

# Expertenstandards – Referenz für Qualität

Autor: Stefan Knobel

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat es als nicht staatliche Organisation geschafft, Standards zu definieren, die im gesamten deutschsprachigen Raum als Referenz für die Qualität in der Pflege gelten. Im Folgenden soll ein Einblick in einen wichtigen Prozess zur Professionalisierung der Pflege gegeben werden.

---

## DIE GESCHICHTE

**FEHLENDE WISSENSCHAFTLICHE BASIS.** Es ist bekannt, dass im deutschsprachigen Raum bis in die späten Neunzigerjahre hinein die wissenschaftliche Basis der professionellen Pflege relativ schmal war. Zwar haben die Lehrbücher von Sr. Liliane Juchli und Nancy Roper der Pflege eine gewisse strukturierte Basis gegeben. Trotzdem war an eine einheitliche Definition, was «gute Pflege» ist, nicht zu denken.

**GRÜNDUNG 1993.** Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege wurde im Jahr 1993 gegründet (vgl. Jacobs u. a. 2018, S. 64). Der Auslöser war die Vorbereitung auf die Pflegeversicherung, die am 1. Januar 1995 eingeführt wurde. In der Folge stieg der Druck, die Qualität der Pflege zu definieren und zu sichern. Als Antwort auf diese Anforderungen wurde durch die Fachhochschule Osnabrück (heute: Hochschule Osnabrück) unter Leitung von Dr. Doris Schiehmann das DNQP gegründet. Man setzte

sich zum Ziel, evidenzbasierte Standards für die Pflege zu entwickeln und diese so zu professionalisieren.

**PILOTPROJEKT.** Der erste Expertenstandard widmete sich der Dekubitusprophylaxe. Dieses Thema eignete sich in besonderem Maße als Pilotprojekt, weil das Leiden, das durch Druckgeschwüre entsteht, wie auch dessen volkswirtschaftliche Folgekosten unbedingt verhindert werden sollen. Es zeigte sich: Der erste Expertenstandard konnte erfolgreich in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eingeführt werden.

---

## STRUKTURIERTES VORGEHEN

**FESTE INSTITUTION.** Schon bald etablierte sich das DNQP als wichtige Institution. In der Folge wurden Expertenstandards zu Themen wie beispielsweise Kontinenzförderung und Sturzprophylaxe veröffentlicht. Heute ist das DNQP ein Zusammenschluss von Fachpersonen aus der Pflegewissenschaft und aus der Pflegepraxis. Es verfolgt folgende Zielsetzung: «Übergreifende Zielsetzung des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. In Verbindung mit Leitlinien und Qualitätsinstrumenten anderer Berufsgruppen bieten die Expertenstandards in der Pflege eine gute Voraussetzung für die interprofessionelle Kooperation in der Gesundheitsversorgung» (DNQP 2025, S. 7).

**WIE EXPERTENSTANDARDS ENTSTEHEN.** Das DNQP hat die Methodik der Entstehung, der Implementierung und Weiterentwicklung der Expertenstandards stetig verbessert. Eine umfassende Beschreibung des Prozesses wurde in diesem Jahr veröffentlicht (DNQP 2025). Das Vorgehen ist in der Grafik auf Seite 7 ersichtlich.

**LISTE DER EXPERTENSTANDARDS.** In den letzten 25 Jahren sind die folgenden Expertenstandards entstanden:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Kontinenzförderung in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz
- Förderung der Mundgesundheit in der Pflege
- Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege

BEDEUTUNG IN DER PRAXIS

BEZUGSRAHMEN FÜR PFLEGENDE. Die Bedeutung der Expertenstandards für die Pflegepraxis und für die Pflegeentwicklung ist in den letzten Jahren immer besser ersichtlich geworden. Pflegestandards bilden einen Bezugsrahmen für einzelne Pflegenden, Pflegeteams und Pflegeorganisationen, der hilft, die Pflegequalität kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Dass dem so ist, können Sie den folgenden Gesprächen mit zwei Praktikerinnen entnehmen.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2025):** Methodisches Vorgehen zu Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. November 2025. Osnabrück: DNQP. [www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2025.pdf](http://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2025.pdf) (Zugriff: 14.12.2025).

**Jacobs, Klaus u. a. (Hg.) (2018):** Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Mit 24 Tabellen und 43 Abbildungen. Berlin: Springer Verlag. ISBN 978-3-662-56821-7.

Entwicklung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards

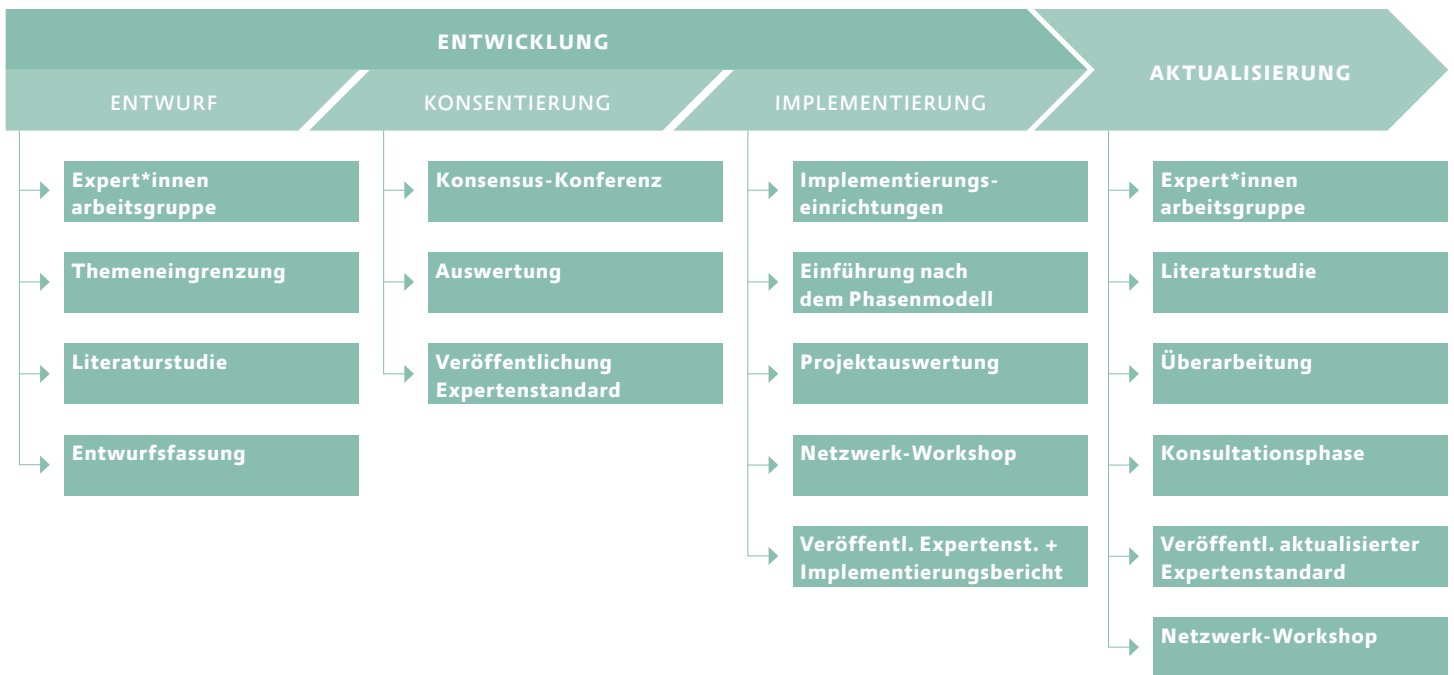


Abb. 1: Entwicklung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards (DNQP 2025, S. 10).



**STEFAN KNOBEL**  
 ist von Beruf Krankenpfleger und Kinaesthetics-Ausbilder. Er leitet im Auftrag der European Kinaesthetics Association EKA und der stiftung *lebensqualität* das Wirkungsfeld Kinaesthetics-Projekte Neue Länder.

## Über Expertenstandards

Hildegund Wulfgramm und Stefan Knobel

**KNOBEL:** Hildegund, du bist Pflegeexpertin und befasst dich seit Jahren mit der Weiterentwicklung der Pflege. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege hat in den letzten Jahren etliche sogenannte Expertenstandards entwickelt. Was ist ein Expertenstandard?

**WULFGRAMM:** Ein Expertenstandard ist ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das von FachexpertInnen der Pflege selbst ausgearbeitet und definiert ist und gleichzeitig beschreibt, was in einem bestimmten Herausforderungsbereich Qualität ist und wie man diese Qualität erreichen kann. Die Expertenstandards orientieren sich am Qualitätsmodell von Avedis Donabedian. Er beschreibt die Qualitätsdimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (vgl. Donabedian 1966).

**KNOBEL:** Geht es also darum, das minimale Qualitätsniveau ganz konkret zu beschreiben?

**WULFGRAMM:** Genau, darum geht es. Es wird detailliert beschrieben, was es an strukturellen Voraussetzungen braucht – wie zum Beispiel an Bildung und Kompetenzentwicklung. Dann wird ausgeführt, wie die notwendige Kompetenz im Prozess des Pflegealltags umgesetzt wird und was man im Ergebnis – heute sagt man ja auch Outcome – erreichen kann und will. Interessant dabei ist, dass die Expertenstandards in Ebenen dargestellt sind, die der Struktur des Pflegeprozesses folgen. Wichtig dabei ist die Einschätzung der Situation. Man fragt danach, welche Ressourcen oder Entwicklungspotenziale ein Mensch hat. Aufgrund dieses Assessments definiert man eine Maßnahmenebene. Diese hilft in der individuellen Situation, einerseits das potenzielle Risiko zu mindern, andererseits das Entwicklungspotenzial auszuschöpfen.

**KNOBEL:** Das Ziel ist also nicht, das Risiko zu vermindern, sondern die Entwicklung in Richtung mehr Möglichkeiten zu unterstützen?

**WULFGRAMM:** Genau. Denn die Pflege hat den Auftrag, den Menschen zu helfen, ihr Potenzi-

al auszuschöpfen. Darum liegt in den Expertenstandards immer ein Schwerpunkt auf der Beratung des betroffenen Menschen wie auch seiner Familie oder seines Umfeldes. Zusätzlich geht es stets um die Frage, wie all diese Maßnahmen im interdisziplinären Umfeld abgestimmt werden können.

**KNOBEL:** Und wie geht man mit der Frage nach der Ergebnisqualität um?

**WULFGRAMM:** Die Evaluation der Wirkung der Maßnahmen ist ein sehr wichtiger Schritt, der in den Pflegeprozess integriert sein muss. Natürlich muss man immer wieder überprüfen, ob die einzelnen Maßnahmen die erwartete Wirkung zeigen. Es braucht eine ständige Fehlerkorrektur. Diese kann man aber nur machen, wenn man die erwartete Wirkung definiert hat und die tatsächliche Wirkung ganz genau und kritisch beobachtet.

**KNOBEL:** Du bist damit beschäftigt, diese Expertenstandards in die Praxis zu bringen. Was ist die Herausforderung dabei?

**WULFGRAMM:** Sie zeigt sich darin, dass die KollegInnen in der Praxis verstehen, wie ein Expertenstandard aufgebaut ist und was er will. Oftmals wirken diese Standards für die PraktikerInnen fremd und kompliziert. Viele interpretieren die Standards anfänglich als Vorschrift. Das sind sie aber nicht. Im Gegenteil. Die Expertenstandards sind keine Verfahrensanleitungen, die vorschreiben, was man wie zu tun hat. Die Standards liefern den Rahmen, um genau das Gegenteil zu erreichen. Sie helfen den Pflegenden, dass sie – basierend auf klaren Perspektiven – ganz gezielt individuelle Unterstützung für einen Menschen ableiten können. Es werden Assessment-Instrumente zur Verfügung gestellt. Zusätzlich es gibt eine Beschreibung von möglichen Maßnahmen, die sich auf wissenschaftliche Grundlagen stützen.

**KNOBEL:** Man kann also aus den Standards die erforderliche Fachkompetenz ableiten?

**WULFGRAMM:** Ja, die einzelnen Ebenen sind sehr differenziert beschrieben und es wird dargelegt, warum bestimmte Maßnahmen zielführend sein können. Wenn eine Pflegende die notwendige Fachkompetenz hat, dann ist diese Fachperson in der Lage, die erforderliche Anpassung der Maßnahmen an das Individuum zu gestalten. Denn Menschen sind selbstorganisierte, selbstgesteuerte

Wesen, deren Entwicklung individuell ist. Sie brauchen immer individuelle Angebote, um Risiken zu minimieren und mögliche Entwicklungsschritte auszuschöpfen. Darum ist das sich stetig wiederholende, zirkuläre Vorgehen bei der Situationseinschätzung, beim Herausfiltern von möglichen Maßnahmen und bei der Reflexion und Evaluation der Wirkung so wichtig. In der Kinästhetik sprechen wir in diesem Zusammenhang von Fehlerkorrektur.

**KNOBEL:** Es geht also um die Kompetenzentwicklung der Pflegenden und der gepflegten Menschen.

**WULFGRAMM:** Das Ziel ist immer auch, dass der Mensch seine Abhängigkeit vermindern und so mehr Selbstständigkeit erreichen kann. Der gepflegte Mensch und sein Umfeld müssen immer in den Prozess eingebunden sein.

**KNOBEL:** Diese Standards unterscheiden sich deutlich von denen, die Ende der Achtzigerjahre eingeführt wurden. Damals waren es Handlungsanweisungen. Ich erinnere mich, dass es Standards gab, wie man einen Menschen zu waschen hat.

**WULFGRAMM:** Genau. Im heutigen Verständnis waren das eher Verfahrensanleitungen, die Maßnahmen geregelt haben, die eine Fachkraft sowieso als Grundkompetenz mitbringt. Sie haben einzelne Pflegeverrichtungen in einer ziemlich technokratischen Weise vorgeschrieben. Sie konnten sich nie richtig durchsetzen, weil es in der Pflege eben um individuelle Unterstützung geht. Um komplexe Herausforderungen zu meistern, helfen Verfahrensrichtlinien kaum.

**KNOBEL:** Aber es gibt doch durchaus Situationen, in welchen Verfahrensanleitungen nützlich sind.

**WULFGRAMM:** Natürlich. Es hilft sicherlich, wenn man ganz genau beschreibt, was die Maßnahmen sind, wenn sich zum Beispiel in einem Haus ein Norovirus ausbreitet. Bei Themen wie Schmerz, Sturz, verminderter Mobilität oder Dekubitus sind allerdings komplexe Interventionen gefragt, welche eine situative Einschätzung und individuell angepasste Maßnahmen benötigen.

**KNOBEL:** In der Zwischenzeit sind unzählige Expertenstandards entstanden. Das Fachgebiet Kinästhetik erforscht die menschliche Individualentwicklung. Es zielt auf genau diese individuelle Einschätzung der Situation und auf die

Unterstützung von Wirksamkeit und Autonomie ab, um die Bewegungskompetenz der Menschen zu unterstützen. Helfen die vorhandenen Expertenstandards dabei, diese Idee in der Praxis umzusetzen?

**WULFGRAMM:** Die Expertenstandards setzen einen Rahmen. Darum ist es nun an uns Pflegenden, diese Frage zu beantworten. Es ist zwar so, dass in den Expertenstandards selten direkt auf unser Fachgebiet verwiesen wird. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass es zurzeit noch wenige Studien gibt, die die Wirksamkeit der kinästhetischen Maßnahmen nachweisen können. Die Literaturrecherche gibt ebenfalls noch relativ wenig her. Warum das so ist, kann man einfach erklären. Es ist mit den bestehenden quantitativen Forschungsinstrumenten sehr schwierig, die individuellen Unterstützungsangebote miteinander zu vergleichen. Ich bin aber sicher, dass die Kinästhetik bei den nächsten Überarbeitungen der Expertenstandards eine wichtigere Rolle spielen wird. So zeigen sich zum Beispiel in der Wirkungsforschung in unserem Projekt der Samariterstiftung signifikante Resultate, die auf die Kinästhetik-Kompetenz zurückzuführen sind.

**KNOBEL:** Wie gehst du vor, wenn es in deinen Projekten darum geht, die Expertenstandards und das kinästhetische Wissen in Zusammenhang zu bringen?

**WULFGRAMM:** Nehmen wir als Beispiel den Expertenstandard «Dekubitusprophylaxe». Auch heute schon ist darin formuliert, dass es in erster Linie darum geht, die Eigenbewegung des Menschen zu unterstützen. Diese Maßnahme wird im Text lange vor Maßnahmen wie zum Beispiel «Weichlagerung» beschrieben. In den Institutionen, die sich intensiv mit der Kinästhetik befassen, kommt der Unterstützung der Fortbewegung und der Entwicklung von mehr Bewegungsmöglichkeiten ein hoher Stellenwert zu. Natürlich muss man zuerst dafür sorgen, aktuelle Risiken zu senken. Aber man darf dabei nicht vergessen, den Rahmen zu schaffen, um das Grundproblem – und das ist die fehlende Eigenbewegung – anzugehen. Diese Idee wird mit dem sogenannten Präventionsdreieck gut visualisiert. Es braucht alle drei Ebenen der Prävention: die Primär-, die Sekundär- und die Tertiärprävention (vgl. hierzu Knobel 2019, S. 8).

**KNOBEL:** Es geht also darum, druckentlastende Maßnahmen und die Entwicklung der Bewegungskompetenz miteinander zu verbinden?

**WULFGRAMM:** Wenn das gelingt, dann findet echte Entwicklung statt. Wir müssen verstärkt daran arbeiten, die Wirkungszusammenhänge darzustellen. Es zeigt sich, dass die Dekubitusgefahr sofort verringert wird, wenn ein Mensch wieder lernt, selbstständig seine Beine zu beugen und den Fuß auf die Unterstützungsfläche zu stellen. Dies kann man gemeinsam mit dem Betroffenen in der alltäglichen Pflege, zum Beispiel beim Waschen oder Ankleiden, beim gehenden Kopfwärtsbewegen in Rückenlage oder auf dem Weg vom Liegen ins Sitzen an den Bettrand üben, damit er diese Fähigkeiten wiedererlernt. Es braucht also keine zusätzlichen Trainingsprogramme. Die Eigenbewegung erweitert man am besten durch kompetente Unterstützung in den alltäglichen Aktivitäten – also in jenen Maßnahmen, die man im Pflegealltag sowieso macht. Genau hier liegt das Potenzial.

**KNOBEL:** Diese Wirkungszusammenhänge müssen aber beschrieben werden. Wie gelingt das?

**WULFGRAMM:** Noch immer ist es leider so, dass viele KollegInnen in der Praxis die Expertenstandards als eine «externe» Perspektive der Qualitätsbeschreibung erachten. Das sind die Expertenstandards definitiv nicht. Es geht um die interne Qualitätsentwicklung. So verstanden dienen die Standards der Institution und der einzelnen Pflegenden, selbstgesteuert aus den einzelnen Pflegeerfahrungen zu lernen und die Qualität ständig selbstkritisch weiterzuentwickeln. So wird die Qualitätsentwicklung in den alltäglichen Pflegeprozess integriert.

**KNOBEL:** Heißt das, die externen Qualitätsaudits sind überflüssig?

**WULFGRAMM:** Das will ich nicht sagen. Aber die externen Audits können nur formelle Kriterien wie zum Beispiel die Dokumentation überprüfen. Wenn etwas gut dokumentiert ist, heißt das aber noch lange nicht, dass auch die Pflegemaßnahme auf der Erfahrungsebene der Pflegenden und der unterstützten Person qualitativ hochstehend war. Die Pflegenden müssen im Tun in der Lage sein, zu überprüfen, ob die jeweilige Maßnahme passt und sie müssen dem Menschen helfen, sich als wirk-

sam und autonom zu erfahren und sein Potenzial auszuschöpfen. Im Idealfall decken sich die extern beobachtbaren Aspekte mit jenen der internen Selbstkontrolle der einzelnen Pflegenden und des jeweiligen Teams. Das bedingt, dass die Pflegenden die Expertenstandards so benutzen, wie sie gedacht sind – als Rahmen, um die individuelle Pflege zu beurteilen.

**KNOBEL:** Es steht noch viel Arbeit an, um eine Brücke zwischen den Standards und der gelebten Praxis zu bauen.

**WULFGRAMM:** Das ist so. Aber es lohnt sich. Ich kann beobachten, was passiert, wenn diese Brücke gebaut wird und wenn sie dann steht. In Teams, in denen das gelingt, entstehen echte, selbstverantwortete Entwicklungsprozesse. Aus Sicht der Kinästhetik ist es nun wichtig, anhand von qualitativen Erfahrungsberichten die Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen.

**KNOBEL:** Hildegund, ich danke dir für das interessante Gespräch.



**Donabedian, Avedis (1966):** Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Band 44. Heft 3. 2. Teil. Supplement. S. 166 – 206.

**Knobel, Stefan (2019):** Sturzprävention neu gedacht. Sturz, Teil 1. In: LQ. kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität. Heft 2. S. 7 – 12.



**HILDEGUND WULFGRAMM** ist Pflegefachperson und dipl. Pflegewirtin M. A. sowie Kinaesthetics-Trainerin und arbeitet als Projektleiterin in der Samariterstiftung in Nürtingen. In dieser Einrichtung implementiert sie Kinaesthetics-Bildungs- und Entwicklungsprojekte.

## Wie Expertenstandards entstehen

Anke Püttjer und Stefan Knobel

**KNOBEL:** Anke, du hast an zwei Aktualisierungen von Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung (DNQP) mitgearbeitet. Kannst du erzählen, wie es dazu gekommen ist?

**PÜTTJER:** Wenn ein bestehender Expertenstandard aktualisiert wird oder ein neuer Expertenstandard verfasst werden soll, dann gibt es in der Fachpresse einen Aufruf, um sich für die Mitarbeit zu bewerben. Das erste Mal im Jahr 2020 für den Expertenstandard «Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege». Das zweite Mal für die Überarbeitung des Expertenstandards «Sturzprophylaxe in der Pflege». Das war im Jahr 2022.

**KNOBEL:** Und wurdest du beide Male ausgewählt?

**PÜTTJER:** Man hat mich erfreulicherweise als Fachexpertin für die Mitarbeit eingeladen.

**KNOBEL:** Wie kann man sich die Arbeit vorstellen?

**PÜTTJER:** Es gibt eine Vorbereitungsgruppe des DNQP. Diese besteht meistens aus den Mitarbeitenden der pflegewissenschaftlichen Fakultät der Universität Osnabrück. Diese Gruppe macht eine Literaturrecherche. Die aktuellen wissenschaftlichen Studien werden gesichtet und entsprechend aufbereitet. Diese Literaturübersicht wird allen Mitgliedern der Aktualisierungsgruppe zur Verfügung gestellt. Beim Expertenstandard «Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege» haben sich die zwölf Personen in Präsenz getroffen und Arbeitsgruppen gebildet, die sich danach online getroffen haben. Sie haben dann die verschiedenen Themenbereiche, die in den Standard gehören, erarbeitet. Nach Abschluss dieser Arbeit haben sich alle wieder getroffen und die Resultate der verschiedenen Arbeitsgruppen diskutiert. Die Änderungen wurden redaktionell überarbeitet und zuletzt für den Druck freigegeben.

**KNOBEL:** Konntest du deine Fachexpertise als Pflegenden und Kinaesthetics-Trainerin einbringen?

**PÜTTJER:** Ja, das konnte ich. Wir waren beim ersten Standard, «Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege», zwei Kinaesthetics-Trainerinnen, ich und Ute Becker. Die Gruppe war vielfältig zusammengesetzt mit Pflegenden aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Die meisten hatten einen akademischen Grad. Zudem gab es auch eine InteressenvertreterIn der pflegenden Angehörigen und manchmal noch spezielle FachexpertInnen.

**Knobel:** Warst du die einzige Praktikerin?

**PÜTTJER:** Na ja – ich war die Einzige, die einen größeren Anteil der Arbeitszeit vor Ort in einem Krankenhaus mit der Unterstützung von PatientInnen verbringt.

**KNOBEL:** Wie hat sich das angefühlt, als praktizierende Fachexpertin unter all den WissenschaftlerInnen?

**PÜTTJER:** Es war interessant. Die WissenschaftlerInnen haben beim Expertenstandard zur Mobilität immer nach Möglichkeiten der Fortbewegung im landläufigen Sinne von «Wie komme ich von A nach B» gesucht. Aus Sicht der Kinästhetik konnte ich darstellen und einbringen, dass die Mobilität nicht bei der gehenden Fortbewegung beginnt. Sie beginnt damit, dass ich im Liegen zum Beispiel einen Finger oder den Kopf bewegen kann.

**KNOBEL:** Und ist dir das gelungen?

**PÜTTJER:** Das war nicht ganz einfach, weil der Standard sich an den Beobachtungskriterien zur Einstufung in die Pflegegrade durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) orientiert. Es gibt sechs verschiedene Kriterien (Medizinischer Dienst Bund 2024, S. 46 f.). Die Mobilität ist eine davon. Sie wird mit zehn Prozent gewichtet. Zu Beginn eines pflegerischen Auftrags und danach in regelmäßigen Abständen muss der jeweils aktuelle Status der Mobilität eines Pflegebedürftigen ermittelt werden können. Wir konnten die Idee einbringen, dass dabei die Mobilität in allen Positionen beobachtet werden muss. Nun steht im aktuellen Standard, dass zur Einschätzung des aktuellen Status der Mobilität des Pflegebedürftigen «mindestens folgende Fähigkeiten berücksichtigt werden [sollten]:

- selbstständige Lagewechsel in liegender Position (eingeschlossen ist dabei das selbstständige Aufrichten in eine sitzende Position)
- selbstständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
- selbstständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
- selbstständige Fortbewegung/selbstständiges Gehen über kurze Strecken (Wohnräume)
- selbstständiges Treppensteigen» (DNQP 2020, S. 20).

**KNOBEL:** Warum war dir diese Änderung so wichtig?

**PÜTTJER:** Ich habe an die Hierarchie der Kompetenzen gedacht. Um die Entwicklung der Bewegungskompetenz beschreiben zu können, finde ich es wichtig, alle Positionen und den Weg zu diesen hin abbilden zu können. Die Kinästhetik bietet den Blickwinkel dazu. Dieser ist jetzt im Standard festgehalten.

**KNOBEL:** Du hast gesagt, dass es nicht ganz einfach war, dies einzubringen. Hängt das damit zusammen, dass es zu den Wirkungszusammenhängen rund um die Individualentwicklung noch relativ wenige Studien gibt?

**PÜTTJER:** Ja, aber trotzdem konnten Ute Becker und ich gut argumentieren. Und so fanden der selbstständige Lagewechsel und die vertikale Fortbewegung bis ins Sitzen als wichtige Perspektiven ihren Platz im Standard. Das brauchte zwar viel Überzeugungsarbeit. Wir konnten aber glaubhaft darstellen, dass das «Halten» einer selbstständigen Position die Vorarbeit der Fortbewegung in diese Position braucht.

**KNOBEL:** Die Idee, die in der Kinästhetik mit dem Modell der Hierarchie der Kompetenzen beschrieben wird, hat zumindest ansatzweise Aufnahme in den Standard gefunden. Herzliche Gratulation!

**PÜTTJER:** Vielen Dank. Die Kinästhetik stellt Kriterien zur Erfassung der Bewegungskompetenz zur Verfügung. Wir können genau beschreiben, wie man die Kompetenzen in tiefen Positionen erwerben und entwickeln kann. Und wir können einschätzen, wie gut eine Person in der Lage ist, die Spannung auf- und abzubauen oder die Arme und Beine gezielt zur Gewichtskontrolle einzusetzen.

**KNOBEL:** Nun ginge es darum, diese kinästhetischen Kriterien auch zu verbreiten.

**PÜTTJER:** Die Expertenstandards werden in der Regel nach etwa acht Jahren überarbeitet. Der Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege ist nun fünf Jahre alt. Wir haben also noch Zeit, um die wichtigsten Kriterien der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Die Hierarchie der Kompetenzen, die du erwähnt hast, ist natürlich ein wunderbares Instrument. Die Chance, dass diese kinästhetischen Kriterien und Perspektiven in eine Überarbeitung einfließen können, steigt, wenn wir diese veröffentlichen.

**KNOBEL:** Das Wissen und Können der Kinästhetik könnte den PraktikerInnen helfen, die geforderte Kompetenz in den Standards zu konkretisieren.

**PÜTTJER:** Genau. Hier ist im Standard Folgendes formuliert: «Darüber hinaus benötigt die Pflegefachkraft umfangreiches Fachwissen zum Themenkreis Mobilität und Mobilitätsförderung. Dieses Wissen umfasst [...] Möglichkeiten, den Bereich der Alltagshandlungen so zu organisieren, dass sie die zur Erhaltung und Förderung der Mobilität erforderlichen Fähigkeiten aktivieren, den angemessenen Umgang mit Hilfsmitteln und die Überprüfung der Maßnahmen auf ihre Wirkung (z. B. Antirutschmatten, Rutschbretter, Block zum Höhenausgleich bei kleinen Menschen, denen der Bodenkontakt mit den Füßen fehlt)» (DNQP 2020, S. 30). Hier gilt es, in Zukunft genauer zu beschreiben, was damit gemeint ist und was aus kinästhetischer Perspektive dazugehört. Was mir in dieser Arbeit klar wurde, ist die Tatsache, dass die analytischen Fähigkeiten, die man mit Kinästhetik erlernen kann, eine gute Vorbereitung dafür sind, Menschen individuell zu beraten. Es wird möglich, nicht nur allgemeine, sondern ganz gezielte Unterstützungsideen darzustellen, die auf den jeweiligen Menschen abgestimmt sind.

**KNOBEL:** Dies ist sicherlich im häuslichen Bereich und in der Langzeitpflege wichtig.

**PÜTTJER:** Ja, denn es geht eben nicht nur darum, dass man mit den Menschen ein Sportprogramm durchführt, sondern dass man sie ganz gezielt bei den Kleinigkeiten im Alltag unterstützen kann. Dabei geht es nicht um ein allgemeines Problem, sondern um die

Bewältigung ihrer ganz individuellen Herausforderungen. Das können auf den ersten Blick eher banal erscheinende Themen sein: Wie kann ich mich mit viel weniger Aufwand zur Seite drehen? Oder: Wie bringe ich meine Beine auf dem Weg vom Sitzen am Bettrand ins Liegen ohne viel Kraftaufwand ins Bett hinein?

**KNOBEL:** Du hast auch an der Überarbeitung des Expertenstandards «Sturzprophylaxe in der Pflege» mitgearbeitet?

**PÜTTJER:** Ja, das war zwei Jahre später. Ich habe mich wieder beworben, um meine Kinästhetikexpertise in die Arbeit einzubringen. Interessant war, dass man in der Bewerbung auch Publikationen nachweisen musste. Da konnte ich auf meine zwei Artikel in der LQ verweisen. Die Überarbeitung hat dann online, mitten in der Coronapandemie stattgefunden

**KNOBEL:** War diese elektronische Arbeitsform eine Folge von Corona?

**PÜTTJER:** In der Coronazeit hat man gelernt, wie man online arbeiten kann. Aber das war bei der Komplexität der Themen nicht immer einfach. Es ist eine sehr ermüdende Sache, wenn man acht Stunden online hoch konzentriert arbeiten muss.

In diesen fachlichen Diskussionen hier hat sich die Idee durchgesetzt, dass man die Einschätzung der individuellen Situation nicht nur standardisierten Erfassungsinstrumenten überlassen kann. Die Fachlichkeit der Pflegenden kann viel besser helfen, den Menschen ganz zu erfassen. Die biopsychosoziale Einheit Mensch und das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen mit der Vielfalt an Wirkungszusammenhängen kann eben mit einem Fragebogen relativ schlecht erfasst werden.

**KNOBEL:** So konntet ihr eure Perspektiven wieder in die Diskussion einbringen?

**PÜTTJER:** Ja, es begann damit, dass es unterschiedliche Auffassungen gab, welche Pflegenden die Sturzprophylaxe bei PatientInnen oder BewohnerInnen gestalten dürfen. Die WissenschaftlerInnen plädierten dafür, dass es dazu mindestens einen akademischen Grad benötigt.

**KNOBEL:** Die AkademikerInnen sind ja meistens gar nicht am Pflegebett.

**PÜTTJER:** So sehe ich es nicht. Es gab in den letzten Jahren mehr akademisierte Pflegefachkräfte, die in der direkten Versorgung der PatientInnen arbeiten. Aber es ist so, dass viele am Pflegebett tätige Pflegenden über sehr niedrigere Ausbildungsgrade verfügen.

**KNOBEL:** Wenn es in diese Richtung geht, dass akademisierte Fachkräfte verstärkt am Pflegebett tätig sind, bin ich froh. Denn wenn die bestausgebildeten Pflegekräfte nicht mehr in der Praxis sind, ist das vergleichbar damit, als würde der Chefarzt der Chirurgie sagen: «Ich kann leider nicht mehr operieren, weil ich die Operationen planen und überwachen muss.» Die bestausgebildeten Pflegenden sollten in den Pflegesituationen eingesetzt werden, die am anspruchsvollsten sind. Nur durch die direkte Interaktion und das Erkennen der individuellen Situation kann man auch die individuelle Pflege planen.

**PÜTTJER:** Das ist so – oder besser: das wäre wünschenswert. Ich bin der Meinung, dass es einen breiten gesellschaftlichen Diskurs braucht, wie das Bild einer Pflegefachkraft in der Öffentlichkeit dargestellt wird und wie wir als Pflegenden unseren Beruf nach innen und außen mit all unserer Fachlichkeit vertreten. Da liegt noch viel berufspolitische Arbeit vor uns.

Aber leider funktioniert das in der Praxis noch immer anders. Diejenigen Pflegenden, die in der Langzeitpflege am meisten mit PatientInnen arbeiten, sind jene mit der geringsten Ausbildung. Ich bin sicher, dass das ein Fehler ist, wenn man das Potenzial der Bewegungsentwicklung der zu pflegenden Menschen ausschöpfen will. Da können wir nicht direkt etwas verändern. Aber es gibt ja genügend Institutionen, in denen das nicht so ist. Ein Beispiel ist die Pflegeeinrichtung in Furth im Wald, wo das ganz anders gelebt wird.

**KNOBEL:** Wie hat sich die Diskussion entwickelt, wer letztlich die Sturzprävention gestalten darf?

**PÜTTJER:** In der Präambel des Expertenstandards Sturzprophylaxe steht: «Da jedoch im Jahr der Aktualisierung des Expertenstandards 2022 bis auf weiteres kaum von einem Qualifikationsmix größeren Ausmaßes in den unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis ausgegangen werden kann, wird keine weitere Differenzierung der Aufgaben nach Qualifikationsstufen vorgenommen» (DNQP 2022, →



**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2020):** Expertenstandard nach § 113a SGB XI «Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege». Aktualisierung 2020. Abschlussbericht. 30. Oktober 2020 (redigierte Fassung vom 19.11.2020). Osnabrück: DNQP.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2022):** Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2022 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP.

**Medizinischer Dienst Bund (2024):** Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem IX. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: KÖR. [www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/01\\_Pflegebegutachtung/240112\\_BRi\\_Pflegeutachtung\\_21122023.pdf](http://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/01_Pflegebegutachtung/240112_BRi_Pflegeutachtung_21122023.pdf) (Zugriff: 15.12.2025).



**ANTJE PÜTTJER** ist von Beruf Fachkrankenschwester für Pflege, Praxisanleiterin, Pflege- und Gesundheitsberaterin und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3 für Infant Handling. Sie arbeitet als Kinaesthetics-Trainerin an der Akademie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) an den beiden Standorten Kiel und Lübeck in der Abteilung Fort- und Weiterbildung.

S. 21). Die Pflegeplanung bleibt bei den dreijährig examinierten Pflegefachkräften hinsichtlich Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte (PflBG §4 Abs.2).

**KNOBEL:** Wichtig ist auch die Idee, dass Fortbewegung in tiefen Positionen einen großen Beitrag leistet, um die Bewegungsmöglichkeiten zu erweitern. Wird dieser Idee im Expertenstandard ebenfalls Rechnung getragen?

**PÜTTJER:** Man hat die Definition des Sturzes schon in der ersten Aktualisierung angepasst. Es heißt nun: «Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt» (DNQP 2022, S. 20). Nun kann man auch in einen Stuhl stürzen. Das führt zu einem viel differenzierteren Verständnis des Themas. Denn Stürzen hat etwas mit dem Verlust der Gewichtskontrolle in jeder Position zu tun. Die Pflege kann viel dazu beitragen, dass aus einem Stürzen ein Fallen entstehen kann. Wichtig ist, dass die Pflegenden in der Lage sind, die Situation individuell zu beurteilen, was an einem Beispiel erläutert werden soll, das nicht direkt mit dem Thema Sturz zu tun hat. Ich hatte vor kurzem eine Diskussion mit einem Professor für Neurologie. Er fragte mich, was ich aus kinästhetischer Sicht in folgender Situation vorschlagen würde: Einer seiner Patienten mit Parkinson habe sehr große Schwierigkeiten, beim Loslaufen den ersten Schritt vorwärts zu machen. Ich sagte zu ihm, dass er einfach mal probieren soll, mit ihm zuerst einen Schritt seitwärts zu gehen. Er war ganz erstaunt und probierte es aus. Und siehe da – er bemerkte, dass die Gewichtsverlagerung seitwärts tatsächlich einfacher sein kann. Das ist ein Beispiel, dass die Pflegenden eben in der Lage sein müssen, die Situation individuell zu beurteilen. Und natürlich würde ich mit dieser Person versuchen, in tiefen Positionen die Fortbewegung zu verfeinern.

**KNOBEL:** Nun sind einige der kinästhetischen Ideen in die Expertenstandards eingeflossen. Wie aber gelingt es, dass das kinästhetische Wissen und Können gezielt und bewusst in die praktische Umsetzung der Standards einfließen kann?

**PÜTTJER:** Es geht darum, dass wir Kinaesthetics-TrainerInnen die Expertenstandards kennen und aufzeigen können, wie die Kinästhetik-Kompetenz der Pflegenden und die

Ideen der Kinästhetik einen Beitrag zur praktischen Umsetzung leisten können. Das zeigt sich zum Beispiel im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Die Worte «sich positionieren» und «Positionsunterstützung» sind in den Expertenstandard eingeflossen. Nun geht es darum, dass die Pflegenden das Wissen und Können auch tatsächlich im Pflegealltag einbringen.

**KNOBEL:** Wie wird geprüft, ob die Expertenstandards umgesetzt werden?

**PÜTTJER:** Da sehe ich eine große Lücke. Man muss nur nachweisen, dass man eine Schulung zum Expertenstandard gemacht hat. Wie er umgesetzt wird und was der Outcome ist, wird aber nicht beobachtet oder erfasst. Powerpoint-Präsentationen und Checklisten führen nicht zur notwendigen Kompetenz. Die Expertenstandards können auch so umgesetzt werden, dass die Menschen weiterhin in die Abhängigkeit gepflegt werden. Aber da liegt auch eine wichtige Aufgabe der Kinästhetik: Wir können die Entwicklung dahingehend unterstützen, dass mehr Lebensqualität entsteht, weil wir die Standards in der individuellen Situation mit konkretem Inhalt füllen können. Und zwar mit einem Inhalt, welcher der unterstützten Person die Erfahrung von Wirksamkeit und Autonomie ermöglicht. Das leistet einen Beitrag zu mehr Selbstständigkeit.

**KNOBEL:** Und – bist du bereit, auch weiterhin an diesen Expertenstandards mitzuarbeiten?

**PÜTTJER:** Gerne. Ich bin fasziniert von dieser Arbeit, konnte einen Beitrag dazu leisten und habe sehr viel dabei gelernt.

**KNOBEL:** Liebe Anke – herzlichen Dank für das interessante Interview! ●



# LQ



**kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität**

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter [www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net) oder per Post

verlag lebensqualität  
nordring 20  
ch-8854 siebnen

[verlag@pro-lq.net](mailto:verlag@pro-lq.net)  
[www.verlag-lq.net](http://www.verlag-lq.net)  
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



## Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Geschenkabonnement für:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_