



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

**Methodisches Vorgehen
zur Entwicklung, Einführung
und Aktualisierung von
Expertenstandards in der Pflege**

Stand März 2011

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Doris Schiemann

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher,
Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann;
Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Dipl.-Geograph Jan Kolja Paulus
Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 19 40 · 49009 Osnabrück

Tel.: (05 41) 9 69-20 04 · Fax: (0541) 9 69-29 71
E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: <http://www.dnqp.de>

Osnabrück, März 2011

Inhaltsverzeichnis

	Präambel	1
1	Stufen und Verfahrensschritte zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege	5
1.1	Themenfindung	5
1.1.1	Einschätzung der Themenrelevanz	5
1.1.2	Beschluss des Lenkungsausschusses	6
1.2	Bildung unabhängiger Expertenarbeitsgruppen	6
1.2.1	Ausschreibung und Berufung der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe	6
1.2.2	Ausschreibung und Gewinnung von Fachexperten und -expertinnen	7
1.3	Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs	8
1.3.1	Eingrenzung und Spezifizierung des Themas	8
1.3.2	Erstellung der Literaturstudie und Bewertung des Wissensstands	8
1.3.3	Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs	10
1.3.4	Kommentierung der Kriterienebenen des Expertenstandards	11
1.4	Konsensus-Konferenzen	11
1.4.1	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit	11
1.4.2	Vorbereitung der Konferenzteilnehmer und -teilnehmerinnen	12
1.4.3	Konferenzdurchführung und Konsentierung des Expertenstandards	12
1.4.4	Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Erarbeitung der abschließenden Version des Expertenstandards	13
1.5	Modellhafte Implementierung	13
1.5.1	Auswahl der Einrichtungen für die modellhafte Implementierung	13
1.5.2	Bildung einer Projektgruppe und wissenschaftliche Begleitung der Kooperationseinrichtungen	14
1.5.3	Standardeinführung nach dem Phasenmodell	15
1.5.4	Auswertung der Implementierungsergebnisse und Diskussion im Rahmen eines Netzwerk-Workshops	18
1.5.5	Abschließende Buchveröffentlichung und weitere Verbreitung	18

1.6	Aktualisierung der Expertenstandards	19
1.6.1	Einberufung und Ergänzung der Expertenarbeitsgruppe	19
1.6.2	Erstellung einer neuen Literaturstudie	20
1.6.3	Anpassung des Expertenstandards an den aktuellen Wissensstand	20
1.6.4	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit	20
1.6.5	Erarbeitung der abschließenden Version des aktualisierten Expertenstandards	20
1.6.6	Veröffentlichung und Verbreitung der aktualisierten Fassung	21
2	Ausblick: Weitere Schritte zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege	22
3	Finanzierung der Expertenstandards	24
	Literaturverzeichnis	25
	Mitglieder des DNQP - Lenkungsausschusses	31

Präambel

Zielsetzung, Aufbau und Arbeitsweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Pflegefachleuten, die sich auf Praxis- und Wissenschaftsebene mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Übergreifende Zielsetzung des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. Die Hochschule Osnabrück hat 1992 mit dem Aufbau des Netzwerks begonnen und konnte dabei auf die eigenen grundlegenden Erfahrungen und den Wissensvorsprung der europäischen Partnerorganisationen aus dem Europäischen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (EuroQUAN) zurückgreifen (Verpleegkundig Weetenschappelijke Raad 1992; Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück 1992, RCN 1994, Schieman & Moers 2011).

Seit 1999 arbeitet das DNQP in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) an der Entwicklung und Einführung evidenzbasierter Expertenstandards, die für alle Aufgabenfelder der professionellen Pflege als richtungweisend anzusehen sind. Die Arbeit des DNQP wurde zwischen 1999 und 2008 finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Ein wichtiger Anstoß für die Projektförderung von Expertenstandards auf nationaler Ebene war der Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz der Länder (GMK) von 1999 über „Ziele einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“¹.

Die Förderung des BMG (2000 bis 2009) umfasste die Entwicklung und modellhafte Implementierung von Expertenstandards zu den Themen

- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2004a),
- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004b),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“ (DNQP 2005),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2006),
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007a),
- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2009a) sowie
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2010a).

Bis 2009 konnten diese sieben Expertenstandards entwickelt, konsentiert und modellhaft implementiert werden. Mit der regelhaften Aktualisierung der Expertenstandards hat das DNQP 2008 begonnen. Aktualisiert wurden 2008 der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009b) und 2010 der Expertenstandard „Dekubituspro-

¹ Ziel 2: Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards für die Qualitätsentwicklung nutzen (Gesundheitsministerkonferenz 1999, S. 10f)

phylaxe in der Pflege“ (DNQP 2010b). Mit der Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“ wurde 2010 begonnen. Die Aktualisierungen werden fortlaufend weitergeführt.

Das DNQP setzt sich zusammen aus aktiven Netzwerkern aus Pflegepraxis und -wissenschaft, kooperierenden Einrichtungen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten und einem Kern von verantwortlichen Akteuren. Dieser besteht aus:

- der wissenschaftlichen Leitung und einem wissenschaftlichen Team an der Hochschule Osnabrück mit einer Geschäftsstelle;
- einem Lenkungsausschuss zur inhaltlichen Steuerung des DNQP, dessen Mitglieder aus unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflegepraxis, -wissenschaft und -lehre kommen. Bei Ausscheiden von Mitgliedern oder bei notwendigen Erweiterungen werden neue Mitglieder mit ausgewiesener Expertise in der Entwicklung und Implementierung von Expertenstandards vom Lenkungsausschuss berufen;
- zeitlich begrenzten Arbeits- und Projektgruppen zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards und zukünftig weiterer Qualitätsinstrumente.

Die Arbeitsweise des DNQP ist projektorientiert. Jeder Expertenstandard wird mit je eigenen, themenspezifischen Projektgruppen erarbeitet, die vom wissenschaftlichen Team koordiniert werden. Die Arbeitsergebnisse werden in Konsensus-Konferenzen, Netzwerk-Workshops und DNQP-Veröffentlichungen diskutiert, konsentiert und verbreitet.

Durch das Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1. Juli 2008 wurden Expertenstandards zu gesetzlich vorgesehenen Instrumenten zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind nunmehr verpflichtet, Expertenstandards nach §113a SGB XI anzuwenden. In der Zukunft haben die Vertragspartner im SGB XI die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter Expertenstandards sicherzustellen. Die für diesen Zweck erarbeitete Verfahrensordnung ist in weiten Teilen an das in diesem Papier dargelegte methodische Vorgehen bei der Entwicklung und Einführung von Expertenstandards durch das DNQP angelehnt und stellt somit sicher, dass auch in Zukunft die Entwicklung von Expertenstandards auf hohem wissenschaftlichen Niveau erfolgt und die Transparenz der einzelnen Verfahrensschritte gegenüber der Fachöffentlichkeit gewährleistet ist.

Als weiterer Schritt der institutionellen Verankerung der Qualitätsentwicklung in der Pflege steht jedoch eine entsprechende Regelung für den Bereich des SGB V noch aus. Daher hält das DNQP an der Notwendigkeit fest, Expertenstandards in der Pflege zu entwickeln, die setting- und sektorenübergreifend das pflegerische Leistungsniveau zu relevanten Fragen bestimmen. Darüber hinaus sieht das DNQP großen Bedarf, das methodische Vorgehen zur Entwicklung und Implementierung von Expertenstandards weiterzuentwickeln und das Spek-

trum wissenschaftlich erprobter und wirksamer Qualitätsinstrumente in der Pflege zu erweitern, z. B. durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets auf der Grundlage von Expertenstandards für spezifische Versorgungsbereiche, um nachhaltig an den Erfahrungen des Auslands anknüpfen zu können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005; Schiemann & Moers 2005, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009). Mit dem Generalindikator „Dekubitusprophylaxe“ (BQS 2005, 2006; AQUA-Institut 2010) ist hier ein erster Schritt getan. Entsprechend den internationalen Regeln zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen ist eine enge Anbindung an die Schlüsselinstrumente Leitlinie oder Expertenstandard zu dem jeweiligen Themenschwerpunkt anzustreben (CBO 2002; Mainz 2003; Reiter et al. 2008; Schiemann & Moers 2011).

Zur qualitätsmethodischen Einordnung von Expertenstandards

Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt. Expertenstandards geben die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner-/Bewohnerinnenversorgung vor. Sie erheben den Anspruch, wirksame Instrumente der Qualitätsentwicklung zu sein und durch aktiven Theorie/Praxis-Transfer zur Entwicklung und Professionalisierung der Pflegepraxis beizutragen. In diesem Kontext kommt der Tatsache, dass die Qualitätsziele in Form von Standards und Kriterien von der Berufsgruppe selbst definiert werden, zentrale Bedeutung zu (Moers & Schiemann 2004; Schiemann & Moers 2005).

Der Begriff „Standard“ entstammt der internationalen Diskussion der WHO, dem ICN und EuroQUAN. Er reflektiert den verbindlichen und weitgehenden Auftrag, der mit diesem Instrument verbunden ist (u. a. RCN 1990; ICN 1991; RCN 1994; ICN 2004). Pflegestandards geben die Zielsetzung und das Qualitätsniveau komplexer pflegerischer Aufgaben, sowie Handlungsspielräume und -alternativen vor und eignen sich für Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil. Sie sind daher nicht mit Handlungsrichtlinien (procedures) zu verwechseln, die auf genaue Beschreibungen von Handlungsabläufen, technischen Anweisungen oder Anweisungen zur Hygiene ausgerichtet sind (Schiemann 1993, Schiemann & Moers 2011).

Neben ärztlichen Leitlinien und den Qualitätsinstrumenten anderer Berufsgruppen bieten die Expertenstandards eine gute Voraussetzung für die interprofessionelle Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Evidenzbasierte Pflegestandards und evidenzbasierte ärztliche

Leitlinien mit dem gleichen Themenschwerpunkt sind dabei keine miteinander konkurrierenden Instrumente, sondern ergänzen sich weitgehend. Dies lässt sich beispielhaft an der Entwicklung von patienten-/patientinnenorientierten Behandlungs- bzw. Versorgungspfaden aufzeigen. Hier besteht die Notwendigkeit, die für den therapeutischen Erfolg optimale Abfolge, z. B. ärztlicher, pflegerischer, physiotherapeutischer und hauswirtschaftlicher Leistungen, für einzelne Zielgruppen oder Behandlungsanlässe festzulegen und darüber hinaus die jeweiligen inhaltlichen Beiträge der beteiligten Berufsgruppen auf der Grundlage anerkannter Leitlinien und Standards zu definieren. Die intra- und interprofessionelle Akzeptanz von Leitlinien und Standards hängt weitgehend von deren Qualität, z. B. dem Evidenznachweis und der Verständlichkeit, der Transparenz ihres Zustandekommens und ihrer Implementierbarkeit ab (vgl. Selbmann & Kopp 2005; Schiemann & Moers 2011).

Die Expertenstandards des DNQP werden in einem sechsstufigen Prozess entwickelt, konsentiert, modellhaft implementiert und aktualisiert. Das qualitätsmethodische Vorgehen stützt sich auf international anerkannte Regeln der Standard- und Leitlinienentwicklung und wird kontinuierlich auf der Grundlage von eigenen Erfahrungen sowie Weiterentwicklungen in der Qualitätsmethodik aktualisiert. Das hier vorliegende Methodenpapier stellt eine Weiterentwicklung des Leitfadens des DNQP aus dem Jahre 2002 und des bisherigen Methodenpapiers aus dem Jahre 2007 dar. Es beruht auf einer Auswertung der Erfahrungen mit der Entwicklung und modellhaften Implementierung der ersten sieben Expertenstandards in den Jahren 1999 bis 2008 sowie einer Analyse der aktuellen qualitätsmethodischen Literatur (AWMF & ÄZQ 2001; Europarat 2002; Grypdonck 2004; ICN 2004; Lauterbach & Schrappe 2004; Schiemann & Moers 2004b; AWMF & ÄZQ 2005; IQWIG 2008; Schiemann & Moers 2005; Schiemann & Moers 2006; BÄK, AWMF & KBV 2010; SIGN 2008; NICE 2009). Eingeflossen sind zudem die Erfahrungen aus den regelhaften Aktualisierungen der Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009b) und „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2010b).

1 Stufen und Verfahrensschritte zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege

Das methodische Vorgehen zur Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege umfasst sechs Stufen mit jeweils eigenen Verfahrensschritten. Die Koordination der Entwicklung und Einführung liegt beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Das wissenschaftliche Team des DNQP erstellt zu Beginn der jeweiligen Standardentwicklung einen detaillierten Zeit- und Ablaufplan, an dem sich das gesamte Verfahren orientiert. Das methodische Vorgehen umfasst die Stufen: Themenfindung, Bildung einer Expertenarbeitsgruppe, Erarbeitung eines Expertenstandard-Entwurfs, Konsensuskonferenz, modellhafte Implementierung und regelmäßige Aktualisierung.

1.1 Themenfindung

Für die Themenfindung stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Vorschläge zu Themen für Expertenstandards können von Angehörigen der Berufsgruppe ebenso formuliert und eingebracht werden wie durch andere Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Eingehende und vorliegende Vorschläge werden vom wissenschaftlichen Team des DNQP aufbereitet, bevor der Lenkungsausschuss des DNQP entscheidet, ob es zur Entwicklung eines neuen Expertenstandards kommt. Für den Entscheidungsprozess im Lenkungsausschuss sind pflegeepidemiologisch relevante Qualitätsrisiken von maßgeblicher Bedeutung. Die Pflegemaßnahmen, zu denen Expertenstandards entwickelt werden, müssen komplex und interaktionsreich sein, um zur Pflegeentwicklung beitragen zu können.

Das DNQP befasst sich primär mit Versorgungssektoren übergreifenden Themen, von deren Einführung sich eine erhebliche Qualitätssteigerung der Pflegepraxis erwarten lässt, da diese auf andere Bereiche ausstrahlen und auch untereinander zu Synergieeffekten führen. Darüber hinaus sind für spezifische Versorgungsbereiche zusätzliche Expertenstandards erforderlich (z. B. für die Versorgung kranker Kinder und ihrer Eltern oder die psychiatrische Versorgung), deren Bearbeitung noch aussteht, aber für die Zukunft geplant ist.

1.1.1 Einschätzung der Themenrelevanz

Der Themenfindung geht eine Literaturrecherche zur pflege- und gesundheitspolitischen Relevanz voraus. Dabei wird gezielt nach Literatur gesucht, um die Relevanz des Themas für die hiesige Situation einschätzen zu können. Weiterhin findet eine orientierende Recherche zur Literaturlage in Bezug auf pflegerische Assessments und Interventionen statt, insbesondere zum Vorhandensein von nationaler und internationaler Forschungsliteratur sowie von Leitlinien, um entscheiden zu können, ob ausreichend literaturgestütztes Wissen zu einem Thema zu erwarten und auch, ob genügend pflegewissenschaftliche Kompetenz zur

Entwicklung und Verbreitung eines Expertenstandards im deutschsprachigen Raum zu finden ist.

1.1.2 Beschluss des Lenkungsausschusses

Die Themen und die Reihenfolge ihrer Bearbeitung werden vom Lenkungsausschuss des DNQP nach ausführlicher Diskussion unter Beachtung der pflegerischen Relevanz sowie der Machbarkeit beschlossen.

1.2 Bildung unabhängiger Expertenarbeitsgruppen

Zu jedem Standardthema wird eine Expertenarbeitsgruppe gebildet, die in ihrer Arbeit vom wissenschaftlichen Team des DNQP unterstützt wird. Eine Expertenarbeitsgruppe besteht aus acht bis zwölf Mitgliedern und kommt in der Regel zu drei bis vier Sitzungen zusammen. Sie ist monodisziplinär zusammengesetzt und besteht zu etwa gleichen Teilen aus Mitgliedern der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft mit ausgewiesener Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards. Um ihre Mitwirkung gebeten werden außerdem Patienten/Patientinnenvertreter und/oder Vertreter und Vertreterinnen des Verbraucherschutzes. Im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hat es sich bewährt, je nach Thema Fachexperten und -expertinnen aus anderen Berufsgruppen in beratender Funktion hinzuzuziehen. Die Aufgabe der Expertenarbeitsgruppe besteht in der Bewertung des durch eine Literaturstudie zusammengestellten Erkenntnisstandes zum Standardthema und der Erarbeitung eines ersten Entwurfs des Expertenstandards.

1.2.1 Ausschreibung und Berufung der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe

Zur Gewinnung der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe erfolgt eine öffentliche Ausschreibung. Bewerben können sich in Wissenschaft und Praxis für das Thema ausgewiesene und anerkannte Personen. Die Auswahl und Benennung der wissenschaftlichen Leitung erfolgt durch den Lenkungsausschuss des DNQP. Kriterien für die Auswahl sind, neben einer ausgewiesenen Fachexpertise, die Erfahrung in der Leitung wissenschaftlicher Projekte und die Zustimmung zum methodischen Vorgehen des DNQP. Zudem werden durch den Lenkungsausschuss auch die Fähigkeiten der entsprechenden Person berücksichtigt, die Beratungen der Expertenarbeitsgruppe zu einem den hohen methodischen und inhaltlichen Anforderungen entsprechenden Ergebnis zu führen. Die wissenschaftliche Leitung ist verantwortlich für das wissenschaftliche Niveau des Expertenstandards, der Kommentierung, der Literaturstudie sowie für die Berücksichtigung der Bedingungen der Praxis. Vor Beginn der Tätigkeit als wissenschaftliche Leitung einer Expertenarbeitsgruppe sind durch die benannte Person mögliche Interessenskonflikte gegenüber dem DNQP offen zu legen.

Nicht zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Leitung gehört die Moderation und Koordination der Arbeitssitzungen der Expertenarbeitsgruppen und der schriftlichen Abstimmungsprozesse im Rahmen der endgültigen Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs. Diese wird durch die wissenschaftliche Leitung, das wissenschaftliche Team und den Lenkungsausschuss des DNQP sichergestellt. Durch dieses Verfahren wird gewährleistet, dass bei der Entwicklung der Expertenstandards trotz wechselnder Experten und Expertinnen die methodischen Grundsätze berücksichtigt und angewandt werden.

1.2.2 Ausschreibung zur Gewinnung von Fachexperten und -expertinnen

In einer öffentlichen Ausschreibung in Fachpresse und Internet werden Experten und Expertinnen durch das DNQP zur Bewerbung für die Mitarbeit in der Expertenarbeitsgruppe und Darlegung ihrer praktischen bzw. wissenschaftlichen Expertise zum Themengebiet aufgefordert. Da für die Glaubwürdigkeit der Experten und Expertinnen die Transparenz über mögliche Beeinflussungen ihrer Arbeit von maßgeblicher Bedeutung ist, wird zudem um die Offenlegung etwaiger Verbindungen zur Industrie, anderen Interessensverbänden oder anderer möglicher Interessenskonflikte gebeten.

Die Arbeitsgruppe wird – mit Ausnahme der Vertreter und Vertreterinnen der Nutzer- und Patientenorganisationen – monodisziplinär gebildet. Kriterien für eine Berufung sind themenrelevante

- Fachveröffentlichungen und -vorträge,
- Fachweiterbildungen bzw. wissenschaftliche Qualifikationen,
- berufliche Aufgabenschwerpunkte und
- die Beteiligung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten.

Neben der spezifischen Expertise zum Thema, der Unabhängigkeit von institutionellen oder ökonomischen Interessen und dem ausgewogenen Verhältnis von Pflegewissenschaft und -praxis werden bei der Zusammensetzung der Expertenarbeitsgruppe Wert auf eine Beteiligung von Experten und Expertinnen aus den drei Settings Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege gelegt sowie die unterschiedlichen Aufgabenfelder der Pflege wie Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege berücksichtigt. Von Vorteil sind Erfahrungen mit der Einführung und Anwendung von Expertenstandards. Das Auswahlverfahren wird gemeinsam vom wissenschaftlichen Team des DNQP und der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe unter Einbeziehung des Lenkungsausschusses durchgeführt.

1.3 Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs

Die Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt arbeitsteilig zwischen Expertenarbeitsgruppe, wissenschaftlichem Team und Lenkungsausschuss des DNQP. Generell gilt, dass die Expertenarbeitsgruppe für die inhaltlichen Aussagen zum jeweiligen Thema zuständig ist, während das wissenschaftliche Team des DNQP die Verantwortung für die Methodik übernimmt.

Diskussionsprozesse und Konsensfindung in der Expertenarbeitsgruppe werden soweit formalisiert, wie es zum Erreichen eindeutiger Voten notwendig ist. So werden von den Expertenarbeitsgruppen-Sitzungen Protokolle zur Transparenz der Zielsetzungen, Vorgehensweisen, Abstimmungsverfahren und Ergebnisse erstellt. Die Moderation der Arbeitsgruppensitzungen erfolgt durch ein Mitglied des Lenkungsausschusses oder des wissenschaftlichen Teams. Grundsätzlich wird ein Konsens angestrebt und als solcher ausgewiesen. Sollte dieser nicht zu erzielen sein, erfolgt ein Mehrheitsbeschluss. Die Begründungen für das Mehrheits- und Minderheitsvotum werden im Protokoll festgehalten und in geeigneter Form im weiteren Konsentierungsverfahren dargestellt.

1.3.1 Eingrenzung und Spezifizierung des Themas

Der zur Bearbeitung anstehende komplexe Themenschwerpunkt wird vor dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen in Absprache mit Lenkungsausschuss und wissenschaftlichem Team des DNQP bei Bedarf eingegrenzt und spezifiziert. Dabei spielen Fragen nach besonders gefährdeten Risikogruppen, nach Reichweite und nach Umsetzbarkeit des künftigen Expertenstandards eine vorrangige Rolle. Eine erste Eingrenzung für die Literaturrecherche erfolgt durch die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe. Die Expertenarbeitsgruppe trifft im Rahmen der ersten Sitzung die abschließende Entscheidung.

1.3.2 Erstellung der Literaturstudie und Bewertung des Wissensstandes

Zur Identifikation und Aufbereitung der vorliegenden Evidenz zum Thema des Expertenstandards wird eine Literaturstudie durchgeführt, in der die relevanten Fragestellungen systematisch in den einschlägigen Datenbanken verfolgt werden. Die Suchstrategie wird detailliert beschrieben: sie umfasst die Suchbegriffe, Ein- und Ausschlusskriterien und die Quellen (z. B. elektronische Datenbanken wie CINAHL und MEDLINE und Datenbanken systematischer Übersichtsarbeiten wie Cochrane Library).

Die ein- und ausgeschlossenen Studien werden nach Studiendesign, Sample, Methodik und Ergebnissen tabellarisch aufgelistet. Der Evidenzgrad der eingeschlossenen Studien wird nach einer aktuellen international anerkannten Klassifikation deutlich gemacht, um die Transparenz zur Güte der vorhandenen Literatur zu erhöhen. Die methodische Bewertung und

Zusammenfassung der Studien erfolgt durch mindestens zwei unabhängig voneinander arbeitende Reviewer, während die inhaltliche Bewertung auf der Grundlage der Literaturstudie vorrangig der Expertenarbeitsgruppe obliegt. Beispiele für geeignete Klassifikationen von Evidenzgraden liegen von verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen und Arbeitsgemeinschaften vor. Dazu gehören die AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), das CEBM (Oxford-Centre for Evidenced Based Medicine), das SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) und GRADE (Workgroup for Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (AHCPR 1993; Atkins et al. 2005; Centre for Evidence Based Medicine 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008).

Da Studien mit qualitativem Forschungsdesign mit den genannten Instrumenten nur unzureichend bewertet werden können, sind andere Kriterien zur Bewertung dieser Studien anzuwenden, die vorrangig die Transparenz und Konsistenz der Datenerhebung und -auswertung fokussieren (Spencer et al. 2003; Behrens & Langer 2010; Dixon-Woods et al. 2004, NICE 2006, Flick 2007). Studien mit qualitativem Design finden in der Pflegewissenschaft besondere Beachtung, da viele der zu untersuchenden pflegerischen Interventionen komplexe, interaktionsreiche Handlungen darstellen, deren Effekte nur begrenzt mit quantitativen Forschungsmethoden erfasst werden können. Qualitative Forschungsdesigns sind häufig unerlässlich bei der Bewertung von Interventionen, da Handlungen und Wirkungen sich erst im Zusammenspiel von Setting, Qualifikation und Handlungsweise der Pflegefachkräfte, biographischer und sozialer Ausgangslage der Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen sowie des Krankheits- und Versorgungsverlaufs erschließen (vgl. Grypdonck 2004; Höhmann 2004; Wingenfeld 2004).

Die Expertenarbeitsgruppe erarbeitet auf der Grundlage der Literaturlauswertung Empfehlungen zu den zentralen pflegerischen Interventionen der Thematik, die im Rahmen eines Gruppenkonsenses verabschiedet und protokolliert werden. Die Empfehlungen werden in enger Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Expertenarbeitsgruppe als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert. Sie basieren auf dem evidenzbasierten Wissen der Literaturlauswertung und dem Expertenwissen. Das methodische Vorgehen des internen Konsentierungsprozesses in der Expertenarbeitsgruppe orientiert sich bei der Bewertung und Darstellung der Evidenz sowie der Ableitung von Empfehlungen unter Berücksichtigung von Evidenz und Experteneinschätzung an einem international anerkannten Verfahren (ÄZQ 2006; BÄK/AWMF/ÄZQ 2010). Anders als in der Leitlinienmethodik vorgesehen nimmt die Expertenarbeitsgruppe allerdings keine Graduierungsabstufung für Empfehlungen vor. Alle Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien haben im Sinne des besten verfügbaren Wissens einen höchstmöglichen Empfehlungscharakter. Dieses Vorgehen begründet sich darin, dass, im Unterschied zu Versorgungsleitlinien, das Ziel nicht in der Entwicklung einer Entscheidungshilfe für eine angemessene Vorgehensweise besteht, sondern in der Festlegung eines innerhalb der Berufsgruppe abgestimmten Leistungsniveaus, das nicht unterschritten werden darf.

Da derzeit bei weitem nicht für alle Fragestellungen relevante Studien vorliegen kommt der eigenständigen Bewertung der Sachlage durch die Expertenarbeitsgruppe hohes Gewicht zu. Die Aussagen der Experten und Expertinnen basieren sowohl auf der Bewertung der wissenschaftlichen Literatur als auch auf dem fachlichen und erfahrungsbezogenen Expertenurteil. Die in einem Gruppenkonsens entwickelten Kriterien des Expertenstandards sowie die von der Expertenarbeitsgruppe zu jedem Kriterium formulierten Kommentierungen stellen somit das beste verfügbare wissenschaftliche und praktische Wissen zum Thema dar.

Zur Vorbereitung der Veröffentlichung für die praktische und wissenschaftliche Arbeit mit dem Expertenstandard wird die Literaturlage zusammenhängend und allgemein verständlich dargestellt. Die Gliederung folgt dem Aufbau des Expertenstandards. Die methodische Bewertung der Literatur in tabellarischer Form wird auf der Webseite des DNQP zugänglich gemacht.

1.3.3 Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs

In der Präambel werden die spezifischen Bedingungen für die Umsetzung des jeweiligen Expertenstandards dargestellt und die Ziel- und Anwendergruppe des Expertenstandards definiert. Für jeden Expertenstandard ist eine Gesamtzielsetzung zu formulieren und zu begründen. Die Kriterien des Standards, die sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nach dem Kategorienmodell von Donabedian (1968) beziehen, sind festzulegen und stellen die konsentierten Empfehlungen der Expertenarbeitsgruppe dar. Zu den einzelnen Kriterienebenen erfolgt für die Praxis eine erklärende Kommentierung.

Die Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt auf Vorschlag des wissenschaftlichen Teams und in enger Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichem Team und Expertenarbeitsgruppe. Dem Lenkungsausschuss kommt bei der Formulierung eine beratende Funktion zu. An die Standardkriterien werden hohe Anforderungen gestellt. Sie sollen

- den aktuellen Stand des Wissens abbilden,
- trennscharf und messbar sein,
- verbindliche Maßnahmen, professionelle Gestaltungsspielräume und die verantwortlichen Akteure benennen,
- Kooperationsebenen mit anderen Berufsgruppen und Institutionen aufzeigen,
- Interdependenzen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sichtbar machen,
- konsequent an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen orientiert sowie
- praxistauglich sein.

Die Kriterienebenen des Expertenstandards bilden den gesamten Prozess von Risikoeinschätzung, Maßnahmenplanung, Information, Schulung und Beratung sowie Koordination, Durchführung und Evaluation von Interventionen zu einer Thematik ab. Die Formulierung der

Inhalte erfolgt weitgehend in einer Setting übergreifenden Form, um für alle Aufgabenfelder der Pflege als gleichermaßen verbindlich gelten zu können.

1.3.4 Kommentierung der Kriterienebenen des Expertenstandards

Eine hohe Bedeutung kommt den Kommentierungen der Expertenstandardkriterien zu. Sie dienen der Konkretisierung und Anpassung der Standardkriterien an spezifische Bedingungen in den verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis. Zudem enthalten sie weitergehende Informationen zu den einzelnen Standardkriterien und bieten die Möglichkeit, die besonderen Anforderungen in der Pflege besonderer Zielgruppen, z. B. in der Kinderkrankenpflege, zu berücksichtigen. Neben der Kommentierung dient die nach Evidenz bewertete Literaturstudie als Hilfestellung zum Verständnis und zur Einführung der Expertenstandards. Die Hilfestellungen durch Kommentierung und Literaturstudie sind erforderlich, da in den Expertenstandards nur in Ausnahmefällen konkrete Einzelinterventionen benannt werden. Dies wäre der Fall, wenn bestimmte Interventionen für alle in Frage kommenden Anwendungsfälle eindeutig empfohlen werden können, z. B. für die verbindliche Aussage im Prozesskriterium, bei akutem Schmerz ab einem festgelegten Wert der Selbsteinschätzung analgetische Maßnahmen einzuleiten.

1.4 Konsensus-Konferenzen

Zentrale Bestandteile des Konsentierungs-Verfahrens sind der strukturierte Fachdiskurs mit einer breiten Fachöffentlichkeit über den von einer Expertenarbeitsgruppe vorgelegten Expertenstandard-Entwurf, die Protokollierung der Ergebnisse zu den einzelnen Standardkriterien und die Erarbeitung einer abschließenden Version des Expertenstandards unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Fachdiskurses, der über die Durchführung von Konsensus-Konferenzen gewährleistet wird (u.a. Moers & Schiemann 2004; Schiemann & Schemann 2004; Schiemann & Blumenberg 2006; Schiemann & Moers 2006). Teilnehmer-/Teilnehmerinnenzahl und Setting werden so gestaltet, dass ein strukturierter Fachdiskurs zwischen Expertenarbeitsgruppe und Fachöffentlichkeit geführt werden kann.

1.4.1 Einbeziehung der Fachöffentlichkeit

Mit einer frühzeitigen Information der Fachöffentlichkeit über Themen und Termine von Konsensus-Konferenzen stellt das DNQP sicher, dass interessierte Fachpersonen und Institutionen aus den Pflegeberufen ausreichenden Vorlauf haben, ihre Mitwirkung zu planen und sich anzumelden. Darüber hinaus werden bestimmte Gruppen gezielt eingeladen. Dazu gehören:

- Personen aus Pflegepraxis und -wissenschaft mit besonderer Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards,
- Angehörige anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens mit besonderer Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards,
- Vertreter und Vertreterinnen von Verbraucherschutz- und Patientenverbänden und
- Vertreter und Vertreterinnen aus Gesundheitspolitik, Spitzenorganisationen und Fachverbänden des Gesundheitswesens.

1.4.2 Vorbereitung der Konferenzteilnehmer und -teilnehmerinnen

Alle angemeldeten Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten etwa vier Wochen vor der Konsensus-Konferenz Arbeitstexte zur persönlichen Vorbereitung. Diese enthalten neben Hinweisen zum Konzept, Ablauf und Programm der Konsensus-Konferenzen den Expertenstandard-Entwurf mit Präambel und die vorläufige Literaturstudie zum Standardthema.

1.4.3 Konferenzdurchführung und Konsentierung des Expertenstandards

Jede Konsensus-Konferenz wird moderiert durch ein Mitglied des DNQP-Lenkungsausschusses und gliedert sich in drei Abschnitte:

- Einführende Referate zur gesundheits- und pflegeepidemiologischen Relevanz des Themas sowie zum Vorgehen bei der Entwicklung des vorliegenden Expertenstandard-Entwurfs.
- Vorstellung, Erörterung und Konsentierung des Expertenstandard-Entwurfs:

Die Kriterienebenen des Expertenstandard-Entwurfs, bestehend aus je einem Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterium, werden von Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe vorgestellt und wissenschaftlich begründet. Zu jeder Kriterienebene erfolgt ein moderierter Fachdiskurs mit dem Plenum, in dessen Rahmen bestätigende oder abweichende Auffassungen von den Diskutanten dargelegt und erörtert werden. Fachleute anderer Berufsgruppen erhalten im Anschluss an die pflegfachliche Erörterung Gelegenheit zu Diskussionsbeiträgen aus ihrer fachlichen Sicht.

Der Konsentierungs-Vorgang endet mit der abschließenden Feststellung der Diskussionsergebnisse zur jeweiligen Kriterienebene einschließlich der vorgetragenen Kritikpunkte und Änderungswünsche. Der gesamte Konsentierungs-Vorgang wird auf Tonband aufgezeichnet und die Diskussionsbeiträge werden zusätzlich protokolliert. Die Konferenzteilnehmer und -teilnehmerinnen haben während der Konferenz die Möglichkeit, bei den Organisatoren schriftliche Anmerkungen einzureichen. Die Pro-

protokolle und schriftlichen Anmerkungen sind eine wichtige Grundlage für eine dezidierte Zusammenfassung der Konsentierungs-Ergebnisse. Diese werden dem Plenum zur abschließenden Bestätigung zum Ende der Veranstaltung vorgestellt. Die Bestätigung bezieht sich nicht auf den Wortlaut der Änderungen, sondern auf die Berücksichtigung der Inhalte von Änderungsvorschlägen.

- Stellungnahmen zum vorliegenden Standard-Entwurf und zum Verlauf und zu den Ergebnissen der Konsensus-Konferenz durch Spitzenorganisationen und Verbände des Gesundheitswesens sowie Verbraucherschutz- und Patientenverbände.

Für schriftliche Anmerkungen steht den Konferenzteilnehmern und -teilnehmerinnen darüber hinaus nach der Konsensus-Konferenz ein Zeitraum von vier Wochen zur Verfügung.

1.4.4 Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Erarbeitung der abschließenden Version des Expertenstandards

Die protokollierten und in Auszügen verschrifteten Tonbandaufzeichnungen der im Fachdiskurs erzielten Konferenzergebnisse und die Stellungnahmen werden gemeinsam von der Expertenarbeitsgruppe und dem wissenschaftlichen Team ausgewertet und fließen in die abschließende Version des Expertenstandards sowie der Kommentierung ein. Ausgewertet werden zudem die Rückmeldungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zur Evaluation der Konsensus-Konferenz. Nach Abstimmung ggf. notwendiger Änderungen zwischen Expertenarbeitsgruppe, wissenschaftlichem Team und Lenkungsausschuss des DNQP wird der Expertenstandard einschließlich der Präambel, der Kommentierungen zu den einzelnen Kriterienebenen sowie der Literaturstudie vom DNQP als Sonderdruck veröffentlicht.

1.5 Modellhafte Implementierung

Jeder Expertenstandard wird nach der Konsentierung modellhaft in ca. 25 unterschiedlichen Pflege- und Gesundheitseinrichtungen implementiert. Diese modellhafte Implementierung dient der Erprobung seiner Praxistauglichkeit. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse gewonnen werden, welche Voraussetzungen für die nachhaltige Einführung des Expertenstandards in stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern bedeutsam sind (u. a. Schiemann & Moers 2002). Zu diesem Zweck wurde ein standardisiertes Audit-Instrument entwickelt, das für die jeweiligen Expertenstandards spezifisch angepasst wird und auf der Homepage des DNQP frei verfügbar ist.

1.5.1 Auswahl der Einrichtungen für die modellhafte Implementierung

Die Auswahl geeigneter Einrichtungen für die modellhafte Implementierung erfolgt durch ein kriteriengeleitetes Bewerbungsverfahren und wird durch das wissenschaftliche Team des

DNQP vorgenommen. Angestrebt wird dabei eine ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten (Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege), ein breites Spektrum beteiligter Fachbereiche und Patienten/Patientinnen- und Bewohner/Bewohnerinnengruppen mit unterschiedlichen pflegerischen Bedarfslagen. Berücksichtigung finden darüber hinaus Gesichtspunkte regionaler Verteilung der Einrichtungen. Für die Auswahl der Einrichtungen sind folgende Strukturkriterien von maßgeblicher Bedeutung:

- hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode),
- Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung in der Pflege, z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (Dahlgaard & Schiemann 1996; Schiemann & Moers 2004a; Schiemann & Moers 2011),
- Vorhandensein eines betriebsweiten Qualitätsmanagements,
- Benennung einer eigenständigen Projektleitung für den Implementierungszeitraum mit entsprechender Erfahrung und Kompetenzen und die
- Bereitstellung personeller und zeitlicher Ressourcen für die Arbeit von Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten, zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte und das abschließende Audit.

Die Bewerbungen werden innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen nach der Konsensus-Konferenz zum Expertenstandard entgegengenommen. Aufrufe zur Bewerbung erfolgen im Rahmen der Konsensus-Konferenz, über die Fachpresse und über Berufsverbände. Alle interessierten Einrichtungen erhalten durch das vorliegende Methodenpapier und die Berichte abgeschlossener modellhafter Implementierungen Informationen über die Auswahlkriterien und den Verlauf des Implementierungsprojekts.

1.5.2 Bildung einer Projektgruppe und wissenschaftliche Begleitung der Kooperationseinrichtungen

Für die Durchführung der modellhaften Implementierung wird eine Projektgruppe gebildet, die sich aus den Projektbeauftragten der teilnehmenden Einrichtungen und Mitgliedern des wissenschaftlichen Teams des DNQP zusammensetzt. Die Projektgruppe kommt zu vier Projektsitzungen an der Hochschule Osnabrück zusammen, die sich inhaltlich an den nachstehend aufgeführten Implementierungsphasen orientieren und der Diskussion der Projektfortschritte dienen. Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams des DNQP in diesem Zusammenhang sind die

- Planung, Steuerung und Dokumentation des Projektverlaufs sowie die fachliche und methodische Begleitung der Projektbeauftragten;
- thematische Anpassung des standardisierten Audit-Instruments des DNQP an den jeweiligen Expertenstandard. Das Instrument wird in engem Austausch mit den Projektbeauftragten auf der Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen und steht den Einrichtungen für eigene

Vortests zur Verfügung. Nach Abschluss der modellhaften Implementierung wird es allen interessierten Einrichtungen auf der Webseite des DNQP zur Verfügung gestellt;

- Unterstützung der Projektbeauftragten bei der Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten der Einrichtungen auf der Grundlage des Audit-Instruments, das sich an dem Vier-Phasen-Modell zur Standardimplementierung (s. u.) orientiert und den Projektbeauftragten zur Dokumentation des Projektverlaufs zur Verfügung steht;
- Erstellung von Ergebnisprotokollen zu den Projektveranstaltungen;
- Anonymisierte Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Audit-Ergebnisse, Ergebnisprotokolle der Projektgruppensitzungen und Projektverlaufsdokumentation) und Feststellung der Praxistauglichkeit des Expertenstandards und
- Berichterstattung über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung.

1.5.3 Standardeinführung nach dem Phasenmodell

Für die Implementierung von Expertenstandards wurde im Pilotprojekt (zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) in Anlehnung an den Qualitätszyklus der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ein vierstufiges Phasenmodell entwickelt. Die Phasen sind: Fortbildung, Anpassung des Standards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe, verbindliche Standardeinführung und abschließend eine Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument, in deren Rahmen alle Kriterienebenen des Standards auf ihren Zielerreichungsgrad überprüft werden (Moers et al. 2004, Schiemann & Moers 2004). Mit dem abschließenden Audit werden wertvolle Qualitätsdaten erhoben, die einen Einblick in die Relevanz des Themas und den Entwicklungsstand der Pflege geben und darüber hinaus eine solide Grundlage für die weitere Qualitätsarbeit in der jeweiligen Einrichtung darstellen.

Das Phasenmodell bildet die Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Standardeinführung. Seine Anwendung wird nicht nur für die modellhafte Implementierung, sondern auch für die regelhafte Einführung von Expertenstandards empfohlen. Wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Standardeinführung in Praxiseinrichtungen sind neben der Auswahl geeigneter Modellpflegeeinheiten die Bildung von Arbeitsgruppen, die für die Vorbereitung und Durchführung der einzelnen Phasen zur Verfügung stehen sowie eine fachlich kompetente Projektbegleitung (Schiemann et al. 2010). Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die über Erfahrungen mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung verfügen, haben den Vorteil, dass das Pflegepersonal zu weiten Teilen mit den erforderlichen Kompetenzen vertraut ist.

Die Phasen des Implementierungsprojektes erstrecken sich insgesamt über sechs Monate und stellen sich im Einzelnen wie folgt dar (u. a. Schiemann & Moers 2006):

Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards

Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. vier Wochen)

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten Kick-off-Veranstaltungen zu Beginn des Projektes und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards für folgende Adressaten angeboten werden: Pflege team der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegemanagerin auf der Abteilungs- und Betriebsebene, mit dem Thema befasste Pflegeexperten und -expertinnen sowie interessierte und fachlich relevante Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Zugleich sind vom Management frühzeitig die strukturellen Voraussetzungen für die Implementierung zu schaffen.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sind dem jeweiligen Bedarf des Pflege teams anzupassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu den Themen Assessment und Beratung/Schulung besteht.

Fortbildungen finden dabei nicht ausschließlich in der ersten, sondern je nach Bedarf auch in späteren Implementierungsphasen statt. Neben organisatorischen Gründen können Erfahrungen im Verlauf der Implementierung bei der Anwendung und Umsetzung des Expertenstandards eine Nachjustierung des Fortbildungsangebots erforderlich machen. Dieser Bedarf kann insbesondere auch durch die Anleitung von Pflegefachkräften durch Mitglieder der Arbeitsgruppen aufgefangen werden, die bei der Expertenstandardeinführung eine Multiplikatorenfunktion übernehmen.

Phase 2 Anpassung einzelner Standardkriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung (ca. acht Wochen)

In dieser Phase stehen eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Kriterien-ebenen des Standards und den Kommentierungen sowie die Klärung einzelner Umsetzungsfragen auf dem Programm. Eine Konkretisierung von Standardkriterien wird immer dann empfohlen, wenn besondere Bedingungen der Zielgruppe (z. B. diagnose-bezogene oder kulturelle Besonderheiten) oder der Einrichtung (z. B. räumliche oder organisatorische Voraussetzungen) zu berücksichtigen sind. Eine Konkretisierung kann beispielsweise darin bestehen, zielgruppenspezifische Hilfsmittel, Interventionen oder Zuständigkeiten und geeignete Zeitpunkte für Assessments zu benennen. Wichtig ist, dass die Kernaussagen der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleiben und mit der Konkretisierung das angestrebte Qualitäts-niveau des Standards nicht unterschritten wird. Dies stellt eine unabdingbare Voraus-setzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar.

Phase 3 Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. acht Wochen)

Um den Beginn und die Verbindlichkeit der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine zweite Kick-off-Veranstaltung unter Beteiligung der Leitungsebene angeboten werden. Darüber hinaus sollte den Pflegefachkräften Gelegenheit zu angeleiteter und supervidierter Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte gegeben werden. Ebenso ist eine Prozessbegleitung für Rückfragen und Feedback zu gewährleisten. Die Standardeinführung muss mit viel Aufmerksamkeit für den Anleitungsbedarf und die Akzeptanz der Pflegefachkräfte vor Ort durchgeführt werden. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind unverzichtbar.

Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (ca. vier Wochen)

Das Auditverfahren bildet als letzte Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Im Rahmen des Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Dabei wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten: die Pflegedokumentation, die Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner/Bewohnerinnen-Befragung und die Personalbefragung. Alle Antwortvorgaben sind „Ja/Nein“-Optionen mit der Möglichkeit eines Kommentars. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten, die nicht in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegekräfte arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschießen.

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung des Pflegeteams der Modellpflegeeinheit(en) anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Die angestrebte Stichprobe liegt bei 40 Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen pro Einrichtung. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit bzw. -einheiten in den Krankenhäusern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patienten/Patientinnen mit einem dem Expertenstandard entsprechenden Qualitätsrisiko betreut wird. Die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe ermöglicht es, Modellpflegeeinheiten mit so vielen Bewohner-/Bewohnerinnenplätzen zu wählen, dass 40 Bewohner/Bewohnerinnen mit einem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Ähnlich günstige Planungsbedingungen gelten für die ambulante Pflege. Im Rahmen des personalbezogenen Audits werden alle Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheit(en) schriftlich nach ihrer Teilnahme an themenrelevanten Fortbildungs-

veranstaltungen in den vergangenen 24 Monaten und nach ihrem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf gefragt.

1.5.4 Auswertung der Implementierungsergebnisse und Diskussion im Rahmen eines Netzwerk-Workshops

Die Gesamtauswertung aller Projektdaten und die Erstellung eines Berichtes über den Verlauf und die Ergebnisse des Implementierungsprojektes werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP vorgenommen. Anschließend findet zeitnah ein Netzwerk-Workshop statt, auf dem die Ergebnisse der Fachöffentlichkeit vorgestellt werden. Die Diskussion spezifischer Probleme der Standardumsetzung erfolgt in überschaubaren Arbeitsgruppen mit Mitgliedern des Lenkungsausschusses, der Expertenarbeitsgruppe und den Beauftragten des Implementierungsprojektes.

Da der Gegenstand der modellhaften Implementierung die Frage der Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit des konsentierten Expertenstandards ist, betreffen mögliche Veränderungen aufgrund der Projektergebnisse nicht den Kern der Aussagen in den Standardkriterien, sondern bleiben auf Fragen der Umsetzung beschränkt. Diese werden gegebenenfalls zwischen wissenschaftlichem Team und der Expertenarbeitsgruppe abgestimmt und in die Kommentierung der betreffenden Standardkriterien aufgenommen.

1.5.5 Abschließende Buchveröffentlichung und weitere Verbreitung

Die abschließende Buchveröffentlichung des DNQP zum Expertenstandard beinhaltet den konsentierten Expertenstandard mit Kommentaren und Literaturstudie, das Audit-Instrument zum Expertenstandard sowie den Bericht über Verlauf und Ergebnisse der Standardentwicklung, -konsentierung und -implementierung.

Die weitere Verbreitung der Expertenstandards erfolgt durch:

- Hinweise auf der Homepage des DNQP auf die Buchveröffentlichung,
- Hinweise auf die Implementierungsteilnehmer als Referenzeinrichtungen in der Buchveröffentlichung und auf der Homepage des DNQP,
- Vorträge und Veröffentlichungen von Mitgliedern des Lenkungsausschusses, der Expertenarbeitsgruppe und der Projektbeauftragten der Referenzeinrichtungen zur Einführung von Expertenstandards
- Vorträge von Mitgliedern des Lenkungsausschusses und des wissenschaftlichen Teams zum methodischen Vorgehen bei der Entwicklung von Expertenstandards auf Tagungen und Kongressen,
- Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Fach- und Lehrbüchern sowie
- Fortbildungsseminare unterschiedlicher Bildungseinrichtungen.

1.6 Regelmäßige Aktualisierung der Expertenstandards

Die regelmäßige Aktualisierung der Expertenstandards erfolgt spätestens fünf Jahre nach Veröffentlichung der Ergebnisse der Konsensus-Konferenz im Sonderdruck des Expertenstandards. Bei gravierenden praxisrelevanten Änderungen des Wissensstandes wird eine vorzeitige Aktualisierung des entsprechenden Expertenstandards notwendig (Shekelle et al. 2001a, Shekelle et al. 2001b; Clark et al. 2006).

Durch ein regelmäßiges Monitoring-Verfahren zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppen wird gewährleistet, dass relevante Veränderungen in den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den einzelnen Expertenstandards berücksichtigt werden. Einmal pro Jahr werden die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen durch das wissenschaftliche Team angeschrieben und auf der Basis eines einheitlichen Rückmeldebogens gefragt, ob sich aus ihrer Perspektive relevante Änderungen zu den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ergeben haben. Explizit wird nach neuen Entwicklungen bei Einschätzungsinstrumenten und einzelnen pflegerischen Interventionen gefragt. Neben der Rückmeldung zu neuen Erkenntnissen werden die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen um eine Einschätzung gebeten, ob eine Berücksichtigung neuer Erkenntnisse im Rahmen der regulären Aktualisierung des Expertenstandards ausreichend ist oder eine vorzeitige Aktualisierung eingeleitet werden sollte. Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen werden zudem gebeten, sich bei relevanten neuen Erkenntnissen von sich aus an das wissenschaftliche Team des DNQP zu wenden (Gartlehner et al. 2004; BÄK, KBV & AWMF 2010).

Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe erhalten durch das wissenschaftliche Team des DNQP eine Zusammenfassung der eingegangenen Rückmeldungen. Die Entscheidung über eine vorzeitige Aktualisierung eines Expertenstandards erfolgt in enger Abstimmung zwischen wissenschaftlichem Team und Lenkungsausschuss des DNQP.

1.6.1 Einberufung und Ergänzung der Expertenarbeitsgruppe

Bei anstehender Aktualisierung eines Expertenstandards wendet sich das DNQP zunächst an die wissenschaftliche Leitung und die Mitglieder der ursprünglichen Expertenarbeitsgruppe einschließlich der Vertreter und Vertreterinnen aus Patientenverbänden und Verbraucherschutz und den Experten und Expertinnen aus anderen Berufsgruppen, um ihre Bereitschaft und Verfügbarkeit für eine Mitarbeit an der Aktualisierung zu erfragen. Voraussetzung für eine erneute Teilnahme an der Expertenarbeitsgruppe ist neben der generellen Bereitschaft zur Mitarbeit die Aktualität der Fachexpertise. Daher werden sowohl die wissenschaftliche Leitung als auch die ehemaligen Mitglieder um eine Darlegung ihrer aktuellen wissenschaftlichen und/oder praktischen Expertise sowie um die Offenlegung etwaiger Interessenskonflikte, die mit der Zeit entstanden sein könnten, gebeten. Im Bedarfsfall erfolgt eine neue Ausschreibung für die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe.

Da in der Regel nicht die gesamte Expertenarbeitsgruppe erneut für eine Mitarbeit zur Verfügung steht, wird die Bewerbung zur Teilnahme an der Expertenarbeitsgruppe zusätzlich öffentlich ausgeschrieben. Die Auswahl wird, wie bei der Entwicklung eines Expertenstandards, vom wissenschaftlichen Team und der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe unter Einbeziehung des Lenkungsausschusses vorgenommen.

1.6.2 Erstellung einer neuen Literaturstudie

Die Erstellung einer neuen Literaturstudie und die Bewertung des Wissensstandes erfolgen methodisch analog zum Vorgehen unter Punkt 1.3. Sie erfolgt anhand der Literatur, die zwischen der Fertigstellung der jeweils letzten Literaturstudie zu einem Expertenstandard bis zum Beginn der Aktualisierung erschienen ist.

1.6.3 Anpassung des Expertenstandards an den aktuellen Wissensstand

Die Expertenarbeitsgruppe kommt mindestens zu einer Sitzung zusammen, um die Ergebnisse der aktualisierten Literaturstudie zu bewerten und ihre Empfehlungen sowie die Notwendigkeit einer Anpassung der einzelnen Standardkriterien zu prüfen. Liegen neue, praxisrelevante Erkenntnisse vor, sind die entsprechenden Kriterien des Standards einschließlich der Kommentierung zu modifizieren und an den aktuellen Erkenntnisstand anzupassen. Das Vorgehen zur Herstellung des Expertenkonsenses entspricht prinzipiell dem der Entwicklung von Expertenstandards (vgl. Punkt 1.3). Die Anpassung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Team und in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss des DNQP.

1.6.4 Einbeziehung der Fachöffentlichkeit

Die aktive Einbeziehung der Fachöffentlichkeit erfolgt in der Form, dass das DNQP den aktualisierten Expertenstandard-Entwurf zusammen mit Präambel und Kommentierung sowie der neuen Literaturstudie für einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen auf seiner Webseite einstellt. Interessierte Fachvertreter und -vertreterinnen aus Pflegepraxis und -wissenschaft sowie anderen Gesundheitsberufen erhalten damit die Möglichkeit, Stellungnahmen zu der Konsultationsfassung abzugeben. Sie werden frühzeitig auf die Veröffentlichung der Konsultationsfassung hingewiesen, z. B. durch Ankündigungen in der Fachpresse, im Internet und im Rahmen von DNQP-Veranstaltungen.

1.6.5 Erarbeitung der abschließenden Version des aktualisierten Expertenstandards

Die eingehenden Stellungnahmen werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP inhaltsanalytisch ausgewertet und für die abschließende Diskussion und Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe aufbereitet. Der Abstimmungsprozess erfolgt über einen schriftlichen Austausch. Eine weitere Sitzung der Expertenarbeitsgruppe wird nur dann einberufen, wenn trotz dieses mehrschrittigen Verfahrens ein expliziter Dissens in der Expertenarbeitsgruppe zu inhaltlichen Fragen besteht. Die Beschlüsse zu den Stellungnahmen werden schriftlich festgehalten.

Das Abstimmungsergebnis zwischen Expertenarbeitsgruppe, Fachöffentlichkeit und dem DNQP-Lenkungsausschuss ist Grundlage für die Erarbeitung der abschließenden Version des aktualisierten Expertenstandards und der Kommentierung. Außerdem nimmt das wissenschaftliche Team des DNQP in enger Zusammenarbeit mit Kooperationseinrichtungen aus der Praxis eine Überarbeitung des standardspezifischen Audit-Instruments vor. Das aktualisierte Audit-Instrument wird auf der Homepage des DNQP kostenlos zur Verfügung gestellt.

Auf Basis des aktualisierten Expertenstandards erfolgt die Entscheidung, ob und in welchem Umfang eine erneute modellhafte Implementierung erforderlich ist. Diese Entscheidung richtet sich nach dem Ausmaß der Veränderungen gegenüber der ursprünglichen Fassung des Expertenstandards und den zu erwartenden Auswirkungen auf die Pflegepraxis.

1.6.6 Veröffentlichung und Verbreitung der aktualisierten Fassung

Die Neuauflage der Buchveröffentlichung zum aktualisierten Expertenstandard beinhaltet die aktualisierte Fassung des Expertenstandards mit Präambel und Kommentierung, die neue Literaturstudie, den Bericht über das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Aktualisierung sowie das überarbeitete Audit-Instrument zum Expertenstandard.

Die Verbreitung des aktualisierten Expertenstandards erfolgt durch Pressemitteilungen und Hinweise auf der Homepage des DNQP sowie durch Vorträge und Veröffentlichungen zum aktualisierten Expertenstandard durch die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe. Die Ergebnisse der Aktualisierung werden im Rahmen der jährlich stattfindenden DNQP-Netzwerk-Workshops vorgestellt und diskutiert.

2 Ausblick: Weitere Schritte zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege

Zur Verstetigung der Arbeit mit Expertenstandards stellen sich der pflegerischen Qualitätsentwicklung zukünftig weitere Herausforderungen, die vom DNQP beständig in die methodische und gesundheits- und pflegepolitische Debatte eingebracht werden und partiell auch bereits im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) Berücksichtigung gefunden haben. Die wichtigsten Aufgaben seien abschließend kurz benannt:

- **Unterstützung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bei der betriebsweiten Implementierung von Expertenstandards:** Die Erkenntnisse aus den bisherigen Implementierungsprojekten lassen ebenso wie zahlreiche Erfahrungsberichte aus der Praxis darauf schließen, dass in vielen Einrichtungen Unterstützungsbedarf bei der Einführung von Expertenstandards besteht (Moers & Schiemann 2007). Das heißt, dass zusätzlich zur bundesweiten modellhaften Implementierung und der Veröffentlichung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung Beratungs- und Schulungsprogramme zur betriebsweiten Implementierung jedes einzelnen Expertenstandards zur Verfügung stehen sollten, auf die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste auf regionaler Ebene kontinuierlich zurückgreifen können. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung stellt die Verpflichtung der Vertragsparteien in § 113a SGB XI zur Unterstützung der Praxis im Rahmen der regelhaften Implementierung von Expertenstandards dar.

- **Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren auf Grundlage der Expertenstandards.**
Auf der Basis hochwertiger Leitlinien und Expertenstandards ist es möglich, Zielgrößen und Indikatoren zu entwickeln, mit deren Hilfe bei begrenztem Aufwand in regelmäßigen Abständen Daten erhoben werden können, die verlässliche Hinweise auf den Umsetzungsgrad angestrebter Qualitätsziele in ausgewählten Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung liefern und eine Unterscheidung zwischen gut und verbesserungsbedürftig ermöglichen. Sie eignen sich als Werkzeug für die Evaluierung von Versorgungsleistungen sowohl für das interne Qualitätsmanagement als auch für externe Qualitätsvergleiche. Diese Evaluierungen sind allerdings kein Ersatz für differenzierte Qualitätsmessungen; auffällige Indikatorausprägungen geben lediglich einen Hinweis auf Probleme, deren Vorliegen in einem weiteren Schritt zu untersuchen sind (u. a. ÄZQ 2002, S. 2 ff; Kopp et al. 2002; Schiemann & Moers 2006, S. 19 f.; Reiter et al. 2008, S. 9 f.; Elsbernd 2009, S. 446 ff.; Lelgemann 2009, S. 8; Schiemann & Moers 2011).

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der Expertenstandards ist daher ein notwendiger Schritt, den das DNQP in Zukunft gehen wird. Die Indikatorenentwicklung kann sowohl monodisziplinär als auch interdisziplinär erfolgen.

- **Externe Kosten-/Wirksamkeitsüberprüfungen zu allen Expertenstandards.**

Neben betriebsinternen Qualitätsmessungen mit dem standardisierten Audit-Instrument werden Analysen zur Umsetzung, zum Erreichungsgrad der angestrebten Ziele und zu den Kosten der nachhaltigen Standardimplementierung auf verlässlicher Datengrundlage benötigt, die repräsentative und differenzierte Daten zum Erreichungsgrad der angestrebten Qualitätsziele sowie den Kosten für eine nachhaltige Standardeinführung liefern. Aus Gründen der Unabhängigkeit sollten entsprechende Wirksamkeitsanalysen jedoch nicht vom DNQP, sondern von anderen Instituten durchgeführt werden.

Studien, in denen unter anderem Fragen der Wirksamkeit berücksichtigt wurden, liegen zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe vor. Zu nennen sind die Studie des Fraunhofer-Instituts „Pflege ohne Druck“ im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und der Bericht der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (HTA) zur Dekubitusprophylaxe und -therapie (Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation 2005; Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information 2006, S. 116, 119, 123f, 130, 133, 142, 178f). In den aufgeführten Beispielen stellt die Überprüfung der Wirksamkeit des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe ein wichtiges Nebenprodukt mit aussagekräftigen Ergebnissen zur Verbreitung, Akzeptanz und erfolgreichen Umsetzung des Expertenstandards in der Pflegepraxis dar.

Erste Hinweise auf den personellen Aufwand der Standardeinführung finden sich in den Berichten zur modellhaften Implementierung der Expertenstandards (u. a. Moers et al. 2009) sowie in Untersuchungen über Kosten und Wirksamkeit der Einführung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Förderung der Harnkontinenz (Wolke et al. 2007; Wolke 2009).

Gesundheitsökonomische Fragestellungen sind in der Praxis der Standard- und Leitlinienentwicklung international bislang nur wenig verfolgt worden, neuerdings wird von Seiten der Gesundheitspolitik verstärkt Bedarf angemeldet, u. a. in der vorliegenden Verfahrensordnung der Vertragsparteien nach § 113a SGB XI (GKV-Spitzenverband 2009). Aufgrund der zunehmenden Forderung in der Gesundheitspolitik nach entsprechenden Analysen (Lauterbach & Schrappe 2004; AWMF & ÄZQ 2005), z. B. durch die Verfahrensordnung der Vertragsparteien nach § 113a SGB XI, wird die Notwendigkeit entsprechender Studien steigen.

- **Erstellung von zielgruppenspezifischem Informationsmaterial zu den Expertenstandards.**

Das Vorhandensein von geeignetem Informationsmaterial zu den Expertenstandards soll Pflegebedürftige und Angehörige in die Lage versetzen, sich aktiv an der Einschätzung von Pflegerisiken und der Durchführung von Maßnahmen zur Prävention

und Behandlung von Pflegeproblemen zu beteiligen und ihren Anspruch an die professionelle Pflege nachvollziehen zu können. Die Anregung zur Erstellung von Verbraucherversionen zu den Expertenstandards aus den Diskussionspapieren des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) ist von der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) aufgegriffen worden (Heinemann & Adolph 2003, DNQP 2007b). Die Verbraucherzentrale hat als wichtiger Partner zur Einbeziehung der Verbraucherperspektive in die Entwicklung der Expertenstandards und zur Verbreitung von Informationen über Themen und Inhalte der Expertenstandards inzwischen zu fünf Expertenstandards Verbraucherversionen entwickelt und als Broschüre veröffentlicht. Die Adressaten dieser Broschüre sind Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (Verbraucherzentrale Bundesverband 2008). Es ist geplant, diese Arbeit fortzusetzen und dabei weitere Zielgruppen zu berücksichtigen.

3 Finanzierung der Expertenstandards

Die Finanzierung der DNQP-Projekte zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards erfolgt ausschließlich aus Mitteln des DNQP und öffentlicher Förderung. Bis 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Entwicklung der Expertenstandards finanziell gefördert. Die Mittel des DNQP setzen sich zusammen aus Verkaufserlösen der DNQP-Veröffentlichungen zu den Expertenstandards sowie Einkünften im Rahmen von Konsensus-Konferenzen und Netzwerk-Workshops. Diese Form der Finanzierung wird vom DNQP als wichtiger Beitrag der Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und als Beleg für die Akzeptanz der Expertenstandards in der Praxis gesehen. Darüber hinaus werden große Teile der Arbeit, vor allem im Lenkungsausschuss und in den Experten-Arbeitsgruppen, ehrenamtlich erbracht. Damit werden alle Arbeitsschritte aus öffentlicher Förderung oder Eigenmitteln finanziert, so dass Unabhängigkeit von kommerziellen oder anderen Interessengruppen sichergestellt ist. Anlassbezogen wird das DNQP auch in der Zukunft an der Einwerbung von Drittmitteln arbeiten, um die Weiterentwicklung wichtiger Qualitätsfragen in der Pflege sicherzustellen.

Literaturverzeichnis:

1. **AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) (1993):** Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville, MD. (Clinical practice guideline No 1, AHCPR publication No 92-0023.)
2. **AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2010):** Qualitätsreport 2009. Göttingen: AQUA-Institut
3. **AWMF & ÄZQ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2001):** Leitlinienmanual. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (95), Suppl I
4. **AWMF & ÄZQ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2005):** Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI 2005/2006). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 99 (8):465-524
5. **Atkins, David; Briss, Peter A; Eccles, Martin; Flottorp, Signe; Guyatt, Gordon H; Harbour, Robin T; Hill, Suzanne; Jaeschke, Roman; Liberati, Alessandro; Magrini, Nicola; Mason, James; O'Connell, Dianne; Oxman, Andrew D; Phillips Bob; Schünemann, Holger; Edejer, Tessa Tan-Torres; Vist, Gunn E; Williams Jr, John W & The GRADE Working Group (2005):** Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: Pilot study of a new system. BMC Health Services Research 5:25
6. **ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2002):** Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements - Qualitätskriterien und -indikatoren in der Gesundheitsversorgung Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 96 (5):2-15
7. **ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (Hrsg.) (2006):** Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. Berlin: ÄZQ
8. **Behrens, Johann & Langer, Gero (2010):** Evidence-based Nursing. Bern: Verlag Hans Huber
9. **BÄK; AWMF & KBV (Bundesärztekammer; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2010):** Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien. Methoden-Report. 4. Auflage. Version 1.0. Verfügbar unter: www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_methode_4.aufl.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
10. **BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2005):** Pflege: Dekubitusprophylaxe. In: BQS (Hrsg.): Qualität sichtbar machen. Qualitätsreport 2004. Düsseldorf: BQS, 242-255
11. **BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2006):** Pflege: Dekubitusprophylaxe. In: BQS (Hrsg.): Qualität sichtbar machen. Qualitätsreport 2005. Düsseldorf: BQS, 154-161
12. **CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiate Toetsing) (2002):** Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Met beschrijvingen van drie klinische praktijkprojecten en een huisartsgeneeskundig praktijkproject. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Utrecht: CBO
13. **Centre for Evidence-Based Medicine (Oxford-Centre for Evidence-based Medicine) (2009):** Levels of Evidence (March 2009). Verfügbar unter: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> (letzter Zugriff: 02.02.2011)

14. **Clark, Eloise; Donovan, Edward F. & Schoettker, Pamela (2006):** From outdated to updated, keeping clinical guidelines valid. *International Journal for Quality in Health Care* 18 (3):165-166
15. **Dahlgard, Knut & Schiemann, Doris (1996):** Voraussetzung und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 79. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 25-33
16. **DAHTA@DIMDI (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information) (Hrsg.) (2005):** Dekubitusprophylaxe und –therapie. Health Technology Assessment. Köln: DIMDI. Verfügbar unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta128_bericht_de.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
17. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004a):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück: DNQP
18. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004b):** Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
19. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2005):** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingt chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
20. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2006):** Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
21. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2007a):** Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
22. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2007b):** Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück: DNQP
23. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2009a):** Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
24. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2009b):** Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
25. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2010a):** Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
26. **DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2010b):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
27. **Heinemann, Heike & Adolph, Holger (2003):** Empfehlungen zur Verbesserung der Personalsituation in der Altenpflege und der Pflegequalität aus Verbraucherperspektive. Ergebnisse zweier Experten-Workshops des DZA. Diskussionspapier Nr. 38 des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA). Berlin: DZA. Verfügbar unter: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Diskussionspapier_Nr_38.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)

28. **Dixon-Woods, Mary; Agarwal, Shona; Young, Bridget; Jones, David & Sutton, Alex (2004):** Integrative approaches to qualitative and quantitative evidence. London: NHS Health Development Agency. Verfügbar unter: http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/Integrative_approaches_evidence.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
29. **Donabedian, Avedis (1968):** Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care* 6:81-202
30. **Elsbernd, Astrid (2009):** Nationale Expertenstandards in der Pflege: Entstehungshintergründe, Entwicklung, Nutzen und Implementierung in die Pflegepraxis. In: Bechtel, Peter (Hrsg.): Erfolgreiches Pflegemanagement im Krankenhaus. Köln: CW Haarfeld, 442-502
31. **Europarat (2002):** Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Verfügbar unter: <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-entwicklung/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf> (letzter Zugriff: 02.03.2011)
32. **Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück (Hrsg.) (1992):** Leistungskatalog und Pflegestandards. Bestandteile eines EDV-Programms für die Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
33. **Flick, Uwe (2007):** Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
34. **Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation (Hrsg.) (2005):** Pflege ohne Druck – eine Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen. Dekubitus, Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern – Abschlussbericht. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen. Verfügbar unter: <http://www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/pflegeohnedruck.pdf> (letzter Zugriff: 02.03.2011)
35. **Gartlehner, Gerald; West, Suzanne L.; Lohr, Kathleen N.; Kahwati, L.; Johnson, Jana G.; Harris, Russell P.; Whitener, Lynn; Voisin, Christiane E. & Sutton, Sonya (2004):** Assessing the need to update prevention guidelines: a comparison of two methods. *International Journal for Quality in Health Care* 16 (5):399-406
36. **Gesundheitsministerkonferenz (1999):** Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier
37. **GKV Spitzenverband (2009):** Vereinbarung nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009. Verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fürs_Internet_8227.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
38. **Grypdonck, Mieke (2004):** Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 2:35-41
39. **Höhmnn, Ulrike (2004):** Entwicklung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP, 27-37
40. **IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2008):** Allgemeine Methoden. Version 3.0 vom 27. 05 2008. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_3_0.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)

41. **ICN (International Council of Nurses) (1991):** Die Entwicklung von Standards für Ausbildung und Praxis in der Krankenpflege. Krankenpflege 45 (11):629-52
42. **ICN (International Council of Nurses) (2004):** International Principles and Framework for Standards Development in Nursing. Geneva: ICN
43. **Kopp, Ina; Encke, Albrecht & Lorenz, Wilfried (2002):** Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 45:223-233
44. **Lauterbach, Karl & Schrappe, Matthias (Hrsg.) (2004):** Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer
45. **Leigemann, Monika (2009):** Kritische Bewertung medizinischer Leitlinien. Eine Analyse und Diskussion der Ergebnisse des Deutschen Leitlinien-Clearingverfahrens. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Verfügbar unter: <http://www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/literatur/diss-ml-2009.pdf> (letzter Zugriff: 02.03.2011)
46. **Mainz, Jan (2003):** Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 15 (6): 523-530
47. **Moers, Martin & Schiemann, Doris (2004):** Expertenstandards in der Pflege. Vorgehensweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Nutzen für die Praxis. Pflege & Gesellschaft 3:75-78
48. **Moers, Martin & Schiemann, Doris (2006):** Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP, 116-160
49. **Moers, Martin; Schiemann, Doris & Schemann, Jörg (2006):** Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP, 107-115
50. **Moers, Martin; Schiemann, Doris & Stehling, Heiko (2009):** Implementierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP, 163-212
51. **NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009):** The Guidelines Manual. January 2009. London: NICE. Verfügbar unter: http://www.nice.org.uk/media/5F2/44/The_guidelines_manual_2009_-_All_chapters.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
52. **Reiter, Anne; Fischer, Burkhard; Kötting, Joachim; Geraedts, Max; Jäckel, Wilfried H.; Barlag, H.; Döbler, Klaus (2008):** QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Düsseldorf: BQS. Verfügbar unter: <http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf> (letzter Zugriff: 02.03.2011)
53. **RCN (Royal College of Nursing) (Hrsg.) (1990):** Quality Patient Care – The Dynamic Standard Setting System. Scutari: Harrow
54. **RCN (Royal College of Nursing/National Institute for Nursing) (1994):** The impact of a nursing quality assurance approach, the Dynamic Standard Setting System on nursing practice and patient outcomes (executive summary). Report No. 4, Vol. 1, Oxford
55. **SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005):** Sicherung der professionellen und familiären Pflegequalität. In: SVR (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, 57-61

56. **Schiemann, Doris (1993):** Qualitätssicherung in der Krankenpflege. In: Bundesministerium für Gesundheit und Projektträger Förderung im Dienste der Gesundheit (Hrsg.): Förderung der Medizinischen Qualitätssicherung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, 25-34
57. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2002):** Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Igl, Gerhard; Schiemann, Doris; Gerste, Bettina; Klose, Joachim (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 205-225
58. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2004):** Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand – Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück: DNQP, 123-131
59. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2004a):** Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode: „Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: DNQP
60. **Schiemann, Doris & Schemann, Jörg (2004):** Die Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück: DNQP, 23-33
61. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2005):** Entwicklung, Konsentierung und modellhafte Implementierung von Expertenstandards in der Pflege. *Betreuungsmanagement* 4:195-201
62. **Schiemann, Doris & Blumenberg, Petra (2006):** Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP, 12-19
63. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2006):** Entwicklung und Anwendung nationaler Expertenstandards in der Pflege. In: Dieffenbach, S.; Harms, K.; Heßling-Hohl, M.; Müller, J.F.W.; Rosenthal, T.; Schmidt, H.-U.; Thiele, G. (Hrsg.): *Management Handbuch Pflege*, 7. Aktualisierte Auflage, G1600. Heidelberg: Economica, 1-21
64. **Schiemann, Doris; Moers, Martin & Stehling, Heiko (2010):** Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP, 157-225
65. **Schiemann, Doris & Moers, Martin (2011):** Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer, Doris & Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 617-642
66. **SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2008):** Annex B: Key to evidence statements and grades of recommendations. In: SIGN (Hrsg.): *Sign 50: A guideline developer's handbook*. Edinburgh: SIGN, 51. Verfügbar unter: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf> (letzter Zugriff: 02.03.2011)
67. **Selbmann, Hans-Konrad & Kopp, Ina (2005):** Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 1:33-38
68. **Shekelle, Paul G.; Ortiz, Eduardo; Rhodes, Shannon; Morton, Sally C.; Eccles, Martin P.; Grimshaw; Jeremy M; Woolf, Steven H. (2001a):** Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines: How Quickly Do Guidelines Become Outdated? *JAMA* 286 (12):1461-1467

69. **Shekelle, Paul; Eccles, Martin; Grimshaw, Jeremy; Woolf, Steven (2001b):** When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 323:155-157
70. **Spencer, Liz; Ritchie, Jane; Lewis, Jane; Dillon, Lucy (2003):** Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence. A quality framework; Government Chief Social Researcher's Office, Cabinet Office. Verfügbar unter: http://www.civilservice.gov.uk/Assets/a_quality_framework_tcm6-7314.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
71. **Verbraucherzentrale Bundesverband (vzvb) (2008):** Gute Pflege im Heim und zu Hause - Pflegequalität erkennen und einfordern. Berlin: Verbraucherzentrale Bundesverband
72. **Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad (1992):** Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Consensus verpleegkundige verslaglegging: resultaat van de eerste verpleegkundige consensusbijeenkomst, gehouden op 24 januari 1992 te Utrecht.
73. **Wingefeld, Klaus (2004):** Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. *Pflege & Gesellschaft* 3:79-84

Mitglieder des Lenkungsausschusses:

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

Prof. Marlies Beckmann

Fachhochschule Frankfurt a. M.

Prof. Dr. Andreas Büscher

Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Astrid Elsbernd

Hochschule Esslingen

Hedwig François-Kettner

Pflegedirektorin der Charité-Universitätsmedizin Berlin
Stellvertretende Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Gudrun Gille

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Berlin

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Ev. Hochschule Darmstadt

Dr. Edith Kellhauser

Prof. emer. Kath. Fachhochschule Mainz

Prof. Dr. Martin Moers

Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Martina Roes

Hochschule Bremen

Prof. Dr. Doris Schiemann

Hochschule Osnabrück

Christine Sowinski

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln