

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
und
zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität
auf Basis von Expertenstandards

Version Juni 2015

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Geschäftsführung: Heiko Stehling, MScN

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher;
Dipl. Pfleger Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Anna Möller, M.A.;
Prof. emer. Dr. Doris Schiemann; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 1940 · 49009 Osnabrück
Tel.: (0541) 969-2004 · Fax: (0541) 969-2971

E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: <http://www.dnqp.de>

Osnabrück, Juni 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Zielsetzung, Aufbau und Arbeitsweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	3
2	Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards	7
2.1	Entwicklung von Expertenstandards	7
2.1.1	Themenfindung	7
2.1.2	Erstellung der Literaturstudie und Bewertung des Wissensstandes	8
2.1.3	Bildung unabhängiger Expertenarbeitsgruppen	9
2.1.3.1	Ausschreibung und Berufung der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe	9
2.1.3.2	Ausschreibung zur Gewinnung von Fachexperten und -expertinnen	10
2.1.4	Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs	10
2.1.4.1	Eingrenzung und Spezifizierung des Themas	10
2.1.4.2	Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs	11
2.1.4.3	Kommentierung der Kriterienebenen des Expertenstandards	12
2.2	Konsentierung von Expertenstandards	12
2.2.1	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit	13
2.2.2	Konferenzdurchführung und Konsentierung des Expertenstandards	13
2.2.3	Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Veröffentlichung als Sonderdruck	14
2.3	Konzept der modellhaften Implementierung	14
2.3.1	Auswahl der Einrichtungen für die modellhafte Implementierung	14
2.3.2	Bildung einer Projektgruppe und wissenschaftliche Begleitung der Kooperationseinrichtungen	15
2.3.3	Standardeinführung nach dem Phasenmodell	16
2.3.4	Auswertung der Implementierungsergebnisse und Diskussion im Rahmen eines Netzwerk-Workshops	20
2.3.5	Abschließende Veröffentlichung des Expertenstandards	20
2.4	Aktualisierung der Expertenstandards	21
2.4.1	Monitoring	21
2.4.2	Erstellung einer neuen Literaturstudie	22
2.4.3	Erneute Einberufung einer Expertenarbeitsgruppe	22
2.4.4	Überprüfung des Expertenstandards anhand des aktuellen Wissensstands	23
2.4.5	Internetbasierte Einbeziehung der Fachöffentlichkeit - Konsultationsphase	23
2.4.6	Erarbeitung der abschließenden Version und Veröffentlichung des aktualisierten Expertenstandards	23

3	Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards	24
3.1	Themenauswahl und -festlegung	25
3.2	Literaturrecherche und Formulierung vorläufiger Indikatoren	25
3.3	Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expertenarbeitsgruppe	26
3.4	Praxistest und Veröffentlichung der ausgewählten Indikatoren	27
4	Ausblick: Weitere Schritte zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege	28
5	Literatur	30
	Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards	7
Abbildung 2:	Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards	16

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

Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Personen aus der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und dem Pflegemanagement, die sich 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; Schieman et al. 2014).

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 2009 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 umfasste die Entwicklung 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),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2010a) sowie
- die Aktualisierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009b).

Neben den BMG-geförderten Entwicklungen hat das DNQP drei weitere Expertenstandards entwickelt:

- 2012-2015 den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2015)
- 2011-2014 den Expertinnenstandard für das Hebammenwesen „Förderung der physiologischen Geburt“ in Kooperation mit dem Verbund Hebammenforschung (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2014)
- 2013-2014 den ersten Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ im Auftrag der Verlagsparteien nach § 113 SGB XI und mit finanzieller Förderung durch den GKV-Spitzenverband.

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

Im Jahr 2015 wurde die Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz initiiert. Die Konsentierung dieses Standards ist für 2017 geplant. Mit der regelhaften Aktualisierung der Expertenstandards hat das DNQP 2008 in Eigeninitiative begonnen. Aktualisiert wurden bislang die Expertenstandards:

- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009b),
- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2010b),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (DNQP 2011a),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2013) und
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2014).

Mit der Aktualisierung der Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Ernährungsmanagement zur Förderung und Sicherstellung der oralen Ernährung in der Pflege“ wurde 2014 begonnen. Die Aktualisierungen werden fortlaufend weitergeführt und in Zukunft um eine stärkere Integration von Praxis- und Implementierungsaspekten sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der Expertenstandards erweitert.

Das DNQP setzt sich aus aktiven Netzwerkern aus Pflegepraxis und -wissenschaft, kooperierenden Einrichtungen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten und einem Kern von verantwortlichen Akteuren zusammen. 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 Qualitätsinstrumenten 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. Einen auch international gesehen besonders intensiven Schritt des Wissenstransfers stellen die modellhaften Implementierungsprojekte dar, bei denen in 20-25 Einrichtungen aus allen Bereichen der pflegerischen Versorgung Anwendbarkeit und Akzeptanz der Expertenstandards getestet werden. Die Arbeitsergebnisse werden in Konsensus-Konferenzen, Netzwerk-Workshops und DNQP-Veröffentlichungen diskutiert, konsentiert und verbreitet.

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. Seit 2009 erfolgt die Finanzierung vorrangig aus Eigenmitteln, die sich zusammensetzen aus Verkaufserlösen der DNQP-Veröffentlichungen zu den Expertenstandards sowie geringfügig aus 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.

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 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.

Die Erfahrung bei der Entwicklung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ haben gezeigt, dass eine unabhängige Entwicklung auch unter den Bedingungen des § 113a SGB XI möglich ist. Als kritisch stellt sich aus Sicht des DNQP die strukturelle Trennung der Entwicklung und modellhaften Implementierung von Expertenstandards dar, da, wie auch in diesem Methodenpapier aufgezeigt, die Implementierung als Teil der Entwicklung anzusehen ist. Probleme in der Implementierung können zu Änderungen im Standard und den Kommentierungen führen. Aus diesem Grund hält das DNQP an dem Prinzip der Entwicklung und Implementierung aus einer Hand fest.

Als weiterer Schritt der institutionellen Verankerung der Qualitätsentwicklung in der Pflege steht eine Regelung für den Bereich des SGB V noch aus. Das DNQP wird unabhängig davon weiter Expertenstandards in der Pflege 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 Spektrum 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; BQS 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; Elsbernd 2014; Büscher & Kabore 2014).

Qualitätsmethodische 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 zeigen die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner-/Bewohnerinnenversorgung auf. 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 professionelle Abstimmungsprozess bei der Entwicklung von Expertenstandards erfolgt mehrstufig. Dabei wird angestrebt, die Basis für den Konsens und das Ergebnis kontinuierlich zu vergrößern und möglichst viele Perspektiven in das zu bestimmende Leistungsniveau zu integrieren. Die erste Abstimmung erfolgt innerhalb der Expertenarbeitsgruppen, die sich auf einen Entwurf für einen Standard verständigen müssen, bevor dieser, im zweiten Schritt, innerhalb einer weiteren fachöffentlichen Diskussion erörtert wird. Diese erfolgt im Rahmen der Entwicklung der Expertenstandards in Form einer Konsensus-Konferenz und im Rahmen der Aktualisierung als Konsultationsphase über das Internet. Dabei beteiligen sich in der Regel mehrere hundert Personen an der Auseinandersetzung und tragen zu einer Klarstellung der Empfehlungen eines Expertenstandards bei. Den letzten Teil des Abstimmungsprozesses bildet die Überprüfung der Praxistauglichkeit im Rahmen der modellhaften Implementierung. Während jedes einzelnen Schritts können Veränderungen im Standard erfolgen, bevor nach der Implementierung die Veröffentlichung erfolgt, die bis zur nächsten Aktualisierung unverändert bleibt.

Der Begriff „Standard“ entstammt der internationalen Diskussion von WHO, 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).

In Verbindung mit 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 oder sozialdienstlicher 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 vierstufigen 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 der bisherigen Versionen des Methodenpapiers aus den Jahren 2007 und 2011 dar. Es beruht auf einer Auswertung der Erfahrungen mit der Entwicklung und modellhaften Implementierung der ersten acht Expertenstandards in den Jahren 1999 bis 2014, der Entwicklung des ersten Expertenstandards für eine andere Berufsgruppe, der ersten Entwicklung eines Exper-

tenstandards nach §113a SGB XI sowie einer Analyse der aktuellen qualitätsmethodischen Literatur (AWMF & ÄZQ 2001; Europarat 2002; Grypdonck 2004; ICN 2004; Lauterbach & Schrappe 2004; Schiemann & Moers 2004a; AWMF & ÄZQ 2005; Schiemann & Moers 2005; Schiemann & Moers 2006; IQWIG 2008; SIGN 2008; NICE 2009; BÄK, AWMF & KBV 2010; Eccles et al. 2012; Shekelle et al. 2012; Woolf et al. 2012; NICE 2014). Eingeflossen sind zudem die Erfahrungen aus bislang fünf abgeschlossenen und zwei laufenden regelhaften Aktualisierungen der Expertenstandards.

2 Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards

Das methodische Vorgehen zur Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege umfasst die vier Stufen Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung mit jeweils eigenen Verfahrensschritten (vgl. Abb. 1). 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.

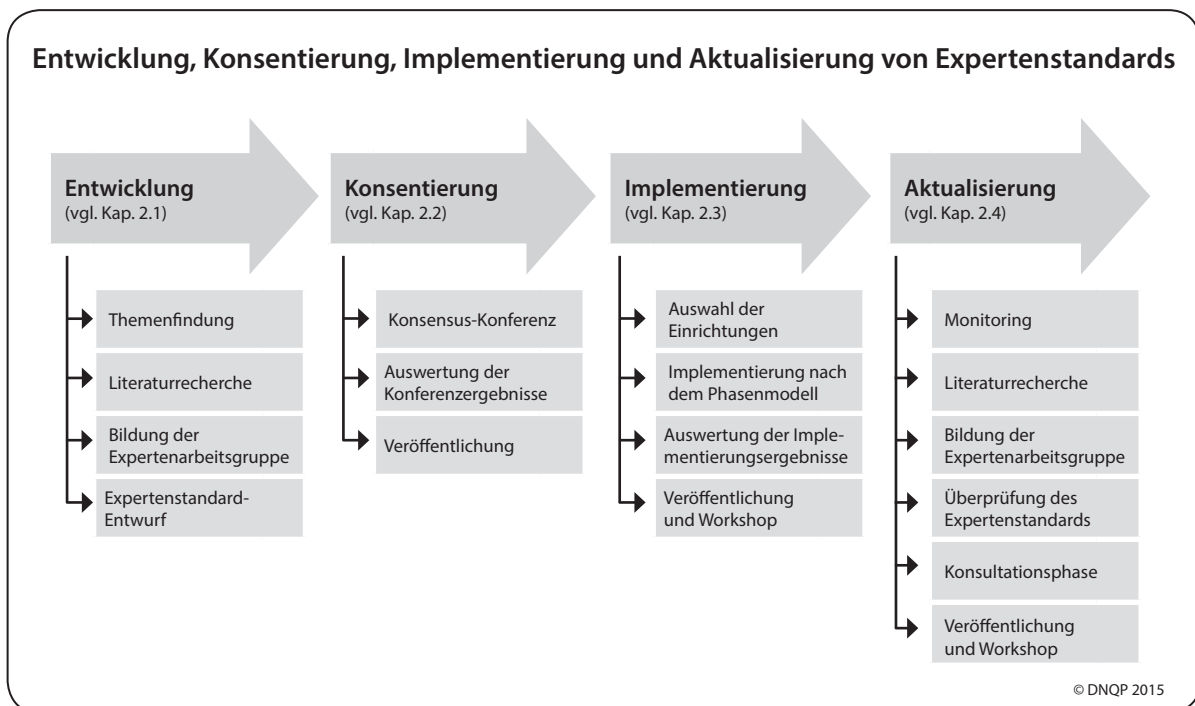


Abbildung 1: Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards

2.1 Entwicklung von Expertenstandards

2.1.1 Themenfindung

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 Standards oder 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.

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.

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

2.1.2 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. Das Vorgehen bei der Recherche der Literatur sowie die zugrunde gelegte Bewertungsmethode müssen dem jeweiligen Forschungsdesign sowie aktuellen wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen und liegen in der Verantwortung der wissenschaftlichen Leitung der jeweiligen Expertenarbeitsgruppe (SIGN 2014). Die Verschriftlichung der Literaturstudie wird mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP abgestimmt.

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 (Wingenfeld 2004; Höhmann & Bartholomeyczik 2013; Ludvigsen et al. 2013).

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.

2.1.3 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 vier bis fünf 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/Vertreterinnen des Verbraucherschutzes. Im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hat es sich bewährt, je nach Thema Fachexperten/-expertinnen aus anderen Berufsgruppen in beratender Funktion hinzuzuziehen. Innerhalb der Arbeitssitzungen wird angestrebt, mit allen Beteiligten, also auch den Patienten-/Patientinnenvertretern und Fachexperten/-expertinnen, einen Konsens zu erzielen. Die Aufgabe der Expertenarbeitsgruppe besteht in der Bewertung des durch eine Literaturstudie zusammengestellten Erkenntnisstandes zum Standardthema und der Erarbeitung eines ersten Entwurfs des Expertenstandards.

2.1.3.1 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 wissenschaftliches Team und Lenkungsausschuss des DNQP. Kriterien für die Auswahl sind, neben einer ausgewiesenen Fachexpertise und dem Nachweis der Unabhängigkeit von Industrie und Interessenverbänden, 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 Diskussionen 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 wissen-

schaftliche 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.

2.1.3.2 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 Patienten-/Patientinnenorganisationen sowie von Fachexperten/-expertinnen anderer Berufsgruppen – 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.

2.1.4 Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs

Die Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt arbeitsteilig zwischen der Expertenarbeitsgruppe und dem wissenschaftlichem Team 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 Einhaltung des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung von Expertenstandards sowie die Koordination von Sitzungsterminen und Abstimmungsprozessen übernimmt.

2.1.4.1 Eingrenzung und Spezifizierung des Themas

Das zur Bearbeitung anstehende komplexe und zunächst eher allgemein formulierte Thema muss genauer bestimmt und gegebenenfalls eingegrenzt werden, womit der eigentliche Gegenstand der Bearbeitung gebildet wird. Eine erste Orientierung für die Literaturrecherche erfolgt durch die wissenschaftliche Leitung und das wissenschaftliche Team des DNQP.

Im Rahmen der ersten Sitzung diskutiert die Expertenarbeitsgruppe aus praktischer und wissenschaftlicher Sicht das Themenfeld und konzeptualisiert den Handlungsbereich. Damit wird der Themenschwerpunkt zugleich präzisiert. Dabei spielen Fragen nach besonders gefährdeten Risikogruppen, nach Reichweite und nach Umsetzbarkeit des künftigen Expertenstandards eine vorrangige Rolle. Die Expertenarbeitsgruppe trifft, in Absprache mit dem wissenschaftlichen Team und dem Lenkungsausschuss, eine abschließende Entscheidung über die genaue Benennung des Themas.

2.1.4.2 Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs

Für jeden Expertenstandard ist eine Gesamtzielsetzung zu formulieren und zu begründen. Die Kriterien des Standards, die sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nach den Qualitätsdimensionen 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 qualitätsmethodischen Bewertung des Entwurfs 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, also die Pflegeentwicklung fördern ohne die Praxis zu überfordern.

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. Damit fügen sich die Expertenstandards in die Logik der Pflegeprozessmethode ein. Die Formulierung der Inhalte erfolgt weitgehend in einer Setting übergreifenden Form, um für alle Aufgabenfelder der Pflege als gleichermaßen verbindlich gelten zu können.

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. 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 größtmöglichen Transparenz der Ergebnisse erstellt. Die Moderation der Arbeitsgruppen-Sitzungen 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. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe. Die Begründungen für das Mehrheits- und Minderheitsvotum werden im Protokoll festgehalten und in geeigneter Form gegebenenfalls in der Veröffentlichung dargestellt.

Die Empfehlungen werden in enger Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Expertenarbeitsgruppe als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert. Sie basieren auf den Ergebnissen der Literaturstudie und dem Expertenwissen. Anders als in der Leitlinienmethodik vorgesehen nimmt die Expertenarbeitsgruppe keine Graduierung 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 pflegerischen 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.

2.1.4.3 Kommentierung der Kriterienebenen des Expertenstandards

Den Kommentierungen der Expertenstandardkriterien durch die Expertenarbeitsgruppe kommt eine hohe Bedeutung 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. bei kognitiv eingeschränkten Menschen, 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 nur dann der Fall, wenn bestimmte Interventionen für alle in Frage kommenden Anwendungsfälle eindeutig empfohlen werden können.

Die Kommentierungen entstehen aus den Diskussionen in den Expertenarbeitsgruppen zu den einzelnen Kriterienebenen. Die Protokolle der Sitzungen dienen neben der Literaturstudie als Grundlage der Kommentierungen durch jeweils zwei oder drei Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe pro Kriterienebene. Nach Fertigstellung aller Kommentierungen werden diese durch die gesamte Gruppe konsentiert.

2.2 Konsentierung von Expertenstandards

Kern des Konsentierungs-Verfahrens ist der strukturierte Fachdiskurs mit einer breiten Fachöffentlichkeit über den von einer Expertenarbeitsgruppe vorgelegten Expertenstandard-Entwurf. Die abschließende Version des Expertenstandards berücksichtigt die Ergebnisse des Fachdiskurses (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.

2.2.1 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.

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.

2.2.2 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 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.

2.2.3 Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Veröffentlichung als Sonderdruck

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 Kommentierungen 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 ist der Expertenstandard gültig und wird vom DNQP veröffentlicht.

Die Veröffentlichung enthält den konsentierten Expertenstandard mit der Präambel, den jeweiligen Kommentierungen zu den einzelnen Standardebenen sowie die Literaturstudie. Damit spiegelt er den aktuellen Stand des Wissens zur jeweiligen Thematik wieder und kann somit vom Zeitpunkt der Veröffentlichung an von Einrichtungen erworben und umgesetzt werden. Ausgenommen ist in dieser Fassung lediglich der Bericht über den Verlauf der modellhaften Implementierung des Expertenstandards in ausgewählten Praxiseinrichtungen, da diese erst im Anschluss an die Veröffentlichung auf Basis des konsentierten Expertenstandards erfolgt. Sie enthält somit noch keine Aussagen über die Praxistauglichkeit des Expertenstandards und wird daher als Sonderdruck bezeichnet, um auf die anstehende abschließende Veröffentlichung zur Entwicklung, Konsentierung und Implementierung des Standards hinzuweisen.

2.3 Konzept der modellhaften Implementierung

Jeder Expertenstandard wird nach der Konsentierung modellhaft in ca. 25 unterschiedlichen Pflege- und Gesundheitseinrichtungen implementiert. Diese modellhafte Implementierung dient der Erprobung seiner Akzeptanz und 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). Für die modellhafte Einführung von Expertenstandards steht ein kriteriengeleitetes Verfahren zur Auswahl der Implementierungseinrichtungen (Kap. 2.3.1), ein Programm zur fachlichen Beratung und wissenschaftlichen Begleitung während der Implementierungsphase (Kap. 2.3.2) sowie ein konzeptueller Rahmen in Form eines mehrstufigen Phasenmodells zu Verfügung (Kap. 2.3.3).

2.3.1 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 werden dabei eine ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten (Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege), ein breites Spektrum beteiligter Fachbereiche und Patienten/Patientinnen- bzw. 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 2004b; Schiemann & Moers 2011),
- Vorhandensein eines betriebsweiten Qualitätsmanagements,
- Bereitschaft für einer strategische Unterstützung des Implementierungsprojektes durch das Einrichtungsmanagement (Kitson 2009; Rycroft-Malone 2010),
- Benennung einer eigenständigen Projektleitung für den Implementierungszeitraum mit entsprechender Erfahrung und Kompetenzen,
- Bereitstellung ausreichender personeller und zeitlicher Ressourcen für die Arbeit von Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten, zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte und das abschließende Audit (Schiemann et al. 2010).

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 den Deutschen Pflegerat. Alle interessierten Einrichtungen erhalten durch das vorliegende Methodenpapier und die Berichte abgeschlossener modellhafter Implementierungen Informationen über die Auswahlkriterien und den Verlauf des Implementierungsprojekts.

2.3.2 Bildung einer Projektgruppe und wissenschaftliche Begleitung der Kooperationseinrichtungen

Für den Zeitraum 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 Sitzungen 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 an den jeweiligen Expertenstandard;
- Unterstützung der Projektbeauftragten bei der Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten der Einrichtungen auf der Grundlage des Audit-Instruments, das sich an dem Phasenmodell zur Standardimplementierung (Kap. 2.3.3) orientiert und den Projektbeauftragten zur Dokumentation des Projektverlaufs zur Verfügung steht;
- Erstellung von Ergebnisprotokollen zu den Projektsitzungen;
- anonymisierte Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Audit-Ergebnisse, Ergebnisprotokolle der Projektgruppensitzungen und Projektverlaufsdokumentation);
- Prüfung der Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Expertenstandards und
- Berichterstattung über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung (vgl. Kapitel 2.3.5).

2.3.3 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 mehrstufiges Phasenmodell erarbeitet und erprobt. Dieses Konzept hat sich im Rahmen der bisherigen DNQP-Implementierungsprojekte sehr stabil und wenig störanfällig bewährt und wurde inhaltlich weiter ausdifferenziert. 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.

Die Phasen des Implementierungsprojektes erstrecken sich nach der Projektvorbereitung insgesamt über sechs Monate (u. a. Schiemann & Moers 2006). Im Rahmen der bisherigen Implementierungsprojekte wurde deutlich, dass die Umsetzung dieser Phasen innerhalb dieses Zeitraums für alle Beteiligten hohe Anforderungen stellt. Es zeigt sich jedoch, dass dieser begrenzte Zeitraum maßgeblich zu einer Motivationsförderung beiträgt. So ist es möglich, eine Balance zwischen hoher Beanspruchung aller Beteiligten und sichtbaren Ergebnissen zu halten (Moers et al. 2014)



Abbildung 2: Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards

Vorbereitungsphase

Wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Standardeinführung in Praxiseinrichtungen sind neben der strategischen Unterstützung des Projektes durch das Einrichtungsmanagement unter frühzeitiger Schaffung struktureller Voraussetzungen für die Implementierung

- die Auswahl geeigneter Modellpflegeeinheiten,
- die Bildung von Arbeitsgruppen und
- die fachlich kompetente Projektbegleitung durch Projektbeauftragte (Moers et al. 2014).

Bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten steht die Frage im Mittelpunkt, ob das jeweilige Qualitätsrisiko bei den Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen in ausreichend häufigem Maß auftritt, damit eine Anwendung des Expertenstandards gesichert und bereits ausreichende Akzeptanz für das Thema im Team vorhanden sind (Damschroder et al. 2009). Zudem sollten Motivation und Akzeptanz der Pflegefachkräfte für die Expertenstandardeinführung nicht durch parallele Projekte oder knappe personelle und zeitliche Ressourcen eingeschränkt werden.

Die Arbeitsgruppen setzen sich vornehmlich aus Pflegefachkräften der Modellpflegeeinheiten und den Projektbeauftragten zusammen. Nach Möglichkeit wird zur Vereinfachung von Entscheidungsprozessen auch die Pflegeleitung der Modellpflegeeinheit oder Bereichsleitungen hinzugezogen. Zudem ist es je nach Expertenstandardthema und Einrichtungsart ratsam, andere Berufsgruppen und standardspezifische Fachexpertise in die Arbeitsgruppen einzubeziehen. Als arbeitsfähig haben sich, je nach Größe der Modellpflegeeinheiten, Arbeitsgruppen mit kontinuierlicher Teilnahme von 8-12 Personen erwiesen. Die AG-Mitglieder haben die wichtige Funktion, beständig als Multiplikatoren in den Pflgeteams zu wirken.

Für die modellhafte Implementierung sind hierbei die Projektbeauftragten von entscheidender Bedeutung, die durch ihre Rolle innerhalb der Einrichtung sowohl im Rahmen der Projektsitzungen wie auch während der Implementierungsphasen erste Ansprechpartner des DNQP sind. In den Einrichtungen übernehmen die Projektbeauftragten die inhaltliche und organisatorische Steuerung des Implementierungsprozesses. Ihre Aufgaben umfassen dabei in der Regel

- die Moderation der Arbeitsgruppen,
- die Planung, Organisation und teilweise Durchführung von Fortbildungen,
- die fachlich kompetente und qualitätsmethodische Begleitung der Standardeinführung,
- die Dokumentation des Projektverlaufs und
- die Durchführung und einrichtungsbezogene Auswertung des Audits.

Unabdingbare Voraussetzung für einen erfolgreichen Projektverlauf ist eine funktionierende Projektkommunikation mit den relevanten beteiligten Akteuren, sowohl innerhalb der Einrichtung (z. B. Stationsärzte und andere Berufsgruppen), als auch außerhalb (z. B. Angehörige und Hausärzte). Zu Beginn des Projektes und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards sollten Informationsveranstaltungen (z. B. Kick-off-Veranstaltungen) stattfinden, um möglichst viele Beteiligte über das Projekt in Kenntnis zu setzen. Dies sind insbesondere das Pflgeteam 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.

Phase I: Fortbildungen

Diese Phase beinhaltet zu Beginn die Erfassung des Fortbildungsbedarfs zum jeweiligen Expertenstandardthema und darauffolgend die Planung und Durchführung entsprechender Fortbildungsveranstaltungen.

Da Fortbildungen nicht ausschließlich in der ersten, sondern je nach Bedarf auch in späteren Implementierungsphasen stattfinden, kann diese Implementierungsphase zwischen 4 und 20 Wochen dauern, wobei ein Schwerpunkt in den ersten vier Wochen zu Beginn des Projektes liegt. Neben organisatorischen Gründen kann sich weiterer Fortbildungsbedarf im Verlauf der Implementierung aus der ersten Anwendung und Umsetzung des Expertenstandards und veränderter Verfahrensweisen ergeben und eine Nachjustierung des Fortbildungsangebots erforderlich machen. Dieser Bedarf kann auch durch die Anleitung von Pflegefachkräften durch Mitglieder der Arbeitsgruppen

aufgefangen werden, die bei der Expertenstandardeinführung eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Dabei sollte der zentrale Fortbildungsbedarf bis zum Beginn der Auditphase gedeckt sein. Allerdings ist auch darüber hinaus von wiederkehrendem Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte zu dem jeweiligen Expertenstandardthema auszugehen. Dieser regelmäßige Fortbildungsbedarf kann mit dem pflegepersonalbezogenen Anteil des Audits erhoben werden. Diese Ergebnisse dienen der langfristigen Fortbildungsplanung und unterstützen eine Verstetigung der Expertenstandardinhalte.

Fortbildungsthemen, Umfang und Fortbildungsform sind dem jeweiligen Bedarf des Pflgeteams anzupassen. Als Fortbildungen gelten sowohl klassische Fortbildungsveranstaltungen als auch Mikroschulungen oder die supervidierte Anwendung von Expertenstandardinhalten mit fachlichem Input. Die Erfahrung aus den bisherigen Implementierungsprojekten zeigt, dass in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu allen Expertenstandardebenen besteht, wobei die Themen Assessment und Beratung/Schulung regelmäßig höchsten Bedarf aufweisen.

Phase II: Konkretisierung

In dieser Phase stehen in den Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Kriterienebenen des Standards und den Kommentierungen sowie die Klärung einzelner Umsetzungsfragen im Mittelpunkt. Die Konkretisierungs- und Anpassungsphase erstreckt sich über einen Zeitraum von rund acht Wochen und sollte frühzeitig nach Beginn der Fortbildungsphase und abhängig vom Kenntnisstand der AG-Mitglieder über die Expertenstandardinhalte begonnen werden. Diese Phase dient einerseits der Konkretisierung von Standardkriterien auf besondere Bedarfe der jeweiligen Zielgruppe und andererseits gegebenenfalls der Anpassung von Arbeitsprozessen an die Inhalte des Expertenstandards auf Basis von Soll-/Ist-Analysen, die einen Abgleich zwischen Strukturen und Prozessen der Modellpflegeeinheiten und dem geforderten Qualitätsniveau des Expertenstandards ermöglichen.

Eine Konkretisierung von Standardkriterien ist nicht zwingend. Sie wird immer dann empfohlen, wenn besondere Bedingungen der Zielgruppe (z. B. diagnosebezogene 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 die Konkretisierung der Inhalte dem Erreichen des angestrebten Qualitätsniveaus des Standards dient.

Bei der Anpassung von Prozessen gilt es zudem, die Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen auszugestalten und an das geforderte Niveau des Expertenstandards anzugleichen. Empfohlen wird, entsprechende interdisziplinär abgestimmte Verfahrensregeln zu entwickeln. Hierbei ist eine multidisziplinäre Zusammensetzung der Arbeitsgruppen ebenso wie die Beteiligung von Entscheidungsträgern hilfreich.

Phase III: Einführung

In der Einführungsphase hat sich bewährt, eine zweite Informationsveranstaltung durchzuführen, um allen Beteiligten den Anwendungsbeginn des Standards zu signalisieren. Dies sollte durch die Beteiligung der Leitungsebene unterstützt werden.

Entscheidend in dieser achtwöchigen Phase ist, dass den Pflegefachkräften Gelegenheit zu angeleiteter und supervidierter Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte gegeben wird. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind unverzichtbar und für eine Akzeptanz durch die Pflegefachkräfte unabdingbar. Auf diese Weise ist die Möglichkeit zur Reflexion des Einführungsprozesses sichergestellt und den Pflegefachkräften wird Gelegenheit gegeben, Vorschläge zur Anpassung und Verbesserung der veränderten Handlungsschritte zu äußern. Die Projektbeauftragten und die Mitglieder der Arbeitsgruppen stehen den Pflegefachkräften in dieser Phase begleitend und motivierend zur Seite und üben eine Mentorenfunktion aus.

Phase IV: Audit

Das Auditverfahren bildet als vierwöchige Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Für das Audit wurde ein standardisiertes Audit-Instrument entwickelt, das für die jeweiligen Expertenstandards themenspezifisch angepasst wird. Das Instrument wird in engem Austausch mit den Projektbeauftragten auf der Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen und ist unterteilt in patienten-/patientinnen- bzw. bewohner/bewohnerinnenbezogene und pflegepersonalbezogene Fragen. Nach Abschluss der modellhaften Implementierung steht es allen interessierten Einrichtungen auf der Webseite des DNQP zur Verfügung.

Im Rahmen des Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Dabei wird im Rahmen des patienten-/patientinnen- bzw. bewohner-/bewohnerinnenbezogenen Audits 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“ bzw. „Nicht Anwendbar“-Optionen mit der Möglichkeit eines Kommentars. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten und -expertinnen, die nicht in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegekräfte arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschließen.

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 Modellpflegeeinheiten anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Im Rahmen der modellhaften Implementierung liegt die angestrebte Stichprobe bei 40 Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen pro Einrichtung. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten 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 vereinfacht es, Modellpflegeeinheiten mit so vielen Bewohner-/Bewohnerinnenplätzen zu wählen, dass 40 Bewohner/Bewohnerinnen mit einem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Ähnliche Planungsbedingungen gelten für die ambulante Pflege.

Im Rahmen des personalbezogenen Audits werden alle Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheiten schriftlich nach ihrer Teilnahme an themenrelevanten Fortbildungsveranstaltungen in den vergangenen 24 Monaten und nach ihrem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf gefragt. Die Ergebnisse ermöglichen Rückschlüsse auf den Wissensstand zum Standardthema und geben Hinweise zum aktuellen Fortbildungsbedarf der beteiligten Pflegefachkräfte.

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 und der Verstetigung der Expertenstandardinhalte im Praxisfeld darstellen.

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

Die Gesamtauswertung aller Projektdaten und die Erstellung des Berichtes über den Verlauf und die Ergebnisse des Implementierungsprojektes werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP vorgenommen.

Gegenstand der modellhaften Implementierung ist die Frage nach Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit des Expertenstandards. Zeigen die Ergebnisse der Implementierung Anpassungsbedarf an den Kriterien oder Kommentierungen des Expertenstandards, werden mögliche notwendige Änderungen oder Ergänzungen zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und der Expertenarbeitsgruppe abgestimmt. Ergibt sich hieraus oder aus erhebungspraktischen Gründen Anpassungsbedarf für das Auditinstrument, wird dieser mit Blick auf die zukünftige Anwendung des Instruments im Rahmen des regelhaften Einsatzes des Expertenstandards ebenfalls vorgenommen.

Alle Ergebnisse werden im Rahmen eines Netzwerk-Workshops der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die Diskussion spezifischer Probleme der Standardumsetzung erfolgt in diesem Rahmen in überschaubaren, einrichtungsartspezifischen Arbeitsgruppen mit Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe und den Projektbeauftragten für die Implementierung. Die Moderation übernehmen Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses oder des wissenschaftlichen Teams.

2.3.5 Abschließende Veröffentlichung des Expertenstandards

Die abschließende Veröffentlichung basiert auf dem Sonderdruck zum Expertenstandard (s. Kapitel 2.2.4) und beinhaltet

- den methodischen Bericht über Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards,
- den konsentierten Expertenstandard mit Präambel und Kommentierungen der Standardkriterien,
- die Literaturstudie,
- den Bericht über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung sowie
- das Audit-Instrument zum Expertenstandard für den Einsatz im internen Qualitätsmanagement von Einrichtungen.

Hinweise zur abschließenden Veröffentlichung des Expertenstandards erfolgen über die Homepage des DNQP und die Fachpresse.

2.4 Aktualisierung der Expertenstandards

Für die Gültigkeit und Glaubwürdigkeit von Qualitätsinstrumenten ist eine fortlaufende Überprüfung der Aktualität ihrer Inhalte erforderlich. Das DNQP hat sich hier auf ein mehrstufiges Verfahren festgelegt, das maßgeblich aktuelle Forschungserkenntnisse zur Aktualisierung von Leitlinien sowie die Erfahrungen der Expertenstandard-Aktualisierungen der letzten fünf Jahre berücksichtigt (Alonso-Coello 2011; Fishman 2012; NICE 2013; Becker et al. 2014).

Die reguläre Aktualisierung der Expertenstandards erfolgt spätestens fünf Jahre nach der abschließenden Veröffentlichung bzw. sieben Jahre nach Veröffentlichung der ersten aktualisierten Fassung. Der Zeitraum von fünf Jahren lehnt sich an Erkenntnisse internationaler Forschung zur Halbwertszeit von Leitlinien an (Shekelle et al. 2001; Eccles 2002; NICE 2009). Dieser Zeitraum hat sich bei den bisherigen sieben Aktualisierungen bestätigt, da es bei allen Standards nur einen sehr geringfügigen Änderungsbedarf gab und sich insbesondere die Standardkriterien als sehr stabil erwiesen. Veränderungen fanden sich überwiegend in den Kommentierungen, die bei den ersten Aktualisierungen deutlich ausführlicher geschrieben wurden, als bei den Entwicklungen. Da dies eher dem Erkenntnisgewinn geschuldet war, dass die Kommentierungen für die Praxis sehr hilfreich sind, denn einem Aktualisierungsbedarf der Expertenstandards, ist zu erwarten, dass dieser Veränderungsbedarf auch bei den zweiten Aktualisierungen erheblich geringer ausfällt. Daher wird die reguläre Aktualisierung der Expertenstandards bei den zweiten und weiteren Aktualisierungen erst nach sieben Jahren durchgeführt.

Jede Veränderung am Standard im Rahmen einer Aktualisierung muss angesichts des hohen Anpassungsaufwands in den einzelnen Einrichtungen sehr sorgfältig geprüft werden, da nur bei wirklich dringendem Aktualisierungsbedarf der erneute Anpassungs- und gegebenenfalls sogar erneute Implementierungsaufwand in den Einrichtungen gerechtfertigt erscheint. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass häufige Veränderungen am Expertenstandard die verstetigte Anwendung des Instrumentes in der Praxis erschweren. Der zeitliche und finanzielle Aufwand für eine Aktualisierung ist nur unerheblich geringer als der einer Neuentwicklung, weshalb auch hier der Prüfung des Aktualisierungsbedarfs eine hohe Bedeutung zukommt. Bei einer Aktualisierung wird neben dem aktuellen Wissensstand zum Thema auch die epidemiologische Relevanz, Zielsetzung des Standards und der Bedarf einer neuerlichen modellhaften Implementierung bei gravierenden Veränderungen geprüft. Bei gravierenden praxisrelevanten Änderungen des Wissensstandes wird eine vorzeitige Aktualisierung des entsprechenden Expertenstandards notwendig (Shekelle et al. 2012; NICE 2013; Becker et al. 2014). Gründe für eine vorzeitige Aktualisierung können sein:

- Änderung der Evidenz in Bezug auf Nutzen und Schaden von Interventionen,
- Änderung von Outcomes,
- Änderung bei der Verfügbarkeit von bestehenden und neuen Interventionen,
- Verbesserung der Versorgung und in Folge Veränderung der epidemiologischen Relevanz oder
- Veränderungen gesellschaftlicher Werte.

Das weitere Vorgehen unterscheidet sich bei vorzeitigen und bei regelhaften Aktualisierungen nicht.

2.4.1 Monitoring

Damit trotz eines längeren Zeitraumes seit Erstellung der letzten Literaturstudie gewährleistet werden kann, dass die zugrunde gelegte Wissensbasis noch dem aktuellen Wissensstand entspricht, kommt dem jährlichen Monitoring eine besonders hohe Bedeutung zu.

Durch dieses regelmäßige Monitoring-Verfahren zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppen wird gewährleistet, dass relevante wissenschaftliche Veränderungen oder Veränderungen von Praxisbedingungen zu den einzelnen Expertenstandards rechtzeitig erkannt und berücksichtigt werden. Dazu werden die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen durch das wissenschaftliche Team einmal pro Jahr angeschrieben. Auf der Basis eines einheitlichen Rückmeldebogens werden die Experten und Expertinnen befragt, ob ihnen in der Auseinandersetzung mit dem Thema relevante Veröffentlichungen oder Veränderungen der Umsetzungsbedingungen aufgefallen sind, die eine Überarbeitung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien erforderlich machen können. Zudem werden alle Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe gebeten, relevante neue Erkenntnisse von sich aus dem wissenschaftlichen Team des DNQP zu melden (Gartlehner et al. 2004; BÄK, KBV & AWMF 2010; Becker et al. 2014). Zusätzlich fasst das DNQP Anfragen aus der Praxis zur Arbeit mit den Expertenstandards und zu ihrer Umsetzung zusammen, die den Experten und Expertinnen zur Verfügung gestellt werden. Die Einschätzung durch die Experten und Expertinnen setzt voraus, dass diese weiterhin in Wissenschaft und/oder Praxis mit dem Thema befasst sind. Auf Grundlage dieser Einschätzung erfolgt gemeinsam mit der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe eine Bewertung, ob neue Erkenntnisse eine vorzeitige Aktualisierung erforderlich machen. Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe erhalten vom DNQP nach Abschluss des Monitorings eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

2.4.2 Erstellung einer neuen Literaturstudie

Im Rahmen einer Aktualisierung wird eine vollständige neue Literaturstudie verfasst, die die wesentlichen Aspekte der ursprünglichen Studie aufgreift und um neue Erkenntnisse ergänzt. So wird gewährleistet, dass grundlegende Erkenntnisse nicht verloren gehen, nur weil es dazu keine aktuellen Studien gibt. Ergänzend zur Literaturstudie werden die Monitoring-Ergebnisse der vergangenen Jahre sowie die Erfahrungen aus der Praxis systematisch zusammengefasst und den Autoren der Studie sowie den Experten und Expertinnen zur Verfügung gestellt.

Die Erstellung einer neuen Literaturstudie und die Bewertung des Wissensstandes erfolgen methodisch analog zum Vorgehen unter Punkt 2.3 unter Berücksichtigung der seit Beendigung der alten Literaturrecherche erschienenen Veröffentlichungen. Die bei der ersten Literaturrecherche verwendeten Suchstrategien und identifizierten zentralen Themenbereiche sollen berücksichtigt werden, um die Literaturrecherche zu begrenzen. Ziel ist die Aktualisierung des bestehenden Expertenstandards und nicht eine neue Recherche zum Thema mit möglicherweise anderen Outcomes, es sei denn, es hat bereits im Vorfeld im Rahmen des Monitorings Hinweise gegeben, die eine Neuausrichtung sinnvoll erscheinen lassen.

2.4.3 Erneute Einberufung einer Expertenarbeitsgruppe

Für die Besetzung der Position der wissenschaftlichen Leitung und für die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe wird per Pressemitteilung in der Fachpresse und auf der Homepage des DNQP um Bewerbung gebeten. Ehemalige Mitglieder und wissenschaftliche Leitung können sich erneut bewerben. Alle anderen Schritte erfolgen analog zur Berufung der Expertenarbeitsgruppen bei der Entwicklung eines Expertenstandards.

2.4.4 Überprüfung des Expertenstandards anhand des aktuellen Wissensstands

Die Expertenarbeitsgruppe kommt mindestens zu einer Sitzung zusammen. Die Ergebnisse der aktualisierten Literaturstudie sowie die Hinweise aus den Referenzeinrichtungen und ggf. weiterer Praxishinweise werden diskutiert und bewertet und ihre Empfehlungen sowie die Notwendigkeit einer Anpassung der einzelnen Standardkriterien geprüft. 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 2.1.4). Die Anpassung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Team und in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss des DNQP.

2.4.5 Internetbasierte Einbeziehung der Fachöffentlichkeit - Konsultationsphase

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.

Sollte sich im Rahmen einer Aktualisierung zeigen, dass ein umfassender Änderungsbedarf erfolgt ist oder eine Neuausrichtung des Expertenstandards vorgenommen wurde, entscheidet der Lenkungsausschuss des DNQP über die Erfordernis einer Konsensus-Konferenz und/oder einer anschließenden modellhaften Implementierung. Im Rahmen der Indikatorenentwicklung findet im Anschluss an die Konsultationsphase ein Evaluationsprojekt statt, in dessen Rahmen Anpassungen des bisherigen Vorgehens an den aktualisierten Expertenstandard erfolgen, ein Audit durchgeführt wird und zusätzlich eine Erprobung des Indikatorensatzes stattfindet. Dieses Evaluationsprojekt ist nicht zu verwechseln mit einer modellhaften Implementierung, die das Ziel hat, die Praxistauglichkeit eines neuen Expertenstandards zu erproben.

2.4.6 Erarbeitung der abschließenden Version und Veröffentlichung des aktualisierten Expertenstandards

Die eingehenden Stellungnahmen zur Konsultationsfassung werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP 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 gegebenenfalls eine Überarbeitung des standardspezifischen Audit-Instruments vor. Das aktualisierte Audit-Instrument wird auf der Homepage des DNQP kostenlos zur Verfügung gestellt.

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

Die Verbreitung des aktualisierten Expertenstandards erfolgt über die Fachpresse und durch 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 eines DNQP-Netzwerk-Workshops vorgestellt und diskutiert.

3 Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards

Ein in den bisherigen Fassungen des DNQP-Methodenpapiers (DNQP 2007b; DNQP 2011b) angesprochener Aspekt der zukünftigen Arbeit des DNQP war die Entwicklung von evidenzbasierten Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards. Mit Beginn der zweiten Aktualisierung der bisherigen Expertenstandards soll dieser Schritt nun auf Basis der folgenden methodischen Überlegungen erfolgen.

Indikatoren sollen es im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ermöglichen, bei begrenztem Aufwand der Datenerhebung, Hinweise auf den Umsetzungsgrad angestrebter Qualitätsziele zu erhalten. Sie sind zudem hilfreich bei der Unterscheidung zwischen guter und verbesserungswürdiger Qualität. Für die Überlegungen des DNQP soll die Definition der BQS (2008) für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren maßgeblich sein. Danach dient „ein Qualitätsindikator (...) der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß für Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen.“ (BQS 2008, S. 12).

Indikatoren sind in diesem Verständnis quantitative Qualitätsinstrumente, die mit anderen Qualitätsinstrumenten verbunden sein müssen. Katz und Green (1996) weisen in ihren Ausführungen wiederholt auf den Zusammenhang zwischen den Instrumenten Pflegestandards und Qualitätsindikatoren hin. Auch in der Definition der BQS sind Qualitätsindikatoren Evaluationsinstrumente, die nur dann einsetzbar sind, wenn durch andere Instrumente das Leistungsoll oder Leistungsniveau (hier das Qualitätsziel) festgelegt wurde. Neben pflegerischen Expertenstandards sind dabei natürlich vor allem die Leitlinien zu nennen, auf deren Basis bereits seit längerem Indikatorenentwicklungen stattfinden. Eine Bewertung von Leistungen ist nicht möglich, wenn das geplante Leistungsziel oder Leistungsniveau in Form von Soll-Werten nicht bekannt ist (Geraedts 2009). Mittels Qualitätsindikatoren können demnach Leistungen nur vor dem Hintergrund vorab festgelegter Qualitätsziele und Qualitätsniveaufestlegungen, wie sie in den Expertenstandards erfolgen, bewertet und gesteuert werden. Entsprechend hängt die Zuverlässigkeit von Indikatoren nicht nur davon ab, ob sie richtig konstruiert wurden, sondern auch, ob die damit verbundenen Leistungsniveaufestlegungen zuverlässig sind (Schrappe 2004; ÄZQ 2009).

Die Diskussion um Qualitätsindikatoren in der Pflege ist in Deutschland noch nicht sehr umfassend ausgeprägt, obwohl das Thema zunehmende Bedeutung erfährt. So spielt seit 2007 für die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser der Generalindikator Dekubitusprophylaxe eine wichtige Rolle (Renner 2012) und in der Pflegeversicherung ist spätestens seit der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes von 2012 klar, dass die zukünftige Darstellung der Versorgungsqualität in der Langzeitversorgung auf Indikatoren gestützt erfolgen soll. Als problematisch an der derzeitigen Situation kann angesehen werden, dass die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der

Pflege getrennt nach der Logik der Sozialgesetzbücher V und XI erfolgt bzw. erfolgen soll, während die Entwicklung von Expertenstandards durch das DNQP seit 15 Jahren sektorenübergreifend für alle Bereiche der Pflegepraxis geschieht.

Innerhalb des SGB V und SGB XI dienen Qualitätsindikatoren vorrangig der externen Qualitätsbewertung. Das hier beschriebene Verfahren zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der DNQP-Expertenstandards verfolgt prioritär das Anliegen, Indikatoren zur Qualitätssteuerung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Nutzung von Indikatoren zur externen Qualitätsbewertung und internen Qualitätssteuerung schließen sich nicht grundsätzlich gegenseitig aus. Sie stellen jedoch in der Entwicklung und Erprobung unterschiedliche Anforderungen.

In Anlehnung an etablierte Verfahren zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Kötter et al. 2011) umfasst die Entwicklung auf der Basis von Expertenstandards die folgenden Schritte, die in Zukunft in der nachfolgend beschriebenen Form in die Arbeiten zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards integriert werden:

- Themenfestlegung durch regelmäßige Aktualisierung eines Expertenstandards,
- Literaturrecherche zu verfügbaren Indikatoren und Formulierung eines vorläufigen Sets von Indikatoren,
- Strukturierte Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren bzw. des Indikatoren-Sets durch Expertenarbeitsgruppen,
- Praxistest der ausgewählten Qualitätsindikatoren und
- Veröffentlichung des entwickelten Qualitätsindikatoren-Sets.

3.1 Themenauswahl und -festlegung

Die Auswahl eines relevanten Themas erfolgt nach den Kriterien, die in Kapitel 2.1.1 dieses Methodenpapiers ausgeführt sind. Die Expertenstandards des DNQP beziehen sich auf zentrale Qualitätsrisiken in allen Bereichen der Pflegepraxis und sind daher für die Themenwahl besonders geeignet. Entsprechend bietet es sich an, aus den Kriterien der Expertenstandards sowie den Items aus dem Audit-Instrument Qualitätsindikatoren abzuleiten. Auf dieser Basis ließe sich, ähnlich wie für die zentralen Qualitätsbereiche, die in den Nationalen Versorgungsleitlinien angesprochen sind (Nothacker & Reiter 2009), evaluieren, ob die pflegerische Versorgung im entsprechenden Versorgungsbe- reich auf der Basis des in den Expertenstandards ausgedrückten aktuellen Wissensstandes erfolgt. Im Prozess der Aktualisierung der Expertenstandards wird daher in Zukunft der Auftrag zur Literaturrecherche um die gezielte Suche nach verfügbaren Indikatoren zum jeweiligen Themenbereich erweitert.

3.2 Literaturrecherche und Formulierung vorläufiger Indikatoren

Auf der Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP und die wissenschaftliche Leitung der jeweiligen Expertenarbeitsgruppe Überlegungen zu vorläufigen Indikatoren angestellt. Diese dienen der Eingrenzung des Settings, in dem der Indikator eingesetzt werden soll sowie der Festlegung themen- oder patienten-/patientinnen- bzw. bewohner-/bewohnerinnenrelevanter Endpunkte oder möglicher Versorgungsdefizite. Die in den Expertenstandards enthaltenen Empfehlungen bieten für diese Festlegung eine gute Grundlage. Sie können dazu dienen, Schlüsselempfehlungen zu formulieren und entsprechende Indikator-

vorschläge abzuleiten. Zudem wird geprüft werden, ob es bereits Instrumente zur Abbildung der Patienten-/Patientinnen bzw. Bewohner-/Bewohnerinnenperspektive zum jeweils aktualisierten Themenbereich gibt (AQUA-Institut 2013).

3.3 Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expertenarbeitsgruppe

Im dritten Schritt erfolgt die Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expertenarbeitsgruppe. Diese kommt im Verlauf der Aktualisierung eines Expertenstandards mindestens zweimal zusammen. Das erste Treffen dient der Prüfung der Notwendigkeit von Aktualisierungen im Expertenstandard und den Kommentierungen (vgl. Kap. 2.4). Das zweite Treffen dient der Diskussion und vorläufigen Festlegung von Indikatoren. Diese erfolgt auf Basis eines formalisierten Konsentierungsverfahrens und weist vielfältige Gemeinsamkeiten mit dem Prozess der Entwicklung von Expertenstandards auf. Es stehen dafür verschiedene Verfahren wie Konsensentwicklungs-Konferenzen, die Delphi-Technik, iterative Konsensfindungsprozesse und die RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) zur Verfügung (Campbell et al. 2004). Letztere ist eine der im internationalen Rahmen am häufigsten verwendeten Verfahren zur Entwicklung von Indikatoren. Die RAM wurde gemeinsam von der RAND Corporation, einer global agierenden Nonprofit-Organisation, und der University of California in Los Angeles (UCLA) entwickelt (Fitch et al. 2001; Bilimoria et al. 2009). In Deutschland wird das RAM-Verfahren für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen der externen Qualitätssicherung im SGB V durch das AQUA-Institut verwendet (AQUA-Institut 2013). Das RAM-Verfahren ermöglicht eine mehrstufige und strukturierte Bewertung und Auswahl des Indikatorensets durch die jeweilige Expertenrunde. Der grundlegenden Methodik von literaturbasierter Vorauswahl und anschließender Konsentierung durch eine Expertengruppe folgen jedoch auch andere Verfahren (ÄZQ 2009).

Allen Verfahren gemein ist die formalisierte Konsensbildung zu geeigneten Indikatoren im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses. Die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen werden nach der ersten Sitzung zur Aktualisierung um eine Einschätzung gebeten, welche Aspekte des Expertenstandards in der Praxis besonders in den Blick genommen werden sollten, um einen Qualitätsfortschritt zu erzielen. Sie erhalten zudem die Übersicht über die vorläufigen Indikatoren sowie die Ergebnisse der Literaturrecherche zu den Indikatoren. Die Ergebnisse dieser ersten Einschätzung werden zusammengefasst und an die Experten und Expertinnen zur Vorbereitung des zweiten Treffens verschickt. Die Ergebnisse dieses Treffens werden wiederum aufbereitet und zu einer abschließenden Konsentierung nochmals an die Experten und Expertinnen geschickt, bevor eine abschließende Empfehlung für ein Indikatorenset erfolgt. Dieses wird durch den Lenkungsausschuss des DNQP bestätigt und anschließend praktisch und empirisch erprobt.

Als Gemeinsamkeit aller verfügbaren Definitionen von Indikatoren ist festzuhalten, dass es sich bei Indikatoren um Zahlen bzw. numerische Größen und messbare Parameter handelt. In anderen Worten sind Indikatoren quantitative Evaluationsinstrumente. Nur in numerischer und klar operationalisierter Form können Indikatoren im Sinne der hier angesprochenen Funktionen Verwendung finden. Zur Entwicklung von Indikatoren gehört daher auch die Festlegung eines Referenzwertes, innerhalb dessen die erreichte Qualität als gut bewertet wird. Die Festlegung des Referenzbereiches ist sehr wichtig, denn dadurch wird verhindert, dass unnötige und oftmals kostenintensive Interventionsprozesse eingeleitet werden.

3.4 Praxistest und Veröffentlichung der ausgewählten Indikatoren

Die praktische Erprobung des konsentierten Indikatorensets ist der vierte Schritt der Indikatorenentwicklung. Er umfasst Fragen der Umsetzbarkeit des Indikators (z. B. die Verfügbarkeit der erforderlichen Informationen bzw. den Zeitaufwand für die Erhebung nicht vorhandener Daten, Barrieren für die Implementierung, Dokumentationsaufwand), die Prüfung wissenschaftlicher Gütekriterien (z. B. Reliabilität, statistische Unterscheidungsfähigkeit u. a.) sowie Fragen der notwendigen Risikoadjustierung, also der Frage, ob es patienten-/patientinnen- oder bewohner-/bewohnerinnenbezogene Risikofaktoren gibt, die den Indikator beeinflussen können und daher bei der Berechnung zu berücksichtigen sind. Ein geeignetes Verfahren zur Bewertung von Qualitätsindikatoren hat die BQS mit dem Instrument QUALIFY vorgelegt (BQS 2008). Das Instrument enthält Definitionen und standardisierte Bewertungskriterien für die Bereiche Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität eines Indikators. Die Relevanz bezieht sich auf Aspekte wie die Bedeutung des mit dem Indikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem, den damit verbundenen Nutzen und die Berücksichtigung potentieller Risiken und Nebenwirkungen. Die Kriterien zur Wissenschaftlichkeit umfassen u. a. die wissenschaftliche Evidenz für einen Indikator, die Klarheit der Definition sowie Fragen der Reliabilität und Validität. Die Praktikabilität bezieht sich auf die Verständlichkeit und Interpretierbarkeit durch die potenziellen Adressaten und die beteiligten Berufsgruppen sowie eine Reihe mit dem Erhebungsaufwand verbundener Fragen wie Möglichkeiten zur Überprüfung von Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten. Nicht zuletzt ist in einem Praxistest zu ermitteln, wie es um die Akzeptanz der professionellen Akteurinnen bestellt ist, deren Handeln auf Basis des erprobten Indikators bzw. Indikatorensets evaluiert werden soll.

Für die Erprobung der auf Basis der Expertenstandards entwickelten Indikatoren wird das DNQP, ähnlich wie bei der modellhaften Implementierung von Expertenstandards, in Kooperation mit etwa 20-25 Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten ein Projekt zur Praxisevaluation des aktualisierten Expertenstandards durchführen und darin die Arbeit mit den Qualitätsindikatoren erproben und wissenschaftlich auf Basis der QUALIFY-Kriterien evaluieren. Nach erfolgreicher Erprobung werden die Indikatoren im Rahmen der Veröffentlichungen des DNQP der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt und sind somit für das interne Qualitätsmanagement nutzbar. Im Rahmen der weiteren Aktualisierungen wird dann zu prüfen sein, ob die Indikatoren tatsächlich in der Lage sind, die Qualitätsentwicklung in die gewünschte Richtung zu stimulieren oder ob sie Fehlanreize setzen und unerwünschte Effekte hervorrufen (AQUA-Institut 2013), die es dann zu korrigieren gilt.

4 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. 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 et al. 2014). 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. Einen wichtigen 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. Unabhängig davon wird das DNQP die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Arbeit mit Expertenstandards unterstützen.

- **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.

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; Moers et al. 2014) sowie in Untersuchungen über Kosten und Wirksamkeit der Einführung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz und Ernährungsmanagement (Wolke et al. 2007; Wolke 2009; Wolke & Allgeier 2012).

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 Pflegesituationen 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 sieben Expertenstandards Verbraucherversionen entwickelt und in einem Buch veröffentlicht (Verbraucherzentrale Bundesverband 2012). Die Adressaten dieser Broschüre sind Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Es ist geplant, diese Arbeit fortzusetzen und dabei weitere Zielgruppen zu berücksichtigen.

5 Literatur

- Alonso-Coello P; Martínez García, L.; Miguel Carrasco, J.; Solà, I.; Qureshi, S.; Burgers, J.S. and the Updating Guidelines Working Group (2011): The updating of clinical practice guidelines: insights from an international survey. *Implementation Science* 6:107, Heruntergeladen am 21.09.2013: www.implementationscience.com/content/6/1/107
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2010): Qualitätsreport 2009. Göttingen: AQUA-Institut
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2013): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 3.0. Göttingen: AQUA-Institut
- 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
- 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
- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2009): Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. ÄZQ Schriftenreihe Band 36. Berlin: ÄZQ
- 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.auf1.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2015)
- Becker, M.; Neugebauer, E. A. M.; Eikermann, M. (2014): Partial updating of clinical practice guidelines often makes sense than full updating: a systematic review on methods and the development of an updating procedure. *Journal of Clinical Epidemiology* 67:33-45
- Bilimoria, K. Y.; Raval, M. V.; Bentrem, D. J.; Wayne, J. D.; Balch, C. M.; Ko, C. Y. (2009): National Assessment of Melanoma Care Using Formally Developed Quality Indicators. In: *Journal of Clinical Oncology*. 27(32):5445-5451
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2005): Pflege: Dekubitusprophylaxe. In: BQS (Hrsg.): Qualität sichtbar machen. Qualitätsreport 2004. Düsseldorf: BQS, 242-255
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) (2006): Pflege: Dekubitusprophylaxe. In: BQS (Hrsg.): Qualität sichtbar machen. Qualitätsreport 2005. Düsseldorf: BQS, 154-161
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) (2008): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Düsseldorf: BQS. Verfügbar unter: www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Büscher, A.; Kabore, A. (2014): Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, 191-199
- Campbell, S.; Braspenning, J.; Hutchinson, A.; Marshall, M. (2004): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. In: Grol, R.; Baker, R.; Moss, F. (Hrsg.). *Quality Improvement Research. Understanding the science of change in health care*. London: BMJ Books, S. 6-28
- 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
- Dahlgaard, K.; Schiemann, D. (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
- Damschroder, L.; Aron, D.; Keith, R.; Kirsh, S.; Alexander, J.; Lowery, J. (2009): Fostering implementation of health research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. In: *Implementation Science* 4(50)

- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004b): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- 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
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2007a): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2007b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2009a): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2009b): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- 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
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2010b): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2011a): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2011b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Version März 2011. Osnabrück: DNQP.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Aktualisierung 2014 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2014): Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- Donabedian, A. (1968): Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care* 6:81-202
- Eccles M., Rousseau N., Freemantle N. (2002): Updating evidence-based clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy*. 7(2): 98-103

- Eccles, M. P.; Grimshaw, J. M.; Shekelle, P.; Schünemann, H. J.; Woolf, S. (2012): Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. Verfügbar unter: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/60> (letzter Zugriff: 14.07.2015)
- Elsbernd, A. (2014): Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Altenpflege auf der Basis von Praxisstandards. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, 202-213
- 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: www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-entwicklung/mdb/edocs/pdf/literatur/europarat-methdt.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück (Hrsg.) (1992): Leistungskatalog und Pflegestandards. Bestandteile eines EDV-Programms für die Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- Fishman, L. (2012): Methoden zur Aktualisierung von Leitlinien: Eine quantitative und qualitative Analyse. Berlin: ÄZQ-Schriftenreihe, Band 40,
- Fitch, K.; Bernstein, S. J.; Aguilar, M. D.; Burnand, B.; LaCalle, J. R.; Lázaro, P.; Kahan, J. P. (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND.
- 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: www.arbeitsministerium.bayern.de/pflege/pflegeohnedruck.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- Gartlehner, G.; West, S. L.; Lohr, K. N.; Kahwati, L.; Johnson, J. G.; Harris, R. P.; Whitener, L.; Voisin, C. E.; Sutton, S. (2004): Assessing the need to update prevention guidelines: a comparison of two methods. *International Journal for Quality in Health Care* 16 (5):399-406
- Geraedts, M. (2009): Entwicklung von Qualitätsindikatoren. In: ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (Hrsg.). Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren. ÄZQ Schriftenreihe, Band 36. Neukirchen: Verlag Make a Book
- Gesundheitsministerkonferenz (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier
- 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: www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fürs_Internet_8227.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- Grypdonck, M. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege; Gesellschaft* 2:35-41
- Heinemann, H.; Adolph, H. (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: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Diskussionspapier_Nr_38.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- Höhmann, U.; Bartholomeyczik, S. (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. *Pflege & Gesellschaft* 18(4):293-312
- 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)
- ICN (International Council of Nurses) (1991): Die Entwicklung von Standards für Ausbildung und Praxis in der Krankenpflege. *Krankenpflege* 45 (11):629-52
- ICN (International Council of Nurses) (2004): International Principles and Framework for Standards Development in Nursing. Geneva: ICN
- Katz, J.; Green, E. (1996): Qualitätsmanagement. Wiesbaden: Ullstein Mosby Verlag.

- Kitson, A (2009): The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. In: *Journal of Advanced Nursing*. 65(1): 217-228
- Kötter, T.; Schaefer, F.; Blozik, E.; Scherer, M. (2011): Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Hintergrund, Methoden und Probleme. In: *Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*. 105(1):7-12
- Lauterbach, K.; Schrappe, M. (Hrsg.) (2004): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer
- Ludvigsen, M.S., Meyer, G., Hall, E., Fegran, L., Aagaard, H., Uhrenfeldt, L. (2013): Development of clinically meaningful complex interventions – The contribution of qualitative research. *Pflege*, 26(3):207-214
- Mainz, J. (2003): Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6):523-530
- Moers, M.; Schiemann, D. (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
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (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
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2014): Expertenstandards implementieren - Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, 70-101
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009): *The Guidelines Manual*. January 2009. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.. Verfügbar unter: www.nice.org.uk/media/5F2/44/The_guidelines_manual_2009_-_All_chapters.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2013): *Interim clinical guideline surveillance process and methods guide 2013*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Available from: www.nice.org.uk
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2014): *Developing NICE guidelines: the manual*. October 2014. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf> (letzter Zugriff: 30.05.2015)
- Nothacker, M.; Reiter, A. (2009): Qualitätsindikatoren für National Versorgungsleitlinien. In: *ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)* (Hrsg.). *Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren*. ÄZQ Schriftenreihe Band 36. Berlin: ÄZQ, 18-31
- Reiter, A.; Fischer, B.; Kötting, J.; Geraedts, M.; Jäckel, W. H.; Barlag, H.; Döbler, K. (2008): *QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren*. Düsseldorf: BQS. Verfügbar unter: www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- RCN (Royal College of Nursing) (Hrsg.) (1990): *Quality Patient Care – The Dynamic Standard Setting System*. Scutari: Harrow
- 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
- Renner, D. (2012): Entwicklung eines risikoadjustierten Qualitätsindikators zur Dekubitusprophylaxe im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. *ÄZQ Schriftenreihe Band 39*. Berlin: ÄZQ
- Rycroft-Malone, J. (2010): Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS). In: Rycroft-Malone, J.; Bucknall, T. (Hrsg.). *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 109–135
- 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
- Schiemann, D. (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

- Schiemann, D.; Moers, M. (2002): Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 205-225
- Schiemann, D.; Moers, M. (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
- Schiemann, D.; Moers, M. (2004a): Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode: „Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: DNQP
- Schiemann, D.; Schemann, J. (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
- Schiemann, D.; Moers, M. (2005): Entwicklung, Konsentierung und modellhafte Implementierung von Expertenstandards in der Pflege. *Betreuungsmanagement* 4:195-201
- Schiemann, D.; Blumenberg, P. (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
- Schiemann, D.; Moers, M. (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
- Schiemann, D.; Moers, M.; Stehling, H. (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
- Schiemann, D.; Moers, M. (2011): Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 617-642
- Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.) (2014): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schrappe, M. (2004): „Indikatoren. Definition, Entwicklung und Validierung“. In: Lauterbach; Schrappe *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, S. 408 – 430
- Selbmann, H.-K.; Kopp, I. (2005): Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 1:33-38
- Shekelle, P.; Eccles, M.; Grimshaw, J.; Woolf, S. (2001): When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 323:155-157
- Shekelle, P.; Woolf, S.; Grimshaw, J. M.; Schünemann, H. J.; Eccles, M. P. (2012): Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science* 7:62. Verfügbar unter: www.implementationscience.com/content/7/1/62 (letzter Zugriff: 21.09.2013)
- 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: www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf (letzter Zugriff: 02.03.2011)
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2014): *SIGN 50: a guideline developer's handbook*. Edinburgh: SIGN; 2014. (SIGN publication no. 50). Verfügbar unter: www.sign.ac.uk (letzter Zugriff: 01.10.2014)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzvb) (2012): *Gute Pflege im Heim und zu Hause - Pflegequalität erkennen und einfordern*. Berlin: Verbraucherzentrale Bundesverband
- 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*

- Wingenfeld, K. (2004): Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. *Pflege & Gesellschaft* 3:79-84
- Wolke, R.; Hennings, D.; Scheu, P. (2007): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege. *Z Gerontol Geriat* 20(3):158-177
- Wolke, R. (2009): Umsetzung der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Pflege. Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. Lage: Jacobs
- Wolke, R.; Allgeier, C. (2012): Expertenstandard Ernährungsmanagement - Nur Kosten oder auch Nutzen? Gesundheitsökonomische Analysen zum Nationalen Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Lage: Jacobs
- Wolf, S.; Schünemann, H. J.; Eccles, M. P.; Grimshaw, J. M.; Shekelle, P. (2012): Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. Verfügbar unter: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/61> (letzter Zugriff: 14.07.2015)

Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses

(Stand Juni 2015)

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke

Prof. Marlies Beckmann
Hochschule Frankfurt

Prof. Dr. Andreas Büscher
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Astrid Elsbernd
Hochschule Esslingen

Prof. Dr. Ulrike Höhmann
Universität Witten/Herdecke

Dr. Edith Kellnhauser
Prof. emer. Kath. Fachhochschule Mainz

Dipl.-Pflegewissenschaftlerin Jana Luntz
Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr. Martin Moers
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Rainhild Schäfers
Hochschule für Gesundheit Bochum

JProf. Dr. Erika Sirsch
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Dipl.-Psychologin Christine Sowinski
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Franz Wagner, MScN
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Berlin