



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 2019

Methodisches Vorgehen
zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung
von Expertenstandards in der Pflege
und zur Entwicklung von Indikatoren zur
Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher;
Dipl.-Pfleger Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Heiko Stehling, MScN; Dalien Stomberg, M.A.

Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 19 40 · 49009 Osnabrück · Tel.: 0541 969-2004
E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: www.dnqp.de

Osnabrück, Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Zielsetzung, Aufbau und Arbeitsweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	4
2	Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards	9
2.1	Entwicklung von Expertenstandards	9
2.1.1	Themenfindung	9
2.1.2	Erstellung der Literaturstudie und Bewertung des Wissensstandes	10
2.1.3	Bildung unabhängiger Expert*innearbeitsgruppen	11
2.1.3.1	Ausschreibung und Berufung der wissenschaftlichen Leitung der Expert*innearbeitsgruppe	11
2.1.3.2	Ausschreibung zur Gewinnung von Fachexpert*innen	12
2.1.4	Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs	12
2.1.4.1	Eingrenzung und Spezifizierung des Themas	13
2.1.4.2	Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs	13
2.1.4.3	Kommentierung der Kriterienebenen des Expertenstandards	14
2.2	Konsentierung von Expertenstandards	15
2.2.1	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit	15
2.2.2	Konferenzdurchführung und Konsentierung des Expertenstandards	15
2.2.3	Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Veröffentlichung	16
2.3	Konzept der modellhaften Implementierung	17
2.3.1	Auswahl der Einrichtungen für die modellhafte Implementierung	17
2.3.2	Bildung einer Projektgruppe und wissenschaftliche Begleitung der Kooperationseinrichtungen	18
2.3.3	Standardeinführung nach dem Phasenmodell	18
2.3.4	Auswertung der Implementierungsergebnisse und Diskussion im Rahmen eines Netzwerk-Workshops	22
2.3.5	Abschließende Veröffentlichung des Expertenstandards	23
2.4	Aktualisierung der Expertenstandards	23
2.4.1	Monitoring	24
2.4.2	Erstellung einer neuen Literaturstudie	25
2.4.3	Erneute Einberufung einer Expert*innearbeitsgruppe	25
2.4.4	Überprüfung des Expertenstandards anhand des aktuellen Wissensstands	25
2.4.5	Internetbasierte Einbeziehung der Fachöffentlichkeit - Konsultationsphase	25
2.4.6	Erarbeitung der abschließenden Version und Veröffentlichung des aktualisierten Expertenstandards	26

3	Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards	27
3.1	Themenauswahl und -festlegung	28
3.2	Literaturrecherche und Formulierung vorläufiger Indikatoren	28
3.3	Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expert*innearbeitsgruppe	29
3.4	Praxisprojekt	29
4	Literatur	31
	Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung	9
Abbildung 2:	Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards	19

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;).

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 2002),
- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004),
- „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 2007),
- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2009a),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2010a)

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

- Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2015),
- Expertinnenstandard für das Hebammenwesen „Förderung der physiologischen Geburt“ in Kooperation mit dem Verbund Hebammenforschung (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2014),
- Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und mit finanzieller Förderung durch den GKV-Spitzenverband (2014),
- Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018, 2019c).

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

Im Jahr 2018 wurde die Entwicklung eines Expertenstandards zur „Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ initiiert. Die Konsentierung dieses Standards ist für 2020 geplant. Mit der regelhaften Aktualisierung der Expertenstandards hat das DNQP 2008 in Eigeninitiative begonnen. Aktualisiert, einige bereits zum zweiten Mal, wurden bislang die Expertenstandards:

- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009b, 2019a),
- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2010b, 2017a),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (DNQP 2011a),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2013),
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2014),
- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2015),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP 2017b).

Begonnen wurde im Jahre 2018 mit der zweiten Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ gemeinsam mit der ersten Aktualisierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“, um mögliche Synergien zu diskutieren. Die Aktualisierungen werden fortlaufend weitergeführt. Im Rahmen der zweiten Aktualisierung der Expertenstandards führt das DNQP ein Praxisprojekt zur stärkeren Integration von Praxis- und Implementierungsaspekten sowie zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der Expertenstandards durch (s. Kap. 3.4).

Neben der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards bietet das DNQP seit 2016 interessierten Pflegefachkräften, die sich in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern aktiv mit der Einführung und Anwendung von Expertenstandards auseinandersetzen, in Form eines modularen Weiterbildungsprogramms ein Unterstützungsangebot zur Arbeit mit Expertenstandards und Auditinstrumenten.

Das DNQP setzt sich aus aktiven Netzwerker*innen aus Pflegepraxis und -wissenschaft, kooperierenden Einrichtungen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten sowie anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung und einem Kern von verantwortlichen Akteur*innen 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 sowie der Berufspolitik 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 zur Entwicklung von Indikatoren.

Die Arbeitsweise des DNQP ist projektorientiert. Jeder Expertenstandard wird mit je eigenen, themenspezifischen Projektgruppen, Expert*innearbeitsgruppen, erarbeitet, die vom wissenschaftlichen Team koordiniert und moderiert 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. Gleiches gilt für die Praxisprojekte, die mit den zweiten Aktualisierungen begonnen haben und die sich mit weiteren Implementierungsaspekten sowie der

Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Grundlage von Expertenstandards beschäftigen. Die Arbeitsergebnisse werden in Konsensus-Konferenzen, Netzwerk-Workshops und DNQP-Veröffentlichungen diskutiert, konsentiert und verbreitet.

Im Sinnes dieses Netzwerkgedankens besteht für Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulante Pflegedienste die Möglichkeit, als Referenzeinrichtung anderen Einrichtungen über die unterschiedlichen Erfahrungen zur erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung eines oder mehrerer Expertenstandards zu berichten. Darüber hinaus stehen die Referenzeinrichtungen dem DNQP als Ansprechpartner*innen für spezifische Fragen und/oder systematische Datensammlungen zur Implementierung und verstetigten Standardanwendung zur Verfügung und werden beispielsweise im Rahmen der Aktualisierungsprozesse eingebunden.

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 Expert*innenarbeitsgruppen, 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. Somit 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 sicher, dass 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, durch die der Praxis wertvolle Hinweise für das Vorgehen bei der internen Qualitätsentwicklung gegeben werden. 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. Weiterhin sehr kritisch sieht das DNQP die Verantwortung der Vertragsparteien nach §113a zur Entwicklung von Expertenstandards. Nach zehn Jahren (!) ist kein einziger Expertenstandard nach diesem Verfahren verabschiedet und im Bundesanzeiger veröffentlicht worden. Das spricht dafür, seitens des Gesetzgebers das Verfahren zu überdenken und nach funktionsfähigen Lösungen zu suchen. Zudem bedarf es aus Sicht des DNQP einer durch die Berufsgruppe der Pflegenden gesteuerten und verantworteten Entwicklung eigener Qualitätsmaßstäbe. Dabei sollte

weniger der Aspekt der rechtlichen Verpflichtung als vielmehr die Qualitätsentwicklung innerhalb der Berufsgruppe im Vordergrund stehen. Denkbar wäre, dass die Pflegekammern hier in Zukunft eine größere Rolle spielen werden.

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 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; Kötter et al. 2011, Kötter et al. 2012, Büscher & Kabore 2014, Elsbernd 2014; Becker et al. 2018). Dies wurde erstmals im Praxisprojekt nach der zweiten Aktualisierung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2019b) umgesetzt und wird zurzeit nach der zweiten Aktualisierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ fortgesetzt.

Qualitätsmethodische Einordnung von Expertenstandards

Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patient*innen bzw. Bewohner*innen 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 einschließt. Expertenstandards zeigen die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patient*innen- bzw. Bewohner*innenversorgung 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 2014, Büscher & Blumenberg 2018).

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 Expert*innearbeitsgruppen, 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; Europarat 2001; 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 patient*innenorientierten 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 (Europarat 2001; 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, 2011 und 2015 dar. Es beruht auf einer Auswertung der Erfahrungen mit der Entwicklung und modellhaften Implementierung der ersten neun Expertenstandards in den Jahren 1999 bis 2018, der Entwicklung des ersten Expertenstandards für eine andere Berufsgruppe, der ersten Entwicklung eines Expertenstandards nach §113a SGB XI sowie einer Analyse der aktuellen qualitätsmethodischen Literatur (AWMF & ÄZQ 2001; Grypdonck 2004; AWMF & ÄZQ 2005; Schiemann & Moers 2005; Schiemann & Moers 2006; IQWiG 2017; BÄK, AWMF & KBV 2017; Moers et al. 2014; NICE 2014a; SIGN 2015). Eingeflossen sind zudem die Erfahrungen aus bislang sieben abgeschlossenen ersten Aktualisierungen und zwei regelhaften zweiten Aktualisierungen der Expertenstandards einschließlich eines durchgeführten Praxisprojekts.

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.

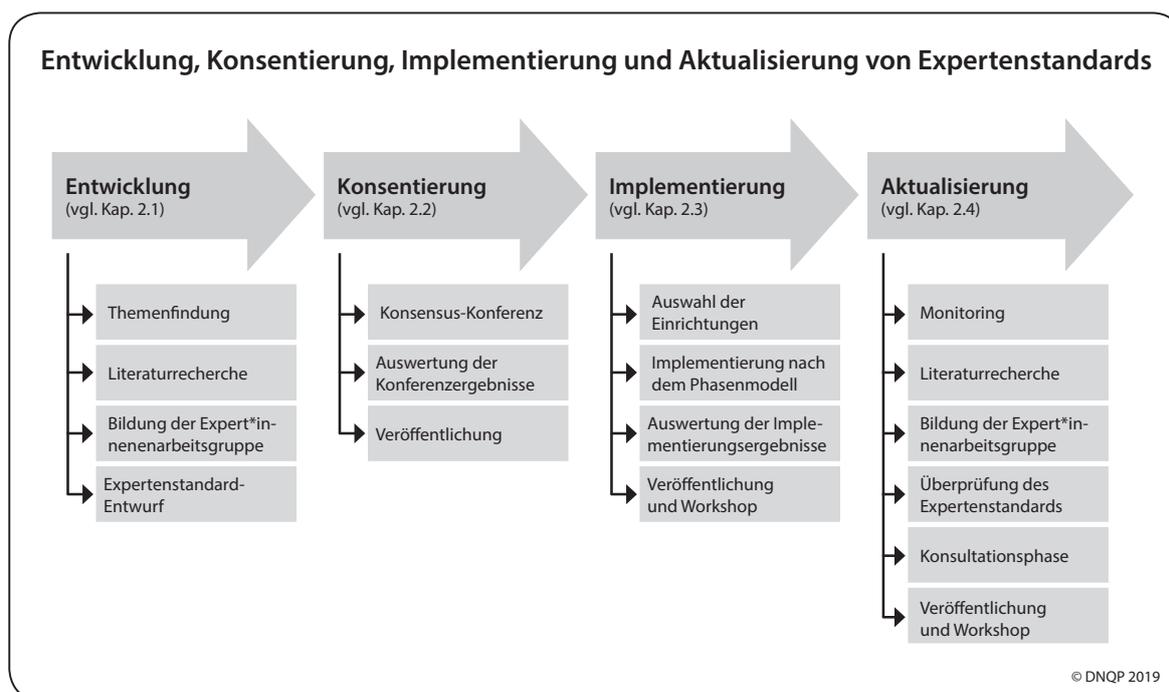


Abbildung 1: Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung

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 Beteiligte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Eingehende und vorliegende Vorschläge werden vom wissenschaftlichen Team des DNQP aufbereitet, bevor der Lenkungs-

ausschuss 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. Zur Unterstützung der Themen- und Entscheidungsfindung holt das DNQP Kurzexperisen bei ausgewiesenen Fachexpert*innen ein.

2.1.2 Erstellung der Literaturstudie und Bewertung des Wissensstandes

Die Erstellung der Literaturstudie erfolgt unter Beteiligung der wissenschaftlichen Leitung der Expert*innearbeitsgruppe. Diese wählt die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen für die Literaturrecherche und -analyse aus und arbeitet eng mit ihnen zusammen. 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). Unter Evidenz wird im Folgenden der bestmögliche aktuelle Stand des Wissens verstanden, unter Berücksichtigung sowohl von Forschungsergebnissen als auch von Expert*innenerfahrung.

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*innen, während die inhaltliche Bewertung auf der Grundlage der Literaturstudie vorrangig der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe (SIGN 2015). 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 Patient*innen bzw. Bewohner*innen und ihrer Angehörigen sowie des Krankheits- und Versorgungsverlaufs erschließen (Wingefeld 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 besondere Herausforderung besteht hierbei darin, das methodisch korrekte Vorgehen mit einer verständlichen konzeptuellen Aufarbeitung der handlungsrelevanten Themen zu verbinden. Dabei soll deutlich werden, wo die Probleme der Praxis liegen und wozu die analysierten Studien nützlich sein können. Die methodische Bewertung der Literatur in tabellarischer Form wird auf der Webseite des DNQP zugänglich gemacht.

2.1.3 Bildung unabhängiger Expert*innearbeitsgruppen

Zu jedem Standardthema wird eine Expert*innearbeitsgruppe gebildet, die in ihrer Arbeit vom wissenschaftlichen Team des DNQP unterstützt wird. Eine Expert*innearbeitsgruppe 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. Die monodisziplinäre Zusammensetzung der Expert*innearbeitsgruppe basiert auf der Einschätzung, dass der professionelle Abstimmungsprozess innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe bereits eine große Herausforderung darstellt. Sie ist jedoch Voraussetzung für die Diskussion mit anderen Berufsgruppen in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Um ihre Mitwirkung gebeten werden außerdem Patient*innenvertretung und/oder Vertreter*innen des Verbraucherschutzes. Im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hat es sich bewährt, je nach Thema Fachexpert*innen aus anderen Berufsgruppen in beratender Funktion hinzuzuziehen. Innerhalb der Arbeitssitzungen wird angestrebt, mit allen Beteiligten, also auch der Patient*innenvertretung und Fachexpert*innen, einen Konsens zu erzielen. Die Aufgabe der Expert*innearbeitsgruppe besteht in der Bewertung des durch eine Literaturstudie zusammengestellten Erkenntnisstandes zum Standardthema und der Erarbeitung eines ersten Entwurfs des Expertenstandards. Für die Entwicklung eines Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit wird erstmals eine interdisziplinäre Expert*innearbeitsgruppe gebildet, um der Kooperation zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten einerseits und der Pflege andererseits auch formell Ausdruck zu verleihen. Trotz der interdisziplinären Zusammenarbeit wird sich der Expertenstandard jedoch auf das pflegerische Handeln und nicht auf das zahnärztliche Handeln beziehen.

2.1.3.1 Ausschreibung und Berufung der wissenschaftlichen Leitung der Expert*innearbeitsgruppe

Zur Gewinnung der wissenschaftlichen Leitung der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe zu einem den hohen methodischen und inhaltlichen Anforderungen entsprechenden Ergebnis zu führen. Die wissenschaftliche Leitung ist verantwortlich für das wissenschaftliche Niveau des Experten-

standards, der Kommentierung, der Literaturstudie sowie für die Berücksichtigung der Bedingungen der Praxis. Vor Beginn der Tätigkeit als wissenschaftliche Leitung einer Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppen und der schriftlichen Abstimmungsprozesse im Rahmen der endgültigen Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs. Diese wird durch die wissenschaftliche Leitung, das wissenschaftliche Team und den Lenkungsausschuss des DNQP sichergestellt. Durch dieses Verfahren wird gewährleistet, dass bei der Entwicklung der Expertenstandards trotz wechselnder Expert*innen die methodischen Grundsätze berücksichtigt und angewandt werden.

2.1.3.2 Ausschreibung zur Gewinnung von Fachexpert*innen

In einer öffentlichen Ausschreibung in Fachpresse und Internet werden Expert*innen durch das DNQP zur Bewerbung für die Mitarbeit in der Expert*innearbeitsgruppe und Darlegung ihrer praktischen bzw. wissenschaftlichen Expertise zum Themengebiet aufgefordert. Da für die Glaubwürdigkeit der Expert*innen 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*innen der Nutzer*innen- und Patient*innenorganisationen sowie von Fachexpert*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe Wert auf eine Beteiligung von Expert*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe unter Einbeziehung des Lenkungsausschusses durchgeführt.

2.1.4 Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs

Die Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt arbeitsteilig zwischen der Expert*innearbeitsgruppe und dem wissenschaftlichen Team des DNQP. Generell gilt, dass die Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe. 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.

Der Aufbau der Expertenstandards besteht in einer Matrix, die horizontal die Struktur-Prozess und Ergebniskriterien benennt und vertikal den Schritten der Pflegeprozessmethode von Informationssammlung bis Evaluation folgt. Damit bilden die Expertenstandards den gesamten Prozess von Risikoeinschätzung, Maßnahmenplanung, Information, Schulung und Beratung sowie Koordination, Durchführung und Evaluation von Interventionen zu einer Thematik ab und fügen sich in die Logik der Pflegeprozessmethode ein. Die Formulierung der Inhalte erfolgt weitgehend in einer die verschiedenen Bereiche der Pflege übergreifenden Form, um für alle Aufgabenfelder der Pflege als gleichermaßen verbindlich gelten zu können.

Die Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe werden soweit formalisiert, wie es zum Erreichen eindeutiger Voten

notwendig ist. So werden von den Expert*innearbeitsgruppen-Sitzungen Protokolle zur größtmöglichen Transparenz der Ergebnisse erstellt. Die Moderation der Arbeitsgruppensitzungen erfolgt durch ein Mitglied des Lenkungsausschusses oder des wissenschaftlichen Teams. Grundsätzlich wird ein Konsens angestrebt und als solcher ausgewiesen. Sollte dieser nicht zu erzielen sein, erfolgt ein Mehrheitsbeschluss. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der wissenschaftlichen Leitung der Expert*innearbeitsgruppe. 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 Expert*innearbeitsgruppe als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert. Sie basieren auf den Ergebnissen der Literaturstudie und dem Expert*innenwissen. Anders als in der Leitlinienmethodik vorgesehen nimmt die Expert*innearbeitsgruppe 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.

Die aktuelle Diskussion um Probleme mit der immer weitergehenden methodischen Ausdifferenzierung von Empfehlungsstufen, die in der Praxis kaum noch nachzuvollziehen ist, und der Appell zu einem methodischen Pragmatismus, auch aus finanziellen Gründen, unterstützen diese Position (Browman et al. 2015). Bis 2013 hatte beispielsweise SIGN die Empfehlungsgrade A, B, C und D unterschieden. Dies erwies sich in der praktischen Umsetzung als schwierig, da weder die Binnendifferenzierung nachvollziehbar war, noch der Zusammenhang mit den Evidenzstufen der Literaturbewertung deutlich gemacht werden konnte (SIGN 2013). Aktuell unterscheidet SIGN nur noch starke und schwache bzw. bedingte Empfehlungen. Diese Differenzierung mag für bestimmte Diagnose- oder Therapieverfahren in der Medizin angemessen sein. Für die andere Funktion der Expertenstandards, nämlich das Niveau festzulegen, auf dem interaktionsreiche pflegerische Handlungen stattfinden sollen, ist eine Differenzierung der Empfehlungsstärken nicht sinnvoll. Ein professionell abgestimmtes Niveau pflegerischer Leistung stellt per se eine Empfehlung dar, da die Orientierung am festgelegten Niveau in der Praxis nicht zur Disposition steht. Wenn beispielsweise in einem Kriterium eines Expertenstandards das Angebot an Beratung verbindlich festgeschrieben ist, gibt es nicht die Frage, ob dies angeboten wird, sondern lediglich die Frage des Umfangs, des Zeitpunkts und des Anbieters der Beratung.

Da derzeit bei weitem nicht für alle pflegerischen Fragestellungen relevante Studien vorliegen, kommt der eigenständigen Bewertung der Sachlage durch die Expert*innearbeitsgruppe hohes Gewicht zu. Die Aussagen der Expert*innen basieren sowohl auf der Bewertung der wissenschaftlichen Literatur als auch auf dem fachlichen und erfahrungsbezogenen Expert*innenurteil. Die in einem Gruppenkonsens entwickelten Kriterien des Expertenstandards sowie die von der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppen zu den einzelnen Kriterienebenen. Die Protokolle der Sitzungen dienen neben der Literaturstudie als Grundlage der Kommentierungen durch jeweils zwei oder drei Mitglieder der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe vorgelegten Expertenstandard-Entwurf. Die abschließende Version des Expertenstandards berücksichtigt die Ergebnisse des Fachdiskurses (Schiemann & Moers 2014;). Teilnehmer*innenzahl und Setting werden so gestaltet, dass ein strukturierter Fachdiskurs zwischen Expert*innearbeitsgruppe 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*innen von Verbraucherschutz- und Patient*innenverbänden und
- Vertreter*innen aus Gesundheitspolitik, Spitzenorganisationen und Fachverbänden des Gesundheitswesens.

Alle angemeldeten Teilnehmer*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe vorgestellt und wissenschaftlich begründet. Zu jeder Kriterienebene erfolgt ein moderierter Fachdiskurs mit dem Plenum, in dessen Rahmen bestätigende oder abweichende Auffassungen von den Diskutant*innen dargelegt und erörtert werden. Fachleute anderer Berufsgruppen erhalten im Anschluss an die pflegefachliche Erörterung Gelegenheit zu Diskussionsbeiträgen aus ihrer fachlichen Sicht.
- Der Konsentierungsvorgang endet mit der abschließenden Feststellung der Diskussionsergebnisse zur jeweiligen Kriterienebene einschließlich der vorgetragenen Kritikpunkte und Änderungswünsche. Der gesamte Konsentierungsvorgang wird auf Tonband aufgezeichnet und die Diskussionsbeiträge werden zusätzlich protokolliert. Die Konferenzteilnehmer*innen 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 Konsentierungsergebnisse. 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 Patient*innenverbände.

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

2.2.3 Auswertung der Konferenz-Ergebnisse und Veröffentlichung

Die protokollierten und in Auszügen verschrifteten Tonbandaufzeichnungen der im Fachdiskurs erzielten Konferenzergebnisse und die Stellungnahmen werden gemeinsam von der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppe, 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 und die Einigung über das Niveau der Pflege zur jeweiligen Thematik wieder und kann somit von Einrichtungen umgesetzt werden. Ausgenommen ist in dieser Fassung lediglich der Bericht über den Verlauf und Ergebnis der modellhaften Implementierung des Expertenstandards in ausgewählten Praxiseinrichtungen, da diese erst im Anschluss an die Veröffentlichung auf Basis des konsentierten Expertenstandards erfolgt (vgl. Kap. 2.3.5). 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. In dieser kann es gegebenenfalls Hinweise auf Änderungen in bestimmten Vorgehensweisen bei der Umsetzung des Standards geben, wobei – das sei der Eindeutigkeit halber betont – keine Änderungen am konsentierten Niveau der Expertenstandards ohne erneuten Beschluss der Expert*innearbeitsgruppe möglich sind.

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 2014; Moers et al. 2014). 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).

Das vom DNQP entwickelte Konzept der Implementierung steht im Einklang mit den wesentlichen Konzepten zahlreicher internationaler Implementierungsmodelle (Moers et al. 2014). Mit der systematischen modellhaften Implementierung leistet das DNQP einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung. In der nationalen und internationalen Diskussion zur Implementierung von Leitlinien wird hingegen festgestellt, dass dieser Schritt vielfach noch nicht systematisch angegangen wird (beispielhaft Nothacker et al. 2014; Vernooij et al. 2014; Kredo et al. 2016). Ähnliches gilt für die Phase des Audits. Auch hier hat sich das vom DNQP entwickelte systematische Verfahren bewährt, während die internationale Literatur auch hier einen wenig entwickelten Stand der Forschung verzeichnet (beispielhaft Foy et al. 2005; Ivers et al. 2012).

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, ein breites Spektrum beteiligter Fachbereiche und Patient*innen- bzw. Bewohner*innengruppen 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, Arbeit mit Expertenstandards (Dahlgaard & Schiemann 1996; Schiemann & Moers 2004; Schiemann & Moers 2011),
- betriebsweite Umsetzung des gesetzlich geforderten Qualitätsmanagements,
- Bereitschaft für eine strategische Unterstützung des Implementierungsprojektes durch das Einrichtungsmanagement (Kitson 2009; Rycroft-Malone 2010),
- Benennung einer eigenständigen Projektleitung für den Implementierungszeitraum mit entsprechender Erfahrung und Kompetenzen (Harvey et al. 2002),
- 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).

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 Auditinstruments an den jeweiligen Expertenstandard,
- Unterstützung der Projektbeauftragten bei der Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten der Einrichtungen auf der Grundlage des Auditinstruments, 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 (Auditergebnisse, Ergebnisprotokolle der Projektgruppensitzungen und Projektverlaufsdokumentation),
- Prüfung der Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Expertenstandards und
- Berichterstattung über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung (vgl. Kap. 2.3.5).

2.3.3 Standardeinführung nach dem Phasenmodell

Für die Implementierung von Expertenstandards wurde 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 bewährt, da innerhalb der Phasen flexibel auf betriebliche Besonderheiten reagiert werden kann. Auch bei Verzögerungen können in der Regel erste Ergebnisse erzielt und in einem Audit festgehalten werden, auch wenn z. B. Fortbildungsangebote und kollegial begleitete Einführung des Standards für längere Zeit fortgesetzt werden müssen. 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, Moers et al. 2014). Im Rahmen der bisherigen Implementierungsprojekte wurde deutlich, dass die Umsetzung dieser Phasen innerhalb dieses Zeit-

raums 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 Patient*innen bzw. Bewohner*innen 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 Multiplikator*innen in den Pflegeteams 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 Ansprechperson 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 Akteur*innen, sowohl innerhalb der Einrichtung (z. B. ärztliches Fachpersonal und andere Berufsgruppen), als auch außerhalb (z. B. Angehörige und hausärztliches Fachpersonal). 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 Pflegeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliches Pflegemanagement auf der Abteilungs- und Betriebsebene, mit dem Thema befasste Pflegeexpert*innen 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 Multiplikator*innenfunktion 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 Pflegeteams 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 Personen mit Entscheidungsbefugnis 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 Mentor*innenfunktion aus.

Phase IV: Audit

Das Auditverfahren bildet als vierwöchige Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Für das Audit wurde ein standardisiertes Auditinstrument 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 Rahmenkon-

zepts entworfen und ist unterteilt in patient*innen- bzw. bewohner*innenbezogene 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 patient*innen- bzw. bewohner*innenbezogenen Audits auf drei Datenquellen zurückgegriffen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten: die Pflegedokumentation, die Patient*innen- bzw. Bewohner*innen-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 Qualitätsexpert*innen, 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 Patient*innen bzw. Bewohner*innen pro Einrichtung. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten in den Krankenhäusern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patient*innen mit einem dem Expertenstandard entsprechenden Qualitätsrisiko betreut wird. Die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe vereinfacht es, Modellpflegeeinheiten mit so vielen Bewohner*innenplätzen zu wählen, dass 40 Bewohner*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe 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. Das angepasste Instrument wird auf der Homepage des DNQP kostenfrei zur Verfügung gestellt.

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 Expert*innearbeitsgruppe 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 beinhaltet

- den Bericht über Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards,
- den konsentierten Expertenstandard mit Präambel und Kommentierungen der Standardkriterien, gegebenenfalls mit Änderungen nach dem Implementierungsprojekt (vgl. 2.2.3),
- die Literaturstudie,
- den Bericht über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung sowie
- das Auditinstrument 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 zehn Jahre berücksichtigt (Alonso-Coello et al. 2011; Fishman 2012; Becker et al. 2014; SIGN 2015; NICE 2014a).

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 2014a). 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 ist, dass die Kommentierungen für die Praxis sehr hilfreich sind, denn einem Aktualisierungsbedarf der Expertenstandards, ist zu erwarten, dass auch dieser Veränderungsbedarf 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 2014a; 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 beziehungsweise sicherzugehen, dass keine Erkenntnisse vorliegen, die dem Leistungsniveau eines Expertenstandards entgegenstehen, kommt dem jährlichen Monitoring eine besonders hohe Bedeutung zu.

Durch dieses regelmäßige Monitoring-Verfahren zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Mitgliedern der Expert*innearbeitsgruppen wird gewährleistet, dass relevante wissenschaftliche Veränderungen oder Veränderungen von Praxisbedingungen zu den einzelnen Expertenstandards rechtzeitig erkannt und berücksichtigt werden. Dazu werden die Mitglieder der Expert*innearbeitsgruppen durch das wissenschaftliche Team einmal pro Jahr angeschrieben. Auf der Basis eines einheitlichen Rückmeldebogens werden die Expert*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe gebeten, relevante neue Erkenntnisse von sich aus dem wissenschaftlichen Team des DNQP zu melden (Gartlehner et al. 2004; BÄK, KBV & AWMF 2017; Becker et al. 2014). Zusätzlich fasst das DNQP Anfragen aus der Praxis zur Arbeit mit den Expertenstandards und zu ihrer Umsetzung zusammen, die den Expert*innen zur Verfügung gestellt werden. Die Einschätzung durch die Expert*innen 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 Expert*innearbeitsgruppe eine Bewertung, ob neue Erkenntnisse eine vorzeitige Aktualisierung erforderlich machen. Die Mitglieder der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innen zur Verfügung gestellt.

Die Erstellung einer neuen Literaturstudie und die Bewertung des Wissensstandes erfolgen methodisch analog zum Vorgehen unter Kapitel 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 Expert*innearbeitsgruppe

Für die Besetzung der Position der wissenschaftlichen Leitung und für die Mitglieder der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innearbeitsgruppen bei der Entwicklung eines Expertenstandards (vgl. Kap. 2.1.3).

2.4.4 Überprüfung des Expertenstandards anhand des aktuellen Wissensstands

Die Expert*innearbeitsgruppe 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. Kap. 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 acht Wochen auf seiner Webseite einstellt. Interessierte Fachvertreter*innen 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 das Erfordernis einer Konsensus-Konferenz und/oder einer anschließenden modellhaften Implementierung. Im Rahmen der Indikatorenentwicklung findet im Anschluss an die Konsultationsphase ein Praxisprojekt statt, in dessen Rahmen Anpassungen des bisherigen Vorgehens an den aktualisierten Expertenstandard erfolgen, ein Audit durchgeführt wird und zusätzlich eine Erprobung des Indikatorensets stattfindet (vgl. Kap. 3.4). Dieses Praxisprojekt ist nicht zu verwechseln mit einer modellhaften Implementierung, die das Ziel hat, die Praxistauglichkeit und Akzeptanz 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 Expert*innearbeitsgruppe aufbereitet. Der Abstimmungsprozess erfolgt über einen schriftlichen Austausch. Eine weitere Sitzung der Expert*innearbeitsgruppe wird nur dann einberufen, wenn trotz dieses mehrschrittigen Verfahrens ein expliziter Dissens in der Expert*innearbeitsgruppe zu inhaltlichen Fragen besteht. Die Beschlüsse zu den Stellungnahmen werden schriftlich festgehalten.

Das Abstimmungsergebnis zwischen Expert*innearbeitsgruppe, 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 Auditinstruments vor. Das aktualisierte Auditinstrument 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, was sich verändert hat sowie das aktuelle Auditinstrument 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 Expert*innearbeitsgruppe. 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

In der letzten Fassung des DNQP-Methodenpapiers (2015) wurde das methodische Vorgehen zur Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren in der Pflege festgelegt. 2017 wurde im Rahmen der zweiten Aktualisierung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ ein erstes Praxisprojekt einschließlich der Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt. Die Erkenntnisse dieses Projektes gehen in die vorliegende aktuelle Version des Methodenpapiers ein.

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 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 (Reiter et al. 2008).

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 Leistungssoll 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; Elsbernd 2014; NICE 2014b).

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.

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 erfolgt ab Herbst 2019 eine Darstellung der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitversorgung gestützt auf Indikatoren. 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, während die Entwicklung von Expertenstandards durch das DNQP seit 20 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, NICE 2014b) umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards die folgenden Schritte:

- 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 Expert*innearbeitsgruppen,
- 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 Auditinstrument 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 Versorgungsbereich auf der Basis des in den Expertenstandards ausgedrückten aktuellen Wissensstandes erfolgt. Im Prozess der Aktualisierung der Expertenstandards wird daher 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 Expert*innearbeitsgruppe Überlegungen zu vorläufigen Indikatoren angestellt. Diese dienen der Eingrenzung des Settings, in dem der Indikator eingesetzt werden soll sowie der Festlegung themen- oder patient*innen- bzw. bewohner*innenrelevanter Endpunkte oder möglicher Versorgungsdefizite. Die in den Kriterien der Expertenstandards enthaltenen Empfehlungen bieten für diese Festlegung eine gute Grundlage. Sie können dazu dienen, Schlüsselempfehlungen zu formulieren und entsprechende Indikatorvorschläge abzuleiten. Zudem wird geprüft werden, ob es bereits Instrumente zur Abbildung der Patient*innen bzw. Bewohner*innenperspektive zum jeweils aktualisierten Themenbereich gibt (AQUA-Institut 2013).

3.3 Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expert*innearbeitsgruppe

Im dritten Schritt erfolgt die Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expert*innearbeitsgruppe. Diese kommt im Verlauf der zweiten 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).

Allen Verfahren gemein ist die formalisierte Konsensbildung zu geeigneten Indikatoren im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses. Dieser Ansatz findet auch bei der Entwicklung von Indikatoren auf der Basis von Expertenstandards Anwendung. Die Mitglieder der Expert*innearbeitsgruppe 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 Expert*innen zur Vorbereitung des zweiten Treffens verschickt. Die Ergebnisse dieses Treffens werden wiederum aufbereitet und zu einer abschließenden Konsentierung nochmals an die Expert*innen gesendet, bevor eine abschließende Empfehlung für ein Indikatorenset erfolgt. Dieses wird durch den Lenkungsausschuss des DNQP bestätigt und anschließend praktisch und empirisch erprobt.

Falls es möglich ist, sollten die Expert*innen Referenzbereiche nennen, die abbilden, ab welcher quantitativen Ausprägung ein Qualitätsindikator eine zu analysierende Abweichung abbildet. Bei den ausgewählten Indikatoren zur Dekubitusprophylaxe war dies aufgrund der in den unterschiedlichen Settings stark voneinander abweichenden Risiken und der entsprechend erforderlichen Risikoadjustierung nicht möglich. Ersatzweise können die Einrichtungen Durchschnittswerte von definierten Zeitpunkten oder -räumen nutzen sowie die Verläufe über die Zeit betrachten.

3.4 Praxisprojekt

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 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 führt das DNQP, ähnlich wie bei der modellhaften Implementierung von Expertenstandards, in Kooperation mit etwa 20-25 Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten ein Praxisprojekt zur Evaluation des aktualisierten Expertenstandards durch und erprobt darin die

Arbeit mit den Qualitätsindikatoren. Die Laufzeit dieses Projektes beträgt sechs bis neun Monate, um den Einrichtungen genügend Zeit zur Sammlung relevanter Daten zu geben. Das Projekt wird vom DNQP methodisch begleitet. Im Rahmen dieser Begleitung finden Treffen aller Projektbeauftragten in Osnabrück statt.

Im Rahmen dieser Treffen werden die Indikatoren vorgestellt und diskutiert. Nach Möglichkeit sollen alle vorläufigen Indikatoren in allen Praxiseinrichtungen getestet werden. Abweichungen davon sind, je nach Ausgangslage in den unterschiedlichen Settings, möglich. Anders als bei der modellhaften Implementierung, wird gleich zu Beginn des Praxisprojektes ein Audit des aktualisierten Expertenstandards vorbereitet und durchgeführt. Dieses soll den aktuellen Stand der Arbeit mit dem Expertenstandard zeigen und z. B. auf weitere Implementierungsbedarfe bzw. Schwachstellen hinweisen. Dazu werden auch die notwendigen Anpassungen für die Praxis, die sich aus der Aktualisierung ergeben, thematisiert (ggf. Änderung von Abläufen, Schulungs- und Fortbildungsbedarf usw.).

In weiteren Sitzungen werden die Auditergebnisse und die Vorbereitungen zum Einsatz der Indikatoren diskutiert. Die Datenerhebungen zu den Indikatoren werden vorbereitet. Eine abschließende Sitzung wird genutzt zur Vorstellung und Diskussion von Erkenntnissen aus der praktischen Anwendung sowie den Datenerhebungen zu den ausgewählten Indikatoren. Die Ergebnisse werden im Rahmen des DNQP-Workshops zur Aktualisierung des jeweiligen Standards der Fachöffentlichkeit vorgestellt und diskutiert.

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. Ziel der Indikatorenentwicklung ist, für jeden Expertenstandard möglichst wenige, aussagekräftige Indikatoren zu erhalten, so dass am Ende des Prozesses ein Indikatorenset für alle Expertenstandards zur Verfügung steht. Dieses kann von den Einrichtungen dann im Sinne eines Monitorings der Pflegequalität verwendet werden, so dass bei auffällig schlechten Indikatorenwerten ein Audit zum jeweiligen Expertenstandard durchgeführt werden und bei Bedarf weitere Schritte im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung unternommen werden können

4 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. Online in Internet: URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/107> [20.05.2019]
- 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) (2017): Programm für nationale Versorgungsleitlinien. Methoden-Report. 5. Auflage. Version 1.0. Online im Internet: URL: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/methodik/nvl-methodenreport-5aufl-vers1.pdf> [06.06.2019]
- 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
- Becker, M.; Breuing, J.; Nothacker, M.; Deckert, St.; Steudtner, M.; Schmitt, J.; Neugebauer, E.; Pieper, D. (2018): Guideline-based quality indicators – a systematic comparison of German and international clinical practice guidelines: protocol for a systematic review. *Systematic reviews* 7:5. Online in Internet: URL: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0669-2> [13.05.2019]
- 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
- 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, 50 - 60
- Büscher, A.; Blumenberg, P. (2014): Evidenz in den Expertenstandards für die Pflege des DNQP. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, 191-199
- Büscher, A.; Blumenberg, P. (2018): Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege*. Springer Open, 63 - 70

- 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.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2004): 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) (Hrsg.) (2017a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2017b): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2019a): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2019b): Praxisprojekt zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017. Osnabrück: DNQP
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2019c): Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Projektbericht und Ergebnisse. 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
- 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 (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Online in Internet: URL: <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-entwicklung/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf> [13.05.2019]
- 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
- 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. Online im Internet: URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fuers_Internet.pdf [31.05.2019]
- Grypdonck, M. (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege; Gesellschaft* 2:35-41
- Harvey, G.; Loftus-Hills, A.; Rycroft-Malone, J.; Titchen, A.; Kitson, A.; McCormack, B.; Seers, K. (2002): Getting evidence into practice: role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing* 37(6), 577-588
- 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) (2017): IQWiG Methoden 5.0 vom 27. 05 2008. Online im Internet: URL: <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html> [31.05.2019]
- 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
- Kötter T, Blozik E, Scherer M. (2012): Methods for the guideline-based development of quality indicators - a systematic review. *Implementation Science.* 7:21. Online im Internet: URL: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-21> [31.05.2019]
- 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) (2014a): *Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods*. Online im Internet: URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20> [13.05.2019]
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2014b): *Health and Social Care Directorate, Quality standards, Process guide*. Online im Internet: URL: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/Standards-and-indicators/Quality-standards> [13.05.2019]
- 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.; Köttling, J.; Geraedts, M.; Jäckel, W. H.; Barlag, H.; Döbler, K. (2008): *QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren*. Düsseldorf: BQS. Online im Internet: URL: <http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf> [31.05.2019]
- 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. (2014): *Networking for Quality: Qualitätsnetzwerke der Pflege auf europäischer und nationaler Ebene*. In: *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, 20-26
- 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. (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. (2014): Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In: *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, 29-49
- Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.) (2014): *Qualitätsentwicklung in der Pflege – Konzepte, Methoden und Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schrapppe, 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. Online im Internet: URL: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-62> [31.05.2019]
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2013): Policy Statement on the Grading of Recommendations in SIGN Guidelines. Online im Internet: URL: https://www.sign.ac.uk/assets/sign_grading.pdf [31.05.2019]
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2015): SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2015. (SIGN publication no. 50). Online im Internet: URL: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf [31.05.2019]
- 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
- Wingefeld, 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

Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses

(Stand: März 2020)

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke

Prof. Marlies Beckmann
Frankfurt University of Applied Sciences

Andrea Bergsträßer
Pflegekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Astrid Elsbernd
Hochschule Esslingen

Prof. Dr. Ulrike Höhmann
Universität Witten/Herdecke

Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin Jana Luntz
Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr. Martin Moers
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Rainhild Schäfers
Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof. Dr. Erika Sirsch
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Dipl.-Psychologin Christine Sowinski
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Carola Stenzel-Maubach, M.A.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berlin

Dr. h. c. Franz Wagner, MSc
Deutscher Pflegerat, Berlin

