

informieren ... planen ... durchführen ... evaluieren ...

Expertenstandards I

Die Expertenstandards werden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt und können dort bestellt werden. Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.dnqp.de | Stand: 3/2025

Bitte beachten:
Dieses Poster ersetzt nicht die Lektüre der Publikationen des DNQP, sondern es ergänzt diese!

	Für jeden Expertenstandard ist eine einrichtungsbezogene Verfahrens-anweisung erforderlich.	Dekubitusprophylaxe	Sturzprophylaxe	Kontinenzförderung	Chronische Wunden	Schmerz	Ernährungsmanagement
	Informationssammlung Liegt überhaupt ein Risiko vor? (= Screening) Wenn ja, genauer ergründen, welches. (= differenzierte Risikoeinschätzung: Wiederholung der Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation) Assessmentinstrumente können die klinische Einschätzung ergänzen. <i>Das Ergebnis des Assessments / des Screenings / der differenzierten Risikoeinschätzung wird dokumentiert.</i>	Besteht eine Gefährdung ? Screening: » Hinweise auf erhöhte/verlängerte Einwirkung von Druck/Scherkräften? » Aktuell vorliegender oder abgeheilter Dekubitus? » Einschränkungen der Mobilität aus Pflegebedarf ersichtlich? » Auffällige Informationen zum Hautzustand? » Durchblutungsstörungen? Wenn ein Risiko nicht ausgeschlossen werden kann: differenzierte Risikoeinschätzung = vertiefende Betrachtung folgender Risikofaktoren: Mobilitätsbeeinträchtigung/Immobilität, beeinträchtigter Hautzustand/ vorliegender Dekubitus, Durchblutungsstörungen, verminderte sensorische Wahrnehmung, Diabetes mellitus, allgemeiner Gesundheitszustand/Begleiterkrankungen, beeinträchtigter Ernährungszustand, erhöhte Hautfeuchtigkeit, externe Druckeinwirkung (z. B. Zu- und Ableitungen, Hilfsmittel, sonstige Gegenstände). Wiederholung der Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation.	Welche Sturzrisikofaktoren sind individuell relevant (personen-, medikamenten-, umgebungsbezogen)? Screening: Sturz- und Frakturvorgeschichte, Sturzangst, Mobilitätsbeeinträchtigung (Kraft, Balance, Ausdauer, Beweglichkeit), kognitive Beeinträchtigung. » Bei Vorliegen von mind. einem Faktor und >65 Jahren oder mind. zwei Faktoren und <65 Jahre erfolgt eine vertiefte Einschätzung der Risikofaktoren. » Weitere Risikofaktoren: Personenbezogen: Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten, Depression. Probleme mit der Urinausscheidung, Schmerzen, Diabetes mellitus, Ernährungsprobleme, Sehbeeinträchtigung, Schwindel Medikamentenbezogen: Psychotrope Medikamente, Androgenrezeptor-Inhibitoren (Prostata-Krebs), Polypharmazie Umweltbezogen: Freiheitsentziehende Maßnahmen, Gefahren in der Umgebung, inadäquates Schuhwerk Überprüfung der Einschätzung bei Veränderung der Pflegesituation, nach einem Sturz und in individuell fest-zulegenden Zeitabständen (je nach Setting).	Anzeichen für ungewollten Harn- und/oder Stuhlverlust erfragen und beobachten. Symptome, Risikofaktoren und Warnsignale personen- und umgebungsbezogen erheben. Wenn Kontinenzprobleme identifiziert werden: In Absprache mit dem/der Betroffenen tiefergehendes Assessment z.B. durch Miktionsprotokoll und/oder Stuhltagebuch in Verbindung mit Bristol Stool Scale über zu bestimmenden Zeitraum, koordinieren von diagnostischen Maßnahmen in Abstimmung mit behandelndem Arzt . Erstellen eines Kontinenzprofils Sensible Gesprächsführung – Schamgefühl beachten!	Gesundheitsbezogene Selbstmanagementkompetenzen vorhanden? Individuelles Krankheitsverständnis ermitteln. Wund- und therapiebedingte Einschränkungen (Mobilität, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung, Körperbildstörungen, Ängste). Medizinische Wunddiagnose (einholen). Pflegerisches Wundassessment durch Wundexpertin (Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen). Wissen des Betroffenen und ggf. der Angehörigen zu Behandlung der Wunde, zu Ursachen und Heilung .	Hat die/der Betroffene Schmerzen ? Sind diese zu erwarten ? Sind schmerzbedingte Einschränkungen vorhanden? Anzeichen bei kognitiv eingeschränkten Menschen erkennen! Einnahme schmerzlindernder Medikamente? ACHTUNG: Bei starken Schmerzen sofort Arzt informieren! Liegen keine Schmerzen vor: Festlegen, wann wieder danach gefragt werden soll . Wenn ja: differenziertes, zielgruppenspezifisches Assessment. Sind die Schmerzen akut oder chronisch ? Ist die Schmerzsituation stabil oder instabil ? Lokalisation, Schmerzqualität, begleitende Symptome, verstärkende und lindernde Faktoren, Zeitpunkte und Dauer, Schmerzintensität in Ruhe / bei Belastung / Bewegung, individuell akzeptables Schmerzmaß , bisherige medikamentöse und nicht medikamentöse Therapien, Effekte auf Lebensqualität, bestehende Strategien zur Bewältigung von Krisen und Komplikationen. Bei behandlungsresistenten oder nicht heilbaren Schmerzsachen, Palliativversorgung, Polytrauma, schmerzassoziierten chronischen Erkrankungen, Risiken für Chronifizierung: pflegerische Schmerzexpertin hinzuziehen, wenn eigene Expertise nicht ausreichend.	Gibt es Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung (z. B. Bericht über Gewichtsverlust, zu weite Kleidung, mageres Erscheinungsbild)? Screening: Hinweise auf Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel, auffällig geringe Ess- und Trinkmengen, erhöhter Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf bzw. entsprechender Verluste. Bei Auffälligkeiten tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der beeinflussenden Faktoren durchführen. Gründe für zu geringe Zufuhr ermitteln: » körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen » fehlende Lust, kein Appetit, fehlende Hilfsmittel » gestörte Mund- und/oder Zahngesundheit » Ablehnen von Speisen »Umgebungsfaktoren » Angebot an Speisen, Getränken Gründe für erhöhten Bedarf an Nährstoffen, Energie, Flüssigkeit. Ess- und Trinkprotokolle zur Überprüfung des Ess-/ Trinkverhaltens, ggf. Dysphagie abklären. Biografische Informationen (z. B. wann wird gegessen, was wird gern/nicht gern gegessen? „War schon immer sehr dünn“)
	Maßnahmenplan Vor der Planung erfolgt immer eine Beratung, damit die betroffene Person auf dieser Grundlage über die durchzuführenden Maßnahmen mitentscheiden kann. Die Einrichtung stellt qualitätsgesichertes Informations-, Schulungs- und Beratungsmaterial zur Verfügung. Die benannten Ziele stellen die pflegefachliche Perspektive dar und werden von Pflegefachpersonen als solche in den Aushandlungsprozess eingebracht. Sie sind nicht zu verwechseln mit den individuellen Zielen der pflegerischen Versorgung, welche die Perspektive der Betroffenen einbeziehen und nicht auf spezielle Pflegerisiken ausgerichtet sein müssen. Der Maßnahmenplan ist das Ergebnis einer Aushandlung zwischen der Pflegeperson und der/dem Betroffenen und ggf. Angehörigen.	Ziele: Verhinderung eines Dekubitus, Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstpflegekompetenz Initiale Information und Angebot zur Beratung zu Risiko und empfohlenen Maßnahmen , ggf. zu Anwendung von Hilfsmitteln . Prioritäten abstimmen gemeinsam mit Betroffenen/ Angehörigen und pflegerische Maßnahmen gemeinsam planen. Individuell Bewegungen planen – mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen – auf der Grundlage des spezifischen Risikos. Je nach Risiko z. B. regelmäßige Bewegung, scherkräftearme Transfers , Förderung von Eigenbewegungen . Bei Bedarf Einsatz von druckverteilenden oder druckentlastenden Hilfsmitteln zur Wechsellagerung oder Weichlagerung vereinbaren, wenn erforderlich (fachliche Einschätzung!). Achtung – Sitzposition zeitlich begrenzen.	Ziele: Stürze minimieren, Sturzfolgen vorbeugen durch größtmögliche Mobilität Beratungsangebot zu Risiken und individuellen Maßnahmen. Vereinbarung von individuell passenden Maßnahmen entsprechend der individuellen Risikosituation mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen, unter Einbeziehung anderer beteiligter Berufsgruppen. Ggf. Vereinbarung mit dem Betroffenen und ggf. Angehörigen über körperliches oder motorisches Training, Anpassung des (Wohn-)Umfeldes, Anpassung der Medikation, Prüfung und ggf. Anpassung von Hilfsmitteln, Sehhilfen, Schuhwerk .	Ziel: Höchstmögliches Maß an Kontinenz, größtmögliche Selbstständigkeit Beratung, Information und Anleitung des/ der Betroffenen und ggf. ihre Angehörigen zur Durchführung der geplanten Interventionen und zur Anwendung von Hilfsmitteln/ Inkontinenzmaterial Vereinbarung eines Ziels (angestrebtes Kontinenzprofil) mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen. Vereinbarung von Maßnahmen zur Kontinenzförderung bzw. Kompensation mit dem / der Betroffenen und ggf. Angehörigen. Ggf. Vereinbarung von Maßnahmen der Umgebungsanpassung, Beschaffung von Hilfsmitteln mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen.	Ziel: Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und/oder der Wundsituation Information/Beratung der/des Betroffenen und ggf. der Angehörigen zu Wundursache, Wundversorgung, Förderung der Selbstpflegekompetenz. Planung von alltagsorientierten Interventionen mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen. Einbeziehung der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen . Dekubitus: Druckverteilung, Förderung der Gewebetoleranz. Diabetischer Fußulcus: größtmögliche Druckentlastung. Ulcus cruris venosum/mixtum: kontrolliertes Gehtraining unter Kompressionstherapie, Förderung der Sprunggelenksbeweglichkeit, wenn keine Kompressions-therapie: hochlagern über Herzniveau.	Ziel: Schmerz beseitigen oder auf individuell akzeptables Schmerzmaß reduzieren, bestmögliche Lebensqualität und Funktionsfähigkeit, Selbstmanagementkompetenzen Akuter Schmerz: um aktive Teilnahme an Behandlungsmaßnahmen zu ermöglichen und Komplikationen sowie Chronifizierung zu verhindern. Chronischer Schmerz: angestrebtes Maß an Alltagsaktivitäten ermöglichen. In Absprache mit anderen beteiligten Berufsgruppen und dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen: Planung des pflegerischen Anteils eines interprofessionellen Schmerzmanagements. Individueller Behandlungsplan mit formulierten Therapiezielen gibt medikamentöse, nichtmedikamentöse und edukative Maßnahmen vor. Dazu gehören Maßnahmen zur Vermeidung, Reduktion und Prävention schmerzauslösender Faktoren, Reduzierung schmerzbedingter Einschränkungen, Stärkung der Selbstmanagementkompetenz. Der Medikationsplan enthält Uhrzeiten der Einnahme unter Berücksichtigung des individuellen Tagesablaufes des Menschen mit Schmerzen und der Wirkweise des Medikaments. Ggf. Planung von Schmerzprophylaxe vor Maßnahmen wie Mobilisation, Körperpflege, Verbandswechsel. Planung von Maßnahmen zur Prophylaxe und /oder Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen .	Ziel: Ernährung erfolgt bedürfnis- und bedarfsgerecht Information/Beratung der/des Betroffenen und ggf. der Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung . Planung von individuellen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme , zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten hochwertigen Speise- und Getränkeangeboten und Darreichungsformen, ggf. unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen in Absprache mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen. Planung von Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung (Menüauswahl, Essen im Speisesaal, gewünschte Tageszeit) und von Maßnahmen bezüglich der Umgebung (Art der Gemeinschaft, personelle Kontinuität) mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen. Planung von Angeboten außerhalb der üblichen Essenszeiten .
	Durchführung Solange nicht vom Maßnahmenplan abgewichen wird, ist ein Bericht entbehrlich. <i>Ausnahme:</i> <i>Wesentliche Beobachtungen, die Einfluss auf die Evaluation haben.</i>	Unverzügliche Beschaffung und Anwendung geplanter Hilfsmittel . Information aller an der Versorgung Beteiligten. Durchführung der geplanten Maßnahmen einschließlich des Einsatzes von Hilfsmitteln. Tipps und Hinweise geben im Rahmen der Versorgung. Information über Risiko im Rahmen von Schnittstellen (Überleitung, Untersuchungen etc.).	Ggf. Veranlassung einer Umgebungsanpassung und Beschaffung von geeigneten Hilfsmitteln . Ggf. Schulung zu Maßnahmen und zum Umgang mit Hilfsmitteln . Information aller an der Versorgung Beteiligten. Durchführung der geplanten Interventionen in Absprache mit anderen beteiligten Berufsgruppen und den Betroffenen. Information über Risiko im Rahmen von Schnittstellen (Überleitung, Untersuchungen etc.). Ggf. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Sanitätshäusern, Orthopädieschuhmacher, Fachärzte etc.).	Ggf. Veranlassung einer Umgebungsanpassung und Beschaffung von Hilfsmitteln ggf. unter Einbindung anderer Berufsgruppen Koordination der Interventionen im interprofessionellen Team, Einhaltung der Toilettengänge Schulung der Angehörigen in der Anwendung des Inkontinenzmaterials Interventionen beckenbodenschonend durchführen. Sorge für unverzügliche Möglichkeit, auf Bedürfnis zur Ausscheidung zu reagieren (Klingelsystem, Kompromisse bezüglich Belastungssituation von Angehörigen)	Information/Beratung der/des Betroffenen und ggf. der Angehörigen zu Unterstützungsmöglichkeiten (Berufsgruppen, Selbsthilfegruppen, Präventionskurse). Schulung der/des Betroffenen und ggf. der Angehörigen zur Wundversorgung und zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (auf Überlastungshinweise achten!). Hygienische, fachgerechte Wundversorgung gemäß Plan/Verordnung. Koordination der inter- und intraprofessionellen Versorgung . Bei jedem Verbandwechsel Veränderungen des Wundzustandes , des Zustandes der umgebenden Haut und des Heilungsverlaufs registrieren/ dokumentieren. Wundspezifisches Assessment unter Einbeziehung einer Wundexpertin in individuell festgelegten Abständen, bei Verschlechterungen und nach jeder wundspezifischen Intervention, längstens nach 4 Wochen.	Auf individuelle Therapieziele ausgerichtete und mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Information, Schulung, Beratung , auch der Angehörigen zur individuellen Schmerzsituation, ggf. pflegerischen Schmerzexperten hinzuziehen. Durchführung der medikamentösen Maßnahmen unter Beachtung der Einnahmezeitpunkte. Erfassung und Dokumentation unerwünschter Nebenwirkungen, Nebenwirkungsmanagement in Absprache mit dem behandelnden Arzt. Umsetzung der pflegerischen nichtmedikamentösen Maßnahmen . Koordination der Maßnahmen des multi-professionellen Teams. Durchführung pflegerischer Interventionen unter Vermeidung schmerzauslösender Handlungen.	Koordination der geplanten Maßnahmen mit anderen Bereichen und Berufsgruppen (Hauswirtschaft, Küche, Logopädie, Ärzte, Diätassistenten etc.). Durchführung der geplanten Unterstützungsmaßnahmen. Motivation und ggf. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Sofern notwendig Beratung und Information über Entstehung und Folgen von Ernährungsdefiziten sowie Aufzeigen von Möglichkeiten zur Vorbeugung und Behebung, ggf. Hinzuziehen einer Ernährungsfachkraft.
	Evaluation Bei akuten Ereignissen und in individuell definierten Abständen. Es gibt keine festen Regelintervalle (z. B. alle 4 Wochen“). <i>Das Ergebnis der Evaluation wird dokumentiert.</i>	Begutachtung des Hautzustandes in individuell definierten Intervallen . Pflegefachpersonen erkennen unerwünschte Wirkungen der eingeleiteten Maßnahmen. Erfassen von Zahlen zur Dekubitushäufigkeit und zur Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxe auf Einrichtungsebene. Ggf. Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen .	Analyse jedes Sturzes , ggf. mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen / Berufsgruppen. Einrichtung führt eine Sturzstatistik . Überprüfung der Maßnahmen gemeinsam mit Betroffenen/ Angehörigen in individuellen Abständen, je nach Gesundheitszustand und Erfolg der Maßnahmen. Fortlaufende Überprüfung von Akzeptanz und Wirksamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen und ggf. Anpassung.	Überprüfung des Kontinenzprofils und des Erfolgs der Maßnahmen in individuellen Abständen. Entscheidung mit allen am Prozess Beteiligten über Fortführung bzw. Anpassung	Beurteilung des Heilungsverlaufs und der Wirksamkeit der Maßnahmen mindestens alle 4 Wochen.	Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen als kontinuierliche Aufgabe, bei selbstauskunftsfähigen Personen im Gespräch. Bei stabiler Schmerzsituation: Wie kann die Stabilität aufrechterhalten werden? Wurden übergeordnete Ziele des Schmerzmanagements erreicht? Bei instabiler Schmerzsituation: Zeitnahe Überprüfung, ob Veränderungen in der Therapie zur Verbesserung und Stabilisierung der Situation beigetragen haben. Anlässe für eine Evaluation sind immer: Kommunikation einer veränderten Schmerzsituation, Veränderung der Schmerzmedikation, häufiger Einsatz von Bedarfsmedikation / nicht-medikamentöser Schmerzlinderung. Anlässe können insbesondere auch sein: Krankheitsfortschritt einer schmerzverursachenden Erkrankung, kurzfristige gesundheitliche Interventionen, kritische Lebensereignisse.	Überprüfung des Erfolges und der Akzeptanz der Maßnahmen in individuell – abhängig von den bestehenden Ernährungsproblemen – festgelegten Abständen mit dem/der Betroffenen und ggf. Angehörigen und ggf. Anpassung der Maßnahmen.