



Simone Schmidt

Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchs- anleitung

4. Auflage

 Springer

Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

Simone Schmidt

Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Simone Schmidt
Ladenburg, Deutschland

ISBN 978-3-662-59636-4 ISBN 978-3-662-59637-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-59637-1>

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2009, 2012, 2016, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © adobe stock/Robert Kneschke

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 4. Auflage

- » Herzlichst Glückwunsch 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 im Alltag nicht immer hilfreich sind.

Eine „Gebrauchsanweisung“ für die Implementierung von Expertenstandards in den Pflegealltag erscheint mir jedoch unverändert notwendig. Im Pflegebereich wurde die Einführung von Expertenstandards zunächst skeptisch betrachtet. Allerdings haben sich Expertenstandards seit der Veröffentlichung des ersten Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege im Jahr 2004 fest im Pflegealltag etabliert.

Dafür ist sicherlich auch die herausragende Arbeit des DNQP verantwortlich, die sich im Verlauf der letzten 19 Jahre ebenfalls weiterentwickelt hat. Als Projektverantwortliche einer Modelleinrichtung bei der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz konnte ich diese Arbeitsweise selbst erleben.

- **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.

„Gebrauchsanweisung“ für Expertenstandards

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

- **Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien wurden für jedes Standardkriterium 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. Die Einarbeitung beruht auf der Systematik der Expertenstandards.

Systematik:

- Screening, Assessment
- Verfahrensregelung
- Maßnahmenplan
- Information, Beratung, Schulung, Anleitung
- Evaluation

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, dass 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. Es kann jedoch entweder im Format oder durch das Herausnehmen einzelner Seiten an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung angepasst werden.

Jeder Expertenstandard ist von der Struktur her ähnlich aufgebaut und erfordert die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans. Aus diesem Grunde 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 in der Planung differenziert zwischen den individuellen Zielen des Betroffenen und den allgemeinen Pflegezielen. Außerdem erfolgt nach Möglichkeit 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 beziehungsweise

die Empfehlungen von Fachgesellschaften. Dadurch soll eine umfassende Einarbeitung in den 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)

Danke

Frau Sarah Busch vom Springer Verlag danke ich für ihre Unterstützung und den effektiven Austausch bei der vierten Auflage und in den vergangenen Jahren im Allgemeinen. Frau Ulrike Niesel vom Springer Verlag ist seit über 15 Jahren eine kompetente Ansprechpartnerin, Beraterin und „ein Fels in der Brandung“ im Verlag. Auch meine Familie hat wieder dazu beigetragen, dass die Überarbeitung des Manuskripts reibungslos verlaufen konnte.

Mein Dank gilt außerdem Herrn Heiko Stehling beim DNQP.

Das Interesse von Ihnen als Leser hat diese Neuauflage ermöglicht. Darüber freue ich mich genauso, wie über Ihre Meinung und Ideen.

Simone Schmidt

Ladenburg

Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Expertenstandards des DNQP	1
1.1	Bedeutung von Expertenstandards	2
1.2	Auswirkungen	5
1.3	Implementierung	7
1.4	Pflegeberatung	9
1.5	Pflegedokumentation	11
1.6	Zukunft von Expertenstandards	12
	Literatur	13
2	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	15
2.1	Grundlagen der Dekubitusprophylaxe	17
2.2	Standardkriterium 1	18
2.3	Standardkriterium 2	23
2.4	Standardkriterium 3	31
2.5	Standardkriterium 5	32
2.6	Standardkriterium 6	34
2.7	Dokumentation	35
2.8	Auswirkungen des Expertenstandards	36
2.9	Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004	36
	Weiterführende Literatur	42
3	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	43
3.1	Besonderheiten bei der Entlassung	45
3.2	Standardkriterium 1	47
3.3	Standardkriterium 2	52
3.4	Standardkriterium 3	54
3.5	Standardkriterium 4	54
3.6	Standardkriterium 5	56
3.7	Standardkriterium 6	57
3.8	Dokumentation	58
3.9	Auswirkungen des Expertenstandards	58
	Literatur	59
4	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	61
4.1	Grundlagen des Schmerzmanagements	63
4.2	Standardkriterium 1	65
4.3	Standardkriterium 2	73
4.4	Standardkriterium 3	76
4.5	Standardkriterium 4	78
4.6	Standardkriterium 5	79
4.7	Pflegedokumentation	80

4.8	Organisation	80
4.9	Auswirkungen des Expertenstandards	82
	Literatur	83
5	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	85
5.1	Grundlagen und Folgen des Sturzes	86
5.2	Standardkriterium 1	87
5.3	Standardkriterium 2	88
5.4	Standardkriterium 3	91
5.5	Standardkriterium 4	97
5.6	Standardkriterium 5	99
5.7	Standardkriterium 6	100
5.8	Pflegedokumentation	101
5.9	Organisation	101
5.10	Auswirkungen des Expertenstandards	101
	Literatur	102
6	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	103
6.1	Grundlagen der Kontinenz	105
6.2	Standardkriterium 1	106
6.3	Standardkriterium 2	108
6.4	Standardkriterium 3	111
6.5	Standardkriterium 4	113
6.6	Standardkriterium 5	123
6.7	Standardkriterium 6	124
6.8	Pflegedokumentation	124
6.9	Organisation	125
6.10	Auswirkungen des Expertenstandards	125
	Weiterführende Literatur	125
7	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	127
7.1	Grundlagen der Versorgung	129
7.2	Standardkriterium 1	131
7.3	Standardkriterium 2	137
7.4	Standardkriterium 3	141
7.5	Standardkriterium 4	142
7.6	Standardkriterium 5	143
7.7	Dokumentation	144
7.8	Organisation	144
7.9	Auswirkungen des Expertenstandards	144
	Literatur	145
8	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	147
8.1	Grundlagen der Ernährung	149
8.2	Standardkriterium 1	150
8.3	Standardkriterium 2	156
8.4	Standardkriterium 3	159

8.5	Standardkriterium 4	165
8.6	Standardkriterium 5	167
8.7	Standardkriterium 6	167
8.8	Dokumentation	168
8.9	Organisation	168
8.10	Auswirkungen des Expertenstandards	169
	Literatur	169
9	Expertenstandard Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in der Pflege	171
9.1	Chronische Schmerzen	173
9.2	Standardkriterium 1	174
9.3	Standardkriterium 2	177
9.4	Standardkriterium 3	179
9.5	Standardkriterium 4	180
9.6	Standardkriterium 5	183
9.7	Dokumentation	184
9.8	Organisation	184
9.9	Auswirkungen des Expertenstandards	185
	Literatur	185
10	Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege	187
10.1	Pflegeweiterentwicklungsgesetz	188
10.2	Standardkriterium 1	189
10.3	Standardkriterium 2	192
10.4	Standardkriterium 3	193
10.5	Standardkriterium 4	194
10.6	Standardkriterium 5	195
10.7	Dokumentation	196
10.8	Organisation	196
10.9	Auswirkungen des Expertenstandards	196
	Literatur	197
11	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	199
11.1	Pflegebeziehung	201
11.2	Standardkriterium 1	201
11.3	Standardkriterium 2	206
11.4	Standardkriterium 3	209
11.5	Standardkriterium 4	211

11.6	Standardkriterium 5	218
11.7	Dokumentation	219
11.8	Organisation	220
11.9	Auswirkungen des Expertenstandards	220
	Literatur	221
	Serviceteil	
	Anhang	225
	Sachverzeichnis	277



Expertenstandards des DNQP

- 1.1 Bedeutung von Expertenstandards – 2**
 - 1.1.1 Entstehung – 2
 - 1.1.2 DNQP – 3
- 1.2 Auswirkungen – 5**
 - 1.2.1 Juristische Bedeutung – 5
 - 1.2.2 Vorteile – 5
 - 1.2.3 Nachteile – 6
- 1.3 Implementierung – 7**
 - 1.3.1 Voraussetzungen für die Implementierung – 8
- 1.4 Pflegeberatung – 9**
 - 1.4.1 Kompetenz – 10
- 1.5 Pflegedokumentation – 11**
- 1.6 Zukunft von Expertenstandards – 12**
 - 1.6.1 Verfahrensordnung Expertenstandards – 12
- Literatur – 13**

Expertenstandards haben sich in den letzten Jahren fest in der Pflege etabliert, wobei der Nutzen in den Pflegeeinrichtungen noch unterschiedlich bewertet wird. Ursache hierfür sind vor allem Probleme bei der Implementierung in den Alltag und aus Sicht der Pflegenden der erhöhte Dokumentationsaufwand. Um die Bedeutung von Expertenstandards zu ermitteln, ist es sinnvoll, sich zunächst mit der Entstehung 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 Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP als Gremium, das bisher 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 Kenntnisse dieser Strukturen erleichtert die Umsetzung in die Praxis.

Die Erarbeitung der Expertenstandards unter Berücksichtigung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ist ein weiterer wichtiger Faktor. Das Bundesministerium für Gesundheit BMG hatte im Rahmen der Pflegereform 2008 durch das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ einschneidende Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen, sodass sich für die weitere Erstellung von Expertenstandards Veränderungen ergeben haben.

Im Januar 2015 wurde der erste Expertenstandard nach der neuen Vorgehensweise veröffentlicht, der sich mit der Mobilitätsförderung beschäftigt. Dieser Standard wurde zwar ebenfalls vom DNQP nach der etablierten Struktur erstellt, die modellhafte Implementierung erfolgte jedoch 2016 durch ein Wissenschaftlerteam der Universität Bremen. Diese ergab, dass der Expertenstandard zwar praxistauglich ist und die Kosten für die Einführung gering sind, eine Wirksamkeit

konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege hat deshalb im Februar 2018 die freiwillige Einführung des Expertenstandards Mobilität für zunächst zwei Jahre beschlossen. Parallel soll eine Aktualisierung des Expertenstandards und eine Begleitforschung erfolgen.

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Vorgaben und Zielsetzungen der Expertenstandards beschrieben. Gleichzeitig sollen grundlegende Vorgehensweisen bei der Implementierung in Form einer „Gebrauchsanweisung“ für dieses Buch erklärt werden.

1.1 Bedeutung von Expertenstandards

Den meisten Mitarbeitern ist die Wichtigkeit der Expertenstandards bewusst, dennoch fehlt es gelegentlich an der Bereitschaft, sich intensiver mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Ursache für diese Diskrepanz ist die zentrale Frage, warum man sich überhaupt an den Expertenstandards orientieren muss. Um dies zu erläutern, wird zunächst die Entstehung der Expertenstandards 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 besprechen und die weitere fachliche und politische Entwicklung festzulegen. Im Jahre 1999 wurde von der 72. GMK der Länder in Trier eine große Qualitätsoffensive beschlossen. Unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entwicklung in Europa wurde festgelegt, dass eine einheitliche Qualitätsstrategie entstehen soll, die dazu beiträgt, folgende Ziele zu erreichen:

- Einführung von Qualitätsmanagement ab dem 01.01.2005
- Konsequente Patientenorientierung

- Entwicklung einer integrierten, bürger-nahen europäischen Gesundheitspolitik
- Sicherung bzw. Verbesserung der Quali-tät von Gesundheitsdienstleistungen und Erhöhung der Transparenz zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger, insbesondere durch Strukturvergleiche und Erfahrungs- und Informationsaustausch
- Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards zur Qualitätsentwicklung
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Weitere Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Die Gesundheitsministerkonferenz hat somit durch ihr Entschließungspapier zur „Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen“ die Grundlagen für die Entwicklung 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. Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Pflegefachleuten, die sich auf Praxis- und Wissenschaftsebene mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Diesem Gremium aus Fachkollegen der Pflege wurde die Entwicklung, Konsentierung und Veröffentlichung von evidenzbasierten 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 folgende Expertenstandards erarbeitet, veröffentlicht und aktualisiert:

Veröffentlichte Expertenstandards:

1. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2017)
2. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2. Aktualisierung 2019)
3. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011)
4. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013)
5. Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung 2014)
6. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung 2015)
7. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Aktualisierung 2017)
8. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (Mai 2015)
9. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (März 2019)
10. Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (Januar 2015)
11. Erarbeitet wird 2019 der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege.

Von und für Hebammen bzw. Entbindungspfleger wurden außerdem im Rahmen eines an der Hochschule Osnabrück angesiedelten Forschungsschwerpunktes „Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua“ der Expertenstandard „Physiologische Geburt“ erstellt.

Die zentralen Funktionen der Expertenstandards in der Pflege wurden vom DNQP formuliert.

Ziele von Expertenstandards:

- Übergreifendes Ziel ist die Förderung der Pflegequalität
- Darstellung eines professionell abgestimmten Leistungsniveaus
- Kriterien zur Erfolgskontrolle sind eingeschlossen
- Aktiver Theorie-Praxis-Transfer
- Beitrag zur Professionalisierung

Das Vorgehen bei der Erstellung eines 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.

Bei der Aktualisierung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“ und „Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen“ wurde außerdem die Fachöffentlichkeit über das Internet einbezogen. Der Entwurf konnte für sechs bis acht Wochen auf der Homepage des DNQP eingesehen und kommentiert werden. Dieses Vorgehen ist im aktualisierten Methodenpapier zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege festgelegt.

1.1.2.1 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 Übersicht 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.

■ Tab. 1.1 Grundlegende Struktur eines Expertenstandards

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Risikoerhebung, Screening, Assessment, erforderliche Kompetenz der PFK	P1	E1
S2 Voraussetzungen in der Einrichtung, Verfahrensregel	P2	E2
S3 Planung von Maßnahmen	P3	E3
S4 Durchführung von Maßnahmen	P4	E4
S5 Information, Anleitung, Schulung und Beratung	P5	E5
S6 Evaluation	P6	E6

- 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.

- Das Auditinstrument ist ebenfalls Bestandteil der Veröffentlichung jedes Expertenstandards. In der Praxis kann dieses Instrument genutzt werden, um die Implementierung in der eigenen Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Inzwischen sind die Auditinstrumente auch in digitaler Form nutzbar.

Die einheitliche Gliederung der Standards, die auch inhaltlich beibehalten wird, erleichtert bisher 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 Expertenstandards den allgemein anerkannten, aktuellen Stand der Pflegeforschung.

- Expertenstandards gelten deshalb als ein antizipiertes, also vorweggenommenes Sachverständigen Gutachten.

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.

Im Schadensfall kann es dadurch zur Beweislastermittlung oder -umkehr kommen, wobei die Pflegeeinrichtung anhand der Dokumentationen beweisen muss, dass eine korrekte Leistungserbringung erfolgte.

Praxistipp

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.

Praxistipp

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 (► Abschn. 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 Probleme bei der praktischen Umsetzung haben und dadurch zunächst der Nutzen von Expertenstandards insgesamt infrage gestellt wurde. Mittlerweile wird der Nutzen jedoch allgemein erkannt und lediglich der Aufwand bei der Implementierung kritisiert.

Praxistipp

In der Pflegepraxis zeigt sich, dass es durchaus sinnvoll ist, bei der Implementierung einen größeren Aufwand zu betreiben, da anschließend ein erkennbarer Effekt auf die Pflegequalität feststellbar ist. Dieser kann mit dem Auditinstrument auch transparent dargestellt werden.

Probleme bei der Implementierung der 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 Intensivstationen 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 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 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. Am Beispiel der Dekubitusprophylaxe kann eine derartige Entwicklung gut beobachtet werden.

1.3 Implementierung

Die oben erwähnten Nachteile führen bei der Implementierung der bisher veröffentlichten 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.

1

Phasen der Implementierung:

1. Fortbildung aller Mitarbeiter
2. Aktualisierung und Anpassung des einrichtungsinternen Standards
3. Überprüfung der Formulare, ggf. Aktualisierung
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 Verfahrensanweisung 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 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 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

(► Abschn. 1.4). Gerade in Einrichtungen, in denen keine 24-h-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 (► Abschn. 1.6) 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 und 2017 überarbeitet wurde, wird in der folgenden Tabelle dargestellt (■ Tab. 1.2).

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

■ **Tab. 1.2** Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Paragraph	Inhalt
§ 7a	Einsatz von Pflegeberatern
§ 7c	Pflegestützpunkte
§ 12	Aufgaben der Pflegekassen
§ 37,3	Beratungseinsatz zur Qualitätssicherung (Abrechnung)
§ 45	Pflegekurse
§ 45a	Angebote zur Unterstützung im Alltag

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. Zur regelmäßigen Hilfestellung
3. Zur praktischen pflegefachlichen 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 Betroffenen 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.

➤ **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 Selbstoffenbarungsfähigkeit 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 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

Tab. 1.3 Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung

Selbsteinschätzung durch die Pflegefachkraft	Fremdeinschätzung durch Patient und Angehörige
Individueller Dialog	Ignoranz, fehlende Wertschätzung
Professionelle Beratung	Zufällige 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 und Kunstmann 2003; Schönlau et al. 2005; Uhlmann et al. 2005; Bräutigam et al. 2005)

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 Pflegende

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

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 Expertenstandards angepasst werden müssen.

Wichtige Elemente der Dokumentation:

- Pflegeanamnese oder SIS
- Risikoassessment oder Risikomatrix
- Pflegeplanung und Evaluation oder Tagesstruktur
- Einrichtungsinterne Pflegestandards
- Spezielle Formulare, z. B. Bewegungsförderungspläne und -protokolle, Flüssigkeits- oder Ernährungsprotokolle
- Leistungsnachweise
- Pflegebericht, z. B. Beratung, Verweigerung, begründete Abweichung

Ein sicherer Umgang aller Mitarbeiter mit der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung sowie genaue Vorgaben vonseiten der Einrichtungsleitung sind deshalb für die Umsetzung der 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“ bzw. einer Testperson in der EDV.

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.

- **Im Rahmen der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde eine neue Form der Dokumentation entwickelt. Ausführliche Informationen, Formulare und eine Erläuterung des Strukturmodells findet man auf der Homepage des Pflege- und Patientenbeauftragten der Bundesregierung**
▶ <http://www.patientenbeauftragter.de/>

Dort ist auch erklärt, wie die Anforderungen der Expertenstandards in der integrierten strukturierten Informationssammlung SIS berücksichtigt werden können.

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 Einrichtungen 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 01.07.2008 wurde der GKV Spitzenverband gegründet, der unter anderem für die Steuerung der Standardentwicklung zuständig ist.

- **Eine entsprechende Regelung im SGB V wurde noch nicht formuliert, die bisher erstellten Expertenstandards gelten in diesem Bereich unverändert weiter.**

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 Expertenstandard. 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 steht noch aus.**

Literatur

Die Literaturverzeichnisse der einzelnen Expertenstandards werden nicht separat berücksichtigt.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards, Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Gesundheitsministerkonferenz (1999) Entschließungspapier der GMK zur „Gewährleistung einer

systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen“, Trier

Höfert R (2017) Von Fall zu Fall – Pflege im Recht, 4. Aufl. Springer, Heidelberg

Heilberufe (2008) Heilberufe spezial Expertenstandards. Urban & Vogel, München

Schiemann D, Moers M, Büscher A (2017) Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

▶ www.dnqp.de

▶ www.dbfk.de

▶ www.mds-ev.de

▶ www.patientenbeauftragte.de/

▶ www.ein-step.de/downloads/



Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

- 2.1 Grundlagen der Dekubitusprophylaxe – 17**
 - 2.1.1 Definition – 18
- 2.2 Standardkriterium 1 – 18**
 - 2.2.1 Implementierung – 18
 - 2.2.2 Dekubitusrisiko – 19
 - 2.2.3 Klassifikation des Dekubitus – 19
 - 2.2.4 Screening und Risikoassessment – 21
- 2.3 Standardkriterium 2 – 23**
 - 2.3.1 Implementierung – 24
 - 2.3.2 Mobilisation und Transfer – 24
 - 2.3.3 Lagerung – 24
 - 2.3.4 Lagerungstechniken – 25
 - 2.3.5 Lagerungsfrequenz – 26
 - 2.3.6 Sitzen – 28
 - 2.3.7 Mikrobewegungen oder intermittierende Entlastung – 29
 - 2.3.8 Maßnahmenplan – 29
 - 2.3.9 Information – 31
- 2.4 Standardkriterium 3 – 31**
 - 2.4.1 Implementierung – 31
- 2.5 Standardkriterium 5 – 32**
 - 2.5.1 Hilfsmittel – 32
 - 2.5.2 Verfügbarkeit von Hilfsmitteln – 34

2.6	Standardkriterium 6 – 34
2.6.1	Implementierung – 35
2.7	Dokumentation – 35
2.7.1	Organisation – 35
2.8	Auswirkungen des Expertenstandards – 36
2.9	Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004 – 36
2.9.1	Risikoskalen – 37
2.9.2	Ursprüngliches Standardkriterium 4 – 37
2.9.3	Implementierung – 37
2.9.4	Pflegemaßnahmen – 38
	Weiterführende Literatur – 42

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 Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP erarbeitet wurde, 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 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. Berücksichtigt wird der aktualisierte Expertenstandard aus dem Jahr 2017 aber auch relevante Inhalte des ursprünglichen Standards von 2004. Um eine Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden diese Inhalte am Ende des Kapitels separat aufgeführt.

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 „Pflegedokumentation

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. Risikokalen, Bewegungsförderungsplan 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 Grundlagen der Dekubitusprophylaxe

Schon in der ursprünglichen Version des Expertenstandards aus dem Jahr 2004 und der Aktualisierung 2010 wurde die Bedeutung der Dekubitusprophylaxe für die Pflege und die dafür erforderliche Implementierung eines geeigneten Qualitätsmanagements beschrieben. Die gesundheitspolitische Relevanz des Dekubitus ergibt sich aus der Häufigkeit des Auftretens, die zwar von Jahr zu Jahr gesunken ist, für den jeweils betroffenen Patienten oder Bewohner dennoch Einschränkungen der Selbstständigkeit, Schmerzen, soziale Isolation und eine Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeutet.

Druckgefährdete Personen sind in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens anzutreffen.

► **Eine separate Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe bei Kindern kann auf der Homepage des DNQP heruntergeladen werden. In diesem Kapitel können nicht alle Besonderheiten bei Kindern im Einzelnen behandelt werden.**

2.1.1 Definition

Im Expertenstandard wird zunächst definiert, wann es sich überhaupt um einen Dekubitus handelt:

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften.

Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind, deren Bedeutung aber noch zu klären ist. Hier zeigt sich bereits die Schwierigkeit der eindeutigen Zuordnung bzw. Diagnosestellung.

2.2 Standardkriterium 1

S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung, sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen. **P1** Die Pflegefachkraft schätzt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner ein. Diese Einschätzung beinhaltet ein initiales Screening sowie eine differenzierte Beurteilung des Dekubitusrisikos, wenn eine Gefährdung im Screening nicht ausgeschlossen werden kann. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität oder externer Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen können. **E1** Eine aktuelle, systematische Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos liegt vor.

2.2.1 Implementierung

Das DNQP betonte in seiner Kommentierung zunächst die Notwendigkeit von aktuellem Fachwissen und der ständigen Aktualisierung des Wissens, da das in der Ausbildung erworbene Wissen aufgrund ständiger Forschung nicht ausreichend ist. Der Zusammenhang zwischen Schulungsprogrammen und dem reduzierten Auftreten von Dekubitalzera in Pflegeeinrichtungen wird durch die praktische Anwendung von theoretischen Kenntnissen erklärt.

➤ **Theoretische Kenntnisse über die Entstehung eines Dekubitus sind für alle Pflegefachkräfte unerlässlich: Die Beeinträchtigung der Mobilität, die Störung der Durchblutung sowie ein beeinträchtigter Hautzustand oder ein bereits vorhandener Dekubitus.**

Eine geschwächte Gewebetoleranz durch Mobilitätseinschränkungen wirkt sich direkt auf das Dekubitusrisiko aus. Durchblutungsstörungen reduzieren die Gewebetoleranz und beeinflussen das Risiko dadurch indirekt. Eine lokale Ischämie führt ebenfalls zu Dekubitus., aber Schäden durch Gewebedeformation sind wichtiger. Kombiniert sind die Risiken oft mit Mangelernährung, bei Dehydration, bei Eiweißmangel, bei Vitaminmangel und bei Stress und bei Kontinenzproblemen, so dass eine Einschätzung der allgemeinen Pflegebedürftigkeit, etwa durch das Neue Begutachtungsassessment NBA sinnvoll sein kann. 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