



**HOCHSCHULE OSNABRÜCK**  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

# **Methodisches Vorgehen**

zur Entwicklung und Aktualisierung von  
Expertenstandards in der Pflege

November 2025



# **Methodisches Vorgehen**

## zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege

### **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher; Prof. Dr. Sara Marquard

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher;  
Dipl.-Pflegerin Moritz Krebs; Alena Lübben, M.Sc.; Prof. Dr. Sara Marquard;  
Lea-Maria Niemann, M.Sc.; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Albrechtstraße 30 · 49076 Osnabrück · Tel.: 0541 969-2004  
E-Mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de) · Internet: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

**Osnabrück, November 2025**

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege:**

Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege.

**Zitierempfehlung:**

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2025): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. November 2025. Osnabrück: DNQP. Online verfügbar: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2025.pdf> (Abruf am: TT.MM.JJJJ)

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Qualitätsmethodische Einordnung</b>	<b>6</b>
1.1	Einführung	6
1.2	Ziele	7
1.3	Verantwortliche Akteurinnen und Akteure	7
1.4	Adressat*innen	7
1.5	Grundprinzipien	8
1.5.1	Anforderungskriterien an Themen und Expertenstandards	8
1.5.2	Systematisierung der Expertenstandards	8
1.5.3	Gestaltung des professionellen Abstimmungsprozesses	9
<b>2</b>	<b>Entwicklung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards</b>	<b>10</b>
2.1	Entwicklung von Expertenstandards	10
2.1.1	Entwurf	11
2.1.1.1	Wissenschaftliche Leitung und Expert*innenarbeitsgruppe	11
2.1.1.2	Themenfestlegung	12
2.1.1.3	Literaturstudie	13
2.1.1.4	Entwurfssfassung	14
2.1.2	Konsentierung	16
2.1.2.1	Konsensus-Konferenz	16
2.1.2.2	Auswertung	17
2.1.2.3	Veröffentlichung des Expertenstandards	17
2.1.3	Modellhafte Implementierung	17
2.1.3.1	Teilnehmende Einrichtungen und Projektgruppe	18
2.1.3.2	Einführung entlang des Phasenmodells	19
2.1.3.3	Projektauswertung	23
2.1.3.4	Netzwerk-Workshop	24
2.1.3.5	Veröffentlichung Expertenstandard mit Implementierungsbericht	24
2.2	Aktualisierung von Expertenstandards	25
2.2.1	Expert*innenarbeitsgruppe	26
2.2.2	Literaturstudie	26
2.2.3	Überarbeitung	27
2.2.4	Konsultationsphase	27
2.2.5	Praxisprojekt	27
2.2.6	Veröffentlichung aktualisierter Expertenstandard	28
2.2.7	Netzwerk-Workshop	28
2.2.8	Weitere Aktualisierungen	28

<b>3</b>	<b>Entwicklung von Indikatoren auf Basis von Expertenstandards</b>	<b>29</b>
3.1	Themenauswahl und -festlegung	30
3.2	Literaturrecherche zu verfügbaren Indikatoren	30
3.3	Bewertung und Auswahl von Indikatoren	31
3.4	Erprobung von Indikatoren für die interne Qualitätssteuerung	31
<b>4</b>	<b>Literatur</b>	<b>33</b>
	Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses	37

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards	10
Abbildung 2:	Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards	20

## 1 Qualitätsmethodische Einordnung

### 1.1 Einführung

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachpersonen aus Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, kooperierenden Einrichtungen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten sowie anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung, der sich mit der Qualitätsentwicklung in der Pflege auseinandersetzt. Für die inhaltliche Steuerung der Arbeit des DNQP ist ein Lenkungsausschuss, bestehend aus Mitgliedern aus unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis, -wissenschaft, -management und -bildung sowie der Berufs- und Sozialpolitik verantwortlich.

Das qualitätsmethodische Vorgehen des DNQP 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, 2015 und 2019 dar. Es beruht auf einer Auswertung der Erfahrungen mit der Entwicklung, der modellhaften Implementierung sowie Aktualisierung der bisherigen Expertenstandards in den Jahren 1999 bis 2024 sowie einer Analyse einschlägiger qualitätsmethodischer Literatur (AWMF 2025; Higgins et al. 2024; Gryphonck 2004; Moers/Schiemann 2004). Die vorliegende Fassung wurde in enger Anlehnung an die GIN-McMaster Guideline Development Checklist entwickelt (Schünemann et al. 2021).

Seit 1999 arbeitet das DNQP in Kooperation mit dem Deutschen Pfliegerat (DPR) an der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards, die für Pflegefachpersonen in (teil-)stationären, ambulanten und rehabilitativen Arbeitsfeldern als richtungweisend anzusehen sind. Zu den Adressat\*innen zählen demnach alle Pflegefachpersonen mit mindestens dreijähriger Ausbildung sowie diejenigen mit einem berufsqualifizierenden oder weiterführenden Studium mit Abschlüssen auf Bachelor- und Masterebene in der Pflege.

Die Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf sowie ihren Angehörigen<sup>1</sup> zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten (ICN 2021). Der Terminus „Menschen mit Pflegebedarf“ orientiert sich an der Sprachregelung des International Council of Nurses (ICN) und umfasst alle Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften oder Bevölkerungsgruppen, die zu einem bestimmten Pflegephänomen pflegerische Unterstützung benötigen (ICN 2021). Die Expertenstandards 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 geben die Zielsetzung und das Qualitätsniveau komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf vor.

Die Bezeichnung „Expertenstandard“ ist historisch entstanden und bedeutet, dass der Entwurf eines Standards durch eine Gruppe ausgewiesener Expertinnen und Experten auf der Basis einer vorherigen Analyse und Bewertung der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz entwickelt wird.

<sup>1</sup> Wenn in Expertenstandards von Angehörigen gesprochen wird, geschieht dies nicht in einem engen juristischen Kontext, sondern es geht um das soziale Konstrukt der Beziehung zueinander und der damit verbundenen Bereitschaft, füreinander Verantwortung zu übernehmen. Die Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf entscheiden selbst, wer ihre Angehörigen sind. Dies können Verwandte, Freunde oder andere wichtige Personen aus dem Umfeld sein, die mit Zustimmung des Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf eingebunden werden.

Die Arbeit des DNQP wird weder öffentlich noch durch gewerbliche oder andere Drittmittel finanziert, sondern erfolgt durch Eigenmittel, die über den Vertrieb von Expertenstandards und zu geringen Teilen andere Aktivitäten generiert werden. Diese Art der Finanzierung garantiert die wissenschaftliche Unabhängigkeit des DNQP.

## **1.2 Ziele**

Übergreifende Zielsetzung des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. In Verbindung mit Leitlinien und Qualitätsinstrumenten anderer Berufsgruppen bieten die Expertenstandards in der Pflege eine gute Voraussetzung für die interprofessionelle Kooperation in der Gesundheitsversorgung.

Die Entwicklung, modellhafte Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards erfolgt auf der in diesem Methodenpapier dargelegten systematischen Vorgehensweisen und verfolgt das Ziel, auf Basis der zu den Themen der Expertenstandards bestehenden Evidenz das angemessene und erforderliche pflegerische Handeln zu beschreiben und dadurch die pflegerische Versorgungsqualität zu verbessern. Ziel des methodischen Vorgehens ist es:

- sowohl wissenschaftliche Evidenz als auch klinische Expertise zu pflegerelevanten Phänomenen zu berücksichtigen und aufzuzeigen,
- die wissenschaftliche und klinische Bewertung der vorhandenen Evidenz vorzunehmen und zu erläutern,
- Verständigungsprozesse insbesondere bei unterschiedlichen Standpunkten und fachlichen Einschätzungen zu ermöglichen und
- eine gute pflegerische Versorgungspraxis unter Berücksichtigung der zuvor genannten Kriterien sowie pflegfachlicher Ressourcen als professionell abgestimmtes Leistungsniveau zu definieren.

## **1.3 Verantwortliche Akteurinnen und Akteure**

Unmittelbar verantwortlich für die Umsetzung und Einhaltung des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards sind

- die wissenschaftliche Leitung des DNQP und
- das wissenschaftliche Team des DNQP an der Hochschule Osnabrück.

Der DNQP-Lenkungsausschuss ist über die Diskussion und Verabschiedung des vorliegenden Methodenpapiers am qualitätsmethodischen Vorgehen beteiligt.

## **1.4 Adressat\*innen**

Das Methodenpapier richtet sich an unterschiedliche Fachpersonen und Institutionen. Es dient der Herstellung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung, modellhaften Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards sowie bei der Ableitung von Qualitätsindikatoren gegenüber der Fachöffentlichkeit, der Selbstverwaltung in SGB V und SGB XI sowie Vertreter\*innen von Betroffenen- und Selbsthilfeverbänden und weiteren interessierten Personen.

Den Mitgliedern der Expert\*innenarbeitsgruppen dient das Methodenpapier während der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ebenso zur Orientierung wie den Verantwortlichen für die modellhaften Implementierungen und Praxisprojekte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

## **1.5 Grundprinzipien**

### **1.5.1 Anforderungskriterien an Themen und Expertenstandards**

Themenvorschläge zur Entwicklung neuer Expertenstandards können von Organisationen und Angehörigen der Berufsgruppe ebenso eingebracht werden wie durch andere Beteiligte aus dem Gesundheits- und Sozialsystem. Diese können formlos an die wissenschaftliche Leitung des DNQP gerichtet werden. Die Entscheidung über die Entwicklung neuer Expertenstandards trifft der DNQP-Lenkungsausschuss. Zur Vorbereitung der Entscheidungsfindung holt das DNQP schriftliche Kurzgutachten bei ausgewiesenen Fachexpert\*innen ein. Die Gutachten sollen Ausführungen zu den nachfolgend genannten Kriterien enthalten:

- **Pflegeepidemiologische Relevanz:** Das Thema soll von hoher Bedeutung für die Pflegepraxis sein und epidemiologische Relevanz besitzen, um sicherzustellen, dass es einen großen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf hat.
- **Evidenzbasiertes Wissen und pflegewissenschaftliche bzw. pflegerische Expertise:** Für das Thema müssen ausreichend fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse und pflegewissenschaftliche/ pflegerische Kompetenzen durch namentlich zu benennende Expert\*innen vorhanden sein, um einen Expertenstandard im deutschsprachigen Raum entwickeln zu können.
- **Versorgungssektorübergreifende Bedeutung:** Das Thema soll von sektorübergreifender Bedeutung sein, das heißt, es muss relevant für verschiedene Bereiche der pflegerischen Versorgung und nicht nur auf einen speziellen Versorgungsbereich beschränkt sein.
- **Komplexität und Interaktionsreichtum:** Die Themen, zu denen Expertenstandards entwickelt werden, müssen sowohl komplex als auch interaktionsreich sein. Dies berücksichtigt die Vielschichtigkeit der Pflegepraxis und den hohen Grad an Interaktion zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf.
- **Steigerung der Pflegequalität:** Der vorgeschlagene Expertenstandard soll das Potenzial haben, die Pflegequalität zu steigern. Es muss klar ersichtlich sein, wie der Standard zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung beiträgt.

### **1.5.2 Systematisierung der Expertenstandards**

Ein wesentliches Prinzip der Expertenstandards ist ihre Orientierung am Pflegeprozess. Der Aufbau von Expertenstandards erfolgt analog der Schritte Einschätzung, Planung und Vereinbarung von Maßnahmen, Durchführung und Evaluation. Je nach Expertenstandard umfasst die Durchführung mehrere einzelne Kriterien wie die Information, Anleitung und Beratung, die Nutzung von Hilfsmitteln oder eine Beschreibung grundsätzlicher Vorgehensweisen. Zu jedem Schritt des Pflegeprozesses werden Kriterien als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert. Die Strukturkriterien beschreiben Kompetenzen der Pflegefachpersonen und Voraussetzungen in den Einrichtungen, die vorhanden sein müssen. In den Prozesskriterien ist das eigentliche Vorgehen beschrieben und die Ergebniskriterien enthalten Aussagen zu angestrebten Zielsetzungen auf Seiten der Adressatinnen und Adressaten pflegerischen Handelns. Durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) ist gemäß § 4 die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ seit 2020 als Vorbehaltsaufgabe für

Pflegefachpersonen gesetzlich verankert worden. Die Expertenstandards sind in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument zur Unterstützung der Gestaltung von Pflegeprozessen zu zentralen Qualitätsrisiken in der pflegerischen Versorgung.

### **1.5.3 Gestaltung des professionellen Abstimmungsprozesses**

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.

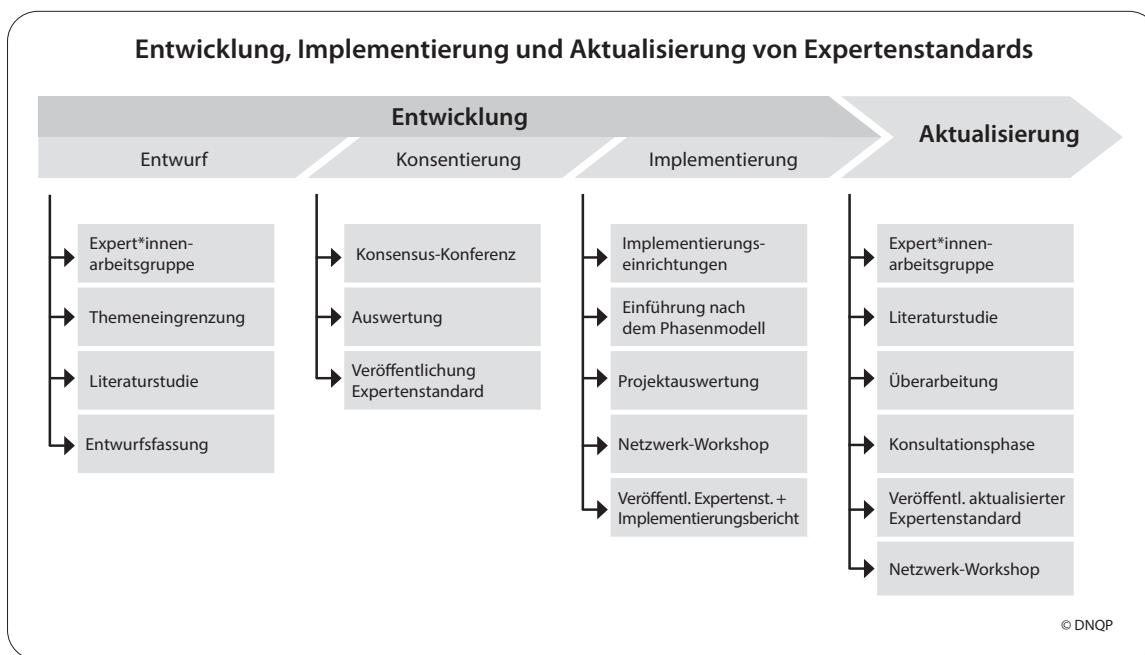
Die erste Abstimmung erfolgt innerhalb der Expert\*innenarbeitsgruppen, die für die Entwicklung eines Expertenstandards gebildet werden. Die Mitglieder verständigen sich auf einen Entwurf für einen Standard, bevor dieser, im zweiten Schritt, innerhalb einer erweiterten fachöffentlichen Diskussion erörtert wird. Dabei wird grundsätzlich ein Konsens angestrebt. Sollte eine übereinstimmende Meinung in der Expert\*innenarbeitsgruppe nicht zu erzielen sein, erfolgt ein Mehrheitsbeschluss. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der wissenschaftlichen Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe. Die Begründungen für das Mehrheits- und Minderheitsvotum werden im Protokoll festgehalten und in geeigneter Form gegebenenfalls in der Veröffentlichung dargestellt.

Die weitere Abstimmung erfolgt bei der Entwicklung der Expertenstandards in Form einer öffentlichen Konsensus-Konferenz und im Rahmen der Aktualisierungen der Expertenstandards als internetbasierte Konsultationsphase. Den letzten Teil des Entwicklungs- und Abstimmungsprozesses bildet die Überprüfung der Praxistauglichkeit eines Expertenstandards 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.

## 2 Entwicklung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards

Die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards erfolgen nach einem strukturierten Verfahren (s. Abb. 1), das vom wissenschaftlichen Team des DNQP koordiniert wird. Das qualitätsmethodische Vorgehen zur Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege umfasst die Entwurfs-, Konsentierungs- und Implementierungsphase. Die modellhafte Implementierung erfolgt nach einem Phasenmodell (s. Kap. 2.1). Die Aktualisierung von Expertenstandards erfolgt nach ähnlichen Verfahrensschritten (s. Kap. 2.2). Die erstmalige Veröffentlichung eines Expertenstandards erfolgt nach Abschluss der Konsentierungsphase. Diese Veröffentlichung wird nach Abschluss der modellhaften Implementierung um den Implementierungsbericht ergänzt. Ein aktualisierter Expertenstandard wird nach Abschluss der Konsultationsphase veröffentlicht.



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

### 2.1 Entwicklung von Expertenstandards

Für die Entwicklung eines Expertenstandards benennt das DNQP eine wissenschaftliche Leitung. Begleitet und moderiert wird der Entwicklungsprozess durch das wissenschaftliche Team des DNQP. Die Moderation der Arbeitsgruppensitzungen kann auch durch ein Mitglied des Lenkungsausschusses erfolgen. Durch dieses Verfahren wird ein einheitliches Vorgehen gewährleistet, dass bei der Entwicklung der Expertenstandards trotz wechselnder Expert\*innen die methodischen Grundsätze berücksichtigt.

## 2.1.1 Entwurf

### 2.1.1.1 Wissenschaftliche Leitung und Expert\*innenarbeitsgruppe

Die Expert\*innenarbeitsgruppe besteht aus einer wissenschaftlichen Leitung sowie bis zu 15 Expert\*innen und mindestens einer Betroffenenvertretung. In der Regel wird die Gruppe um Fachexpert\*innen anderer Berufsgruppen, die einen fachlichen Bezug zum Thema des Expertenstandards haben, ergänzt.

Zur Gewinnung der wissenschaftlichen Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe erfolgt eine öffentliche Ausschreibung. Bewerben können sich in Wissenschaft und Praxis für das Thema ausgewiesene und anerkannte Fachpersonen. Die Auswahl und Benennung der wissenschaftlichen Leitung erfolgt durch das wissenschaftliche Team des DNQP unter Einbeziehung des Lenkungsausschusses. 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 auch die Fähigkeiten der entsprechenden Person berücksichtigt, die Diskussionen der Expert\*innenarbeitsgruppe zu einem den hohen methodischen und inhaltlichen Anforderungen entsprechenden Ergebnis zu führen. Die wissenschaftliche Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe ist verantwortlich für das wissenschaftliche Niveau des Expertenstandards, die Kommentierung, die Literaturstudie sowie für die Berücksichtigung der Bedingungen in der Pflegepraxis. Vor Beginn der Tätigkeit als wissenschaftliche Leitung einer Expert\*innenarbeitsgruppe sind durch die benannte Person mögliche Interessenkonflikte gegenüber dem DNQP offen zu legen.

Zur Gewinnung der Expert\*innen fordert das DNQP in einer öffentlichen Ausschreibung Expert\*innen zur Bewerbung für die Mitarbeit in der Expert\*innenarbeitsgruppe auf. Kriterien für eine Berufung sind themenrelevante

- berufliche Aufgabenschwerpunkte,
- Fachweiterbildungen und weitere berufliche Fort- und Weiterbildungen,
- Fachveröffentlichungen und -vorträge und
- Beteiligungen 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 wird bei der Zusammensetzung der Expert\*innenarbeitsgruppe Wert auf eine Beteiligung von Expert\*innen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen, insbesondere Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, gelegt. 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\*innenarbeitsgruppe durchgeführt. Da für die Glaubwürdigkeit der Expert\*innen die Transparenz über mögliche Beeinflussungen ihrer Arbeit von maßgeblicher Bedeutung ist, müssen vor Beginn der ersten Sitzung etwaige Verbindungen zur Industrie, anderen Interessensverbänden oder andere mögliche Interessenkonflikte offengelegt werden.

Die Expert\*innenarbeitsgruppe besteht aus Vertreter\*innen der Berufsgruppe Pflege – zu etwa gleichen Teilen aus Mitgliedern der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft mit ausgewiesener Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards. Die überwiegend monodisziplinäre Zusammensetzung der Expert\*innenarbeitsgruppe basiert auf der Einschätzung, dass der professionelle Abstimmungs-

prozess innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe bereits eine große Herausforderung darstellt. Sie ist jedoch Voraussetzung für die Diskussion mit anderen Berufsgruppen in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Einbezogen und um Mitwirkung gebeten werden Vertreter\*innen aus dem Bereich der Betroffenenvertretung und der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderungen. Im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hat es sich ebenso bewährt, je nach Thema Fachexpert\*innen aus anderen Berufsgruppen in beratender Funktion hinzuzuziehen. Innerhalb der Arbeitssitzungen wird angestrebt, mit allen Beteiligten, also auch mit den Betroffenenvertretungen und Fachexpert\*innen anderer Berufsgruppen, einen Konsens zu erzielen.

Die Aufgaben der Expert\*innenarbeitsgruppe bestehen in der Bewertung des durch eine Literaturstudie zusammengestellten Erkenntnisstandes zum Standardthema und der Erarbeitung eines ersten Entwurfs des Expertenstandards sowie der Kommentierungen der Standardkriterien. Die Arbeitsgruppe kommt hierfür zu vier bis sechs Sitzungen zusammen. Die Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe erhalten vor den terminierten Sitzungen eine Einladung und Tagesordnung sowie die für die Sitzung erforderlichen Unterlagen.

#### **2.1.1.2 Themenfestlegung**

Nach der Entscheidung des Lenkungsausschusses für einen neuen Expertenstandard erstellt das wissenschaftliche Team einen Zeitplan für die Entwicklung, in dem die nachfolgend beschriebenen Schritte berücksichtigt sind. In der Regel umfasst der Zeitraum von der Ausschreibung der wissenschaftlichen Leitung bis zum Abschluss der modellhaften Implementierung etwa drei Jahre.

Das zur Bearbeitung anstehende komplexe und zunächst eher allgemein formulierte Thema muss genauer bestimmt und gegebenenfalls eingegrenzt werden. Beispielsweise erfolgte bei der Entwicklung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz eine Verständigung, dass der Aspekt der Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt gestellt werden soll und nicht andere Aspekte in der Pflege von Menschen mit Demenz, wodurch es zu einer Themeneingrenzung zum entsprechenden Expertenstandard kam. Eine vorläufige Schwerpunktsetzung für die vor der ersten Sitzung der Expert\*innenarbeitsgruppe beginnende Literaturrecherche erfolgt durch die wissenschaftliche Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe und das wissenschaftliche Team des DNQP.

Im Rahmen der ersten Sitzung diskutiert die Expert\*innenarbeitsgruppe 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 sowie nach Umsetzbarkeit des künftigen Expertenstandards eine vorrangige Rolle. Die Expert\*innenarbeitsgruppe trifft, in Absprache mit dem wissenschaftlichen Team, eine abschließende Entscheidung über die genaue Benennung des Themas. Den Mitgliedern der Expert\*innenarbeitsgruppe wird das schriftliche Kurzgutachten zum Thema des Expertenstandards, das der Lenkungsausschuss für die Entscheidung zur Entwicklung eines neuen Expertenstandards genutzt hat, zur Verfügung gestellt (s. Kap. 1.5.1).

### 2.1.1.3 Literaturstudie

Zur Identifikation und Aufbereitung der vorliegenden Evidenz wird eine systematische Literaturstudie durch die wissenschaftliche Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP erstellt. Es werden Fragestellungen für jeden Schritt des Pflegeprozesses formuliert. Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgt auf der Grundlage einer systematischen Recherche, Bewertung und Synthese relevanter Studienergebnisse. Dabei folgt die Recherche einem iterativen hierarchischen Rechercheprozess, indem zunächst nach aggregierter Evidenz im Sinne von systematischen Übersichtsarbeiten mit und ohne Metaanalysen und anschließend nach relevanten Primärstudien recherchiert wird (AWMF 2025; Schünemann et al. 2021).

Die Suchstrategie wird detailliert beschrieben und umfasst den Recherchezeitraum, Ein- und Ausschlusskriterien, Suchbegriffe (Stichwörter und Schlagwörter) und die Recherchequellen. Der Recherchezeitraum wird bei der Entwicklung eines Expertenstandards üblicherweise nicht eingegrenzt, um neben aktuellen Studien auch ältere, relevante Literatur mit grundlegenden Erkenntnissen zu identifizieren. Die Ein- bzw. Ausschlusskriterien beinhalten zumindest die Population (Personen mit dem jeweiligem Pflegebedarf/Krankheitsbild), mögliche Interventionen bzw. relevante Phänomene, das Setting und das Studiendesign. Auch weitere Eingrenzungen wie beispielsweise hinsichtlich der einzubeziehenden Sprachen sind möglich.

Zu den Recherchequellen zählen sowohl elektronische Datenbanken wie MEDLINE, CINAHL oder die Cochrane Library als auch ergänzende Recherchemöglichkeiten wie die Hand- und Websuche nach Standards, Leitlinien sowie Konferenzbeiträgen, die Zitationssuche oder Hinweise der Expert\*innen (Nordhausen/Hirt 2022). Die Auswahl der Recherchequellen richtet sich dabei nach dem Thema des jeweiligen Expertenstandards. Nach Festlegung der Suchstrategie wird diese im Rahmen eines ersten Treffens der Expert\*innenarbeitsgruppe vorgestellt, diskutiert und bei Bedarf angepasst. Die Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe werden zudem gebeten, weitere Hinweise auf vorliegende Evidenz zu geben, die z. B. aus noch nicht veröffentlichten Studien oder Dokumenten fachlich ausgewiesener Organisationen stammen. Die Expert\*innenarbeitsgruppe entscheidet, ob diese ergänzenden Hinweise einzubeziehen sind.

Zur Reproduzierbarkeit wird die finale Suchstrategie inklusive des Suchstrings auf der Internetseite des DNQP veröffentlicht (Lefebvre et al. 2024; Page et al. 2021). Anhand der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien werden die Rechercheergebnisse gesichtet und relevante Literatur ausgewählt. Die Auswahl der Literatur erfolgt zunächst nach Titel und Abstract und anschließend durch die Sichtung der Volltexte. Dabei sollte der Screening-Prozess im besten Fall unabhängig von zwei Personen erfolgen (Lefebvre et al. 2024). Die Anzahl der Suchtreffer sowie ein- und ausgeschlossene Literatur werden in einem PRISMA-Flussdiagramm dargestellt (Page et al. 2021).

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien erfolgt anhand des Studiendesigns, der Studienpopulation, der Methodik und der Ergebnisse. Zur Bewertung der methodischen Qualität oder des Biasrisikos der Studien werden aktuelle und validierte Instrumente, je nach Studiendesign beispielsweise AMSTAR-2 (Shea et al. 2017) oder RoB 2 Tool (Sterne et al. 2019) angewendet. Die methodische Bewertung und Zusammenfassung der Studien erfolgt durch mindestens zwei unabhängig voneinander arbeitende Reviewer\*innen (Li et al. 2024) und wird in tabellarischer Form auf der Internetseite des DNQP zugänglich gemacht.

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\*innenarbeitsgruppe.

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche erfolgt auch eine Recherche nach thematisch relevanten Leitlinien, wobei eine gezielte und systematische Recherche nach Leitlinien oft nur eingeschränkt möglich ist, da die meisten Leitliniendatenbanken die Eingabe konkreter Suchstrings nicht erlauben. Eingeschlossen werden in erster Linie Leitlinien, deren Empfehlungen auf evidenzbasierten Kenntnissen basieren. Empfehlungen aus konsensbasierten Leitlinien oder Praxisleitlinien werden nur dann berücksichtigt, wenn keine aktuelle evidenzbasierte Leitlinie vorliegt. Die methodische Genauigkeit und Transparenz der Leitlinienentwicklung werden von mindestens zwei Personen anhand des AGREE II Instruments bewertet (Schünemann et al. 2021). Die Inhalte und Empfehlungen der Leitlinien werden häufig primär für den ärztlichen Verantwortungsbereich entwickelt. Grundsätzlich werden in der Literaturstudie nur die Empfehlungen berücksichtigt, die für den pflegerischen Kontext relevant sind.

Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz der eingeschlossenen Studien wird nach einer aktuellen international anerkannten Klassifikation, z. B. GRADE (Guyatt et al. 2011), deutlich gemacht, um die Transparenz zur Güte der vorhandenen Evidenz zu erhöhen. Zur Vorbereitung der Veröffentlichung für die praktische und wissenschaftliche Arbeit mit dem Expertenstandard wird die Literaturlage zusammenhängend und allgemeinverständlich verschriftlicht und mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP abgestimmt. Die Gliederung folgt dem Aufbau des Expertenstandards und seiner Orientierung am Pflegeprozess.

#### **2.1.1.4 Entwurfsfassung**

Die Erarbeitung der Entwurfsfassung des Expertenstandards erfolgt arbeitsteilig zwischen der Expert\*innenarbeitsgruppe und dem wissenschaftlichen Team des DNQP. Generell gilt, dass die Expert\*innenarbeitsgruppe 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 übernimmt.

Der Expertenstandard-Entwurf gliedert sich wie folgt:

##### *1. Entwurfsfassung mit Präambel:*

In einer Präambel werden die grundsätzliche Bedeutung des jeweiligen Themas eines Expertenstandards erläutert, die grundlegende Zielsetzung formuliert und die Zielgruppen definiert. Soweit angemessen und erforderlich werden Voraussetzungen für die Implementierung und Arbeit mit dem Expertenstandard benannt.

Für jeden Expertenstandard wird eine Gesamtzielsetzung formuliert und begründet. Die Kriterien des Standards, die sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nach den Qualitätsdimensionen von Donabedian (1968) sowie die Schritte des Pflegeprozesses beziehen, stellen die konsentierten Empfehlungen der Expert\*innenarbeitsgruppe dar. Die Empfehlungen werden in enger Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichem Team des DNQP und Expert\*innenarbeitsgruppe als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert (s. Kap. 1.5.2). Sie basieren auf den Ergebnissen der Literaturstudie, der Bewertung der vorliegenden Evidenz durch die Expert\*innenarbeitsgruppe und dem Expert\*innenwissen. Die Empfehlungen haben dadurch einen höchstmöglichen Empfehlungscharakter.

##### *2. Vorläufige Kommentierungen:*

Zu den einzelnen Standardkriterien erfolgt für die Praxis eine erklärende Kommentierung. Die Kommentierungen sind als Brücke von der vorliegenden Evidenz aus der Literatur zu den Kriterien des Expertenstandards zu verstehen. Den Kommentierungen der Expertenstandardkriterien

durch die Expert\*innenarbeitsgruppe kommt daher eine hohe Bedeutung zu. Sie dienen der Konkretisierung der Standardkriterien hinsichtlich spezifischer Bedingungen in den verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis. Sie enthalten weitergehende Informationen zu den einzelnen Standardkriterien und bieten die Möglichkeit, die besonderen Anforderungen in der Pflege besonderer Zielgruppen, z. B. bei kognitiv beeinträchtigten Menschen, zu berücksichtigen.

Die Kommentierungen entstehen aus den Diskussionen in den Expert\*innenarbeitsgruppen zu den einzelnen Kriterienebenen, die ausführlich protokolliert werden. Die Protokolle der Sitzungen dienen neben der Literaturstudie als Grundlage der Kommentierungen. Die Kommentierungen werden durch jeweils zwei oder drei Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe pro Kriterienebene verfasst. Nach Fertigstellung aller Kommentierungen werden diese durch das wissenschaftliche Team des DNQP redaktionell aufeinander abgestimmt und durch die Expert\*innenarbeitsgruppe konsentiert.

### 3. *Literaturstudie:*

Die Methodik der Literaturstudie ist ausführlich in Kap. 2.1.1.3 dargelegt.

Die Expert\*innenarbeitsgruppe erarbeitet auf Grundlage der Literaturstudie die Standardkriterien. Diese werden im Rahmen eines Abstimmungsprozesses verabschiedet (s. Kap. 1.5.3) und durch das wissenschaftliche Team des DNQP protokolliert. Da derzeit bei weitem nicht für alle pflegerischen Fragestellungen relevante Studien vorliegen, kommt der eigenständigen Bewertung der Sachlage durch die Expert\*innenarbeitsgruppe hohes Gewicht zu. Die von den Expert\*innen formulierten Kriterien basieren sowohl auf der Bewertung der wissenschaftlichen Literatur als auch auf dem fachlichen und erfahrungsbezogenen Expert\*innenurteil. Die in einem Abstimmungsprozess entwickelten Kriterien des Expertenstandards stellen somit das beste verfügbare wissenschaftliche und praktische Wissen zum Thema dar.

Die Formulierung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt auf Vorschlag des wissenschaftlichen Teams des DNQP und in enger Zusammenarbeit mit der Expert\*innenarbeitsgruppe. 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.

Zudem können leistungsrechtliche oder Refinanzierungsbedingungen für pflegerisches Handeln eine Auswirkung auf die Formulierung von Standardkriterien haben, insbesondere auch aufgrund unterschiedlicher Bedingungen in den einzelnen Bereichen der Pflege (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, ambulante Pflege, u. a.) sowie unterschiedlicher Regelungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Das DNQP hält die wissenschaftliche Evidenz für maßgeblich bei der Formulierung eines Expertenstandards. An diese haben sich die Refinanzierungsbedingungen aufgrund der Norm, die Versorgung am aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten, anzupassen. Unabhängig davon stellt das Nicht-Vorhandensein entsprechender Bedingungen ein erhebliches Implementierungshindernis für Expertenstandards dar.

Für die Arbeit mit Expertenstandards ist die Perspektive der angesprochenen Zielgruppe von besonderer Bedeutung. Grundsätzlich ist die Interaktion zwischen Pflegefachperson und Menschen mit Pflegebedarf sowie ggf. deren Angehörigen bedeutsam, weil dadurch die Verständigung und Vereinbarung über durchzuführende pflegerische Handlungen erfolgt. Für alle Expertenstandards gilt, dass das individuelle Selbstbestimmungsrecht der von ihnen versorgten Personen selbstverständlich durch Pflegefachpersonen zu beachten ist. Oftmals ist die Praxis von Situationen gekennzeichnet, in denen es nicht um die Frage geht, ob eine Handlung durchgeführt wird oder nicht, sondern in denen informiert und beraten wird, um somit eine Grundlage für eine Entscheidung zu treffen.

### **2.1.2 Konsentierung**

Die Gestaltung des professionellen Abstimmungsprozesses ist in Kapitel 1.5.3 ausführlich erläutert. Kern des Konsentierungsverfahrens ist der strukturierte Fachdiskurs mit einer breiten Fachöffentlichkeit über den von einer Expert\*innenarbeitsgruppe vorgelegten Expertenstandard-Entwurf. Dieser Fachdiskurs wird im Rahmen einer Konsensus-Konferenz geführt. Teilnehmer\*innenzahl und Ablauf werden so gestaltet, dass ein strukturierter Fachdiskurs zwischen Expert\*innenarbeitsgruppe und Fachöffentlichkeit geführt werden kann. Die Konsensus-Konferenz wird in der Regel in Präsenz durchgeführt. Die abschließende Version des Expertenstandards berücksichtigt die Ergebnisse des Fachdiskurses.

#### **2.1.2.1 Konsensus-Konferenz**

Mit einer frühzeitigen Information der Fachöffentlichkeit über Thema und Termin der Konsensus-Konferenz stellt das DNQP sicher, dass interessierte Pflegefachpersonen und Institutionen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung 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 Betroffenenvertretungen und
- Vertreter\*innen aus Gesundheitspolitik, Spitzenorganisationen und Fachverbänden des Gesundheitswesens.

Alle angemeldeten Teilnehmer\*innen erhalten etwa vier Wochen vor der Konsensus-Konferenz den Expertenstandard-Entwurf (s. Kap. 2.1.1.4) sowie das Programm der Konsensus-Konferenz.

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

1. Einführende Referate zur gesundheits- und pflegeepidemiologischen Relevanz des Themas sowie zum Vorgehen bei der Entwicklung des vorliegenden Expertenstandard-Entwurfs.
2. 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\*innenarbeitsgruppe vorgestellt und wissenschaftlich begründet. Zu jeder Kriterienebene erfolgt ein moderierter Fachdiskurs mit dem Plenum,

in dessen Rahmen bestätigende oder abweichende Auffassungen von den Teilnehmer\*innen dargelegt und erörtert werden. Fachleute anderer Berufsgruppen erhalten im Anschluss an die pflegfachliche Erörterung Gelegenheit zu Diskussionsbeiträgen aus ihrer fachlichen Sicht.

3. Der Konsentierungsvorgang endet mit der abschließenden Feststellung der Diskussionsergebnisse zur jeweiligen Kriterienebene einschließlich der vorgetragenen Kritikpunkte und Änderungswünsche. Es erfolgt eine Audioaufzeichnung des gesamten Konsentierungsvorgangs und die Diskussionsbeiträge werden zusätzlich protokolliert. Die Konferenzteilnehmer\*innen haben während der Konferenz die Möglichkeit, beim DNQP 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 durch Mitglieder des Lenkungsausschusses oder wissenschaftlichen Teams des DNQP vorgestellt. Die Bestätigung bezieht sich nicht auf den Wortlaut der Änderungen, sondern auf die Berücksichtigung der Inhalte von Änderungsvorschlägen.
4. Spitzenorganisationen und Verbände des Gesundheitswesens sowie des Verbraucherschutzes und der Betroffenenvertretung werden im Verlauf zu Stellungnahmen zum vorliegenden Expertenstandard-Entwurf eingeladen.

Konferenzteilnehmer\*innen haben bis zu vier Wochen nach der Konsensus-Konferenz die Möglichkeit, dem wissenschaftlichen Team des DNQP schriftliche Anmerkungen zum Expertenstandard-Entwurf zu übermitteln.

### **2.1.2.2 Auswertung**

Die protokollierten und in Auszügen verschrifteten Audioaufzeichnungen der im Fachdiskurs erzielten Konferenzergebnisse sowie die Stellungnahmen und im Nachgang der Konferenz übermittelten Anmerkungen werden gemeinsam von der Expert\*innenarbeitsgruppe und dem wissenschaftlichen Team des DNQP ausgewertet und fließen in die abschließende Version des Expertenstandards sowie der Kommentierungen ein.

### **2.1.2.3 Veröffentlichung des Expertenstandards**

Die Veröffentlichung enthält den konsentierten Expertenstandard mit der Präambel, die jeweiligen Kommentierungen zu den einzelnen Kriterienebenen sowie die Literaturstudie. Damit spiegelt der in dieser Form veröffentlichte Expertenstandard den aktuellen Stand des Wissens und das innerhalb der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen abgestimmte Leistungsniveau zur jeweiligen Thematik wider und ist damit gültig. Er kann somit in den unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis umgesetzt werden. Die Veröffentlichung wird etwa 1,5 Jahre später nach Abschluss der modellhaften Implementierung um den Bericht über deren Verlauf und Ergebnisse sowie um das Auditinstrument zum Expertenstandard ergänzt (s. Kap. 2.1.3.5).

### **2.1.3 Modellhafte Implementierung**

Jeder Expertenstandard wird modellhaft in ca. 25 unterschiedlichen Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung implementiert. Diese modellhafte Implementierung dient der Erprobung seiner Praxistauglichkeit. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse gewonnen werden, welche Voraussetzungen für die nachhaltige Arbeit mit Expertenstandards in stationären Pflegeeinrich-

tungen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern bedeutsam sind (u. a. Schiemann/Büscher 2026). Diese dienen anderen, nicht an der modellhaften Implementierung beteiligten Einrichtungen dazu, die Erfahrungen für ihre eigenen Implementierungsprozesse nutzbar zu machen. Für die modellhafte Einführung von Expertenstandards steht ein kriteriengeleitetes Verfahren zur Auswahl der Implementierungseinrichtungen, ein Konzept zur wissenschaftlichen Begleitung und methodischen Unterstützung durch das wissenschaftliche Team des DNQP während der Implementierungsphase sowie ein konzeptueller Rahmen in Form eines mehrstufigen Phasenmodells zur Verfügung (s. Abb. 2).

Das vom DNQP entwickelte Konzept der Implementierung steht im Einklang mit den wesentlichen Konzepten zahlreicher internationaler Implementierungsmodelle, wie beispielsweise dem PARIHS und i-PARIHS-Framework sowie dem Consolidated Framework for Implementation Research/CFIR (Marquard et al. 2026; Niemann et al. 2024). Mit der systematischen modellhaften Implementierung leistet das DNQP einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung. Auch in der nationalen und internationalen Diskussion zur Implementierung von Leitlinien wird auf die Bedeutung einer systematischen Herangehensweise an ihre Implementierung hingewiesen (Porritt et al. 2020).

### **2.1.3.1 Teilnehmende Einrichtungen und Projektgruppe**

#### *Implementierungseinrichtungen*

Die Auswahl geeigneter Einrichtungen für die modellhafte Implementierung erfolgt durch ein kriteriengeleitetes Verfahren und wird durch das wissenschaftliche Team des DNQP vorgenommen. Angestrebt werden dabei eine ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten und ein breites Spektrum beteiligter Fachbereiche. Berücksichtigung finden darüber hinaus Gesichtspunkte regionaler Verteilung der Einrichtungen. Die durch das DNQP für die Auswahl entwickelten Kriterien haben sich grundsätzlich und mehrfach bewährt. Dazu gehören:

- hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode),
- Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung in der Pflege, z. B. Arbeit mit Expertenstandards,
- Vorhandensein eines funktionalen Qualitätsmanagements,
- Bereitschaft für eine strategische Unterstützung des Implementierungsprojektes durch das Einrichtungsmanagement,
- Benennung einer projektverantwortlichen Person für den Implementierungszeitraum, die über entsprechende Erfahrung und Kompetenzen sowie die erforderlichen zeitlichen Ressourcen verfügt,
- Bereitstellung ausreichender personeller und zeitlicher Ressourcen für die Arbeit von Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten, zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachpersonen und das abschließende Audit sowie
- Benennung einer oder mehrerer Modellpflegeeinheiten, auf denen eine modellhafte Implementierung erfolgen soll.

Aufrufe zur Bewerbung erfolgen im Rahmen der Konsensus-Konferenz, über den DNQP-Newsletter und die Fachpresse. Alle interessierten Einrichtungen erhalten durch das vorliegende Methodenpapier und die Berichte abgeschlossener modellhafter Implementierungen Informationen über die Auswahlkriterien und den Verlauf des Implementierungsprojekts.

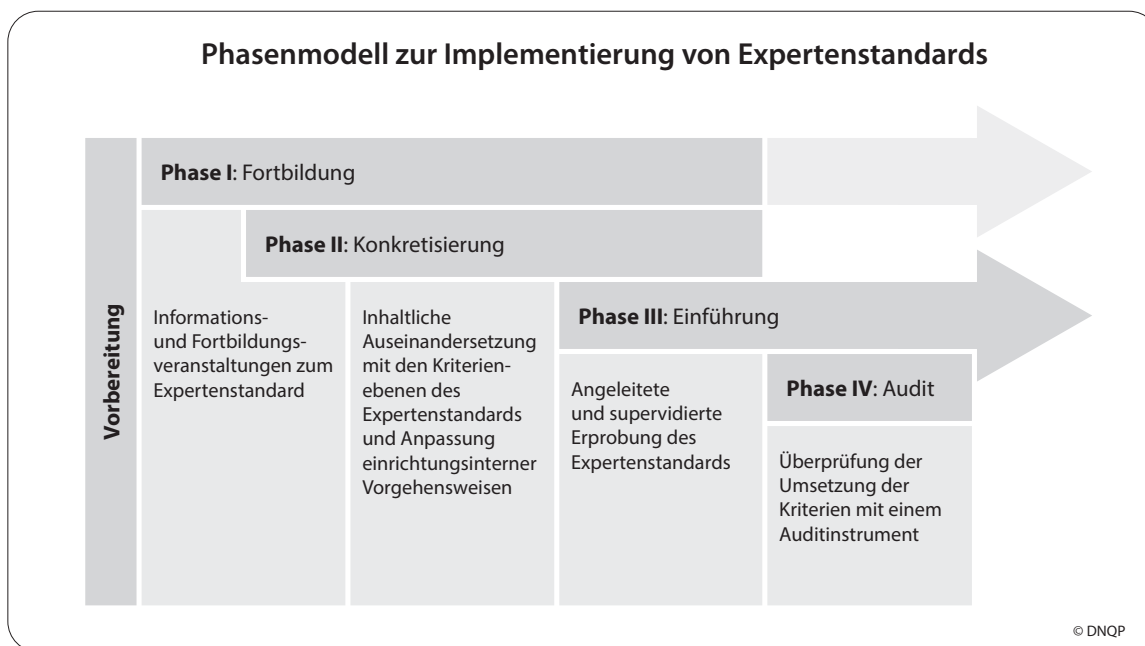
### *Projektgruppe*

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 mindestens vier Sitzungen in Präsenz und/oder online zusammen, die sich inhaltlich an den nachstehend aufgeführten Implementierungsphasen orientieren und der Diskussion der Projektfortschritte dienen. Zu den Aufgaben des wissenschaftlichen Teams des DNQP in diesem Zusammenhang gehören 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,
- Erstellung von Ergebnisprotokollen zu den Projektsitzungen,
- anonymisierte Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Auditergebnisse, Ergebnisprotokolle der Projektgruppensitzungen und Projektverlaufsdokumentation),
- Analyse und Prüfung der Praxistauglichkeit sowie der fördernden und hemmenden Faktoren bei der Anwendung des Expertenstandards und
- Berichterstattung über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung (s. Kap. 2.1.3.5)

### **2.1.3.2 Einführung entlang des Phasenmodells**

Für die Implementierung von Expertenstandards wurde ein mehrstufiges Phasenmodell entwickelt und getestet (s. Abb. 2). Das Phasenmodell bildet die Grundlage für ein systematisches, methodisches Vorgehen bei der Standardeinführung. Dieses Konzept hat sich im Rahmen der bisherigen DNQP-Implementierungs- und mit Anpassungen auch für die Praxisprojekte (s. Kap. 2.2.5) 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 eine kollegial begleitete Einführung des Standards für längere Zeit fortgesetzt werden müssen. Die Anwendung des Phasenmodells wird nicht nur für die modellhafte Implementierung, sondern auch für die dauerhafte und durch Einrichtungen in Eigeninitiative durchgeführte Arbeit mit Expertenstandards empfohlen.



**Abbildung 2:** Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards

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

### *Projektvorbereitung*

Eine erfolgreiche Standardeinführung in Praxiseinrichtungen erfordert gewisse Voraussetzungen. Dazu gehören neben der strategischen Unterstützung des Projektes durch das Einrichtungsmanagement

- die frühzeitige Schaffung struktureller Voraussetzungen für die Implementierung,
- die Bildung von Arbeitsgruppen und
- die fachlich kompetente Projektbegleitung durch Projektbeauftragte.

Bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten steht die Frage im Mittelpunkt, ob das jeweilige Qualitätsrisiko bei den Menschen mit Pflegebedarf in ausreichend häufigem Maß auftritt, damit eine Anwendung des Expertenstandards gesichert und bereits ausreichende Akzeptanz für das Thema im Team vorhanden sind. Zudem sollten Motivation und Akzeptanz der Pflegefachpersonen für die Expertenstandardeinführung nicht durch parallele Projekte oder knappe personelle und zeitliche Ressourcen eingeschränkt werden.

Die Arbeitsgruppen setzen sich vornehmlich aus Pflegefachpersonen der Modellpflegeeinheiten und den Projektbeauftragten zusammen. Nach Möglichkeit werden zur Unterstützung 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 Mitglieder der Arbeitsgruppe haben die wichtige Funktion, beständig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Pflgeteams zu wirken.

Für die modellhafte Implementierung sind 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. Ärzt\*innen und andere Berufsgruppen), als auch außerhalb (z. B. Angehörige und Hausärzt\*innen). Zu Beginn des Projektes und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards sollten Informationsveranstaltungen (z. B. Kick-off-Veranstaltungen) stattfinden, um möglichst viele Beteiligte über das Projekt in Kenntnis zu setzen. Dies sind insbesondere das Pflgeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegedienstleitung/Pflegedirektion, verantwortliches Pflegemanagement auf der Abteilungs- und Betriebsebene, mit dem Thema befasste Pflegeexpert\*innen sowie interessierte und fachlich relevante Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

#### *Phase I: Fortbildung*

Diese Phase beinhaltet zu Beginn die Erfassung des Fortbildungsbedarfs zum jeweiligen Expertenstandardthema und darauffolgend die Planung und Durchführung entsprechender Fortbildungsveranstaltungen. Die Zielsetzung besteht darin, bei den Pflegefachpersonen der Modellpflegeeinheit die notwendigen fachlichen Voraussetzungen für die Arbeit mit dem Expertenstandard zu schaffen. Fortbildungsthemen, Umfang und Fortbildungsform sind dem jeweiligen Bedarf des Pflgeteams anzupassen. Als Fortbildungen gelten sowohl klassische Fortbildungsveranstaltungen als auch Mikroschulungen oder die supervidierte Anwendung von Expertenstandardinhalten mit fachlichem Input. Die Erfahrung aus den bisherigen Implementierungsprojekten zeigt, dass in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu allen Kriterienebenen eines Expertenstandards besteht.

Da Fortbildungen nicht ausschließlich in der ersten, sondern je nach Bedarf auch in späteren Implementierungsphasen stattfinden, kann diese Implementierungsphase unterschiedlich lange dauern. 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 durch die Anleitung von Pflegefachpersonen 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 weiterem Fortbildungsbedarf der Pflegefachpersonen zu dem jeweiligen Expertenstandardthema auszugehen. Dieser Fortbildungsbedarf kann mit dem pflegepersonalbezogenen Anteil des Audits erhoben werden. Diese Ergebnisse dienen der langfristigen Fortbildungsplanung und unterstützen eine Verstetigung der Expertenstandardinhalte.

### *Phase II: Konkretisierung*

In dieser Phase stehen in den Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Kriterienebenen des Expertenstandards und den Kommentierungen sowie die Klärung einzelner Umsetzungsfragen im Mittelpunkt. Die Konkretisierungsphase erstreckt sich über einen Zeitraum von rund acht Wochen und sollte frühzeitig nach Beginn der Fortbildungsphase und abhängig vom Kenntnisstand der AG-Arbeitsgruppenmitglieder über die Expertenstandardinhalte begonnen werden. In dieser Phase geht es um die Reflexion der bestehenden Praxis in den teilnehmenden Einrichtungen. Im Sinne einer Soll-/Ist-Analyse wird diese Praxis im Hinblick auf das Qualitätsniveau des Expertenstandards betrachtet. Auf Basis dieser Analyse erfolgt eine Konkretisierung der Standardkriterien vor dem Hintergrund der in der Modellpflegeeinheit etablierten Strukturen und Prozesse mit dem Ziel, das angestrebte Qualitätsniveau tatsächlich zu erreichen.

Eine Konkretisierung von Standardkriterien ist nicht zwingend. Angesichts der unterschiedlichen Bedingungen zwischen den unterschiedlichen Praxisbereichen ist eine genaue Prüfung und Reflexion, ob, in welchem Ausmaß und zu welchen Aspekten Konkretisierungsbedarf besteht, jedoch unbedingt erforderlich. Die „Anpassungsfähigkeit“ einer Innovation wird auch in internationalen Implementierungsmodellen als wichtiger Faktor für das Gelingen von Implementierungsprozessen angesehen und diskutiert (Sun et al. 2024; Damschroder et al. 2022, 2009). In Bezug auf die Implementierung von Expertenstandards können Konkretisierungen bezogen auf alle Standardkriterien sinnvoll sein, z. B. wenn besondere Bedingungen der Zielgruppe oder der Einrichtung zu berücksichtigen sind. Bei der Gestaltung des Pflegeprozesses besteht Konkretisierungsbedarf in der Regel bezüglich der Einschätzung der Pflegesituation und der Frage, wie dabei den in den Expertenstandards angesprochenen Qualitätsrisiken entsprochen werden kann. Weiterer Bedarf 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 einrichtungsinterner Vorgehensweisen 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 etwa achtwöchigen Phase ist, dass den Pflegefachpersonen 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 Pflegefachpersonen unabdingbar. Auf diese Weise ist die Möglichkeit zur Reflexion des Einführungsprozesses sichergestellt und den Pflegefachpersonen wird Gelegenheit gegeben, Vorschläge zur Anpassung und Verbesserung der veränderten Handlungsschritte zu äußern. Die Projektbeauftragten und die Mitglieder der Arbeitsgruppen stehen den Pflegefachpersonen in dieser Phase begleitend und motivierend zur Seite und üben eine Mentor\*innenfunktion aus.

#### *Phase IV: Audit*

Das Auditverfahren bildet als ca. vierwöchige Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Für das Audit liegt ein standardisiertes Auditinstrument vor, das für die jeweiligen Expertenstandards themenspezifisch angepasst wird. Das Instrument wird durch das wissenschaftliche Team des DNQP mit den Projektbeauftragten auf der Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen und ist unterteilt in fall-, personal- und einrichtungsbezogene Fragen. Nach Abschluss der modellhaften Implementierung steht das Auditinstrument allen interessierten Einrichtungen kostenfrei über die Internetseite des DNQP sowie über die DNQP/LeiLa App zur Verfügung.

Im Rahmen des Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Dabei wird im Rahmen des fallbezogenen Audits auf drei Datenquellen zurückgegriffen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten:

- die Pflegedokumentation,
- die Befragung der Menschen mit Pflegebedarf und
- die Personalbefragung.

Als Antwortvorgaben stehen bei den beiden Befragungen „Ja/Nein“ bzw. „Nicht Anwendbar“-Optionen mit der Möglichkeit eines Kommentars zur Verfügung. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexpert\*innen, die nicht in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegeperson arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschließen.

Im Rahmen des personalbezogenen Audits werden alle Pflegefachpersonen der Modellpflegeeinheiten schriftlich nach ihrem selbsteingeschätzten Wissensstand und bestehenden Fortbildungsbedarf gefragt.

Das einrichtungsbezogene Audit erfasst zentrale Aspekte der Strukturkriterien des Expertenstandards durch die einmalige Befragung einer leitenden Pflegefachperson (z. B. Pflegedienstleitung oder Bereichspflegeleitung), beispielsweise die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen in einer Verfahrensregelung oder das Vorhandensein erforderlicher Ressourcen und Materialien.

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 Menschen mit Pflegebedarf pro Einrichtung. 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.

#### **2.1.3.3 Projektauswertung**

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 Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit des Expertenstandards. Im Rahmen des Audits wird ermittelt, wie hoch der Zielerreichungsgrad der einzelnen Empfehlungen des Expertenstandards ist. Niedrige Zielerreichungsgrade können Hinweise auf grundsätzlichen Fortbildungsbedarf, Probleme mit der Verständlichkeit der Kriterien des Expertenstandards oder einrichtungsspezifische Aspekte geben, denen es weiter nachzugehen gilt. 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\*innenarbeitsgruppe 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.

#### **2.1.3.4 Netzwerk-Workshop**

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung 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\*innenarbeitsgruppe und den Projektbeauftragten für die Implementierung. Die Moderation übernehmen Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses und des wissenschaftlichen Teams des DNQP.

#### **2.1.3.5 Veröffentlichung Expertenstandard mit Implementierungsbericht**

Die 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,
- die Literaturstudie,
- den Bericht über Verlauf und Ergebnisse der modellhaften Implementierung sowie
- das Auditinstrument zum Expertenstandard für den Einsatz im internen Qualitätsmanagement von Einrichtungen.

Präambel, Expertenstandard und Auditinstrument werden zusätzlich auf der Internetseite kostenfrei sowie über die DNQP/LeiLa App zur Verfügung gestellt.

Hinweise zur abschließenden Veröffentlichung des Expertenstandards erfolgen über die Internetseite des DNQP, den DNQP-Newsletter und die Fachpresse. Die Veröffentlichungen der Expertenstandards werden vom DNQP herausgegeben. Innerhalb der Publikation werden die Autor\*innen einzelner Kapitel kenntlich gemacht. Präambel, Expertenstandard und Kommentierung werden von der Expert\*innenarbeitsgruppe in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP formuliert. Erstautor\*in ist dabei die wissenschaftliche Leitung, die anderen Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe werden in alphabetischer Reihenfolge genannt. Erstautor\*in der Literaturstudie ist die Person, die den größten Beitrag dazu geleistet hat.

## 2.2 Aktualisierung von Expertenstandards

Für die Gültigkeit und Glaubwürdigkeit von Qualitätsinstrumenten ist eine fortlaufende Überprüfung der Aktualität ihrer Inhalte erforderlich. Das DNQP hat sich dazu auf ein mehrstufiges Verfahren festgelegt, das maßgeblich aktuelle Forschungserkenntnisse zur Aktualisierung von Leitlinien sowie die Erfahrungen der Expertenstandard-Aktualisierungen der letzten Jahre berücksichtigt (SIGN 2025; Cardwell et al. 2022; Schünemann et al. 2021; Sanabria et al. 2020; Vernooij et al. 2017; Becker et al. 2014; Fishman 2012; Alonso-Coello et al. 2011).

Die reguläre erste Aktualisierung der Expertenstandards erfolgt fünf Jahre nach der abschließenden Veröffentlichung. Die weiteren Aktualisierungen erfolgen jeweils sieben Jahre nach Veröffentlichung der vorherigen Fassung (s. Kap. 2.2.8). Der Zeitraum von fünf Jahren lehnt sich an Erkenntnisse internationaler Forschung zur Halbwertszeit von Leitlinien an (AWMF 2025; Alonso-Coello et al. 2011; Eccles 2002 et al.; Shekelle et al. 2001). Dieser Zeitraum hat sich bei den bisherigen Aktualisierungen bewährt, da es bei allen Standards nur einen sehr geringfügigen Änderungsbedarf gab und sich insbesondere die Standardkriterien als sehr stabil erweisen. Veränderungen fanden sich überwiegend in den Kommentierungen, die bei den ersten Aktualisierungen deutlich ausführlicher geschrieben wurden als bei den Entwicklungen der Expertenstandards. Diese Beobachtung konnte im Rahmen der bisherigen zweiten Aktualisierungen der Expertenstandards bestätigt werden. Diese Erkenntnisse sind Ausdruck umfangreicher Praxiserfahrungen in der Arbeit mit den Expertenstandards, die in den überarbeiteten Kommentierungen aufgegriffen werden. Sie deutet auf eine relativ stabile wissenschaftliche Evidenz und gleichzeitig die Tragfähigkeit des Instruments „Expertenstandard“. Vor diesem Hintergrund wird die reguläre Aktualisierung der Expertenstandards bei den zweiten und weiteren Aktualisierungen erst nach sieben Jahren durchgeführt.

### *Monitoring*

Um zwischen den regulär vorgesehenen Aktualisierungen regelmäßig zu prüfen, ob Gründe für eine vorzeitige Aktualisierung eines Expertenstandards vorliegen, erfolgt ein durch das wissenschaftliche Team des DNQP systematisch gesteuertes jährliches Monitoring. Durch dieses regelmäßige Monitoring-Verfahren zwischen wissenschaftlichem Team und Mitgliedern der Expert\*innenarbeitsgruppen wird gewährleistet, dass relevante Veränderungen (z. B. durch neue Studien oder veränderte Praxisbedingungen) zu den einzelnen Expertenstandards rechtzeitig erkannt und berücksichtigt werden können. Dazu werden die Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppen 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\*innenarbeitsgruppe gebeten, relevante neue Erkenntnisse von sich aus dem wissenschaftlichen Team des DNQP zu melden. Zusätzlich fasst das DNQP Anfragen aus der Praxis zur Arbeit mit den Expertenstandards und zu ihrer Umsetzung zusammen, die den Expert\*innen bei der Aktualisierung 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\*innenarbeitsgruppe eine Bewertung, ob neue Erkenntnisse eine vorzeitige Aktualisierung erforderlich machen. Die Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe erhalten vom DNQP nach Abschluss des Monitorings eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

Jede Veränderung am Expertenstandard im Rahmen einer Aktualisierung muss angesichts des hohen Anpassungsaufwands bei der Arbeit mit dem Instrument in der Pflegepraxis sorgfältig geprüft werden, da nur bei wirklich dringendem Aktualisierungsbedarf, etwa aufgrund einer veränderten Evidenz zu einer Pflegeintervention der erneute Anpassungs- und gegebenenfalls sogar

erneute Implementierungsaufwand in den Einrichtungen gerechtfertigt erscheint. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass häufige Veränderungen am Expertenstandard dessen verstetigte Anwendung in der Praxis erschweren, weil mit seiner Anwendung in der Regel auch Organisationsprozesse verbunden sind.

Der zeitliche und finanzielle Aufwand für eine Aktualisierung ist nur unerheblich geringer als der einer Neuentwicklung, weshalb der Prüfung des Aktualisierungsbedarfs eine hohe Bedeutung zukommt. Bei einer Aktualisierung wird, neben dem aktuellen Wissensstand zum Thema, auch die epidemiologische Relevanz und Zielsetzung des Expertenstandards geprüft. Bei gravierenden praxisrelevanten Änderungen des Wissensstandes wird eine vorzeitige Aktualisierung des entsprechenden Expertenstandards notwendig (Becker et al. 2014; NICE 2014; Shekelle et al. 2012). 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.

### **2.2.1 Expert\*innenarbeitsgruppe**

Bei der ersten Aktualisierung werden zunächst die wissenschaftliche Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe und deren Mitglieder aus der Entwicklung des Expertenstandards über die anstehende Aktualisierung informiert und eingeladen, sich an der Aktualisierung zu beteiligen. Voraussetzung dafür ist, dass nach wie vor eine Expertise zum Thema vorhanden ist (s. Kap. 2.1.1.1). Darüber hinaus erfolgt eine Ausschreibung in der Fachpresse und über den DNQP-Newsletter, in der um Bewerbung für die Beteiligung in der Expert\*innenarbeitsgruppe gebeten wird. Bei der zweiten und den folgenden Aktualisierungen erfolgt eine offene Ausschreibung für die wissenschaftliche Leitung und die Mitarbeit in der Expert\*innenarbeitsgruppe.

### **2.2.2 Literaturstudie**

Im Rahmen der Aktualisierung wird eine vollständige, neue Literaturstudie durch das wissenschaftliche Team des DNQP in Kooperation mit der wissenschaftlichen Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe durchgeführt, die die wesentlichen Aspekte der Studie der Vorgängerversion des Expertenstandards aufgreift und um neue Erkenntnisse ergänzt. Ergänzend zur Literaturstudie werden die Monitoring-Ergebnisse der vergangenen Jahre sowie die Erfahrungen aus der Praxis systematisch zusammengefasst und den Expert\*innen zur Verfügung gestellt.

Die Erstellung einer neuen Literaturstudie und die Bewertung des Wissensstandes erfolgen methodisch analog zum Vorgehen unter Kapitel 2.1.1.3 unter Berücksichtigung der seit Beendigung der vorausgegangenen Literaturrecherche erschienenen Veröffentlichungen. Die für die vorausgegangene 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 thematische Neuausrichtung oder Ergänzung des Expertenstandards sinnvoll erscheinen lassen.

### **2.2.3 Überarbeitung**

Die Expert\*innenarbeitsgruppe kommt mindestens zu einer Sitzung zusammen. Die Ergebnisse der aktualisierten Literaturstudie und ggf. der vorliegenden Praxishinweise werden diskutiert und bewertet und 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 professioneller Abstimmungsprozesse entspricht dem der Entwicklung von Expertenstandards (s. Kap. 1.5.3). Die Anpassung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP.

### **2.2.4 Konsultationsphase**

Die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit erfolgt bei der Aktualisierung eines Expertenstandards als internetbasierte Konsultationsphase. Dazu werden der Entwurf des aktualisierten Expertenstandards zusammen mit Präambel und vorläufiger Kommentierung sowie der neuen Literaturstudie für einen Zeitraum von acht Wochen auf der Internetseite des DNQP der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. 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 des Entwurfs des aktualisierten Expertenstandards durch Ankündigungen in der Fachpresse und im DNQP-Newsletter hingewiesen.

### **2.2.5 Praxisprojekt**

Nach Abschluss der zweiten Aktualisierung eines Expertenstandards führt das DNQP ein Praxisprojekt mit etwa 25 Einrichtungen aus allen Bereichen der Pflegepraxis durch. Dabei geht es nicht wie bei der modellhaften Implementierung von Expertenstandards um die Neu-Einführung eines Expertenstandards, sondern es wird davon ausgegangen, dass dieser bereits grundsätzlich implementiert ist. Die zweite Aktualisierung wird zum Anlass genommen, die Umsetzungsbedingungen genauer zu betrachten. Zum anderen verfolgen die Praxisprojekte das Ziel, Erkenntnisse zur internen Qualitätssteuerung zum jeweiligen Thema des aktualisierten Expertenstandards auf der Basis eines durchgeführten Audits und der Arbeit mit Qualitätsindikatoren zu gewinnen (s. Kap. 3.4).

Anders als bei der modellhaften Implementierung, wird direkt zu Beginn des Praxisprojektes in den beteiligten Einrichtungen ein Audit zum aktualisierten Expertenstandard vorbereitet und durchgeführt. Dieses soll den aktuellen Stand der Arbeit mit dem Expertenstandard aufzeigen und z. B. auf weitere Implementierungsbedarfe bzw. Handlungserfordernisse hinweisen. Dazu werden auch die notwendigen Anpassungen für die Praxis, die sich aus der Aktualisierung ergeben, thematisiert.

Die Laufzeit des Praxisprojektes beträgt sechs bis neun Monate, um den Einrichtungen genügend Zeit zur Erhebung vorab definierter Daten zu geben. Das Projekt wird vom wissenschaftlichen Team des DNQP methodisch begleitet. Im Rahmen dieser Begleitung finden mindestens drei Treffen aller Projektbeauftragten in Präsenz und online statt.

### **2.2.6 Veröffentlichung aktualisierter Expertenstandard**

Die eingehenden Stellungnahmen zur Konsultationsfassung werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP ausgewertet und für die abschließende Diskussion und Konsensfindung innerhalb der Expert\*innenarbeitsgruppe aufbereitet. Der Abstimmungsprozess (s. Kap. 1.5.3) erfolgt über einen schriftlichen Austausch. Eine weitere Sitzung der Expert\*innenarbeitsgruppe wird nur dann einberufen, wenn trotz dieses mehrschrittigen Verfahrens ein expliziter Dissens in der Expert\*innenarbeitsgruppe zu inhaltlichen Fragen besteht. Die Beschlüsse zu den Stellungnahmen werden schriftlich festgehalten.

Das Abstimmungsergebnis zwischen Expert\*innenarbeitsgruppe und der Fachöffentlichkeit ist Grundlage für die Erarbeitung der abschließenden Version des aktualisierten Expertenstandards und der Kommentierung.

Die Veröffentlichung 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. Das aktuelle Auditinstrument zum Expertenstandard wird auf der Internetseite des DNQP sowie über die DNQP/LeiLa App veröffentlicht. Die Verbreitung des aktualisierten Expertenstandards erfolgt über die Fachpresse, den DNQP-Newsletter und durch Hinweise auf der Internetseite des DNQP sowie durch Vorträge und Veröffentlichungen zum aktualisierten Expertenstandard durch die Mitglieder der Expert\*innenarbeitsgruppe. Die Ergebnisse der Aktualisierung werden im Rahmen eines Netzwerk-Workshops vorgestellt und diskutiert.

### **2.2.7 Netzwerk-Workshop**

Die Ergebnisse der Aktualisierung werden im Rahmen eines Netzwerk-Workshops der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die wissenschaftliche Leitung der Expert\*innenarbeitsgruppe zur Aktualisierung eines Expertenstandards erläutert darin Erkenntnisse hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz und stellt die wesentlichen Änderungen am Expertenstandard sowie der Kommentierung vor. Einen weiteren Schwerpunkt der Netzwerk-Workshops bilden themen- oder settingspezifische Arbeitsgruppen zur Arbeit mit dem aktualisierten Expertenstandard. Nach der zweiten Aktualisierung eines Expertenstandards werden darüber hinaus die Ergebnisse des Praxisprojektes vorgestellt. Die Moderation übernehmen Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses und des wissenschaftlichen Teams des DNQP.

### **2.2.8 Weitere Aktualisierungen**

Die dritten und fortlaufenden Aktualisierungen der Expertenstandards erfolgen nach jeweils sieben Jahren. Für die Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz für den jeweils zu aktualisierenden Expertenstandard erfolgt durch das wissenschaftliche Team des DNQP eine systematische Literaturrecherche, über die ein Bericht verfasst wird. Die Ergebnisse dieses Reviews werden mit einer zu bildenden Expert\*innenarbeitsgruppe im Rahmen eines Treffens diskutiert und hinsichtlich eines daraus resultierenden Überarbeitungs- und Aktualisierungsbedarfs des Expertenstandards und der vorliegenden Kommentierungen bewertet. In den Bewertungsprozess fließen die Erkenntnisse aus dem Monitoring (s. Kap. 2.2), den Praxisprojekten nach der zweiten Aktualisierung, ggf. weiteren Praxisprojekten sowie weitere Erkenntnisse zur Arbeit mit dem Expertenstandard ein. Die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit erfolgt, wie bei vorherigen Aktualisierungen, über eine Konsultationsphase (onlinegestützt). Sofern die Recherche Hinweise auf gravierende Änderungen der Evidenz zum jeweiligen Expertenstandard enthält, erfolgt eine umfassende Literaturrecherche wie in Kapitel 2.1.1.3 beschrieben.

### 3 Entwicklung von Indikatoren auf Basis von Expertenstandards

In der Version des DNQP-Methodenpapiers von 2015 wurde erstmals das methodische Vorgehen zur Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren in der Pflege festgelegt. Die damit gemachten Erfahrungen im Rahmen von Praxisprojekten sind in die vorliegende aktuelle Version des Methodenpapiers eingegangen (Büscher/Elsbernd 2026).

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. Das DNQP orientiert sich bei der Entwicklung von und Arbeit mit Qualitätsindikatoren an der Definition des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (Reiter et al. 2008). Danach dient ein Qualitätsindikator der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß für Qualität. Er ist als ein Werkzeug zu verstehen, das zur Leistungsbewertung dient und die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen.

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 des BQS-Instituts 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 vor allem die Leitlinien zu nennen, auf deren Basis bereits seit längerem Indikatorenentwicklungen stattfinden (Deckert et al. 2021; Arnold et al. 2019). Eine Bewertung von Leistungen ist nicht möglich, wenn das geplante Leistungsziel oder Leistungsniveau in Form eines Soll-Niveaus 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 (Elsbernd 2014; NICE 2024; ÄZQ 2009; Schrappe 2004).

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. Sofern möglich und angemessen sollte zur Entwicklung von Indikatoren daher auch die Festlegung eines Referenzwertes gehören, innerhalb dessen die erreichte Qualität als gut bewertet wird. Sofern die Festlegung von grundsätzlichen Referenzwerten nicht möglich ist, sollten innerhalb des internen Qualitätsmanagements die eigenen Indikatorenergebnisse als Referenzwert für die eigene Qualitätssteuerung genutzt 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). In der Pflegeversicherung erfolgt 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 grundsätzlich 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 2024) und auf Basis bisheriger Erfahrungen des DNQP umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards die folgenden Schritte:

- Festlegung der Themen erfolgt durch den jeweils zu aktualisierenden Expertenstandard,
- Literaturrecherche zu verfügbaren Indikatoren,
- Identifikation der für die Anwendung von Indikatoren relevanten Empfehlungen des Expertenstandards,
- Strukturierte Bewertung geeigneter Qualitätsindikatoren sowie Auswahl oder ggf. Formulierung eines vorläufigen Sets von Indikatoren durch die Expert\*innenarbeitsgruppen und das wissenschaftliche Team des DNQP,
- Praxistest der ausgewählten Qualitätsindikatoren und
- Veröffentlichung von aus den Empfehlungen des Expertenstandards abgeleiteten Indikatoren.

### **3.1 Themenauswahl und -festlegung**

Die Auswahl eines relevanten Themas ergibt sich durch die Verknüpfung von Aktualisierung eines Expertenstandards und Indikatorenentwicklung. 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 Qualitätsindikatoren abzuleiten. Auf dieser Basis lässt 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 Qualitätsniveaus erfolgt. Im Prozess der zweiten Aktualisierung der Expertenstandards wird die Literaturrecherche um die gezielte Suche nach verfügbaren Indikatoren zum jeweiligen Themenbereich erweitert.

### **3.2 Literaturrecherche zu verfügbaren Indikatoren**

Auf der Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP und die wissenschaftliche Leitung der jeweiligen Expert\*innenarbeitsgruppe Überlegungen zu vorläufigen Indikatoren angestellt. Diese dienen der Eingrenzung des Settings, in dem der Indikator eingesetzt werden soll, sowie der Festlegung themen- oder zielgruppenrelevanter Endpunkte oder möglicher Versorgungsdefizite.

Die Ergebnisse der Recherche werden vor dem Hintergrund der Empfehlungen des Expertenstandards geprüft. Nicht immer besteht Übereinstimmung zwischen den in der Literatur verfügbaren Indikatoren und den Empfehlungen des Expertenstandards. Die Expert\*innenarbeitsgruppe nimmt daher in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Team des DNQP eine Einschätzung vor, welche Empfehlungen des Expertenstandards durch Indikatoren abgebildet werden sollen.

### 3.3 Bewertung und Auswahl von Indikatoren

Im dritten Schritt erfolgt die Bewertung und Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren durch die Expert\*innenarbeitsgruppe. 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. Das zweite Treffen dient der Diskussion und vorläufigen Festlegung von Indikatoren. Die in den Kriterien der Expertenstandards enthaltenen Empfehlungen bieten für die Auswahl des Indikatoren-Sets eine gute Grundlage. Sie können dazu dienen, Schlüsselempfehlungen zu formulieren und entsprechende Indikatorvorschläge abzuleiten. Zudem wird geprüft, ob es bereits Instrumente zur Abbildung der Perspektive der Menschen mit Pflegebedarf zum jeweils aktualisierten Themenbereich gibt (AQUA-Institut 2015).

Für die praktische Erprobung differenziert das DNQP zwischen Indikatoren und Kennzahlen. Indikatoren bezeichnen dabei den übergeordneten Aspekt, der betrachtet werden soll (z.B. die Prävalenz oder Inzidenz eines bestimmten Aspekts wie des Dekubitus). Die Kennzahl bezeichnet die konkret zu messende Information. Oftmals gibt es nicht nur einen, sondern mehrere Werte, über die Informationen zu einem Indikator ausgedrückt und erhoben werden können (z.B. lässt sich die Inzidenz des Dekubitus angesichts der unterschiedlichen Kategorien/Stadien des Dekubitus beschreiben). Je nach Steuerungsabsicht können unterschiedliche Kennzahlen in Einrichtungen relevant sein.

Allen Verfahren gemein ist die formalisierte Abstimmung zu geeigneten Indikatoren im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses. Dieser Ansatz findet auch bei der Entwicklung von Indikatoren auf der Basis von Expertenstandards Anwendung.

### 3.4 Erprobung von Indikatoren für die interne Qualitätssteuerung

Die praktische Erprobung des abgestimmten Indikatoren-Sets 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 Akteur\*innen bestellt ist, deren Handeln auf Basis des erprobten Indikators bzw. Indikatorensets evaluiert werden soll.

Die Erprobung findet im Rahmen eines Praxisprojekts statt (s. Kap. 2.2.5). Während der im Rahmen des Praxisprojekts durchgeführten Treffen werden die Indikatoren den teilnehmenden Einrichtungen vorgestellt und diskutiert. Nach Möglichkeit sollen alle vorgeschlagenen Indikatoren in allen Praxiseinrichtungen getestet werden. Abweichungen davon sind, je nach Ausgangslage in den unterschiedlichen Settings, jedoch möglich.

In weiteren Sitzungen werden die Auditergebnisse und die Vorbereitungen zum Einsatz der Indikatoren diskutiert. Die Datenerhebungen zu den Indikatoren werden in begleitenden Sitzungen zum Praxisprojekt 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 und vom DNQP als Bericht publiziert.

Damit stehen der Fachöffentlichkeit Indikatoren zur Verfügung, die für das interne Qualitätsmanagement nutzbar sind. Im Rahmen der weiteren Aktualisierungen wird 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 2015), die es dann zu korrigieren gilt. Ziel der Indikatorenentwicklung ist, für jeden Expertenstandard möglichst aussagekräftige Indikatoren zu erhalten, so dass am Ende des Prozesses ein Indikatoren-Set für alle Expertenstandards zur Verfügung steht. Dieses kann von den Einrichtungen dann im Sinne eines Monitorings der Pflegequalität verwendet werden. Somit kann bei auffälligen Indikatorenwerten ein Audit zum jeweiligen Expertenstandard durchgeführt werden, bei Bedarf können weitere Schritte im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung unternommen werden.

## 4 Literatur

- Alonso-Coello, P., Martínez García, L., Carrasco, J. M., Solà, I., Qureshi, S., Burgers, J. S., & the Updating Guidelines Working Group. (2011). The updating of clinical practice guidelines: Insights from an international survey. *Implementation Science*, 6(1), 107. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-107>
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 4.0. AQUA-Institut. [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/248\\_Methodenpapier/Methodenpapier\\_4.0.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/248_Methodenpapier/Methodenpapier_4.0.pdf) (letzter Zugriff am 02.10.2025)
- Arnold, K., Breuing, J., Becker, M., Nothacker, M., Neugebauer, E., Schmitt, J., & Deckert, S. (2019). Entwicklung leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren: Eine qualitative Studie zu Barrieren und förderlichen Faktoren aus der Sicht von S3-LeitlinienautorInnen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 147–148, 34–44. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.09.001>
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2025). AWMF-Regelwerk Leitlinien (Version 2.2). <https://www.awmf.org/regelwerk/>, (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2009). Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. (ÄZQ-Schriftenreihe, Band 36). ÄZQ <https://doi.org/10.6101/AZQ/000174>
- Becker, M., Neugebauer, E. A. M., & Eikermann, M. (2014). Partial updating of clinical practice guidelines often makes more sense than full updating: A systematic review on methods and the development of an updating procedure. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.06.021>
- Büscher, A.; Elsbernd, A. (2026): Expertenstandards und Qualitätsindikatoren. In Büscher, A.; Schiemann, D.; Marquard, S. (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Kohlhammer.
- Cardwell, K., Quigley, J., Clyne, B., Tyner, B., Carrigan, M., Smith, S. M., Lynch, R., Hughes, C., Bradley, D., Kinsella, M., Holland, D., Ryan, M., & O'Neill, M. (2023). Systematic review finds processes used internationally, to update clinical guidelines, lack consistency and detail. *Evidence & Policy*, 19(4), 572–590. <https://doi.org/10.1332/174426421X16854447463061>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Deckert, S., Arnold, K., Becker, M., Geraedts, M., Brombach, M., Breuing, J., Bolster, M., Assion, C., Birkner, N., Buchholz, E., Carl, E.-G., Diel, F., Döbler, K., Follmann, M., Harfst, T., Klinkhammer-Schalke, M., Kopp, I., Lebert, B., Lühmann, D., ... Schmitt, J. (2021). Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 160, 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.11.008>
- Donabedian, A. (1968). Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care*, 6(3), 181-202.
- Eccles, M., Rousseau, N., & Freemantle, N. (2002). Updating evidence-based clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(2), 98–103. <https://doi.org/10.1258/1355819021927746>

- 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* (S. 202–213). Kohlhammer.
- Fishman, L. (2012). Methoden zur Aktualisierung von medizinischen Leitlinien: Eine quantitative und qualitative Analyse (ÄZQ-Schriftenreihe, Band 40). Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000081>
- Geraedts, M. (2009). Einsatz von Qualitätsindikatoren. In Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.), *Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren* (ÄZQ-Schriftenreihe, Band 36, S. 5–7). ÄZQ. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000174>
- Grypdonck, M. (2004). Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 9(2), 35–41. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2004-Grypdonck.pdf> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2024). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6.5, August 2024). Cochrane. <https://www.cochrane.org/handbook> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- ICN (International Council of Nurses) (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. Genf. [https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/11/ICN\\_Ethikkodex\\_2021.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/11/ICN_Ethikkodex_2021.pdf) (letzter Zugriff am 02.10.2025)
- Katz, J., Green, E. (1996). *Qualitätsmanagement*. Ullstein Mosby Verlag.
- Kötter, T., Schaefer, F., Blozik, E., & Scherer, M. (2011). Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren - Hintergrund, Methoden und Probleme. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.002>
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Featherstone, R., Littlewood, A., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Paynter, R., Rader, T., Thomas, J., & Wieland, L. S. (2024). Chapter 4: Searching for and selecting studies [letzte Aktualisierung September 2024]. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page & V. A. Welch (Hrsg.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6.5). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- Li, T., Higgins, J. P. T., & Deeks, J. J. (2024). Chapter 5: Collecting data [letzte Aktualisierung Oktober 2019]. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page & V. A. Welch (Hrsg.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6.5). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- Marquard, S., Stehling, H., Krebs, M. (2026). Expertenstandards implementieren: Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In Büscher, A.; Schiemann, D.; Marquard, S. (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Kohlhammer.
- 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. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2004-MoersSchiemann.pdf> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). (2024). *NICE indicator process Guide. NICE process and methods*. <https://www.nice.org.uk/process/pmg44> (letzter Zugriff am 02.10.2025).

- Niemann, L.-M., Gruber, E. M., & Büscher, A. (2024). Einflussfaktoren bei der Implementierung von Expertenstandards in der Pflege: Eine qualitative Studie. *Pflege*, 38(3), 161–169. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000994>
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2022). 10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche. In Nordhausen, T., Hirt, J. (Hrsg.), *RefHunter. Systematische Literaturrecherche*. [https://refhunter.org/research\\_support/rechercheschritte/](https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/) (Zugriff am 02.10.2025).
- Nothacker, M., & Reiter, A. (2009). Qualitätsindikatoren für Nationale Versorgungsleitlinien. In *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.), Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren (ÄZQ-Schriftenreihe, Band 36, S. 18–31). ÄZQ*. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000174>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C., & Munn, Z. (Hrsg.). (2020). *JBI Manual for Evidence Implementation. JBI*. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W. H., & Döbler, K. (2008). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care*, 101(10), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>
- Renner, D. (2012). Entwicklung eines risikoadjustierten Qualitätsindikators zur Dekubitusprophylaxe im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung (ÄZQ-Schriftenreihe, Band 39). *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)*. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000077>
- Sanabria, A. J., Pardo-Hernandez, H., Ballesteros, M., Canelo-Aybar, C., McFarlane, E., Niño De Guzman, E., Penman, K., Posso, M., Roqué I Figuls, M., Selva, A., Vernooij, R. W. M., Alonso-Coello, P., Martínez García, L., Agarwal, A., Blanchard, S., Brereton, L., Brouwers, M., Etzeandia-Ikobaltzeta, I., Flórez, I. D., ... Vandvik Per, O. (2020). The UpPriority tool was developed to guide the prioritization of clinical guideline questions for updating. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 80–92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.018>
- Schiemann, D. & Büscher, A. (2026). Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In Büscher, A.; Schiemann, D.; Marquard, S. (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Kohlhammer.
- Schrappe, M. (2004). Indikatoren. Definition, Entwicklung und Validierung. In Lauterbach, K., & Schrappe, M. (Hrsg.) (2004). *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine: Eine systematische Einführung (2., überarb. und erw. Aufl)*. Schattauer.
- Schünemann, F., Meerpohl, J. J., Schwingshackl, L., Kopp, I. B., & Schünemann, H. J. (2021). Guidelines 2.0: Systematische Entwicklung einer umfassenden Checkliste für eine vertrauenswürdige Leitlinienentwicklung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.01.009>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Shekelle, P., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., & Woolf, S. H. (2001). When should clinical guidelines be updated? *BMJ*, 323(7305), 155–157. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.155>

- 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(1), 62. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-62>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2025). A guideline developer's handbook (SIGN publication no. 50). SIGN. <https://www.sign.ac.uk/media/2321/sign-50-2025-edition.pdf> (letzter Zugriff am 02.10.2025).
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Sun, L., Booth, A., & Sworn, K. (2024). Adaptability, Scalability and Sustainability (ASaS) of complex health interventions: A systematic review of theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 19(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01375-7>
- Vernooij, R. W. M., Alonso-Coello, P., Brouwers, M., Martínez García, L., & CheckUp Panel. (2017). Reporting Items for Updated Clinical Guidelines: Checklist for the Reporting of Updated Guidelines (CheckUp). *PLOS Medicine*, 14(1), e1002207. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002207>

## Mitglieder des DNQP-Lenkungsausschusses

(Stand: November 2025)

*Andrea Bergsträßer*  
Pflegekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

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

*Olaf Christen*  
Sozialverband VdK Deutschland, Berlin

*Dipl.-Pflegerin Yvonne Dintelmann*  
Universitätsklinikum Heidelberg

*Prof. Dr. Astrid Elsbernd*  
Hochschule Esslingen

*Prof. Dr. Annett Horn*  
Fachhochschule Münster

*Prof. Dr. Christiane Knecht, PhD*  
Fachhochschule Münster

*Prof. Dr. Sascha Köpke*  
Universität zu Köln

*Prof. Dr. Sara Marquard*  
Hochschule Osnabrück

*Prof. Dr. Rainhild Schäfers*  
Universität Münster

*Univ.-Prof. Dr. Erika Sirsch*  
Universität Duisburg-Essen/Universitätsklinikum Essen

*Carola Stenzel-Maubach, M.A.*  
Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband, Berlin

*Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops*  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

*Dr. h. c. Franz Wagner, MSc*  
Berlin



