkriterium 4	128
8.6	Standardkriterium 5	129
8.7	Standardkriterium 6	130
8.8	Dokumentation	131
8.9	Organisation	131
8.10	Auswirkungen des Expertenstandards	132
	Anhänge	133
	Expertenstandards	179
	Literatur	203
	Stichwortverzeichnis	205

Nationale Expertenstandards des DNQP

1.1 Bedeutung Nationaler Expertenstandards – 2

1.1.1 Entstehung – 2

1.1.2 DNQP – 3

1.2 Auswirkungen – 4

1.2.1 Juristische Bedeutung – 4

1.2.2 Vorteile – 5

1.2.3 Nachteile – 5

1.3 Implementierung – 6

1.3.1 Voraussetzungen für die Implementierung – 7

1.4 Pflegeberatung – 7

1.4.1 Kompetenz – 8

1.5 Pflegedokumentation – 10

1.6 Zukunft von Expertenstandards – 10

1.6.1 Verfahrensordnung Expertenstandards – 10



Fast zehn Jahre nach dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1999 stehen viele Pflegekräfte dem Nutzen von Expertenstandards noch immer skeptisch gegenüber. Ursache hierfür sind vor allem Probleme bei der Implementierung in den Alltag.

Um die Bedeutung von Expertenstandards zu ermes- sen, ist es sinnvoll, sich zunächst mit der Entstehung Nationaler Expertenstandards und deren juristischer Bedeutung zu beschäftigen. Dadurch werden Vor- und Nachteile erkennbar, die durch die Veröffentlichung der Expertenstandards entstanden sind.

Die Aufgaben des Deutschen Netzwerks für Quali- tätsentwicklung in der Pflege DNQP als Gremium, das bisher Nationale Expertenstandards entwickelt und veröffentlicht hat, werden ebenfalls erläutert, da alle bisher veröffentlichten Standards nach einem einheitlichen Prinzip erarbeitet wurden und deshalb auch eine einheitliche Struktur aufweisen. Die Kennt- nisse dieser Strukturen erleichtert die Umsetzung in die Praxis.

Die Zukunft der Expertenstandards unter Berücksichtigung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ist ein weiterer wichtiger Faktor. Das Bundesminis- terium für Gesundheit BMG hat im Rahmen der Pflegereform 2008 durch das »Gesetz zur struktu- rellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung« einschneidende Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen, so dass sich für die zukünftige Er- stellung von Nationalen Expertenstandards deutliche Veränderungen ergeben. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese auf die Implementierung von Exper- tenstandards auswirken.

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Vorgaben und Zielsetzungen der Nationalen Expertenstan- dards beschrieben. Gleichzeitig sollen grundlegende Vorgehensweisen bei der Implementierung in Form einer »Gebrauchsanweisung« für dieses Buch erklärt werden.

1.1 Bedeutung Nationaler Expertenstandards

Den meisten Mitarbeitern ist die Wichtigkeit der Nationalen Expertenstandards bewusst, dennoch

fehlt es immer wieder an der Bereitschaft sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Ursache für diese Diskrepanz ist die zentrale Frage, warum man sich überhaupt an diesen Expertenstandards orientieren muss. Um dies zu erläutern, wird zu- nächst die Entstehung der Nationalen Experten- standards beschrieben.

1.1.1 Entstehung

Jedes Jahr treffen sich Vertreter der Ministerien und Senatoren für Gesundheit mit Vertretern des Bundes in der Gesundheitsministerkonferenz GMK, um gesundheitspolitische Themen zu be- sprechen und die weitere fachliche und politische Entwicklung festzulegen. Im Jahre 1999 wurde von der 72. GMK der Länder in Trier eine große Quali- tätsinitiative beschlossen. Unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entwicklung in Europa wurde festgelegt, dass eine einheitliche Qualitäts- strategie entstehen soll, die dazu beiträgt, folgende Ziele zu erreichen:

- Einführung von Qualitätsmanagement ab dem 1.1.2005
- Konsequente Patientenorientierung
- Entwicklung einer integrierten, bürgernahen europäischen Gesundheitspolitik
- Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und Erhöhung der Transparenz zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger, insbesondere durch Strukturver- gleiche und Erfahrungs- und Informationsaus- tausch
- Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards zur Qualitätsentwicklung
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Weitere Anreize zur kontinuierliche Qualitäts- verbesserung

Die Gesundheitsministerkonferenz hat somit durch ihr Entschließungspapier zur »Gewährleistung ei- ner systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen« die Grundlagen für die Ent- wicklung von Expertenstandards beschlossen.

Um diese Vorgaben umzusetzen, wurde 1999 das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP in Kooperation mit dem

Deutschen Pflegerat DPR und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit BMG als Pilotprojekt gegründet. Diesem Gremium aus Fachkollegen der Pflege wurde die Entwicklung, Konsentierung und Veröffentlichung von evidenzbasierten Nationalen Expertenstandards übertragen. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht außerdem ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung.

1.1.2 DNQP

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP hat bisher sieben Expertenstandards erarbeitet und veröffentlicht:

Veröffentlichte Expertenstandards:

1. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Auflage 1999–2002)
2. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (April 2004)
3. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege (Mai 2005)
4. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (Februar 2006)
5. Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (April 2007)
6. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Juni 2008)
7. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2007–2009)

Geplant sind drei weitere Expertenstandards, sowie die Aktualisierung der bereits veröffentlichten Standards im Abstand von höchstens drei Jahren.

Geplante Expertenstandards:

- Expertenstandard Schmerzmanagement bei chronisch nicht-malignen Schmerzen (2008–2010)
- Pflege von demenziell Erkrankten (2009–2011)
- Medikamentenmanagement (2010–2012)

Die zentralen Funktionen dieser Expertenstandards in der Pflege wurden vom DNQP festgelegt.

Ziele von Expertenstandards:

- Berufliche Aufgaben und Verantwortungen zu definieren
- Innovationen in Gang zu setzen
- Eine evidenzbasierte Berufspraxis, berufliche Identität und Beweglichkeit zu fördern
- Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen zu sein

Das Vorgehen bei der Erstellung eines Nationalen Expertenstandards orientierte sich bisher immer an einem einheitlichen Schema, bei dem das Ergebnis als professionell abgestimmtes Leistungsniveau betrachtet wurde. Um dies zu erreichen, wurde nach der Auswahl des Themas eine unabhängige Expertenarbeitsgruppe von 8 bis 12 Experten gebildet, die etwa zu gleichen Teilen aus Pflegepraktikern und Pflegewissenschaftlern mit Fachexpertise bestand.

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche der nationalen und internationalen Fachliteratur wurde ein Entwurf erarbeitet, der in der sich anschließenden Konsensuskonferenz vorgestellt und diskutiert wurde. Die Ergebnisse dieser Konferenz flossen in die endgültige Version des Expertenstandards ein, der dann nach etwa drei Monaten den Praxiseinrichtungen mit Kommentierungen und umfassender Literaturstudie zur Verfügung stand.

Schließlich erfolgte die modellhafte Implementierung des Expertenstandards mit wissenschaftlicher Begleitung durch das Team des DNQP. Über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten wurde der neue Expertenstandard in allen Bereichen der Pflege eingeführt, wobei Einrichtungen der stationären Krankenpflege und Altenhilfe sowie ambulante Pflegedienste als Referenzeinrichtungen an der Implementierung teilnehmen konnten.

Struktur

Alle bisher veröffentlichten Expertenstandards sind nach einer einheitlichen Struktur aufgebaut (■ Tab. 1.1). Nach einer Einführung, der Beschreibung der Konsensuskonferenz, der Vorstellung der Arbeitsgruppe und der Präambel folgt eine Über-

■ **Tab. 1.1.** Grundlegende Struktur eines Expertenstandards

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Risikoerhebung, Screening, Assessment	P1	E1
S2 Erforderliche Kompetenz	P2	E2
S3 Maßnahmenplanung	P3	E3
S4 Schulung und Beratung	P4	E4
S5 Kooperation	P5	E5
S6 Evaluation	P6	E6

sicht über den Standard, die in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilt ist.

Die jeweiligen Unterpunkte werden mit S, P und E bezeichnet und nummeriert. Sie beinhalten immer Aussagen zur Verantwortlichkeit und Qualifikation für das Kriterium.

! In den folgenden Kapiteln zu den einzelnen Expertenstandards werden diese Aussagen zur Vermeidung von Wiederholungen zusammengefasst, etwa S1, P1 und E1. Anschließend erfolgen eine gemeinsame Erläuterung des gesamten Kriteriums und Hinweise für die praktische Umsetzung im Pflegealltag der stationären und ambulanten Pflege.

Alle Standardkriterien werden in der Folge vom DNQP kommentiert und genauer beschrieben. Nach dem Literaturverzeichnis und Glossar folgt ein Abschnitt über die Phasen der Implementierung, der sich vor allem mit der Auditierung des Standards beschäftigt.

Die einheitliche Gliederung der Standards, die auch inhaltlich beibehalten wird, erleichtert die Orientierung und das Verständnis für den Leser und Nutzer.

Praxistipp

In allen Expertenstandards spielen die Risikoerhebung, die erforderliche Kompetenz, die Maßnahmenplanung, die Schulung und Beratung auch der Angehörigen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Evaluation eine entscheidende Rolle.

1.2 Auswirkungen

Expertenstandards haben weitreichende Folgen im Pflegealltag. Zum einen sind insbesondere die Vorteile in der Praxis festzustellen und zum Teil sogar nachweisbar, wenn eine erfolgreiche Implementierung stattfand, zum anderen hat die Veröffentlichung von Expertenstandards auch eine juristische Wertigkeit.

1.2.1 Juristische Bedeutung

Nach bisheriger Auffassung der Rechtsprechung beinhalten Nationale Expertenstandards den allgemein anerkannten, aktuellen Stand der Pflegeforschung.

! Nationale Expertenstandards gelten deshalb als ein antizipiertes, also vorweggenommenes Sachverständigengutachten.

Dadurch entsteht eine strafrechtliche und zivilrechtliche Wertigkeit der Expertenstandards, deren Nichtbeachtung oder Nichtumsetzung aus haftungsrechtlicher Sicht in jedem Fall eine Fahrlässigkeit und folglich ein Verschulden darstellt. Dabei trägt die Pflegefachkraft die Durchführungsverantwortung, Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung übernehmen die Organisationsverantwortung und somit die Haupthaftungsverantwortung für die korrekte Umsetzung der in den Expertenstandards geforderten Inhalte.

Praxistipp

Im Schadensfall kann es dadurch zur Beweislasterleichterung oder -umkehr kommen, wobei die Pflegeeinrichtung anhand der Dokumentationen beweisen muss, dass eine korrekte Leistungserbringung erfolgte. Aus diesem Grund ist es für die Leitung einer Pflegeeinrichtung unerlässlich, eindeutige Dokumentationsvorgaben festzuhalten und deren Umsetzung durch die Mitarbeiter zu kontrollieren.

1.2.2 Vorteile

Ziel der bisher erarbeiteten und veröffentlichten Expertenstandards ist eine Verbesserung der Pflegequalität durch den Transfer von wissenschaftlich überprüften Erkenntnissen in die Pflegepraxis. Dadurch kommt es zur Kompetenzsteigerung der Mitarbeiter und somit zu einer Professionalisierung der Pflege im Allgemeinen. Die Verknüpfung von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis durch die Vermittlung von evidenzbasiertem Wissen aber auch umgekehrt durch den Praxis-Theorie-Transfer ist ein nachhaltiger Schritt auf dem Weg der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Durch die Auseinandersetzung mit wichtigen Pflegeproblemen und durch die Fortbildung der Mitarbeiter soll die Sicherheit aller Beteiligten, also sowohl der Mitarbeiter als auch der Patienten, Bewohner und Angehörigen, gestärkt werden. Sicherheit bedeutet in diesem Zusammenhang sowohl die Gewährleistung der körperlichen Unversehrtheit als auch eine juristische Absicherung des Pflegebedürftigen. Außerdem führt die Umsetzung dieser gesicherten Erkenntnisse auch zu einer verbesserten Patientenorientierung, da in allen Kriterien der Expertenstandards eine individuelle Pflege gefordert wird.

! Alle bisher veröffentlichten Expertenstandards beschäftigen sich mit Pflegeproblemen, die weit verbreitet sind und außerdem hohe Kosten verursachen können. Die konsequente Beachtung der Expertenaussagen könnte deshalb bei sinkenden Kosten zu einer verbesserten Pflegequalität bzw. Lebensqualität führen.

Von Vorteil für den Patienten, den Bewohner und seine Angehörigen ist außerdem die immer wiederkehrende Forderung nach Schulung und Beratung durch die Pflegefachkraft, die in allen Expertenstandards eine übergeordnete Rolle spielt. Dadurch wird die Bedeutung der Pflegeberatung ▶ Kap.1.4 unterstrichen, die in der allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklung eine immer stärkere Position einnimmt. Die Vermeidung von Krankheiten, Folgeerkrankungen und Komplikationen und die Stärkung der Prophylaxe durch Patientenedukation sollen von allen Beteiligten im Gesundheitswesen unterstützt werden und stellen deshalb eine interdisziplinäre Aufgabe dar.

! In diesem Zusammenhang ist es für alle Einrichtungen im Pflegesektor unerlässlich, durch Beratung zu einer Verbesserung der Situation des Patienten oder Bewohners beizutragen und die Inhalte und Ergebnisse dieser Beratung auch zu dokumentieren.

1.2.3 Nachteile

An den bisher veröffentlichten Expertenstandards wurde immer wieder Kritik geäußert, da die Pflegeeinrichtungen große Probleme bei der praktischen Umsetzung haben und dadurch der Nutzen von Expertenstandards insgesamt in Frage gestellt wurde.

Probleme bei der Implementierung der Nationalen Expertenstandards ergeben sich aus der Zielsetzung, Gültigkeit für alle Einrichtungen im Pflegebereich zu besitzen und eine evidenzbasierte Berufspraxis zu erreichen.

! Folglich sind die Formulierungen sehr allgemein gehalten und zum Teil schwer verständlich. Durch die Begrifflichkeiten und die Fachsprache wird die Umsetzung an der Basis behindert.

Um eine allgemeine Gültigkeit zu erreichen, wurden die Standardaussagen aus der Sicht der Kritiker sehr vage formuliert. Gerade im ambulanten Bereich, wo ein Patientenkontakt sich oftmals auf wenige Minuten pro Tag beschränkt, gestaltet sich die Implementierung schwierig. Probleme zeigen sich aber auch in Einrichtungen mit einer kurzen Verweildauer, etwa Ambulanzen oder Intensiv-

stationen bzw. in Pflegeeinrichtungen mit einem speziellen Schwerpunkt, z. B. Hospize oder Tagespflegeeinrichtungen.

Praxistipp

Die Implementierung von Expertenstandards muss auf die besonderen Gegebenheiten jeder einzelnen Einrichtung zugeschnitten werden. In den folgenden Kapiteln finden sich zu den jeweiligen Standards Einzelheiten für die Umsetzung.

Aus diesem Grund ist die Einführung von Expertenstandards in der Pflegepraxis mit hohen Ressourcen verbunden.

Ressourcen bei der Einführung:

- Personal
- Zeit
- Qualifikation
- Finanzielle Mittel

Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter und die Arbeitsstunden bei der Einführung Kosten verursacht, sondern auch die Beschaffung des Expertenstandards an sich. Im Internet wird zwar die jeweilige Übersicht über den Standard auf der Homepage des DNQP zum Download zur Verfügung gestellt, für eine erfolgreiche Umsetzung ist es jedoch unbedingt notwendig, dass alle Mitarbeiter oder zumindest alle Fachkräfte den genauen Inhalt kennen.

Praxistipp

Die Anschaffung aller bisher veröffentlichten Expertenstandards ist deshalb zu empfehlen.

Von Nachteil bei der Implementierung ist außerdem die Tatsache, dass in den Nationalen Expertenstandards auch Instrumente untersucht und zum Teil empfohlen werden, die nur mit Genehmigung des Verfassers kommerziell verwendet werden dürfen. Viele Einrichtungen sind sich nicht bewusst, dass anderenfalls eine Urheberrechtsverletzung vorliegt.

Immer wieder kritisiert wird auch die Tatsache, dass die Wirksamkeit der Expertenstandards

nicht eindeutig untersucht ist. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alleine durch die Tatsache der Veröffentlichung einer allgemein gültigen nationalen Expertenmeinung mit entsprechender juristischer Tragweite eine höhere Sensibilität für das jeweilige Thema entsteht und dadurch eine Verbesserung der Problematik erreicht wird. Allerdings sind diese Veränderungen sehr langwierig und deshalb erst im Verlauf von mehreren Jahren zu beobachten.

1.3 Implementierung

Die oben erwähnten Nachteile führen bei der Implementierung der bisher veröffentlichten Nationalen Expertenstandards immer wieder zu Problemen, da die Einrichtungen sich teilweise unsicher fühlen, wie sie bei der Umsetzung vorgehen sollten. Deshalb wird im folgenden Abschnitt der praktische Verlauf der Implementierungsphasen erläutert.

Phasen der Implementierung:

1. Fortbildung aller Mitarbeiter
2. Aktualisierung und Anpassung des einrichtungsinternen Standards
3. Überprüfung der Formulare
4. Verfahrensanweisung im Qualitätsmanagement-Handbuch QMHB
5. Implementierung
6. Kontrolle durch die Leitung, z. B. bei der Pflegevisite

Der Kenntnisstand der aktuellen pflegewissenschaftlichen Grundlagen aller Mitarbeiter oder zumindest aller Pflegefachkräfte ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung.

Praxistipp

Die Wissensvermittlung durch Fortbildung und Literatur erleichtert die Implementierung. Entsprechende Angebote durch die Einrichtungsleitung sind auch unter Berücksichtigung der Organisationsverantwortung zu empfehlen.

Anschließend erfolgt die Erstellung oder Überarbeitung des einrichtungsinternen Standards. Dabei

ist es sinnvoll, die Ressourcen der Mitarbeiter zu nutzen und diese im Rahmen einer Projektgruppe an der Standarderstellung oder Aktualisierung zu beteiligen. Besonders interessierte oder fortgebildete Mitarbeiter können ihr Wissen in die Gruppe einbringen.

Für diese Arbeit sollte ein genauer Zeitrahmen vorgegeben werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Außerdem sollte die Projektgruppe nicht zu groß sein, da sonst das Vorankommen durch unnötige Diskussionen beeinträchtigt wird. Für die Arbeit der Projektgruppe sollte ein strukturierter Ablaufplan vorliegen.

Sobald der einrichtungsinterne Pflegestandard an die Anforderungen des Expertenstandards angepasst wurde, müssen die vorhandenen Formulare überprüft werden. Auch diese Implementierungsphase kann durch die Projektgruppe übernommen werden.

Schließlich wird eine Verfahrensweisung für das Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt, damit alle Mitarbeiter wissen, welche Vorgaben zu berücksichtigen sind. In der letzten Phase der Implementierung wird festgelegt, ab wann der neue Standard gültig ist.

! Zur Evaluation der Umsetzung sollte durch die Leitungsebene der Pflegeeinrichtung eine Kontrollfunktion eingerichtet werden, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter sich an den Vorgaben des Expertenstandards orientieren. Dadurch wird die juristische Wertigkeit der Nationalen Expertenstandards berücksichtigt, da die Einrichtungsleitung die Organisationsverantwortung tragen muss. Gut geeignet für die Evaluation ist unter anderem das Instrument der Pflegevisite.

1.3.1 Voraussetzungen für die Implementierung

Die Implementierung von Nationalen Expertenstandards ist effektiver, erfolgreicher und einfacher, wenn die notwendigen Rahmenbedingungen beachtet werden. Die beiden wichtigsten Faktoren sind, neben dem aktuellen, pflegewissenschaftlich fundierten Fachwissen, folgende Grundvoraussetzungen.

Voraussetzungen:

- Beratung
- Dokumentation

In Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag spielt die Beratung eine erhebliche Rolle bei der korrekten Umsetzung der Expertenstandards (► Kap. 1.4). Gerade in Einrichtungen, in denen keine 24-Stunden-Versorgung stattfindet, etwa in der ambulanten Pflege, in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen aber auch in Rehabilitationseinrichtungen, müssen der Patient und seine Angehörigen gezielt beraten werden.

! Inhalte und Ergebnisse der Beratung müssen eindeutig aus der Pflegedokumentation hervorgehen.

Insofern kommt auch der Pflegedokumentation (► Kap. 1.5) eine entscheidende Rolle zu, deren Bedeutung allen Mitarbeitern jederzeit bewusst sein sollte. Auch hier obliegt der Einrichtungsleitung die Haupthaftungsverantwortung und somit die Kontrolle der Umsetzung.

1.4 Pflegeberatung

Durch die Gesetze über die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege aber auch durch verschiedene Ausführungen in den Sozialgesetzbüchern SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII wurde der Stellenwert der Beratung und Gesundheitsvorsorge deutlich erhöht. Für die Gesundheitsberufe ergibt sich hieraus eine Verpflichtung, den Patienten oder Bewohner und seine Angehörigen zu beraten, anzuleiten und zu schulen.

Im SGB XI wird darüber hinaus der Beratungseinsatz in § 37,3 und die Schulung von Angehörigen in § 45 gesetzlich definiert.

Eine Übersicht über die Veränderungen durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, das am 01.07.2008 in Kraft trat, wird in der folgenden Tabelle dargestellt (■ Tab. 1.2).

Die praktische Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben wird erleichtert, wenn Mitarbeiter für Beratungsaufgaben gezielt qualifiziert werden.

Tab. 1.2. Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Paragrah	Inhalt
§ 7a	Einsatz von Pflegeberatern
§ 12	Koordination durch die Pflegekassen
§ 37,3	Beratungseinsatz zur Qualitätssicherung (Abrechnung)
§ 45	Pflegekurse, Schonung von Angehörigen
§ 45a	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz PEA
§ 92c	Pflegestützpunkte

Eine Ausbildung zum Pflegeberater ist derzeit lediglich für Berater in Pflegestützpunkten erforderlich, sinnvoll ist jedoch für alle Einrichtungen die Schulung geeigneter Mitarbeiter in den Bereichen Kommunikation und Gesprächsführung bzw. die Fortbildung in speziellen Pflegebereichen, etwa Diabetes, Ernährung, Wundversorgung, Palliativpflege und andere fachliche Zusatzqualifikationen. Auch Mitarbeiter mit fundierten Kenntnissen im Bereich der Sozialversicherung können beratend tätig werden.

Praxistipp

Besonders geeignet für Beratungs- oder Schulungsmaßnahmen sind Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen, beispielsweise Case Manager, Stationsleitungen, Qualitätsmanager, Mitarbeiter mit Weiterbildungen zu speziellen Krankheitsbildern oder auch Praxisanleiter.

Dabei richtet sich das Ziel der Beratung auf folgende Aspekte.

Beratungsziele:

- Gesundheitsförderung
- Vermeidung von Krankheiten
- Dadurch Senkung von Behandlungskosten
- Beratungseinsatz nach SGB XI, § 37,3:
 1. Zur Sicherung der Qualität
 2. Zu regelmäßigen Hilfestellung
 3. Zur praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden

Pflegeberatung kann allerdings bei jedem Patientenkontakt stattfinden, etwa im Anamnesegespräch, während der Pflegevisite oder im Rahmen der Körperpflege. Inhalte dieser Informationsweitergaben sollten möglichst präzise dokumentiert werden.

1.4.1 Kompetenz

Das DNQP verbindet mit der Beratung ein zentrales ethisches Prinzip, das verpflichtet, Patienten umfassend zu beraten und ihnen Entscheidungs- und Handlungsfreiraum zu eröffnen. Mehrere Handlungsalternativen sollten dem Bewohner vorgestellt werden und die Folgen und Gefahren diskutiert werden. Um eine gute Beratung durchführen zu können, sollte die beratende Fachkraft über spezielle Kompetenzen verfügen.

Beratungskompetenz:

- Fundiertes Fachwissen
- Ggf. Spezialwissen
- Intuition
- Kommunikationsfähigkeit
- Problemlösungskompetenz
- Erkennen der Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen

Die Selbstkompetenz des Patienten und seiner Angehörigen ist ein entscheidender Faktor bei der Realisierung der Beratungsinhalte. Kognitive Fähigkeiten des Patienten und die Bereitschaft zur Verhaltensänderung spielen eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung, welcher Beratungsstil gewählt wird.

Beratungsstile:

1. Coachender Stil
2. Werbender Stil
3. Erlaubnis einholender Stil

Je größer die Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen desto intensiver werden sie in die Entscheidungsfindung einbezogen. Von Stufe zu Stufe wird die Kompetenz des Betroffenen größer und er entscheidet selbstständiger, welche Maßnahmen er durchführen möchte.

■ Tab. 1.3.

Selbsteinschätzung durch die Pflegefachkraft	Fremdeinschätzung durch Patient und Angehörige
Individueller Dialog	Ignoranz, fehlende Wertschätzung
Professionelle Beratung	Zufälliger Alltagsgespräche
Gemeinsame Entscheidungen	Entscheidung nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien
Kooperation	Kaum Zusammenarbeit
Prozesssteuerung	Man muss alles selbst machen
Individuelles Versorgungsangebot	Nicht bedarfsgerechtes Angebot

Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung NRW (Sieger u. Kunstmann 2003, Schönlau u.a. 2005, Uhlmann u.a. 2005, Bräutigam u.a. 2005)

! Durch die Berücksichtigung dieser Tatsachen und die Auswahl des geeigneten Beratungsstils wird die Compliance des Patienten und der Angehörigen verbessert.

Der Berater sollte jedoch nicht nur die Selbstkompetenz des Betroffenen eruieren, sondern auch seine Selbstoffenbarungsbereitschaft wahrnehmen. Dabei empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen.

Ablauf der Beratung:

1. Situation analysieren
2. Gemeinsam Verständnis für die Situation entwickeln
3. Gemeinsam Lösungsansätze erarbeiten

Diese Lösungsansätze müssen persönliche, soziale und materielle Ressourcen berücksichtigen. Im Verlauf der Beratung sollte immer zwischen fachlichem und psychosozialen Beratungsbedarf unterschieden werden. Dabei zeigen sich immer wieder ähnliche Beratungsthemen.

Beratungsthemen:

- Probleme und schwierige Lebensthemen
- Prozess des Krankseins
- Akute Krisen und Konflikte
- Akzeptanz von unabwendbaren Veränderungen und Einschränkungen
- Treffen von Entscheidungen
- Erreichen einer befriedigenden Lebensweise trotz Krankheit, Behinderung oder Alter

Interessanterweise unterscheiden sich Bewertungen der Beratungsqualität durch den Patienten oder seine Angehörigen und die durchführende Pflegefachkraft deutlich. Ein Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen machte dies deutlich (■ Tab. 1.3).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen als »Experten« ihres Patienten eine wichtige Rolle spielen. Belastungen der Angehörigen müssen deshalb als psychosoziale Faktoren in der Beratung wahrgenommen und bearbeitet werden. Die häufigsten Probleme der Angehörigen stellen die folgenden Faktoren dar.

Belastung der Angehörigen:

- Beziehung zwischen Patient und Angehörigen
- Finanzielle Belastung
- Schuldgefühle
- Unzureichende Wahrnehmung der Angehörigen durch Pflegenden

Eine Unterstützung der Angehörigen führt somit indirekt zu einer Verbesserung der Pflegesituation des Betroffenen.

Buchtipps

Ausführliche Informationen zur Beratung, Anleitung und Unterstützung von Angehörigen bietet das Buch »Angehörige pflegen – Ein Ratgeber für die Hauskrankenpflege« von Martina Döbele, erschienen 2008 im Springer Verlag, Heidelberg.

1.5 Pflegedokumentation

Die Dokumentation von Pflegemaßnahmen und Beratungsinhalten wird in jedem einzelnen Expertenstandard aufgeführt. Für jede Pflegeeinrichtung ist es deshalb unerlässlich, zu überprüfen, welche Elemente der Pflegedokumentation und Pflegeplanung an die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards angepasst werden müssen.

Wichtige Elemente der Dokumentation:

- Pflegeanamnese
- Risikoassessment
- Pflegeplanung und Evaluation
- Einrichtungsinterne Pflegestandards
- Spezielle Formulare, z. B. Lagerungs- und Bewegungsprotokolle, Flüssigkeitsprotokolle
- Leistungsnachweise
- Pflegebericht, z. B. Beratung, Verweigerung, begründete Abweichung

Ein sicherer Umgang aller Mitarbeiter mit der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung sowie genaue Vorgaben von Seiten der Einrichtungsleitung sind deshalb für die Umsetzung der Nationalen Expertenstandards dringend notwendig.

Praxistipp

Hilfreich bei der Berücksichtigung der Anforderungen an die Pflegedokumentation sind gezielte Fortbildungen der Mitarbeiter, eindeutige Anweisungen im Qualitätsmanagement-Handbuch und die Bereitstellung einer »Musterkurve«. Eine Kontrolle der Dokumentation bzw. im Idealfall eine statistische Auswertung der Inhalte durch die Einrichtungsleitung oder den Qualitätsmanagement-Beauftragten trägt dazu bei, Defizite frühzeitig zu erkennen und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

1.6 Zukunft von Expertenstandards

Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde die Bedeutung von Expertenstandards noch einmal betont, da die Umsetzung von Expertenstandards für alle Ein-

richtungen in § 113a als unmittelbar verbindlich beschrieben wird. Dieser Paragraph wurde zur Qualitätssicherung und zum Schutz der Pflegebedürftigen erlassen und regelt außerdem das Vorgehen bei der Erarbeitung der Expertenstandards.

Allerdings wurde in diesem Zusammenhang die Verantwortung für die Entwicklung von Expertenstandards in den institutionellen Rahmen und den rechtlichen Zusammenhang des SGB XI gestellt.

- ! Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und von privaten Versicherungsunternehmen getragen werden.

Dabei wurde von den Vertragspartnern eine Verfahrensordnung beschlossen, die den Ablauf der Standardentwicklung beschreibt. Zum 1.7.2008 wurde der GKV Spitzenverband gegründet, der unter anderem für die Steuerung der Standardentwicklung zuständig ist.

- ! Eine entsprechende Regelung im SGBV wurde noch nicht formuliert, die bisher erstellten Nationalen Expertenstandards gelten in diesem Bereich unverändert weiter; es ist davon auszugehen, dass die sieben vorhandenen Expertenstandards auch für den Bereich des SGB XI ihre Gültigkeit behalten.

Kritisiert wurde diese Entscheidung von verschiedenen Berufsverbänden. So bemängelte beispielsweise der Deutsche Pflegerat DPR, dass an der Entscheidung zur Verabschiedung einer Verfahrensordnung weder der DPR noch die pflegewissenschaftlichen Fachexperten beteiligt wurden. Nach Ansicht des Pflegerats hat sich das DNQP in den vergangenen 16 Jahren mit den erarbeiteten Standards bewährt.

1.6.1 Verfahrensordnung Expertenstandards

Auf Vorschlag der beteiligten Institutionen wird die Entwicklung eines Standards beschlossen und ausgeschrieben.

Das beauftragte pflegewissenschaftliche Institut erarbeitet den Entwurf für einen Experten-

standard. Dieser wird dann mit den verschiedenen Akteuren diskutiert. Dabei werden die Betroffenen ebenso wie die Praxis und Fachöffentlichkeit einbezogen. Auf dieser Grundlage erfolgt eine modellhafte Implementierung.

Anschließend entscheiden die Vertragspartner (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband) gemeinsam über die Einführung des Expertenstandards. Es erfolgt außerdem eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

- ! Damit ist er verbindlich für alle Institutionen und gilt als Mindeststandard, an den sich alle halten müssen. Gemeint sind in diesem Zusammenhang momentan Einrichtungen, die nach SGB XI abrechnen, eine entsprechende Anpassung des SGB V ist wahrscheinlich.

Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

- 2.1 Vorwort des Expertenstandards – 14**
- 2.2 Standardkriterium 1 – 14**
 - 2.2.1 Implementierung – 14
 - 2.2.2 Dekubitusrisiko – 15
 - 2.2.3 Klassifikation des Dekubitus – 15
 - 2.2.4 Risikoskalen – 15
 - 2.2.5 Risikoassessment – 16
- 2.3 Standardkriterium 2 – 17**
 - 2.3.1 Implementierung – 18
 - 2.3.2 Mobilisation und Transfer – 18
 - 2.3.3 Lagerung – 18
 - 2.3.4 Lagerungstechniken – 19
 - 2.3.5 Lagerungsintervalle – 20
 - 2.3.6 Sitzen – 21
 - 2.3.7 Mikrobewegungen – 22
 - 2.3.8 Maßnahmenplanung – 22
- 2.4 Standardkriterium 3 – 23**
 - 2.4.1 Implementierung – 23
 - 2.4.2 Hilfsmittel – 24
 - 2.4.3 Verfügbarkeit von Hilfsmitteln – 25
- 2.5 Standardkriterium 4 – 25**
 - 2.5.1 Implementierung – 25
 - 2.5.2 Pflegemaßnahmen – 26
- 2.6 Standardkriterium 5 – 29**
 - 2.6.1 Implementierung – 30
- 2.7 Standardkriterium 6 – 30**
 - 2.7.1 Implementierung – 30
- 2.8 Standardkriterium 7 – 31**
 - 2.8.1 Implementierung – 31
- 2.9 Dokumentation – 31**
- 2.10 Organisation – 32**
- 2.11 Auswirkungen des Expertenstandards – 32**



Der Dekubitus ist auch durch Medienberichte in den vergangenen Jahren zum »Schreckgespenst der Pflege« geworden. Immer wieder wurde die Entstehung eines Druckgeschwürs als Pflegefehler gewertet und in etlichen Fällen sogar gerichtlich verfolgt. Seit der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe ist die Anzahl der Druckgeschwüre in Heimen und Kliniken von Jahr zu Jahr gesunken, wie eine jährlich stattfindende Studie der Charité in Berlin zeigte.

In diesem Kapitel wird zunächst der Inhalt des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege anhand der einzelnen Standardkriterien dargestellt und erläutert. Die einzelnen Abschnitte beschreiben jeweils ein Standardkriterium des Expertenstandards sowie wichtige Maßnahmen und Hilfestellungen für die Implementierung.

Den Schwerpunkt der Kommentierung stellt die Implementierung in den Pflegeprozess dar, wobei die einzelnen Schritte Informationssammlung, Risikoerhebung, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation als Richtschnur dienen.

Für die Implementierung in den einrichtungsinternen Pflegestandard werden Anregungen gegeben, die zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen unterscheiden. Bei diesen Informationen wurden auch die Inhalte der »Grundsatzstellungnahme Dekubitus« des Medizinischen Dienstes Spitzenverband Bund der Krankenkassen MDS und die Veröffentlichung des Handbuchs »Pflagedokumentation stationär« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ mitberücksichtigt, um Doppelarbeit zu vermeiden und eine umfassende Anpassung des einrichtungsinternen Pflegestandards zu ermöglichen.

Die erforderlichen Formulare, z. B. Risikoskalen, Lagerungs- und Bewegungsplan oder Ernährungsanamnese, befinden sich im Anhang, da sie für mehrere Expertenstandards notwendig sein können.

Schließlich beschäftigt sich dieses Kapitel mit organisatorischen Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Expertenstandard, etwa der Erstellung einer Dekubitusstatistik.

2.1 Vorwort des Expertenstandards

Das erste Kapitel des Expertenstandards beschreibt eine Strategie für ein Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (► Kap. 1), auf das an dieser Stelle nur insofern eingegangen wird, als der Autor eine Aussage trifft, die nicht dazu beiträgt, die gelegentlich angespannte Beziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal zu verbessern.

Einstellungsänderungen gegenüber dem Geübten fallen gerade der ärztlichen Profession schwerer als der Pflege. (Vortrag von Dr. Matthias Gruhl auf der 1. Konsensus-Konferenz in Osnabrück)

Die Akzeptanz von Expertenstandards wird durch derartige Aussagen vermutlich nicht verbessert, zumal diese sowieso immer wieder kritisiert werden (► Kap. 1.2.3).

2.2 Standardkriterium 1

S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungscompetenz des Dekubitusrisikos. **P1** Die Pflegefachkraft beurteilt das Risiko aller Patienten/Betroffenen, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u. a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala z. B. nach Braden, Waterlow oder Norton. **E1** Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.

2.2.1 Implementierung

Das DNQP betont in seiner Kommentierung zunächst die Notwendigkeit von aktuellem Fachwissen und lebenslangem Lernen. Der Zusammenhang zwischen Schulungsprogrammen und dem reduzierten Auftreten von Dekubitalulzera in Pflegeeinrichtungen wird durch die praktische Anwendung von theoretischen Kenntnissen erklärt.

! Theoretische Kenntnisse über die Entstehung eines Dekubitus sind für alle Pflegefachkräfte unerlässlich: Die Einwirkung von Druck in Form von vertikalem Druck und Scherkräften und der Zusammenhang zwischen Druck und Zeit bedingt einen Sauerstoffmangel mit der Folge des Kollabierens der Kapillargefäße.

Eine verminderte Druckverteilungskapazität des Gewebes findet man beispielsweise bei Dehydratation, bei Eiweißmangel, bei Vitaminmangel und bei Stress. Eine veränderte Gewebetoleranz bezüglich eines Sauerstoffmangels liegt bei Ödemen vor, kann aber auch durch Medikamente oder Krankheiten mit vaskulären Veränderungen hervorgerufen werden.

Auf den Beginn dieser Schädigung reagiert der Körper normalerweise mit Schmerzen, die zur Entlastung der betroffenen Körperzone durch Lageveränderung führen. Infolge altersbedingter Veränderungen der Haut oder Immobilität kann der Druck-Schmerz-Mechanismus beeinträchtigt sein.

2.2.2 Dekubitusrisiko

Die deutsche Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation benennt verschiedene Risikofaktoren, die zur Druckbelastung führen.

Risikofaktoren:

- Immobilität (totale Immobilität besteht, wenn der Patient im Schlaf pro Stunde keine einzige Spontanbewegung durchführt)
- Zu langes Sitzen ohne Druckentlastung
- Bewusstlosigkeit und gravierende Störungen der Vigilanz, z. B. Depression, Katatonie und andere psychiatrische Erkrankungen
- Sedierung
- Hohes Lebensalter
- Neurologische Störungen, z. B. Lähmungen mit Sensibilitätsstörungen
- Kachexie
- Durchblutungsstörungen, vor allem aVK
- Exsikkose, Dehydratation, Fieber
- Anämie mit einem Hb < 8 g/l
- Große chirurgische Eingriffe

Angeführt wird außerdem die Inkontinenz, wobei nach Ansicht des DNQP kein direkter Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Dekubitusentstehung vorliegt, sondern ein Dekubitus indirekt über die durch Hautfeuchtigkeit ausgelöste Mazeration der Haut entsteht.

2.2.3 Klassifikation des Dekubitus

Dekubitalgeschwüre werden nach W. O. Seiler in vier Grade und drei Stadien eingeteilt (■ Tab. 2.1).

2.2.4 Risikoskalen

Die Expertengruppe empfiehlt die Anwendung eines standardisierten Einschätzungsverfahrens, wobei nach dem derzeitigen Wissensstand der Einsatz einer bestimmten Risikoskala nicht empfohlen wird, da es bei allen Skalen keine endgültigen Belege für die Validität und Reliabilität gibt. Die am besten untersuchten Skalen sind die Braden-Skala (▶ Anhang 2), die Norton-Skala und die Waterlow-Skala (▶ Anhang 3). Die Grundsatzstellungnahme des MDS beschäftigt sich außerdem mit der Medley-Skala (▶ Anhang 4).

! Wichtig ist, dass eine Skala anhand der für die Anwendung der Skala gültigen Zielgruppe ausgewählt wird. So wird beispielsweise die Verwendung der modifizierten Norton-Skala nach Bienstein für ältere Menschen nicht empfohlen, da zu große Patientenzahlen allein durch das Kriterium Alter und Multimorbidität als dekubitusgefährdet gelten.

In Abhängigkeit von der Patientengruppe einer Pflegeeinrichtung können verschiedene Risikoskalen zum Einsatz kommen (■ Tab. 2.2). Die (modifizierte) Norton-Skala wird in dieser Tabelle bewusst nicht berücksichtigt, da der MDS sie aus methodisch-wissenschaftlicher Perspektive nicht zur Anwendung empfiehlt. Einer der Kritikpunkte ist das häufige Auftreten von falsch-negativen Ergebnissen bei der Norton-Skala und falsch-positiven Ergebnissen bei der modifizierten Norton-Skala.