

# ALZheimer-ETHik

gemeinnütziger e.V., Selbsthilfeorganisation, gegründet 3. 10. 2000  
Lappenbredde 10 59063 Hamm  
Tel 02381/51015 oder Mo, Mi, Fr 9 bis 11.30 Uhr: 02381/ 9722 884  
Fax 040/ 3603 690 502 mail alzeth@aol.com  
[www.alzheimer-ethik.de](http://www.alzheimer-ethik.de)  
[www.alzheimer-alternativ-therapie.de](http://www.alzheimer-alternativ-therapie.de)

## **Stellungnahme von ALZheimer-ETHik zur Föderalismusreform betreffs Heimrecht (Pflege)**

Wir halten es aus der Sicht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen für notwendig, dass das Heimrecht (mit weiteren Pflege Themen) Aufgabe des Bundes bleibt und wird.

Begründung:

### **Notwendiger hoher Bekanntheitsgrad der Pflege-Rechte / -Regelungen:**

1. Jedem Bundesbürger müssten die wichtigsten Rechte und Regelungen bekannt sein, mit denen er im Fall seiner eigenen Pflegebedürftigkeit – sie kann jeden treffen – konfrontiert wird. Rechte und Regelungen für Pflege (nicht nur Heime) bundesweit könnten mit größter Wahrscheinlichkeit eher allen Bundesbürgern bekannt werden als spezifische Rechte/Regelungen im eigenen Bundesland. Bundesrecht und Bundesregelungen müssten auch eher grundsätzlich überregionales Thema in überregionalen Medien sein können, die von Mitbürgern eher wahrgenommen werden als ein kleines Info über „das Pflege-Thema am Rande“ in regionalen Medien.

Das Folgende betrifft zwar nicht alle, aber doch – so aus unserer Beratung – eine Vielzahl von Angehörigen:

Mobilität wird von Arbeitnehmern gefordert. Kinder / Angehörige von Pflegebedürftigen können somit in verschiedenen Bundesländern wohnen und müssten sich jeweils mit dem Recht/ den Regelungen des Landes, in dem die Eltern wohnen, vertraut machen. Bei einem Umzug der Angehörigen wären wiederum die Rechte /Regelungen in dem jeweiligen Bundesland zu lernen. Und dies in einer Situation, in der alle körperlichen und seelischen Kräfte eigentlich nur dem pflegebedürftigen Angehörigen und der Bewältigung der Situation gelten sollten.

### **Vorteile für die „Betroffenen-Arbeit“ von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen:**

2. Für Pflege (nicht nur Heime) aus der Sicht von Betroffenen und ihrer Angehörigen ist bedauerlicher Weise kaum eine Betroffenen-Vertretung zu gewinnen.  
Viele Pflegebedürftige und Menschen, die der Begleitung bedürfen, die der Verein ALZheimer-

ETHik u.a. vertritt, haben nicht mehr die Möglichkeit, sich selbst auf politischer oder Verbandsebene zu äußern (wie es z.B. studierte Körperbehinderte tun können).

Die pflegenden Angehörigen (auch Bevollmächtigte oder Betreuer) sind – selbst wenn ihr Familienmitglied (Vollmachtgeber oder Betreuer) im Heim lebt – gedanklich, physisch, psychisch mit der Situation beschäftigt. Sich in dieser Zeit mit juristischen und anderen Fachfragen und dies auch noch länderspezifisch auseinander zu setzen, erscheint selbst denen, die dazu in der Lage wären, eher abwegig. Der Pflegebedürftige mit seinen kleinen alltäglichen, aber für sie sehr wichtigen Anliegen hat im Vordergrund zu stehen.

Nach der Pflegezeit – selbst mit oft schlimmen Erfahrungen – bei Gericht oder „bei der Politik“ in ihren Anliegen vorstellig zu werden, tun unserer Wahrnehmung nach die wenigsten. Viele pflegende Angehörige haben eine harte (wenn auch reiche) Zeit mit hohen Anforderungen in ihrem Leben bestanden und wünschen sich, dass ein unbeschwerterer Lebensabschnitt für sie beginnen könne. So werden es vermutlich nicht viele Mitbürger sein, die sich zum Thema Pflege engagieren können und wollen, doch werden sie leichter zu einer Stimme zusammen finden, wenn bundesweite Rechte /Regelungen vorliegen.

Zu argumentieren, auch für die Polizei gäbe es einen Grundbestand von *bundeseinheitlicher* Regelung, der nicht notwendigerweise *bundesgesetzliche* Regelungen voraussetze (so Herr Wolfgang Bosbach in Vertretung von Herrn Volker Kauder an ALzheimer-ETHik in seinem Schreiben vom 29. 3. 2006) (ich setze hinzu: und was sich keinesfalls zu ihrem Schaden auswirke) ist angesichts der nicht vergleichbaren Situation von aktiven Berufstätigen (mit einer Gewerkschaft) und pflegenden Angehörigen mit ihren Aufgaben rund um die Uhr und kleiner überwiegend ehrenamtlichen Vertretung keineswegs tragbar.

Wir gehen davon aus, dass für Pflege leichter eine Betroffenen-Vertretung für das Heimrecht u.a. von noch nicht, direkt und indirekt betroffenen Mitbürgern zu finden wäre, wenn Pflege bundesweites Thema wäre und bliebe.

3. Die drei Organisationen, die ausschließlich Anliegen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger versuchen durchzusetzen, „Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland“, „BIVA“ (nur für Heime, nicht für die Pflege zu Hause) und ALzheimer-ETHik sind bundesweit angelegt. Die Arbeit in diesen Organisationen würde sich erheblich vereinfachen, wenn es nicht länderspezifische Rechte / Regelungen gäbe. (Seniorenvertretungen (wie z.B. die Landesseniorenvertretung NRW) haben sich bislang kaum mit dem Thema Pflege beschäftigt. Auch wenn sie es tun, wird und muss es für sie nur ein Thema unter anderen bleiben.)

### **Finanzielle Aspekte:**

4. Absehbar wären unterschiedliche finanzielle Ressourcen für Pflege in jedem Bundesland. Ärmere Bundesländer könnten für Pflege Themen weniger Geld zur Verfügung stellen. Doch selbst auch reiche Bundesländer könnten im Pflegebereich ein Einsparpotential sehen, das ohne großen Widerspruch erreicht werden könnte – so z.B. Baden-Württemberg mit

seiner Forderung nach nur 30 % Fachkraftquote (50 % sind allgemein gesehene Notwendigkeit).

5. In vielen Bundesländern wird auf politischer Ebene, aber auch in Verbänden an denselben Themen gearbeitet. Zeit, Kraft, Nerven, aber auch Geld gehen durch die Beratungen, Regelungen und deren Umsetzung verloren, ohne dass bislang durch einzelne Länder optimale / tragbare Lösungen in jeder Hinsicht haben gefunden oder durchgesetzt werden können, in den Bereichen, in denen das Pflege Thema Ländersache ist. Dies ist Geld, das für die Pflegebedürftigen direkt eingesetzt werden könnte.

### ***Historische und EU-Aspekte:***

6. Auf diese Aspekte werden sicherlich auch andere hinweisen:
  - Der Föderalismus wurde nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland notwendig, um unser Land vor einer eventuell erneut drohenden Diktatur zu schützen. Nach mehr als 60 Jahren bewährter Demokratie in Deutschland sollten so viele Föderalismusregelungen wie nur irgend möglich abgebaut werden (auch für die Schulen).
  - Zu (teilweise kostenpflichtigen) Verzögerungen bei der Umsetzung von EU-Regelungen kommt es immer wieder, da das Verfahren durch die Abstimmungen in Bund und Ländern so zeitaufwändig ist.

### ***Aktuelle Anhörung von Betroffenen und pflegenden Angehörigen zum Thema Heim/ Pflege:***

7. Die Gelegenheit, zur Anhörung zum Heimthema aufgefordert zu sein, möchte ich auch nutzen, Vorstellungen von ALzheimer-ETHik zu unabdingbaren Kriterien für Pflege-Institutionen, wie sie auf der letzten Mitgliederversammlung (8. 4. 2006) und im Nachgang noch abgestimmt wurden, weiter zu geben.

Der Kommentar von ALzheimer-ETHik zum Heimrecht steht noch immer auf unserer Homepage: Viel Papier, aber die Fragen, die eigentlich für Pflegebedürftige wichtig sind und deren Nicht-Beachtung für Angehörige zum Ärgernis und Schlimmerem werden, wurden nicht angegangen.

So z.B. der erhebliche Eingriff in die Lebensgestaltung durch ruhig stellende Medikamente vor allem bei Menschen mit Demenz. Angehörige werden „getröstet“, dass bei einer Übersiedlung in ein Heim „Persönlichkeitsveränderungen“ normal seien. Doch wird ein Großteil dieser Veränderungen durch die ruhig stellenden Medikamente bewirkt.

Die Kriterien für Institutionen befinden sich im 2. Anhang als Handzettel gestaltet.

### ***Beispiele weiterer Pflege-Themen gleichzeitig in Länder- und Bundeskompetenz***

8. Kostendämpfung für stundenweise Unterstützung von Angehörigen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Pro Stunde kostet ein „Ehrenamtlicher“ mittlerweile bis 18

€, wobei es keine Seltenheit ist, dass die vermittelnde Institution 50% des Geldes erhält. Bei der Begleitung von Menschen mit Demenz geht es nicht nur um die „eine Stunde beim Friseur“ oder für den Arztbesuch, sondern auch um die Möglichkeit, dass der pflegende Familienangehörige seine Existenz sichernde berufliche Tätigkeit weiter ausüben kann. Die vermittelnde Institution sollte maximal nur noch 10% der Kosten erhalten. Laut Empfehlung der Mitgliederversammlung von ALzheimer-ETHik e.V. soll sich der Verein bemühen, ein kostengünstigeres Modell zu erproben (mit Unterstützung Anderer – auch des Bundesfamilienministeriums?).

9. Ausländische oder deutsche Helfer für jeweils 3 Monate im Haushalt des Pflegebedürftigen können bei Ausfall oder nur begrenzter Einsatzfähigkeit der Pflegeperson für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sehr notwendig sein. Diese Helfer sollten möglichst bürokratiefrei legalisiert werden – ohne wochenlange Wartezeiten und Gänge zu verschiedenen Ämtern. Qualität der Begleitung und Schutz vor Ausbeutung müssten sicher gestellt sein.

10. Family-Health-Nurse - „Gesundheitsschwester“, laut WHO-Beschluss Europa bis 2010 in Deutschland einzuführen.

Die bisherigen Modelle wurden mit Unterstützung des BMG von Wissenschaftlern der Universität Witten-Herdecke und einem Pflegeverband erprobt. Betroffene und pflegende Angehörige wurden nicht befragt. Die Family-Nurse könnte gerade für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sehr hilfreich sein. Wir haben Sorge, dass die Family-Nurse eine „Kopfgeburt“ werden und gleichfalls nach Ländern regionalisiert gestaltet werden könnte, allein schon durch die Regelung, dass Weiterbildung Ländersache ist.

### **Zwar bundesweite, aber unzureichende Regelung:**

11. Pflege-Expertenstandards

Die bundesdeutsche Regelung, dass allein die Pflege-Expertenstandards des DNQP für MDK, Heimaufsicht und Gerichte Geltung haben, die konkurrenzlos evaluiert, kostenträchtig umgesetzt und für Laien kaum „übersetzt“ werden, betrifft auch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

- Mängel dieser Standards wurden von Fachleuten aufgedeckt (Pflegeteilschrift 1/2006, 34-38 „Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen“, Autoren: Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin).

- Geld geht der Pflege durch die mühsame, überfordernde und kostenträchtige Umsetzung, die jedes Heim und jeder ambulante Pflegedienst zu leisten hat, verloren. Stattdessen wären verständliche Praxisstandards unter Berücksichtigung von gesicherten, aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu erstellen. Neue Erkenntnisse müssten Pflegepersonal und Lehrern in Altenpflegeschulen gleichfalls „übersetzt“ zugänglich gemacht

werden. (Wie wissenschaftliche Erkenntnisse auch Eingang in Lehrerhandbücher an Gymnasien finden und von Lehrern mit wissenschaftlicher Qualifikation genutzt werden.)

- Pflegende Angehörige müssten gesicherte, aktuelle und verständliche Infos zu relevanten Pflege Themen erhalten.

***Notwendige Konsequenzen für Bundesregierung und Bundesorganisationen:***

12. Folgende Konsequenzen wären notwendig, wenn die Föderalismusreform für den gesamten Bereich Pflege dauerhaft gelingen soll:
  - Transparente Strukturierung und ausreichende Besetzung der mit Pflege befassten Referate in den zuständigen Ministerien (doch ebenso in den Verbänden).
  - Geregelter, lebendiger Kontakt zur Basis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, um Entscheidungen am „grünen Tisch“ zu vermeiden. (Dies gilt gleichfalls für Verbände. Z.B. war 1997 für die Zentrale eines Wohlfahrtsverbandes Demenz noch kein Thema, während es in den Heimen dieses Verbandes schon längst Thema war.)

Renate Demski mit Unterstützung der Mitgliederversammlung von ALzheimer-ETHik e.V. 2006

## **Unabdingbare, gesicherte Kriterien für Heim, Kurzzeitpflege, WG**

### Bundeseinheitliche Regelungen

Pflegende und Gepflegte sind meist weiblich. Im folgenden Text sind bei den jeweils verwendeten weiblichen Formen für Personen die männlichen mitgemeint.

Ziel dieser Kriterien ist es, einfache, nachvollziehbare Regelungen zu erreichen, auch vorhandenes Geld optimal für zentrale Anliegen der Bewohner von Institutionen zu nutzen und dieses Geld nicht für die Erstellung und Einhaltung von Überregelungen zu verausgaben.

1. Ausreichend Personal, das gut mit Menschen umgeht (Tag und Nacht). Leitung (für ein Heim: Heimleiterin (HL), Pflegedienstleiterin (PDL) und Qualitätsbeauftragte) wie Personal müssen zusätzlich zu allen geforderten Qualifikationen menschliche, pädagogische Qualitäten, nicht nur Ausbildung in Psychologie u.Ä. besitzen, die auch zur Teamarbeit befähigen. Präsenz / Erreichbarkeit mindestens einer Leitungskraft muss gewährleistet sein. Aufgaben der Geschäftsführung sollten nicht von der Leitung, sondern von Anderen übernommen werden. (Nicht für WG:) Personalschlüssel 1: 2,2 (ohne Stellen der PDL, Altenpflegeschülerin, Mitarbeiterin im sozialen Jahr) Fachkraftquote mindestens 50 %. Wegen Krankheit / Urlaub u.a. fehlendes Personal muss unmittelbar durch externes Personal ersetzt werden. Sozialer Dienst: 1 Vollzeitstelle für jeweils 20 Bewohner. Mindestlohnstarife sind nicht zu unterschreiten. (Menschliche Qualitäten sind quantifizierbar durch Anzahl der Beschwerden, vor allem beim „Beirat“ siehe 22.)
2. Verbindliche, zu aktualisierende, verständliche Praxisstandards (vergleichbar Richtlinien + Lehrerhandbüchern), auch für Sozialen Dienst (mit Abgrenzungen / Schnittstellen zur Pflege) müssen vorhanden, auch Externen bekannt und in Anpassung an individuelle Wünsche realisiert sein. In diesen verbindlichen Praxisstandards sollten auch die folgenden Punkte 4 bis 22 vorhanden sein:
3. Niedrige Rate (am besten keine) medikamentöse und mechanische Fixierung. „Ruhigsteller“ greifen das zentrale Recht der eigenen Lebensgestaltung an und können zu einer Persönlichkeitsveränderung führen. Zudem fördern Ruhigsteller nachweislich erhebliche gesundheitliche Komplikationen. (So z.B. belegt durch Literatur im Expertenstandard Sturzprophylaxe.)
4. Anwendung von Hausmitteln bei leichten Erkrankungen / Beschwerden oder unterstützend (die Vielzahl von Medikamenten, die alten Menschen verordnet werden, ist erschreckend. Wechselwirkungen sind nicht bekannt.)
5. Geringe Anzahl von Stürzen (am besten keinen) und Benennung der Ursachen auch bei Stürzen ohne weit reichende Folgen und Festlegung von Vermeidungsstrategien.
6. Geringe Anzahl (am besten keine) künstliche Ernährung bei Menschen, die noch selbst mit Unterstützung Nahrung zu sich nehmen können und die trotz aller Unterstützung die Nahrungsaufnahme verweigern.
7. Gesunde, abwechslungsreiche, von der jeweiligen Bewohnerin verzehrbare und ihm angenehme Nahrung und Getränke in ihr angenehmer Umgebung.
8. Geringe Anzahl (am besten keine) Dekubiti (offene Wunden meist durch langes Liegen)
9. Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen – dadurch Reduzierung der Pflegestufe – Prophylaxe, um weitere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
10. Erkennbare Maßnahmen der Bezugspflege, weitgehend angepasst an individuelle Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gewohnheiten der Bewohnerin.
11. Sauberkeit und Ordnung, gleichfalls angepasst an die individuellen Vorstellungen der Bewohnerin. Auf Gerüche achten.
12. Jeden Tag mindestens 1 Stunde Spaziergang an der frischen Luft in anregender Umgebung, falls die Bewohnerin noch geh- oder transportfähig ist. Bettlägerigen sollte, so weit möglich, auch Sitzen in bequemen Sitzgelegenheiten ermöglicht werden.
13. Jeden Tag mindestens insgesamt 1 Stunde Ansprache/ Gespräch zu Themen, die für die Bewohnerin relevant sind – das kann und muss auch während der Pflegehandlungen geschehen. „Leben ins Haus“ – z.B. auch durch Aktivitäten mit Kindern! Auch non-verbale Kommunikation ist zu verwirklichen.

14. Einbindung der Bewohnerin in alltagsrelevantes und/oder für sie sinnvolles Tun, so weit sie dazu noch in der Lage ist und so oft und lange wie irgend möglich.
15. Schaffen/ Unterstützen von bereichernder Kommunikation der Bewohnerinnen untereinander (jede Heimbewohnerin mindestens mit einer der anderen Bewohnerinnen)
16. Wahrung der Stabilität des Wohnens innerhalb des Hauses (nur unter schwierigsten Umständen Umzug in ein anderes Zimmer). Bei Umbauten stabile, sichere, dauerhafte Übergangsmöglichkeiten schaffen (z.B. darf nicht geschehen, dass die schwer kranke, dem Sterben sichtlich nahe Bewohnerin den Tag über in einem anderen Haus verbringen muss, wo sie keine Möglichkeit des Rückzugs in ihr eigenes Zimmer, geschweige denn Bett hat.)
17. Geringe Zahl der Krankenhausaufenthalte und die Gründe für die Einweisung (Klinikärzte berichten, dass besonders am Wochenende schwierige demente Bewohnerinnen in der Klinik eintreffen. Die Unterbesetzung von Personal in Institutionen vor allem am Wochenende wird teuer mit einem wochenlangen Klinikaufenthalt bezahlt ... Schwierig ist dies für die demente Bewohnerin, da der Ortswechsel die Demenzsymptome verstärkt und für die Krankenkassen kostspielig. Anders dagegen wären Krankenhausaufenthalte, die aus gesundheitlichen Gründen notwendig sind, zu werten.)
18. Angebot von religiösem / spirituellem Tun (mindestens einmal im Monat, am besten täglich, z.B. auch Kontakte zur Kirchengemeinde, falls gewünscht, ermöglichen bzw herstellen, gute Erfahrungen z.B. mit Kommunionhelferinnen vorhanden)
19. Sterbebegleitung, besonders zu betonen: abgestimmt auf individuelle Wünsche
20. Übereinstimmung in der Todesursache (Arzt, Personal, Angehörige und gesetzliche Vertretung)
21. Klare Regelungen / Umsetzung von Streitkultur und gegen Mobbing (Personal, Bewohnerin, Angehörige, gesetzliche Vertreterin, Ehrenamtliche – innerhalb dieser Gruppen und von Gruppe zu Gruppe)
22. Stärkung der Position von Bewohnerinnen und Angehörigen/ Betreuerinnen / Bevollmächtigten. Sie müssen um ihre Rechte und Pflichten wissen und über alle Möglichkeiten der Durchsetzung ihrer Rechte unterrichtet sein. Benennung konkreter Maßnahmen, z.B. Treffen dieser Personen ohne Personal des Hauses organisieren; Beirat von externen „Kümmerern“, da vor allem Angehörige Angst haben können, sich zu beschweren.)
23. (Nicht für WG:) Garantiert unangemeldete Besuche von Heimaufsicht und MDK mit klar abgegrenzten Aufgabenbereichen, mindestens 1 x jährlich.
24. (Nicht für WG:) Heim ohne Regressforderung, aber mit Bonus  
Regressforderungen der Pflegekassen, Sozialträger und privaten Zahler des Heimentgelts bei Nichteinhaltung. Bonus-System der Pflegekassen für das Heim bei Erfüllung.
25. (Nicht für WG:) Verwendung eines bundeseinheitlich gestalteten Computerprogramms, in das die Praxisstandards mit diesen Punkten Eingang finden und das möglichst einfach zu handhaben ist.

(Nicht für WG:) Die Daten müssen von den Institutionen aktuell vorgehalten werden.

Sie müssen mit den Praxisstandards als Qualitätskriterien für die Bewertung durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) und durch die Heimaufsicht dienen. (Punkt 23. gegenseitige Kontrolle / Information) Jegliche Zusatz-Zertifizierungen, denen sich Heime unterziehen sollen, wären überflüssig. (So sehr einerseits Freude herrscht, dass der Arbeitsmarkt Pflege wächst, so ist andererseits doch kritisch zu sehen, dass all diese Zusatz-Institutionen Geld kosten, das den Pflegebedürftigen abgeht.)

Der Öffentlichkeit müssen diese Kriterien dauerhaft bekannt gemacht werden.

Pflegepersonal im Haus, Beiratsgruppen, Angehörigen / Betreuerinnen / Bevollmächtigten, behandelnden Ärzten, unabhängiger Pflegeberatung und Selbsthilfe müssen aktuelle Daten der jeweiligen Häuser auf Wunsch zugänglich sein. (Bei Medikamenten: Angabe von Medikamentengruppen, z.B. Herz- und Kreislaufmedikamente, ruhig stellende Medikamente, Anti-Dementiva).  
Jährliche Veröffentlichung der Daten in den örtlichen Medien, alle 2 Jahre die Daten aller Institutionen bundesweit.

Wir bitten um Ihre Stellungnahme zu den Kriterien.

## › Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen

› Critical comment on nursing expert standards:  
**Meeting challenges to improve quality**

MITGLIEDER DES FACHBEREICHS PFLEGE UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
DES DEUTSCHEN NETZWERKES EVIDENZBASIERTE MEDIZIN\*

Seit einigen Jahren gibt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Expertenstandards zu ausgewählten Schwerpunkten pflegerischen Handelns heraus. Diese werden von Expertenarbeitsgruppen auf der Grundlage wissenschaftlicher Literatur entwickelt, anschließend im Austausch mit der Fachöffentlichkeit konsentiert und danach modellhaft implementiert. Die Standards sollen dazu beitragen, ein allgemein anerkanntes Qualitätsniveau in der Pflege zu sichern. In diesem Sinne werden sie bereits als Maßstab für Qualitätsprüfungen und juristische Urteilsfindungen herangezogen. Umso wichtiger ist es, dass sie selbst anerkannten Kriterien genügen.

Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) haben die Standards daher in einer Stellungnahme einer kritischen Prüfung unterzogen. Als diskussionswürdig kristallisierten sich hierbei besonders folgende Aspekte heraus: die Definition und Abgrenzung des Begriffes „Expertenstandard“, die Berücksichtigung international anerkannter Kriterien für die Entwicklung von Leitlinien und die Transparenz der Methodik, die Fundierung und Differenzierung der Empfehlungen, der Zugang zu den Standards, Hilfen für die Implementierung, mögliche Interessenkonflikte der Autoren sowie die regelmäßige Überprüfung der Standards. Die Stellungnahme der DNEbM-Mitglieder soll Grundlage für einen Diskurs über die weitere Entwicklung von begründeten und nachvollziehbaren Qualitätsniveaus für die Pflege in Deutschland sein.

**Schlüsselwörter:** *Expertenstandards, Praxisleitlinien, evidenzbasierte Praxis, Stellungnahme*

The German network for the development of quality in nursing (DNQP) has published so called nursing „expert standards“ on selected nursing issues. These are developed by expert working groups based on the current evidence, subsequently consented, and implemented exemplarily. The standards aim at securing a generally accepted quality level in nursing. Accordingly, they are already consulted as yardstick for quality inspections and legal judgement identification, making it even more important that they meet recognized criteria.

Therefore, members of the nursing section of the German network for evidence-based medicine (DNEbM) critically appraised the standards. Aspects worth being discussed are: definition of the term „expert standard“, consideration of internationally recognized criteria for the development of guidelines and transparency of methodology, professional foundation and differentiation of recommendations, access to the standards, implementation tools, authors' possible conflicts of interest, as well as regular revision of the standards. This statement intends to be the basis for a discussion on the future development of justified and comprehensible quality levels in nursing in Germany.

**Key words:** *practice guidelines, nursing, evidence-based medicine, editorial*

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) gibt seit einigen Jahren zu ausgewählten Problembereichen pflegerischen Handelns sogenannte Nationale Expertenstandards heraus. Bearbeitet wurden bislang die Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung. Weitere Standards sind angekündigt oder in Vorbereitung.

Die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deut-

schen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) stehen der Entwicklung von allgemein gültigen Qualitätsniveaus in der Pflege selbstverständlich positiv gegenüber. Systematisch entwickelte und transparente Handlungsempfehlungen, die auf dem besten wissenschaftlichen Beweis basieren und sorgfältig auf die nationalen Bedingungen abgestimmt sind, stellen eine große Chance für die Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Da die Expertenstandards offensichtlich von Überprüfungsgremien (Medizini-

scher Dienst der Krankenversicherung [MDK], Heimaufsicht) zur Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung sowie zur juristischen Urteilsbildung herangezogen werden, von Pflegeeinrichtungen aufwändig implementiert und vielerorts kostenpflichtig verbreitet werden, müssen sie einer kritischen Betrachtung standhalten. Insbesondere ist

\* Dr. Gabriele Meyer, Almuth Berg, Sascha Köpke, Steffen Fleischer, Gero Langer, Karl Reif, Christian Wylegalla, Prof. Dr. Johann Behrens

nach ihrer Zuverlässigkeit und inhaltlichen Gültigkeit aus wissenschaftlicher Sicht zu fragen.

### Sinnstiftende Begriffsbildung oder undurchsichtige Wortneuschöpfung?

Gerade vor dem Hintergrund des bekannten uneinheitlichen Verständnisses und Gebrauchs der Begriffe Standard, Leitlinie und Richtlinie (Bartholomeyczik 2002, Trede 1997) fehlt eine eindeutige Klärung des Ausdrucks „Expertenstandard“ sowie, damit verbunden, eine Erläuterung des Anliegens dieses Instruments. Beides wäre in den Standards selbst zu erwarten oder innerhalb eines begleitenden Methodenpapiers. Das unveröffentlichte Definitionspapier des Lenkungsausschusses des DNQP (2000) ist nicht ausreichend. Seine Existenz ist weder auf der Homepage des DNQP noch im ersten Standard der Reihe erwähnt.

Sinnvollerweise sollten Expertenstandards in einem Methodenpapier gegenüber Leitlinien abgegrenzt werden, nicht zwangsläufig gegenüber medizinischen, sondern vielmehr gegenüber pflegerischen Leitlinien (Practice Guidelines). Da sich das DNQP begriffsstiftend auf die American Nurses Association (ANA) bezieht, müsste notwendigerweise eine Bezugnahme auf die ANA erfolgen. Der ANA zufolge beinhalten „Standards of Clinical Nursing Practice“ zum einen „Standards of Care“, zum anderen „Standards of Professional Performance“. Sie stehen in einem engen Zusammenhang mit Aussagen zur Berufsethik („Code for Nurses“) und werden als professionelles Rahmenwerk verstanden (Beispiele: Havins 1999, ASPSN 2005). Demgegenüber werden „Practice Guidelines“ definiert als: „A process of client care management for nursing diagnoses with recommended interventions to accomplish desired client outcomes for a specific cluster of phenomena within a nursing specialty. These guidelines are established by research and/or professional consensus by practitioners in the specialty“ (Field/Lohr 1992, S. 50). Aus den Expertenstandards geht eine solche Abgrenzung nicht hervor. Obwohl sie, trotz entsprechender Ansätze, explizit nicht als Praxisleitlinien betrachtet werden sollen, werden sie – ungeachtet des Definitionspapiers des DNQP-Lenkungsausschusses (DNQP 2000) – (implizit) Leitlinien gleichgesetzt, zum Beispiel

im Dekubitusprophylaxestandard (DNQP 2004a). Das Lenkungsausschuss-Mitglied Elsbernd (2005) stellt medizinische Leitlinien und Pflegestandards auf eine Stufe. Beide sollen „auf der Basis von gesicherten Erkenntnissen und/oder des Konsenses von wissenschaftlicher und praktischer Medizin/Pflege Handlungskorridore benennen, die ein am internationalen Stand orientiertes Qualitätsniveau sicherstellen.“

Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass die vorliegenden Expertenstandards auf der Grundlage ihres Inhalts und ihrer Methodik eingruppiert werden müssen. Danach beurteilt, sind sie dem Bereich der Praxisleitlinien zuzuordnen (Bölicke 2001). Solange die Expertenstandards sich nicht auf die Vorgabe bzw. Beschreibung eines Qualitätsniveaus im Sinne der ANA beschränken und in Literaturanalysen bereits konkrete Vorgehensweisen aufzeigen, sind sie nicht „Standards of Care“, sondern „Practice Guidelines“. Als Beispiel hierfür sei das Ergebniskriterium Nr. 2 im Standard „Schmerzmanagement in der Pflege“ genannt, das durch den Zusatz: „Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala“ (DNQP 2004b, S. 17) bereits so differenziert operationalisiert wurde, wie es einer Leitlinien entspricht.

Die qualitative Bewertung der Expertenstandards muss sich somit nach den Kriterien für die Bewertung von Leitlinienqualität richten. Eine nachträgliche Distanzierung des DNQP von Praxisleitlinien wäre fragwürdig. Erstens bilden diese ein – wenn nicht sogar *das* – Fundament für die Evidenzbasierung der auf betrieblicher Ebene eingesetzten Maßnahmen und Instrumente zur Qualitätsentwicklung. Zweitens werden die Expertenstandards von der Pflege und ihren Überprüfungsgruppen ohnehin bereits als Praxisleitlinien aufgefasst oder sogar als noch verbindlicher, als es diese sind. Weit verbreitet ist die irrtümliche Vorstellung, dass das Einhalten von Leitlinien von Haftungsansprüchen befreit (Behrens 2003, Behrens/Langer 2004, S. 216).

### Internationale Qualitätsstandards nicht bindend?

Da die Expertenstandards einen bedeutenden Einfluss auf die deutsche Pflege haben und als Leitlinien interpretiert und angewandt werden, müssen sie auf verlässlichen wissenschaftlichen Ergebnissen basieren sowie systematisch entwi-

ckelt, transparent und nachvollziehbar beschrieben sein. Eine allen Expertenstandards zugrunde liegende Verfahrensregelung wäre zu erwarten, die Ausdruck der national und international weit fortgeschrittenen Diskussion über die Förderung der Leitlinienqualität ist. Zu nennen seien zum Beispiel die Kriterien gemäß den Bewertungsinstrumenten AGREE (AGREE Collaboration 2003) oder DELBI (AWMF/ÄZQ 2005). Diesen Qualitätskriterien werden die Expertenstandards aber weitgehend nicht gerecht, was sich unter anderem auch darin zeigt, dass die schriftliche Darstellung nicht transparent ist und sich Methodik und Ergebnisse nur unzureichend nachvollziehen lassen. Hilfsmittel für die klinische Entscheidungsfindung wie Evidenzstufen („Levels of Evidence“) und Empfehlungsgrade („Grades of Recommendation“) oder klinische Algorithmen werden nicht benutzt. In der zweiten und erweiterten Auflage des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wird erstmals der Versuch unternommen, die wissenschaftliche Stärke der Aussagen anhand einer Graduierung von A bis C kenntlich zu machen (DNQP 2004a, S. 74).

Manchmal wird für die Expertenstandards in Anspruch genommen, dass sie nach den Methoden der evidenzbasierten Pflege erstellt sind (Bartholomeyczik 2005). Tatsächlich sind nur wenige Teilnehmer der bisherigen Expertenarbeitsgruppen ausgewiesene Vertreter der evidenzbasierten Pflege gewesen. Es kann somit unterstellt werden, dass das Ausmaß der Evidenzfundierung von einzelnen, in den Methoden der evidenzbasierten Pflege kundigen Vertretern abhängt. Das DNQP sieht keine strukturierte Unterweisung der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe in den Arbeitstechniken der evidenzbasierten Pflege vor. Eine solche wäre jedoch als Mindestqualifikationsniveau unabdinglich.

### Uneindeutige Empfehlungen – Einführung von Maßnahmen fragwürdigen Nutzens

Uneindeutig formulierte Empfehlungen können zur Einführung ineffektiver bzw. nicht gesicherter diagnostischer und therapeutischer Interventionen führen (Woolf et al. 1999). Das Beispiel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe unterstreicht diese Feststellung.

Sowohl in der ersten Auflage als auch in der 2004 herausgegebenen Auflage dieses Standards heißt es, dass „der Einsatz einer bestimmten Risikoskala [...] nicht empfohlen [wird], da diese nur teilweise wissenschaftlich belegte Aussagen zulässt. [...] Die am besten untersuchten Skalen sind die Bradenskala und, gefolgt mit großem Abstand, die Norton- und die Waterlowskala.“ (DNQP 2002, S. 35; DNQP 2004a, S. 40). Die Konsequenzen dieser Aussage zeigen sich im Bericht über die modellhafte Implementierung des Expertenstandards in 16 Praxiszentren. Mehr als 50 Prozent der befragten Pflegekräfte hatten eine Fortbildung zum Thema Anwendung einer Risikoskala in Anspruch genommen (DNQP 2002, S. 90). Bei etwa 80 Prozent der mehr als 500 einbezogenen Patienten bzw. Bewohner war das Dekubitusrisiko anhand einer Skala eingeschätzt worden (ebd., S. 85). Die Risikoskalen werden von der Praxis somit dankbar aufgenommen und aufwändig implementiert.

In der zweiten Auflage des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe findet sich eine umfangreiche Literaturlanalyse zu den Risikoskalen. Ihr ist zu entnehmen, dass es den ausgewerteten Studien zur Bestimmung der Genauigkeit der Skalen an methodischer Zuverlässigkeit mangelt, da sie wesentlichen methodischen Gütekriterien für Diagnostik- und Screeningstudien nicht genügen. Die Skalen weisen eine unzureichende Testgüte auf, das heißt, sie sind nicht in der Lage, präzise zwischen dekubitusgefährdeten und nicht dekubitusgefährdeten Personen zu unterscheiden. Ihr Nutzen für die Dekubitusprophylaxe ist unbekannt. Ein entsprechender Nachweis im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien steht noch aus (DNQP 2004a, S. 75–83).

Dennoch wird im Expertenstandard der Einsatz einer standardisierten Risikoeinschätzung empfohlen. Von der Benutzung der Risikoskalen wird nicht explizit abgeraten. Fehlte in der ersten Auflage noch eine Begründung dafür, begründen die Verfasser in der zweiten Auflage ihre Empfehlung damit, dass diese Instrumente als Hilfsmittel zu verstehen seien, welche die Aufmerksamkeit Pflegenden für die Dekubitusrisikofaktoren erhöhten (ebd., S. 83). Diese Aussage ist nicht durch adäquate wissenschaftliche Studien gestützt. So klingt es denn auch in der Begründung an, wenn dort von „dürftiger Evidenzlage“ gesprochen wird (ebd., S. 83). Die Empfehlung basiert auf

einem Expertenkonsens, was für den Anwender bedeutet, dass es gegenwärtig keine wissenschaftlich begründete Vorgehensweise gibt. Pflegeeinrichtungen könnten sich somit ohne Not von der Einführung einer Dekubitusrisikoskala distanzieren.

Die bisher verfügbare wissenschaftliche Beweislage lässt zumindest den Schluss zu, dass die Skalen ungenügend genau sind und der Nutzen für die Patienten und Bewohner nicht abzusehen ist (Schlömer 2003, Schlömer/Meyer 2003). Der betriebene Aufwand für die Schulung und die Einführung der Skalen ist kalkulierbar, der fehlende Nutzen der Skalenanwendung absehbar, ein Schaden kann nur vermutet werden.

### Einer für alle – Musketierethos für unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse?

Die in den Expertenstandards vorgegebenen Qualitätsniveaus gelten überwiegend für alle Versorgungsbereiche und ziehen gerade deshalb eine gewisse Problematik nach sich. Entgegen der postulierten Anpassung des professionellen Leistungsniveaus an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen (DNQP 2000) werden die adressierten Patienten und Anwender in den verschiedenen Bereichen der Pflege wenig differenziert betrachtet. Für einige Fragestellungen mag eine solche Differenzierung nicht zwingend erforderlich sein, für einige wäre sie jedoch im Sinne des übergeordneten Ziels, die gute klinische Praxis zu fördern, unabdingbar. So kann beispielsweise in der häuslichen Pflege ein an den Maßstäben stationärer Gesundheitsversorgung ausgerichtetes Qualitätsniveau weder immer machbar noch immer sinnvoll sein. Um eine möglichst hohe Leitlinienwirksamkeit zu erreichen, sollte allerdings nicht nur genau geprüft werden, inwieweit die Fragestellungen, sondern auch, inwieweit die Studienergebnisse von einem Kontext auf einen anderen übertragen werden können.

### Monoprofessionelle Standards für multiprofessionelle Themen?

Ein „Experte“ muss zur Berufsgruppe der Pflegenden gehören, um als Mitglied der Expertenarbeitsgruppe an der Er-

stellung eines Standards mitwirken zu können. Die Standards werden somit monoprofessionell entwickelt. In einigen bisherigen Expertenarbeitsgruppen war zusätzlich ein Mitarbeiter einer Verbraucherzentrale zugegen, der die Interessen der Patienten und Bewohner vertreten sollte.

Alle bislang bearbeiteten Themen zeichnen sich durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Handlungsbezüge aus. Selbstverständlich kommt der Pflege in der Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie im Entlassungs- und Schmerzmanagement eine exponierte Stellung zu. Wie das Beispiel der Sturzprophylaxe zeigt, versprechen jedoch gerade multiprofessionelle Interventionsprogramme den größten Nutzen (Gillespie et al. 2003). Für einen monoprofessionell entwickelten Standard sind Akzeptanzprobleme bei den beteiligten Berufsgruppen zu befürchten. Warum sollte für andere in die Versorgungsprozesse involvierte Berufsgruppen bindend sein, was allein von Vertretern der Pflege entwickelt worden ist? An medizinische Leitlinien wird seit langem die Forderung gestellt, dass alle Akteure des jeweiligen Problemfeldes in die Erstellung der Leitlinie einbezogen werden, um das berufsgruppenübergreifende Zusammenspiel zu garantieren und um den unterschiedlichen Perspektiven auf das Versorgungsproblem gerecht zu werden (AWMF/ÄZQ 2005). Die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen und, damit verbunden, der implizite Anspruch, alleinige Definitionsbefugnis für das in Frage stehende Versorgungsproblem zu haben, ist sicher ein gut gemeinter Versuch, berufliche Identität für die Pflege zu fördern. Dennoch ist zu befürchten, dass der Umsetzbarkeit damit Grenzen gesetzt sind, welche die Wirksamkeit der Expertenstandards erheblich zu schmälern vermögen.

### Uneingeschränkter und kostenloser Zugang?

Der kostenlose und uneingeschränkte Zugang zu den Expertenstandards wäre eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Verbreitung. Die Standards können aber nur gegen ein Entgelt von EUR 16,- bis 19,- käuflich erworben werden. Da es sich bei ihnen um Produkte eines mit öffentlichen Geldern geförderten Projektes handelt (Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), ist nicht nachzuvollziehen, warum

sie der Öffentlichkeit nicht kostenlos, zum Beispiel als Online-Ressource, zugänglich gemacht werden.

### Der Experte als Unternehmer?

Im Zuge ihrer Verbreitung sind die Expertenstandards inzwischen Gegenstand einer beachtlichen Vermarktung geworden. Allerorts werden zum Teil kostenintensive Fortbildungen zum Umgang mit ihnen und Kurse zum Erwerb phantasiereich klingender Qualifikationsprofile wie etwa „Pflegeexperte Sturzprophylaxe“ angeboten. Es verwundert, wenn an der Erstellung der Standards beteiligte Experten freiberuflich an deren Verbreitung verdienen. Ein angemessenes Honorar für Vortragstätigkeit soll den Experten natürlich nicht in Abrede gestellt werden. Das DNQP ist jedoch gefragt, den potenziellen Interessenkonflikt der Experten zu benennen und eventuell sogar Personen mit offensichtlich vorhandenem Interessenkonflikt vom Erstellungsprozess auszuschließen.

Interessenkonflikte von Autoren medizinischer Leitlinien sind gut dokumentiert (Choudhry et al. 2002). Erst kürzlich meldete die renommierte Zeitschrift „Nature“, dass mehr als ein Drittel von fast 700 befragten Leitlinienautoren (freiwillig) angaben, finanzielle Verbindungen zur Pharmaindustrie zu haben (Taylor/ Giles 2005). Mögen auch Industriekontakte für die Pflege bislang wenig bedeutsam und die Interessenkonflikte der Autoren der Expertenstandards auch nicht annähernd so problematisch sein wie die von Autoren medizinischer Leitlinien, so ist das DNQP dennoch gefordert, die Transparenz ihrer Expertenstandards auch dahingehend zu garantieren. Schließlich beschränken sich Interessenkonflikte, wie oben gezeigt, nicht nur auf Industriekontakte.

### Implementierungshilfen für die Praxis

Leitlinien können nur wirksam sein, wenn sie in die pflegerische Praxis eingeführt werden. Bereits bei der exemplarischen Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe wurden verschiedene Schwierigkeiten und Hürden sichtbar, die selbst innerhalb dieses intensiv begleiteten Projektes nur schwer zu überwinden waren. Als Gründe hierfür wurden unter anderem der

Anspruch des Expertenstandards, alle Pflegeeinrichtungen zu bedienen, der strenge formale Aufbau auf der Grundlage der drei Standardebenen (Struktur, Prozess und Ergebnis) sowie die „als sehr abstrakt empfundenen Formulierungen der Inhalte“ angeführt (DNQP 2004a, S. 101 ff.).

International werden die Entwicklung und Bereitstellung von Implementierungshilfen in Form von Leitfäden und Dokumentationsvorlagen sowie strukturierte Schulungsprogramme als wichtige Maßnahmen für die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien angesehen (National Institute for Clinical Excellence 2004). So wird die Bereitstellung von unterstützenden Instrumenten und Materialien auch von Instrumenten zur Bewertung der Leitlinienqualität als ein Indikator erfasst (AWMF/ÄZQ 2005). Für die Expertenstandards wurde auf eine begleitende Entwicklung von Implementierungshilfen verzichtet. Die daraus erwachsende Gefahr der

unsystematischen und verzerrten Implementierung zeigt sich deutlich am Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP 2005).

Seit seiner Veröffentlichung steht interessierten Einrichtungen ein umfassendes Angebot an Fortbildungsveranstaltungen und Schulungen hierzu zur Verfügung. Diese werden teilweise von Mitgliedern der Expertengruppe, aber auch von anderen „Experten“ angeboten. Allein die Dauer der Veranstaltungen, die von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen reicht, weist darauf hin, dass die Angebote sehr unterschiedlich sein müssen. Eigenen Beobachtungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zufolge wird der Expertenstandard vielfältig interpretiert. Zum Beispiel wird die im Standard aufgeführte Liste an Sturzrisikofaktoren von den Einrichtungen mehrheitlich zur Checkliste umfunktioniert. Einige Einrichtungen haben ihrer Checkliste sogar ein Scoring-System hinzugefügt, um die Sturzgefähr-



#### 12. Interdisziplinärer Pflegekongress

Der Treffpunkt für alle Gesundheitsberufe

#### Fortbildung [PLUS]

Der Tag für das Praxisteam

15. bis 17. März 2006 • Hotel Hilton Dresden

Kongress-Informationen  
 Telefon 030 / 20 45 40 3  
[www.heilberufe-kongress.de](http://www.heilberufe-kongress.de)  
[Info@heilberufe-kongress.de](mailto:Info@heilberufe-kongress.de)

**Heilberufe**

dung der Bewohner quantifizieren zu können. Dieses Vorgehen widerspricht der Empfehlung im Expertenstandard. Daran zeigt sich deutlich das Problem fehlender Implementierungshilfen für die Praxis. Die Hilfe kommt allerdings von anderswo, wenn diese sogenannte Sturzrisikofaktor-Checkliste durch Hersteller von Standarddokumentationssystemen in ein neues Formblatt gefasst wird, in dessen Benutzung Pflegende in Fortbildungsveranstaltungen geschult werden.



**Literatur**

AGREE COLLABORATION: *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project*. Quality & safety in health care, 12 (2003) 1 : 18–23

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGICAL NURSES (ASPSN). <http://www.aspsn.org/AB-OUT/standards/default.html>, Zugriff am 14. November 2005

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF)/ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN (ÄZQ): *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99 (2005) 8 : 471–492

BARTHOLOMEYCZIK, S.: *Sinn und Unsinn von Pflegestandards*. Heilberufe, 54 (2002) 5 : 12–16

BARTHOLOMEYCZIK, S.: *Einige Anmerkungen zu Standards in der Pflege*. Dr. med. Mabuse, 30 (2005) 154 : 20–25

BEHRENS, J.: *Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenz-basierte professionelle Praxis – Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“* (Zfs 4/2002). Zeitschrift für Soziologie, 32 (2003) 3 : 262–269

BEHRENS, J./LANGER, G.: *Evidence-based Nursing*. Huber, Bern, 2004

BÖLICHE, C.: *Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen*. Pflege aktuell, 55 (2001) 2 : 96–99

CHOUHRY, N.K./STELFOX, H.T./DETSKY, A.S.: *Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry*. Journal of the American Medical Association, 287 (2002) 5 : 612–617

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: *Der Lenkungsausschuss. Definitionspapier zu Pflegestandards/Leitlinien: Definition und Funktion*. Unveröffentlichtes Papier. Osnabrück, 2000

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück, 2002

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück, 2004a, 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002)

**Die Fluktuation des Wissensstandes – fehlende zeitliche Gültigkeit der Expertenstandards**

Gerade bei Themen wie Sturzprophylaxe wächst der Bestand an wissenschaftlicher Literatur rasant. Interventionen, die heute als wirksam gepriesen werden, gelten morgen für bestimmte Zielgruppen als nicht mehr gesichert oder gar kontraindiziert. Eine regelmäßige Aktualisierung

von Leitlinien bzw. Standards ist somit unverzichtbar. Bislang ist unklar, welche die am besten geeignete Vorgehensweise ist. Einige Fachgesellschaften definieren im Vorfeld einen zum Beispiel zweijährigen Überarbeitungsrhythmus, andere legen fest, bei Vorliegen neuer Informationen eine Aktualisierung vorzunehmen. Für die zweite Vorgehensweise sind meist keine eindeutigen Entscheidungskriterien definiert. Pragmatisch orientierte Empfehlungen für eine angemessene Aktualisierung von Leitlinien sind jedoch verfügbar (Shekelle et al. 2001).

In den Expertenstandards ist bisher nicht kenntlich gemacht, wann mit einer Aktualisierung zu rechnen ist, das heißt, welchen Geltungszeitraum die Handlungsempfehlungen haben. Liegt dann wie im Falle des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (DNQP 2004a) eine überarbeitete Fassung vor, müsste diese wieder kostenpflichtig erworben werden.

**Einladung zum Diskurs**

Das DNQP hat mit den Expertenstandards die Diskussion über die Qualitätssicherung in der Pflege vorangetrieben und standardisierte Handlungsempfehlungen für die deutsche Pflege diskursfähig gemacht. Inwieweit durch Einführung der Standards jedoch tatsächlich die patienten- bzw. bewohnerrelevanten Ergebnisse verbessert werden, ist unbekannt. Die Evaluation der modellhaften Implementierung der Expertenstandards beschränkt sich auf die Struktur- und Prozessebene.

Die kritische Auseinandersetzung mit dem Prozess und den Methoden der Entwicklung und Verbreitung der Expertenstandards sowie mit deren Praxisimplementierung weist auf bedeutende Unzulänglichkeiten hin. Es stellt sich die Frage, wie in Deutschland die Zukunft der „Pflegeleitlinienkultur“ aussehen soll. Die Expertenstandards wurden bislang weitgehend unkritisch von der Pflegepraxis und den Akteuren im Gesundheitswesen aufgenommen. Die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des DNEbM laden mit dieser Stellungnahme zur kritischen Auseinandersetzung ein und freuen sich auf einen lebhaften Diskurs. <<

**Autorenkontakt:**

Für die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des DNEbM: **Gabriele.Meyer@uni-hamburg.de**