

Simone Schmidt

# Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

*5. Auflage*

 Springer

# Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

Simone Schmidt

# Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung

5. Auflage

Simone Schmidt  
Ladenburg, Deutschland

ISBN 978-3-662-68473-3      ISBN 978-3-662-68474-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68474-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2009, 2012, 2016, 2020, 2024

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.

Planung/Lektorat: Sarah Busch

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

Das Papier dieses Produkts ist recycelbar.

## Vorwort zur 5. Auflage

---

» Stopp! Bitte lesen Sie die Instruktionen und die WICHTIGSTEN INFORMATIONEN, bevor Sie Ihre HOSE benutzen. nichtpersonenbezogene Daten Ihr Pferd mit einem Rohr benutzen

Danke, dass Sie die EXPANDABLE HOSE erkauft haben. Die HOSE dehnt sich automatisch bis zu dreimal so lange aus, wie sie ursprünglich ist, wenn das Wasser abgeschaltet wird. Die HOSE ist extrem leichtgewichtig und eliminiert den Einsatz schwerer, sperriger konventioneller Schläuche.

Diese Gebrauchsanleitung eines Gartenschlauchs 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 beiden Jahrzehnte ebenfalls weiterentwickelt hat. Als Projektverantwortliche einer Modelleinrichtung 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 Darstellung beruht oftmals auf einer ähnlichen Struktur.

### Struktur von Expertenstandards

- Screening bzw. erst Einschätzung, Assessment bzw. tiefergehende Einschätzung
- Planung von Maßnahmen
- Durchführung von Maßnahmen
- Anleitung, Information, Beratung von Patienten bzw. Bewohnern
- 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 stattdessen 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 MDK Grundsatzstellungen und Publikationen des BMFSFJ beziehungsweise 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)

**Simone Schmidt**

Ladenburg

Dezember 2023

## Danksagung

---

Frau Sarah Busch vom Springer Verlag danke ich für ihre Unterstützung und den effektiven Austausch bei der fünften Auflage und in den vergangenen Jahren im Allgemeinen. Frau Ulrike Niesel vom Springer Verlag ist seit 20 Jahren eine kompetente Ansprechpartnerin, Beraterin und „ein Fels in der Brandung“ im Verlag.

Mein Dank gilt außerdem dem DNQP, insbesondere Herrn Heiko Stehling für hilfreiche Hinweise bei Aktualisierungen. Frau Germa Johnson hat mich ebenfalls sehr umsichtig unterstützt, auch ihr möchte ich Danke sagen.

Nicht zuletzt hat meine Familie wieder dazu beigetragen, dass die Überarbeitung des Manuskripts reibungslos verlaufen konnte.

Das Interesse von Ihnen als Leser hat die inzwischen 5. Auflage ermöglicht. Darüber freue ich mich genauso, wie über Ihre Meinung und Ideen.



# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Expertenstandards des DNQP</b> .....	1
1.1	Bedeutung von Expertenstandards .....	2
1.2	Auswirkungen .....	5
1.3	Implementierung .....	8
1.4	Pflegeberatung .....	9
1.5	Pflegedokumentation .....	12
1.6	Zukunft von Expertenstandards .....	12
	Literatur .....	13
2	<b>Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege</b> .....	15
2.1	Grundlagen der Dekubitusprophylaxe .....	16
2.2	Standardkriterium 1 .....	17
2.3	Standardkriterium 2 .....	23
2.4	Standardkriterium 3 .....	29
2.5	Standardkriterium 5 .....	31
2.6	Standardkriterium 6 .....	34
2.7	Dokumentation .....	34
2.8	Auswirkungen des Expertenstandards .....	35
2.9	Ursprünglicher Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2004 .....	36
	Literatur .....	41
3	<b>Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege</b> .....	43
3.1	Besonderheiten bei der Entlassung .....	44
3.2	Standardkriterium 1 .....	46
3.3	Standardkriterium 2 .....	51
3.4	Standardkriterium 3 .....	53
3.5	Standardkriterium 4 .....	54
3.6	Standardkriterium 5 .....	55
3.7	Standardkriterium 6 .....	56
3.8	Dokumentation .....	57
3.9	Auswirkungen des Expertenstandards .....	58
	Literatur .....	58
4	<b>Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege</b> .....	59
4.1	Grundlagen des Schmerzmanagements .....	60
4.2	Standardkriterium 1 .....	63
4.3	Standardkriterium 2 .....	73
4.4	Standardkriterium 3 .....	76
4.5	Standardkriterium 4 .....	77
4.6	Standardkriterium 5 .....	84
4.7	Pflegedokumentation .....	85
4.8	Organisation .....	85

4.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	88
	Literatur .....	88
5	<b>Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege</b> .....	89
5.1	Grundlagen und Folgen des Sturzes .....	90
5.2	Standardkriterium 1 .....	91
5.3	Standardkriterium 2 .....	93
5.4	Standardkriterium 3 .....	101
5.5	Standardkriterium 4 .....	104
5.6	Standardkriterium 5 .....	106
5.7	Pflegedokumentation .....	107
5.8	Organisation .....	107
5.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	107
	Literatur .....	108
6	<b>Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege</b> .....	109
6.1	Grundlagen der Kontinenz .....	110
6.2	Standardkriterium 1 .....	111
6.3	Standardkriterium 2 .....	113
6.4	Standardkriterium 3 .....	117
6.5	Standardkriterium 4 .....	119
6.6	Standardkriterium 5 .....	128
6.7	Standardkriterium 6 .....	129
6.8	Pflegedokumentation .....	130
6.9	Organisation .....	130
6.10	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	131
6.11	Konsultationsfassung 2. Aktualisierung 2024 .....	131
	Literatur .....	131
7	<b>Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden</b> .....	133
7.1	Grundlagen der Versorgung .....	134
7.2	Standardkriterium 1 .....	136
7.3	Standardkriterium 2 .....	141
7.4	Standardkriterium 3 .....	146
7.5	Standardkriterium 4 .....	147
7.6	Standardkriterium 5 .....	148
7.7	Dokumentation .....	148
7.8	Organisation .....	149
7.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	149
	Literatur .....	149
8	<b>Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege</b> .....	151
8.1	Grundlagen der Ernährung .....	152
8.2	Standardkriterium 1 .....	153
8.3	Standardkriterium 2 .....	160
8.4	Standardkriterium 3 .....	163
8.5	Standardkriterium 4 .....	168

8.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	170
8.7	<b>Standardkriterium 6</b> .....	171
8.8	<b>Dokumentation</b> .....	172
8.9	<b>Organisation</b> .....	172
8.10	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	173
	<b>Literatur</b> .....	173
<b>9</b>	<b>Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz</b> .....	<b>175</b>
9.1	<b>Pflegebeziehung</b> .....	176
9.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	176
9.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	182
9.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	184
9.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	186
9.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	193
9.7	<b>Dokumentation</b> .....	194
9.8	<b>Organisation</b> .....	194
9.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	195
	<b>Literatur</b> .....	196
<b>10</b>	<b>Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege</b> .....	<b>197</b>
10.1	<b>Grundlagen der Mund- und Zahngesundheit</b> .....	198
10.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	198
10.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	202
10.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	203
10.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	204
10.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	206
10.7	<b>Dokumentation</b> .....	206
10.8	<b>Organisation</b> .....	207
10.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	207
	<b>Literatur</b> .....	208
<b>11</b>	<b>Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege</b> .....	<b>209</b>
11.1	<b>Grundlagen der Hautintegrität</b> .....	210
11.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	212
11.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	215
11.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	217
11.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	218
11.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	220
11.7	<b>Dokumentation</b> .....	221
11.8	<b>Organisation</b> .....	221
11.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	221
	<b>Literatur</b> .....	221
<b>12</b>	<b>Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege</b> .....	<b>223</b>
12.1	<b>Pflegeweiterentwicklungsgesetz</b> .....	224

12.2	<b>Standardkriterium 1</b> .....	225
12.3	<b>Standardkriterium 2</b> .....	228
12.4	<b>Standardkriterium 3</b> .....	230
12.5	<b>Standardkriterium 4</b> .....	231
12.6	<b>Standardkriterium 5</b> .....	232
12.7	<b>Dokumentation</b> .....	233
12.8	<b>Organisation</b> .....	233
12.9	<b>Auswirkungen des Expertenstandards</b> .....	234
	<b>Literatur</b> .....	234
	 <b>Serviceteil</b>	
	<b>Anhang: Sturzrisikofaktoren</b> .....	236
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	287



# Expertenstandards des DNQP

## Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Bedeutung von Expertenstandards – 2
- 1.2 Auswirkungen – 5
- 1.3 Implementierung – 8
- 1.4 Pflegeberatung – 9
- 1.5 Pflegedokumentation – 12
- 1.6 Zukunft von Expertenstandards – 12
- Literatur – 13

Expertenstandards haben sich in den letzten Jahren fest in der Pflege etabliert, wobei der Nutzen in den Pflegeeinrichtungen zunächst sehr unterschiedlich bewertet wurde. Über zwanzig Jahre nach dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1999 stehen kaum noch Pflegekräfte dem Nutzen von Expertenstandards skeptisch gegenüber. Ursache für Skepsis sind zum Teil noch Probleme bei der Implementierung in den Alltag. Um die Bedeutung von Expertenstandards zu ermessen, ist es sinnvoll, sich zunächst mit der Entstehung der 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 ähnliche 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 hatten.

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 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. Im Mai 2019 erging der Auftrag zur Aktualisierung an das DNQP, im Mai 2020 war diese abgeschlossen und ein Entwurf für die 1. Aktualisierung lag vor. Nach den Kommentierungen durch die Fachöffentlichkeit war die Aktualisierung des Expertenstandards im Oktober 2020 abgeschlossen ▶ Kap. 12.

In diesem Kapitel werden zunächst 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

## 1.1 · Bedeutung von Expertenstandards

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 1.1.2005
- Konsequente Patientenorientierung
- Entwicklung einer integrierten, bürger-nahen europäischen Gesundheitspolitik
- Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität 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 (1. Aktualisierung 2020)
4. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2022)
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 Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Mai 2019)
9. Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (1. Aktualisierung Oktober 2020)
10. Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (Januar 2023)
11. Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege (Sonderdruck Juni 2023)

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.

➤ Der Expertenstandard **Kontinenzförderung in der Pflege** wird derzeit anhand des üblichen methodischen Vorgehens des DNQP zum zweiten Mal aktualisiert, eine Veröffentlichung wird für 2024 erwartet.

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 weitgehend 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.

➤ In den folgenden Kapiteln zu den einzelnen Expertenstandards werden diese Aussagen zur Vermeidung von Wiederholungen zusammengefasst, etwa S1, P1 und E1. Anschließend erfolgen eine



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

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Risikoerhebung, Screening, Assessment, erforderliche Kompetenz der PFK	P1	E1
S2a Planungskompetenz der PFK S2b Verfahrensregel	P2	E2
S3 Information, Schulung, Beratungskompetenz der PFK	P3	E3
S4 Maßnahmenplanung	P4	E4
S5 Evaluation	P5	E5

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 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.

Im Schadensfall kann es dadurch zur Beweislast erleichterung 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 erschwert.**

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 notwendig, dass alle Mitarbeiter oder zumindest alle Fachkräfte den genauen Inhalt kennen.

#### Praxistipp

Die Anschaffung aller bisher veröffentlichten Expertenstandards ist deshalb unbedingt 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 wurde 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.

Zudem kann jeder Einrichtung durch die zur Verfügung gestellten Auditinstrumente den Zielerreichungsgrad in der eigenen Institution prüfen und verbessern.

### 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.

#### 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. Audit mithilfe des Auditinstruments des DNQP
7. Kontrolle durch die Leitung, z. B. bei der Pflegevisite oder mithilfe der zugehörigen Indikatoren des DNQP, die bei der Aktualisierung von Expertenstandards in Form eines Indikatorensets erprobt und zur Verfügung gestellt werden

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. Im Idealfall können Informationen aus der Pflegedokumentation in Form von Indikatoren automatisch ausgeleitet oder abgerufen und verglichen werden.

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, die Durchführung von (Teil)-audits oder die automatische Generierung von Indikatoren aus der verwendeten Software.

### 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 bzw. Bezugspersonen 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 Hauptverantwortung 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

**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

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 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. Das Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP hat sich in der Veröffentlichung zum Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege genauer mit den Elementen der Beratung beschäftigt:

**Beratungselemente:**

1. Lebensweltorientierung
2. Ressourcenorientierte Beratung
3. Lösungsorientierte Beratung
4. Diversität und Zielgruppenorientierung
5. Systemische Beratung

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 die durchführende Pflegefachkraft deutlich. Ein Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen machte dies schon 2003 deutlich (■ Tab. 1.3).

Evaluationsprojekt zur Pflegeüberleitung NRW (Uhlmann et al. 2005).

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.

■ 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

## 1

**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. Erfahrungsgemäß hat sich bei den Ergebnissen aus dem Jahr 2003 in den letzten 20 Jahren keine deutliche Veränderung ergeben, wobei die Corona-Pandemie und der Mangel an Pflegefachkräften dies eventuell sogar verschlechtert haben.

## 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 von Seiten

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 ► <https://www.ein-step.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 zunächst 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 wurden.

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.

- Aus Sicht des Gesetzgebers hat sich diese Regelung jedoch nicht bewährt und § 113a SGB XI zur Entwicklung von Expertenstandards im Auftrag der Selbstverwaltung ist inzwischen weg gefallen. Das DNQP wird weiter Expertenstandards entwickeln bzw. hat dies seither auch getan, finanziert aus Eigenmitteln. Eventuell könnten zukünftig aber auch Pflegekammern bei der Thematik eine Rolle spielen, zumal der SGB V-Bereich ebenfalls relevant ist.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Expertenstandards des DNQP zu einer Verbesserung des Qualitätsniveaus in allen Sektoren der Pflege beigetragen haben und der Theorie-Praxis-Transfer dadurch forciert wird. Trotz aller Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den letzten beiden Jahrzehnten ist die Implementierung von Expertenstandards

somit zu einem unverzichtbaren Instrument der Qualitätsentwicklung von Pflegeeinrichtungen geworden.

- Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine ganzheitliche Betrachtung, da die einzelnen Expertenstandards nicht voneinander losgelöst umgesetzt werden können. Vielmehr wurde mit jedem neuen Standard deutlicher, dass die Inhalte sich gegenseitig bedingen und dadurch eine ganzheitliche Betrachtung von Menschen mit Unterstützungsbedarf ermöglichen und fördern.
- Die Literaturverzeichnisse der einzelnen Expertenstandards werden nicht separat berücksichtigt.

## Literatur

- 
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019) 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, Osnabrück
  - 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 Verlag, Heidelberg
  - Heilberufe (2008) Heilberufe spezial Expertenstandards, Urban & Vogel, München
  - Schiemann D, Moers M, Büscher A (2017) Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
  - Uhlmann B, Bartel D, Kunstmann W, Sieger M (2005) Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patient und Angehörigen. Pflege 18:105–11
  - Zentrum für Qualität in der Pflege (2016) Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. ZQP, Berlin
  - ▶ [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de). Zugegriffen: 17. Sept. 2023
  - ▶ [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de). Zugegriffen: 17. Sept. 2023
  - ▶ [www.md-bund.de](http://www.md-bund.de). Zugegriffen: 17. Sept. 2023
  - ▶ [www.ein-step.de/downloads/](http://www.ein-step.de/downloads/). Zugegriffen: 17. Sept. 2023
  - ▶ [www.zqp.de](http://www.zqp.de). Zugegriffen: 17. Sept. 2023



# Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

## Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Grundlagen der Dekubitusprophylaxe – 16
- 2.2 Standardkriterium 1 – 17
- 2.3 Standardkriterium 2 – 23
- 2.4 Standardkriterium 3 – 29
- 2.5 Standardkriterium 5 – 31
- 2.6 Standardkriterium 6 – 34
- 2.7 Dokumentation – 34
- 2.8 Auswirkungen des Expertenstandards – 35
- 2.9 Ursprünglicher Expertenstandard  
Dekubitusprophylaxe 2004 – 36
- Literatur – 41

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann ► [https://doi.org/10.1007/978-3-662-68474-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68474-0_2).

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2024

S. Schmidt, *Expertenstandards in der Pflege – eine Gebrauchsanleitung*,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-68474-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68474-0_2)

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 einrichtungswissenschaftlichen 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 einrichtungswissenschaftlichen Pflegestandards zu ermöglichen.

Die erforderlichen Formulare, z. B. Risikoskalen, 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 Literaturliste 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 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 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 Dehydratation, bei Eiweißmangel, bei Vitaminmangel und bei Stress und bei Kontinenzproblemen, sodass eine Einschätzung der allgemeinen Pflegebedürftigkeit, etwa durch das Neue Begutachtungssassessment 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 oder Immobilität kann der Druck-Schmerz-Mechanismus beeinträchtigt sein.

### 2.2.2 Dekubitusrisiko

Über 100 Risikofaktoren wurden anhand von Literaturanalysen identifiziert. Bei der Implementierung sollt deshalb geprüft werden, welche Faktoren in der eigenen Einrichtung besonders zu beachten sind. Diese können dann beim Screening erfasst werden.

#### Mögliche 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, Dehydration, Fieber
- Anämie
- Große chirurgische Eingriffe
- Hautfeuchtigkeit
- Alter
- Diabetes mellitus
- Veränderungen von Laborwerten, etwa erhöhtes CRP, Lymphopenie, erniedrigtes Albumin

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.

Allerdings ist nicht eindeutig geklärt, welche Faktoren nachweislich eine Dekubitusgefährdung verursachen.

- Wissenschaftlich belegt ist ein starker Zusammenhang zwischen hoher Pflegebedürftigkeit bzw. reduziertem Allgemeinzustand und dem Dekubitusrisiko. Zusätzlich ist ein vorhandener oder bereits abgeheilter Dekubitus Grad I ein Warnzeichen für eine Gefährdung.

Diese Faktoren sind deshalb Bestandteil der initialen Einschätzung durch die Pflegefachkraft ▶ Abschn. 2.2.4.

### 2.2.3 Klassifikation des Dekubitus

Dekubitalgeschwüre wurden im ursprünglichen Expertenstandard nach W. O. Seiler in vier Grade und drei Stadien eingeteilt. Im aktualisierten Expertenstandard von 2017 wird empfohlen, die internationale Leitlinie des NPUAP National Pressure Ulcer Advisory Panel und des EPUAP European Pressure Ulcer Advisory Panel 2014 als Grundlage der Klassifizierung zu verwenden. (■ Tab. 2.1).

Die Klassifizierung sollte vor allem unter dem Aspekt der Druckeinwirkung betrachtet werden, die schon in Kategorie I explizit erwähnt wird. In der Pflegepraxis wird eine Hautrötung jeglicher Ursache als Dekubitus Grad I wahrgenommen, auch dann, wenn diese durch völlig andere Faktoren entstanden ist. Besonders häufig werden Hautirritationen durch Feuchtigkeit, etwa bei der Verwendung von Inkontinenzmaterial, aber auch Pilzinfektionen mit einem Dekubitus verwechselt.

- Nicht jede Hautrötung ist ein Dekubitus und tatsächlich durch Druckeinwirkung oder Scherkräfte entstanden. Die beiden neuen Kategorien werden derzeit im ICD 10 als Grad III codiert.