

---

# Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen

# 3

Andreas Büscher und Petra Blumenberg

---

## Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die professionsgesteuerte Qualitätsentwicklung in der Pflege am Beispiel der nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erläutert. Hierzu wird zunächst der berufs- und sozialpolitische Rahmen aufgezeigt, innerhalb dessen sich Qualität in der Pflege verorten lässt. Insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung hat dazu geführt, dass die Pflege als ein eigenständiger Bereich wahrgenommen und eine Vielzahl an Aktivitäten zur Qualitätssicherung angestoßen wurden. Im zweiten Teil des Kapitels wird das Instrument Expertenstandard ausführlich vorgestellt und aufgezeigt, welche Auswirkungen es auf Pflegequalität und Professionsentwicklung hat. Die Implementierung von Expertenstandards führt zu einer intensiven Auseinandersetzung mit evidenzbasiertem Wissen und damit zu einem Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis. Abschließend werden qualitäts-, berufs- und sozialpolitische Herausforderungen für eine professionsgesteuerte Qualitätsentwicklung beschrieben. Qualitätsmethodisch steht dabei besonders die Frage nach den Voraussetzungen für eine gelungene und nachhaltige Implementierung neuen Wissens in die Praxis im Vordergrund, gefolgt von der Entwicklung von Indikatoren, mit denen gute Pflege auch messbar gemacht werden kann.

---

A. Büscher (✉) · P. Blumenberg  
Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland  
E-Mail: A.buescher@hs-osnabrueck.de

P. Blumenberg  
E-Mail: P.blumenberg@hs-osnabrueck.de

Berufspolitisch wird die Einrichtung von Pflegekammern für Veränderungen sorgen, während sozialpolitisch geprüft werden sollte, ob die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätsentwicklung im Rahmen des § 113a SGB XI der richtige Weg war.

---

### **3.1 Einleitung**

Nationale Expertenstandards sind in Deutschland ein untrennbarer Bestandteil der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Lange bevor die Pflegequalität zum Gegenstand sozialpolitischer Normsetzung und gesetzgeberischer Vorgaben wurde, haben sich 1992 engagierte Personen aus Pflegewissenschaft, -management und -praxis zum Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zusammengeschlossen und vielfältige Initiativen zu einer professionell gesteuerten Qualitätsentwicklung und Verbesserung der Pflegequalität ergriffen. Die bekannteste war die Entwicklung von nationalen Expertenstandards. Seit dem Jahr 2000 wurden insgesamt acht Expertenstandards für die Pflege, einer für das Hebammenwesen und einer im Rahmen des § 113a SGB XI durch das DNQP entwickelt. Sieben Expertenstandards wurden bereits einmal aktualisiert, zwei befinden sich in der zweiten Aktualisierung. Der folgende Beitrag skizziert die Hintergründe, die zur Entwicklung von Expertenstandards geführt haben und gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards. Begleitet wird der Überblick von einer kritischen Betrachtung der mit den einzelnen Schritten des methodischen Vorgehens verbundenen Herausforderungen. Den Abschluss des Beitrags bilden Überlegungen zur zukünftigen Qualitätsentwicklung in der Pflege.

---

### **3.2 Professionelle und sozialpolitische Qualitätsentwicklung in der Pflege**

Die Wurzeln des DNQP gehen zurück auf eine Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den 1980er Jahren, deren Aufgabe es war, im Rahmen der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ das Ziel 31 (Entwicklung von Verfahren zur Qualitätsentwicklung in den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten) für die Pflege umzusetzen (Schiemann 2014). Hervorgegangen ist aus diesen Aktivitäten das mittlerweile nicht mehr existierende europäische Netzwerk EUROQUAN (European Quality Assurance Network)

für Qualitätsentwicklung in der Pflege, das sich unter anderem zum Ziel gesetzt hatte, hervorragende Leistungen in der Pflege zu fördern, traditionelle Verhaltensmuster zu reflektieren und effektive Praktiken in der Qualitätsentwicklung zu verbreiten. Der Netzwerkgedanke von EUROQUAN war auch bei der Gründung des DNQP an der Hochschule Osnabrück von hoher Bedeutung. Die Netzwerkstruktur bietet den Vorteil, dass sie dynamische Entwicklungen durch informelle Austauschprozesse befördern kann. Die Nutzbarmachung lokal entwickelter und bewährter Verfahren ist neben der Herstellung von Akzeptanz in der Berufsgruppe ein weiterer Vorteil eines Netzwerks (Schiemann 2014).

Die Netzwerkstruktur ist bis heute ein charakteristisches Merkmal des DNQP. Zu dem Netzwerk gehören ein Lenkungsausschuss, dem die Entscheidungen über die grundlegenden Themen obliegen, mit denen sich das DNQP befasst, ein wissenschaftliches Team, eine Geschäftsstelle und eine wissenschaftliche Leitung an der Hochschule Osnabrück, die für die operativen Aufgaben in der Qualitätsentwicklung, allen voran die Arbeit mit Expertenstandards, verantwortlich sind. Zum Netzwerk gehören weiterhin die wissenschaftlichen Leitungen und Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen, deren Aufgaben im weiteren Verlauf dieses Beitrags ebenso beschrieben werden wie die der Implementierungs- und Referenzeinrichtungen. Nicht zuletzt gehören zum Netzwerk die vielen Pflegenden in allen Bereichen der Pflegepraxis, die an einer kontinuierlichen Verbesserung der Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards arbeiten. Das DNQP kooperiert in Fragen der Qualität in der Pflege mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und versteht sich als die unabhängige Stimme der Pflege in der Qualitätsentwicklung.

Zur Einordnung der Bedeutung von Expertenstandards für die Qualitätsentwicklung in der Pflege ist es erforderlich, einen kurzen Blick auf politische Diskussionen zur Qualität in der Pflege zu werfen. Während die berufspolitische Diskussion sich in erster Linie auf das Handeln der professionell Pflegenden bezieht und vom Bestreben gekennzeichnet ist, dieses professionelle Handeln auf Basis von Evidenz und individueller fachlicher Expertise auf ein hohes Niveau zu bringen – unabhängig davon, in welchem Bereich (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflege) es tatsächlich stattfindet, legt die sozialpolitische Diskussion den Fokus vor allem auf Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und -kontrolle. Die sozialpolitische Diskussion zur Pflegequalität ist zudem in hohem Maße sektoral geprägt und verläuft in engen Grenzen des Regelungsbereichs der jeweiligen Sozialgesetzbücher, vor allem der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Sie fokussiert nicht die Qualität des professionellen Pflegehandelns, sondern sieht die Pflegenden unter einer institutionalisierten Perspektive als Teile einer Organisation, deren Qualität Gegenstand externer Betrachtung wird.

Für die Entwicklung von Expertenstandards waren zunächst Impulse aus dem Gesundheitswesen sehr förderlich. So gab der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder von 1999 über „Ziele einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ einen wichtigen Anstoß für die Projektförderung des Bundesministeriums für Gesundheit für die Entwicklung von Expertenstandards (Schiemann 2014). Die in der Strategie ausgesprochene Verpflichtung zur Entwicklung wissenschaftlicher und evidenzbasierter Verfahren nicht nur für die Ärzteschaft, sondern explizit auch für die Pflegeberufe konnte vom DNQP aufgegriffen und durch die Entwicklung von Expertenstandards umgesetzt werden. Qualitätsinstrumente explizit auch für die Pflegeberufe zu entwickeln war insofern von großer Bedeutung als bis in die 1990er Jahre auf der sozial- und gesundheitspolitischen Ebene die Notwendigkeit zu einer eigenen Definition und Herangehensweise zur Qualität der Pflege nur bedingt vorhanden war. Dies änderte sich vor allem durch die Einführung der Pflegeversicherung. Durch sie war es sozialpolitisch erstmals erforderlich, unabhängig von der Medizin Regelungen zur Qualität der Pflege zu treffen und entsprechende Definitionen zu entwickeln. Pflege galt nunmehr als eigenständiger Bereich des Sozialversicherungssystems, zwar eng begrenzt durch einen somatisch bestimmten Begriff der Pflegebedürftigkeit, aber dennoch unabhängig von ärztlicher Einflussnahme und Definitionsmacht (Büscher 2015). Die konkrete Ausgestaltung von Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege wurde an die Selbstverwaltung aus Kostenträgern und Leistungserbringern delegiert, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität vereinbarten (Igl 2007). Anders als im Krankenhausbereich sind in der Langzeitpflege externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Form von Qualitätsprüfungen fester Bestandteil des Versorgungsgeschehens. Entsprechend wurden der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auf Länderebene (MDK) wichtige Institutionen auf dem Gebiet der Qualität in der Langzeitpflege, da ihnen die Verantwortung für die externe Qualitätssicherung durch die Durchführung von Qualitätsprüfungen zugeschrieben wurde.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat entsprechend eine Vielzahl von Aktivitäten zur Qualität in der Pflege nach sich gezogen (Igl 2007). Im Zusammenhang mit Expertenstandards in der Pflege sind vor allem zwei dieser Entwicklungen von Bedeutung. Zum einen wurden die Expertenstandards zunehmend Bestandteil der regelmäßigen Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Zum anderen sollte durch eine gesetzliche Vorgabe die Anwendung von Expertenstandards eine höhere Verbindlichkeit erlangen. Durch den im Pflegeweiterentwicklungsgesetz neu eingeführten § 113a

SGB XI sollten, so ist es der Gesetzesbegründung zu entnehmen, die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards dauerhaft gesichert werden. Die Zuständigkeit für die Entwicklung von Expertenstandards nach § 113 a SGB XI wurde den Vertragsparteien im SGB XI, also der Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern, übertragen. Diese haben dazu eine Verfahrensordnung in enger Anlehnung, aber nicht vollständiger Übereinstimmung zur 2007er-Version des DNQP-Methodenpapiers erlassen (GKV-Spitzenverband 2009). Danach soll die Entwicklung von Expertenstandards nach § 113 a SGB XI im Rahmen öffentlicher Ausschreibungsverfahren vergeben werden. Die Vertragsparteien hatten das DNQP um die Übertragung der Verwertungsrechte an den bestehenden Expertenstandards gebeten. Damit wäre die erfolgreiche, professionsgesteuerte Qualitätsentwicklung in der Pflege auf Basis von Expertenstandards ausschließlich in die Hände der Selbstverwaltung übergegangen. Entsprechend hat das DNQP dieser Bitte nicht entsprochen und seine Arbeit im bewährten Sinne fortgesetzt. Seit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hat das DNQP unabhängig von den Vertragsparteien sechs Expertenstandards aktualisiert und die Entwicklung von drei neuen Expertenstandards betrieben. Den Auftrag für den ersten und bislang einzigen Expertenstandard nach § 113 a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ haben die Vertragsparteien 2012 an das DNQP vergeben. Das Vorhandensein von Expertenstandards nach § 113 a SGB XI (die nur Gültigkeit für den Bereich des SGB XI haben) und DNQP-Expertenstandards (mit einer sektorübergreifenden Perspektive) führte in der Praxis zu einer hohen Verunsicherung, ob und falls ja, welche Expertenstandards gesetzlich verbindlich sind. Mögliche Ansatzpunkte zur Überwindung der für alle Beteiligten unbefriedigenden Situation werden am Ende dieses Beitrags aufgezeigt. Zuvor sollen jedoch eingehend die Zielsetzung von Expertenstandards und das methodische Verfahren des DNQP zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards beleuchtet werden.

---

### **3.3 Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege**

Expertenstandards sind definiert als:

...evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege (...) einschließt. Expertenstandards zeigen die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner-/Bewohnerinnenversorgung auf. Sie erheben den Anspruch, wirksame Instrumente der Qualitätsentwicklung zu sein und durch aktiven Theorie/Praxis-Transfer zur Entwicklung und Professionalisierung der Pflegepraxis beizutragen (DNQP 2015, S. 5–6).

Der professionelle Abstimmungsprozess bei der Entwicklung eines Expertenstandards findet in mehreren Schritten und auf verschiedenen Ebenen statt. Zunächst ist es Aufgabe einer Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten, einen Entwurf des Expertenstandards im Konsens zu erarbeiten. Die Konsensbildung bereits zu diesem Zeitpunkt ist erforderlich, da davon ausgegangen werden kann, dass die Nicht-Konsentierung in einem relativ kleinen Kreis auch Probleme bei der Konsentierung für die gesamte Berufsgruppe der Pflege implizieren würde. Der zweite Schritt des Abstimmungsprozesses findet im Rahmen einer öffentlichen Konsensuskonferenz statt, zu der die gesamte Fachöffentlichkeit eingeladen wird. Den dritten und letzten Schritt des Abstimmungsprozesses bildet die modellhafte Implementierung, bei der der Expertenstandard hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit erprobt wird. Erst nach dem erfolgreichen Durchlaufen aller drei Schritte kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem Standard um ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau“ handelt.

Bislang hat das DNQP die folgenden Expertenstandards entwickelt:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Veröffentlichung: 2000; 1. Aktualisierung: 2010; zweite Aktualisierung: 2017)
- Entlassungsmanagement in der Pflege (2003; 1. Aktualisierung: 2009; 2. Aktualisierung: begonnen in 2016)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen – Ursprungsversion: Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen (2004; 1. Aktualisierung: 2011)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2005; 1. Aktualisierung: 2013)
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2006; 1. Aktualisierung: 2014)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2008; 1. Aktualisierung: 2015)
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2009; 1. Aktualisierung: 2017)

- Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen (2014)
- Expertinnenstandard für das Hebammenwesen: Förderung der physiologischen Geburt (2014)
- Expertenstandard nach § 113 a SGB XI zur Erhaltung und Förderung der Mobilität (2014)

Begonnen wurde 2015 mit der Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege von Menschen mit Demenz, dessen Fertigstellung in 2018 erwartet werden kann.

Die Veröffentlichung der Expertenstandards erfolgt in Buchform. Die Gliederung der Veröffentlichungen orientieren sich an einem festgelegten Schema (s. Abb. 3.1). Der Vertrieb der Bücher erfolgt über die DNQP-Geschäftsstelle an der Hochschule Osnabrück. Über die Internetseite des DNQP wird ein Auszug aus

<b>I. Hinweise zum methodischen Vorgehen bei der Standardentwicklung</b>
<b>II. Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe</b>
<b>III. Präambel zum Expertenstandard</b> Aussagen zu übergreifender Zielsetzung, Gültigkeitsbereich und Zielgruppe(n)
<b>IV. Expertenstandard in einseitiger Tabellenform</b>
<b>V. Kommentierung der Kriterien des Expertenstandards</b> Enthalten Umsetzungsempfehlungen (vielfach settingspezifisch), bieten Hilfestellung bei der Suche nach Instrumenten und Planung von Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses
<b>VI. Literaturstudie</b> Grundlage für die Formulierung der Standardkriterien und -kommentierungen
<b>VII. Audit-Instrument</b> zur (internen) Überprüfung der Standardanwendung
<b>VIII. Ergebnisse der modellhaften Implementierung</b> Ergebnisse und Hinweise, wie Einrichtungen bei der erstmaligen Einführung und Anwendung des Expertenstandards vorgegangen sind und welche Ergebnisse sie erzielt haben. Da eine modellhafte Implementierung nur bei der Neuentwicklung eines Expertenstandards erfolgt, fehlt dieser Teil bei den Veröffentlichungen der Aktualisierungen, die Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Ursprungsstandards bleiben aber über die Homepage des DNQP zugänglich.

**Abb. 3.1** Gliederung der Expertenstandard-Veröffentlichungen

der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt, der die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe, die Präambel und den Expertenstandard enthält.

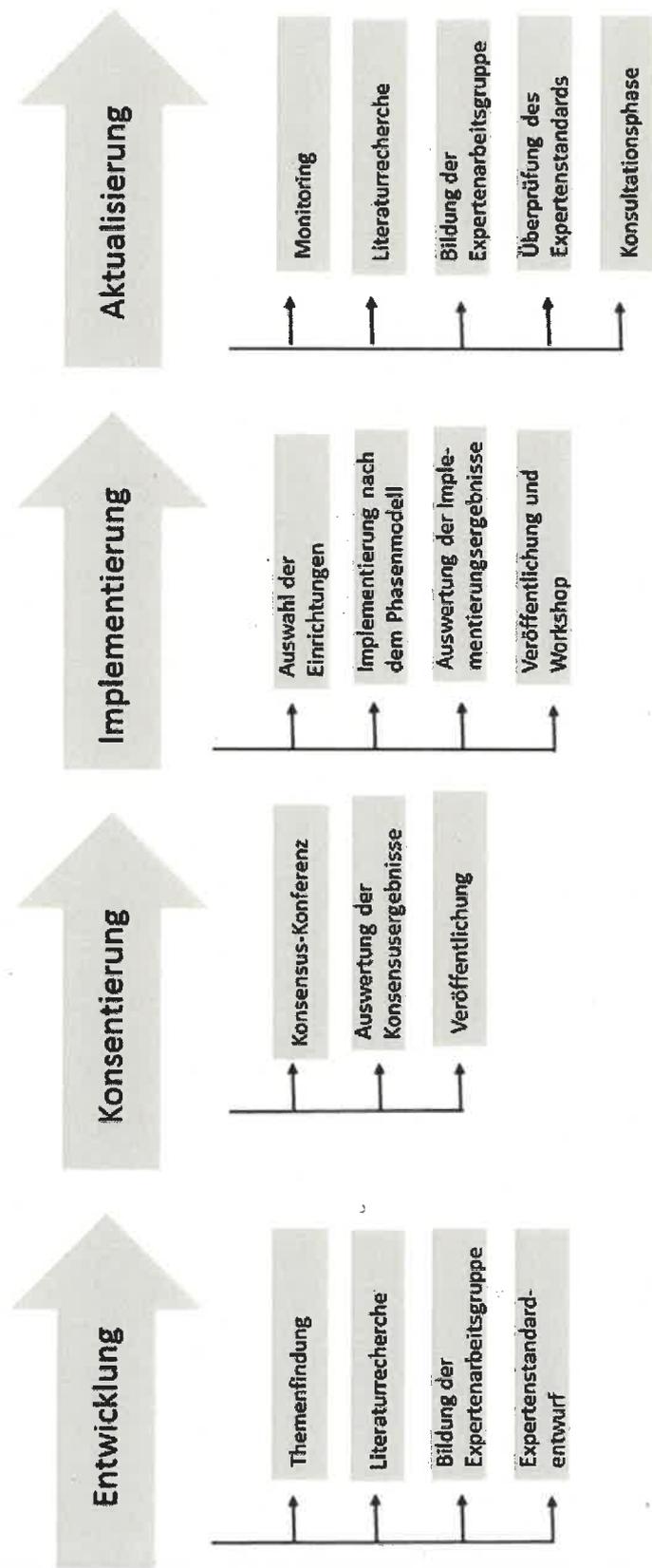
### **3.4 Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards**

Die Expertenstandards werden in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt, konsentiert, modellhaft implementiert und aktualisiert. Das methodische Verfahren ist ausführlich in einem Methodenpapier beschrieben (DNQP 2015), das mittlerweile in der dritten Version vorliegt. Die Steuerung der Entwicklungs-, Implementierungs- und Aktualisierungsaktivitäten von Expertenstandards übernehmen das wissenschaftliche Team des DNQP und der DNQP-Lenkungsausschuss. Eine Übersicht über das methodische Vorgehen gibt Abb. 3.2. Die einzelnen Schritte werden nachfolgend beschrieben.

#### **3.4.1 Entwicklung von Expertenstandards**

##### *Themenfindung*

Die Entwicklung eines Expertenstandards beginnt mit der Themenfindung. Entscheidend für die Themenauswahl, die durch den DNQP-Lenkungsausschuss vorgenommen wird, ist die Frage, ob es sich bei einem Thema um ein pflegeepidemiologisch relevantes und Versorgungssektoren übergreifend auftretendes Qualitätsrisiko handelt, dessen Bearbeitung eine deutliche Qualitätsverbesserung erwarten lässt. Die Übersicht über die Themen der bisherigen Expertenstandards verdeutlicht, dass es sich bei allen Expertenstandards um hoch relevante Fragen der Pflegepraxis handelt, zu denen Pflegefachkräfte settingübergreifend kontinuierlich aufgefordert sind, fachkundig zu handeln. Ein zweites Kriterium besteht in der Prüfung, ob zu dem Thema nationale und internationale Forschungsliteratur verfügbar ist. Damit soll sichergestellt werden, dass pflegewissenschaftliche Evidenz als Grundlage für die Entwicklung von Expertenstandardkriterien und Empfehlungen tatsächlich verfügbar ist, auf deren Basis ein für die Pflegepraxis geeignetes Instrument entwickelt werden kann, das zudem noch der Komplexität und dem oftmals interaktiven Charakter der behandelten Themen gerecht werden kann.



**Abb. 3.2** Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards. (DNQP 2015)

### *Bildung einer Expertenarbeitsgruppe*

Sofern diese Kriterien erfüllt sind, erfolgt die Ausschreibung und Auswahl der wissenschaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe. Das DNQP trennt bei der Entwicklung der Expertenstandardentwicklung sehr streng zwischen der methodischen Expertise zur Entwicklung, die durch den Lenkungsausschuss und das wissenschaftliche Team des DNQP sichergestellt werden, und der themenbezogenen Expertise, die durch die wissenschaftliche Leitung und die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe gewährleistet wird. Für die Rolle der wissenschaftlichen Leitung kommen daher nur Pflegewissenschaftler\_innen infrage, die zu den jeweiligen Themen über eine durch Publikationen und Projekterfahrungen ausgewiesene Expertise verfügen und bei denen keine Interessenskonflikte vorliegen. Nach der Benennung der wissenschaftlichen Leitung erhält diese den Auftrag zur Durchführung einer Literaturrecherche und -analyse zum Thema des Expertenstandards. Parallel dazu erfolgt eine öffentliche Ausschreibung zur Bildung der Expertenarbeitsgruppe. Für diese Expertenarbeitsgruppe können sich Pflegefachpersonen aus Wissenschaft und Praxis mit ausgewiesener Fachexpertise zum jeweiligen Expertenstandardthema bewerben. Wie für die wissenschaftliche Leitung ist neben dem Nachweis der Expertise bei den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe die Offenlegung möglicher Interessenskonflikte erforderlich. Hinzugezogen werden darüber hinaus Vertreter\_innen aus der Selbsthilfe oder dem Verbraucherschutz.

Eine oftmals genannte Kritik an den Expertenstandards sind die monodisziplinär zusammengesetzten Expertenarbeitsgruppen. Diese Kritik basiert auf der zweifellos zutreffenden Feststellung, dass die meisten Fragestellungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung interdisziplinärer Natur sind und entsprechend eines interdisziplinären Vorgehens zu ihrer Bearbeitung oder Lösung bedürften. Vor diesem Hintergrund erscheint eine monodisziplinäre Expertenarbeitsgruppe nicht mehr zeitgemäß. Vergessen wird bei dieser Kritik jedoch, dass der Weg der interdisziplinären Entwicklung von Qualitätsinstrumenten nicht der einzige Weg zu einer interdisziplinären Praxis ist. Weitgehend unbearbeitet sind zudem die Schwierigkeiten der interdisziplinären Entwicklung. Es handelt sich dabei um einen sehr beschwerlichen Prozess, da vielfach disziplinäre Befindlichkeiten die Diskussionsprozesse bestimmen und weniger die Suche nach und die Festlegung von geeigneten Interventionen und Maßnahmen zur Vermeidung von Risiken im Versorgungsprozess für Patienten und Pflegebedürftige. Die Erfahrungen des DNQP zeigen, dass es bereits auf monodisziplinärer Ebene eine Herausforderung darstellt, ein dem aktuellen Wissensstand entsprechendes Vorgehen bei komplexen Problemlagen festzuschreiben. Der Beitrag der Expertenstandards

zu einer interdisziplinären Praxis besteht daher darin, sich innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe über evidenzbasierte und praktikable Grundsätze zu verständigen, diese in Form eines Standards explizit zu machen und auf dieser Basis in den interdisziplinären Dialog einzutreten. In diesem Dialog gilt es dann, auf der Basis existierender Expertenstandards, Leitlinien oder anderer Instrumente zur Bestimmung von Qualitätsniveaus in der Gesundheitsversorgung geeignete interdisziplinäre Versorgungsmodelle zu entwickeln, z. B. in Form klinischer Versorgungspfade. Das DNQP geht entsprechend bei seiner Arbeit davon aus, dass für die interdisziplinäre Zusammenarbeit die disziplinäre Verständigung über den eigenen Beitrag eine wichtige Voraussetzung ist. Dennoch hat es sich im Sinne der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit bewährt, je nach Thema Fachexperten und -expertinnen aus anderen Berufsgruppen in beratender Funktion zu den Expertenarbeitsgruppen hinzuzuziehen. Dadurch lässt sich der Fokus auf das pflegerische Handeln oftmals schärfen und die Schnittstellen zu den Aufgaben anderer Gesundheitsberufe werden verdeutlicht.

#### *Literaturstudie*

Für die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards erhält die jeweilige wissenschaftliche Leitung vom DNQP den Auftrag zur Durchführung einer ausführlichen Recherche und Analyse der vorliegenden Literatur und Evidenz zum Thema. Die Literaturstudie soll einen Überblick über das verfügbare Wissen zum Standardthema vermitteln und für das Thema sensibilisieren. Recherche und Analyse werden jeweils von zwei Personen durchgeführt, um die Qualität des Ergebnisses zu erhöhen. Der Evidenzgrad der eingeschlossenen Studien wird nach einer aktuellen international anerkannten Klassifikation deutlich gemacht, um die Transparenz zur Güte der vorhandenen Literatur zu erhöhen. Im Ergebnis muss die Literaturanalyse eine inhaltliche Bewertung der Evidenz durch die Expertenarbeitsgruppen ermöglichen. In der Umsetzung ist die Erstellung der Literaturstudie sehr komplex. Es sind zunächst Entscheidungen darüber zu treffen, welche Studien mit welchen Studienendpunkten in die Literaturstudie aufzunehmen sind oder welche Studienergebnisse noch als von der Pflege beeinflussbar angesehen werden können. Diese Entscheidungen dienen dazu, die wesentlichen Aussagen in der Literatur zum Standardthema identifizieren zu können.

Das in den Literaturstudien zu den Expertenstandards vielfach auftretende Problem besteht darin, dass es selten eine umfangreiche und klare Evidenz gibt, auf deren Basis sich die auszusprechenden Empfehlungen stützen können. Tatsächlich gilt es eher, auf Basis unklarer Evidenzlagen abzuwägen, ob und welches Vorgehen zu empfehlen ist. Am deutlichsten wurde dies bei der ersten Aktualisierung

des Expertenstandards zur „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2013), dessen Literaturstudie als die bislang umfangreichste Literaturstudie der Entwicklungen und Aktualisierungen von Expertenstandards des DNQP gelten kann. Die Autorinnen dieser Literaturstudie haben zudem in zeitlicher Nähe einen Bericht über ein ebenso umfangreiches Health Technology Assessment (HTA) zur Sturzprophylaxe veröffentlicht (Balzer et al. 2012). Trotz dieser umfangreichen Arbeiten können settingübergreifend kaum eindeutige Aussagen zur Wirksamkeit einzelner Maßnahmen der Sturzprophylaxe (oder Sturzprävention) getroffen werden. Daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe – und vor allem ihre Refinanzierung – generell infrage zu stellen, wäre jedoch falsch. Die Fülle an Literatur verweist auf die hohe Bedeutung von Stürzen und ihrer Vermeidung in der alltäglichen Versorgung. Sie zeigt auf, um welch komplexes und von zahlreichen Faktoren beeinflusstes Geschehen es sich bei Stürzen handelt.

Für die Praxis verweist das enttäuschende Missverhältnis zwischen der Vielzahl an Studien und der nicht vorhandenen Klarheit hinsichtlich einzelfallbezogener Wirksamkeit von Maßnahmen jedoch auf ein auch bei anderen Themen anzutreffendes Phänomen: die Bedeutung der fachlich begründeten Entscheidungsfindung im Einzelfall. Professionelles Handeln in der Pflege zeichnet sich, wie auch in anderen Gesundheitsberufen, dadurch aus, dass umfangreiches Regelwissen auf einen Einzelfall bezogen werden muss. Das Regelwissen zu einem Themenbereich ist in den Literaturstudien, in den Standardkriterien der Expertenstandards und erläuternd in den Kommentierungen zusammengefasst und ausgeführt. Es trägt dazu bei, Pflegefachkräften in der Praxis einen Rahmen vorzugeben, in dem sie sich bei Entscheidungen in der Pflege einzelner Patienten oder Bewohner bewegen können. Ausgangspunkt der tatsächlich zu leistenden Interventionen ist jedoch immer der individuelle Fall. Daher ist stets eine begründete Einschätzung dieses Falls notwendig, aus der dann Maßnahmen abgeleitet, mit dem Adressaten der Maßnahme vereinbart und dann durchgeführt werden. Die Expertenstandards setzen bewusst auf die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte, diese Verbindung zwischen Regel- und fallbezogenem Wissen herstellen zu können.

#### *Erarbeitung eines Expertenstandard-Entwurfs*

Bei der Erarbeitung des Expertenstandard-Entwurfs erfolgt eine Orientierung am Pflegeprozess, der als wesentlichstes Instrument professionellen Pflegehandelns angesehen werden kann und dessen Kenntnis Ausbildungsziel in allen Pflegeberufen ist. Die Orientierung am Pflegeprozess entspricht weitestgehend

dem Handlungsalltag der Pflege und trägt damit in erheblichem Maß zu Nachvollziehbarkeit und Umsetzbarkeit der Expertenstandards bei. Der Pflegeprozess umfasst die Schritte „Einschätzung“, „Planung und Vereinbarung von Maßnahmen“ (dazu gehört, wo es angemessen ist, auch die Zielformulierung, die von einigen Autoren als eigener Schritt des Pflegeprozesses angesehen wird), „Durchführung der Maßnahmen“ und „Evaluation“. Die Standards bilden den gesamten Pflegeprozess von Risikoeinschätzung, Maßnahmenplanung, Information, Schulung und Beratung sowie Koordination, Durchführung und Evaluation von Interventionen zu einer Thematik ab. Die Standardkriterien werden als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert und entsprechen den konsentierten Empfehlungen der Expertenarbeitsgruppe. Jeder Expertenstandard verfügt zudem über eine Gesamtzielsetzung und Begründung. Die Formulierung der Standardkriterien verfolgt einen settingübergreifenden Anspruch, da der Standard, sofern nicht ausdrücklich (wie z. B. beim Entlassungsmanagement) ausgeschlossen, in allen pflegerischen Aufgabenfeldern – Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst – Anwendung finden soll. Spezifizierungen für die einzelnen Settings finden sich in den Kommentierungen zum Standard.

Die Kommentierungen erfüllen darüber hinaus die Funktion, die vielfach abstrakt und allgemeingültig formulierten Struktur-, Prozess und Ergebniskriterien zu konkretisieren und somit die Umsetzung in den verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis sowie die Anpassung an deren spezifische Bedingungen zu unterstützen. Die Kommentierungen werden von den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppen verfasst und geben den Konsens der Gruppe wieder. Sie bieten Raum, konkrete Vorgehensweisen, Interventionsmöglichkeiten und Beispiele für die Ausgestaltung interdisziplinärer Prozesse zu benennen, z. B. an die Einrichtungsarten angepasste zielgruppenspezifische Interventionsangebote zur Sturzprophylaxe (Heinze et al. 2013) oder Besonderheiten des Schmerzmanagements bei Kindern, wenn es vom Schmerzmanagement bei erwachsenen Patienten und Bewohnern abweicht (Osterbrink et al. 2011). In diesem Sinne kann den Kommentierungen eine hohe Funktionalität für die Implementierung der Expertenstandards und die Erreichung angestrebter Qualitätsniveaus attestiert werden (Stehling und Büscher 2015).

### **3.4.2 Konsentierung von Expertenstandards**

Wie bereits erwähnt findet der professionelle Abstimmungsprozess der Leistungsniveaus in Form eines Expertenstandards auf mehreren Ebenen statt. Nach der Erarbeitung des Entwurfs erfolgt die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit im

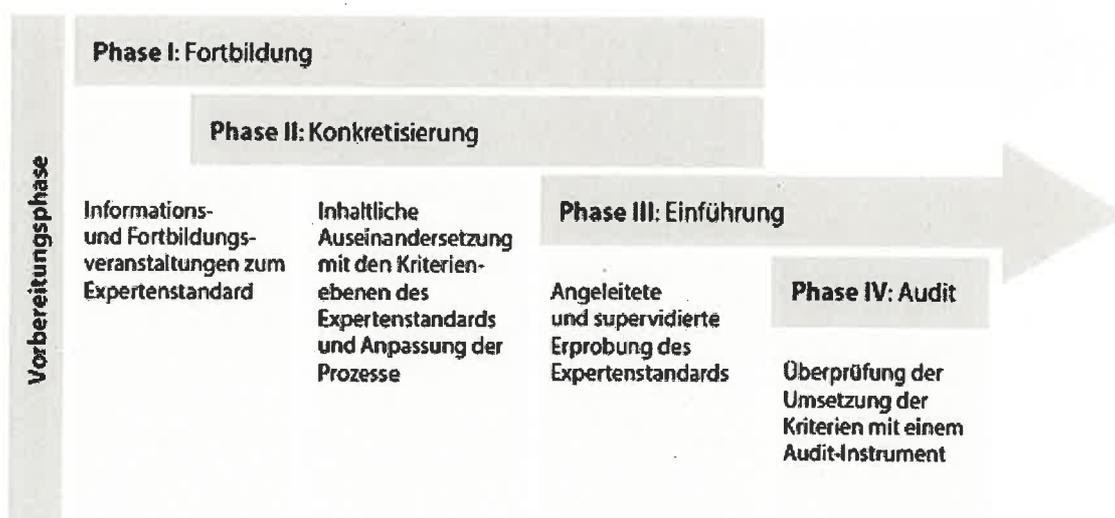
Rahmen einer Konsensus-Konferenz. Dieser kommt eine entscheidende Rolle für die spätere Akzeptanz und verstetigte Anwendung der Expertenstandards in der Pflegepraxis zu. Die öffentlichen Konferenzen, zu denen sich bislang zwischen 500 und 800 Personen angemeldet haben, können als erfolgreiche Methode zur Herstellung eines berufsgruppenbezogenen Konsenses bezeichnet werden. Sie ermöglichen einen strukturierten Fachdiskurs mit einer breiten Fachöffentlichkeit über den von der Expertenarbeitsgruppe vorgelegten Expertenstandard-Entwurf. Voraussetzung für den Fachdiskurs ist die Vorbereitung der Teilnehmer\_innen durch die frühzeitige Versendung von Expertenstandardentwurf, Präambel und Literaturanalyse. Nach einleitenden Impulsvorträgen zu jedem Standardkriterium durch Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen besteht für die Konferenzteilnehmer\_innen die Möglichkeit zur inhaltlichen Beteiligung. Die gesamte Konferenz und der Konsentierungsvorgang werden aufgezeichnet und protokolliert. Zudem besteht für die Teilnehmer\_innen die Möglichkeit, schriftliche Anmerkungen einzureichen. Fachgesellschaften und Organisationen des Gesundheitswesens oder der Langzeitpflege werden gezielt gebeten, Stellung zum Expertenstandard-Entwurf zu nehmen. Die Protokolle, schriftlichen Anmerkungen und Stellungnahmen werden bei der abschließenden Bearbeitung des Expertenstandards und der Kommentierungen durch die Expertenarbeitsgruppe berücksichtigt. Die Konsensuskonferenzen haben sich als fester Bestandteil der Qualitätsentwicklungsbestrebungen in der Pflege etabliert. Da die Konferenzen in der Regel einen hohen Bedarf aus der Praxis nach sich ziehen, bereits mit dem neuen Expertenstandard zu arbeiten, wird dieser nach Einarbeitung der verschiedenen Kommentare und Rückmeldungen als Sonderdruck veröffentlicht bevor die modellhafte Implementierung abgeschlossen wurde.

### **3.4.3 Implementierung von Expertenstandards**

Den dritten und letzten Schritt des professionellen Abstimmungsprozesses bildet die modellhafte Implementierung des Expertenstandards. Sie verfolgt das Ziel, Aufschluss über Anwendbarkeit und Akzeptanz in der Pflegepraxis zu gewinnen und Hinweise darüber zu erhalten, welche Bedingungen für eine erfolgreiche Einführung in verschiedenen Settings gegeben sein müssen. Das Implementierungskonzept dient aber auch als Leitfaden für jede regelhafte Implementierung. Durch die hier beschriebene schrittweise Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards werden diese für die jeweiligen Praxisbedingungen konkretisiert und die Akzeptanz der neuen Erkenntnisse in der Praxis gefördert.

Für eine Beteiligung an der modellhaften Implementierung können sich Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste im Rahmen einer Ausschreibung bewerben. An den bisherigen Implementierungsprojekten des DNQP haben sich zwischen 16 Einrichtungen im Pilotprojekt zur Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe im Jahr 2000 und 27 Einrichtungen im Jahr 2014 bei der Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen beteiligt. Dabei konnte zunehmend eine ausgeglichene Verteilung der beteiligten Einrichtungsarten verzeichnet werden. Waren an den ersten Projekten mehrheitlich Krankenhäuser beteiligt, erhöhte sich mit ihrem Fortschreiten die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste (Stehling und Büscher 2015).

Die etwa sechs Monate dauernde modellhafte Implementierung orientiert sich an einem Phasenmodell (s. Abb. 3.3) und wird wissenschaftlich durch das DNQP begleitet. Die beteiligten Einrichtungen erhalten Unterstützung bei der Durchführung der einzelnen Implementierungsphasen. Besonders bedeutsam ist auch bei der modellhaften Implementierung der Netzwerkgedanke, da die für die Implementierung verantwortlichen Personen aus den beteiligten Einrichtungen zu regelmäßigen Projektsitzungen zusammenkommen und dort die Gelegenheit haben, Ideen und Gedanken auszutauschen, wie die einzelnen Standardkriterien am besten umgesetzt werden können. Als Voraussetzung für die Teilnahme an den Projekten gilt für die Einrichtungen ein guter Entwicklungsstand hinsichtlich der systematischen und theoriegeleiteten Anwendung der Pflegeprozessmethode.



**Abb. 3.3** Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards. (DNQP 2015)

Hinzu kommen die Zusicherung der Bereitstellung personeller und zeitlicher Ressourcen und die Benennung einer projektverantwortlichen Person, die über Erfahrungen mit Qualitäts- oder Pflegeentwicklungsprojekten verfügt.

Die Entwicklung des Phasenmodells erfolgte durch das DNQP im Rahmen des ersten Projekts zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Das Vorgehen hat sich sehr bewährt, sodass keine grundlegenden Änderungen der ursprünglichen Konzeption erforderlich waren. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, verläuft die modellhafte Implementierung in vier, sich teilweise überlappenden Phasen: Fortbildung, Konkretisierung und Anpassung des Standards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe, verbindliche Standardeinführung und die abschließende Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (Schiemann und Moers 2004; DNQP 2015).

In der Vorbereitungsphase des Projekts werden in den beteiligten Einrichtungen Projektverantwortliche benannt, Arbeitsgruppen gebildet, Informationsveranstaltungen angeboten und die Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen angebahnt. Eine Voraussetzung für die Umsetzung der Expertenstandards ist die individuelle Kompetenz der beteiligten Pflegefachkräfte. Entsprechend steht in der ersten Phase die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema des jeweiligen Expertenstandards im Mittelpunkt. Fortbildungen begleiten den gesamten Implementierungsprozess, wobei sich ihre zeitliche und inhaltliche Intensität je nach Stand des Projektes verändern kann.

In der Phase der Konkretisierung beginnt für die Projektverantwortlichen und Arbeitsgruppen die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Standardkriterien und Kommentierungen. Diese gilt es in einer Art und Weise zu konkretisieren, dass ihre Umsetzung einrichtungsspezifisch und gemäß der jeweiligen Patienten- oder Bewohnerzielgruppe möglich wird. Von Bedeutung können dabei beispielsweise räumliche oder organisatorische Voraussetzungen der Einrichtung und besondere Bedingungen der Zielgruppe wie diagnosebezogene oder kulturelle Besonderheiten sein. In der Regel bedarf die Integration des Einschätzungskriteriums des Expertenstandards in die in der Einrichtung üblichen Verfahren zur Pflegeanamnese und zur Dokumentation von Pflegemaßnahmen besondere Aufmerksamkeit. Andere zu konkretisierende Aspekte können sich auf die Auswahl zielgruppenspezifischer Hilfsmittel und Pflegeinterventionen, auf die inhaltliche Ausgestaltung multidisziplinärer Verfahren oder das Festlegen von Zuständigkeiten beziehen. Die Expertenstandards bieten einige Möglichkeiten der Konkretisierung, wobei als Anforderung bestehen bleibt, dass die Kernaussagen der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleiben und mit der Konkretisierung das angestrebte Qualitätsniveau des Standards nicht unterschritten wird (DNQP 2015).

In der dritten Phase erfolgt die eigentliche Anwendung der Inhalte des Expertenstandards. Die Pflegefachkräfte erhalten in dieser Phase angeleitete und supervidierte Gelegenheit zur Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte. Als anleitende und unterstützende Personen fungieren die Mitglieder der Arbeitsgruppen und die Projektverantwortlichen, die auch für Rückfragen und Feedback zur Verfügung stehen. Während der Standardeinführung wird dem Anleitungsbedarf und der Akzeptanz der Pflegefachkräfte hohe Bedeutung beigemessen. Festgestellte Veränderungen im professionellen Handeln werden in den Arbeitsgruppen diskutiert und gegebenenfalls zum Anlass für weitere Anpassungen des Expertenstandards genommen.

Den Abschluss der Implementierung bildet ein Audit mit einem standardisierten, vom DNQP entwickelten Auditinstrument, das inhaltlich auf den jeweiligen Expertenstandard abgestimmt ist. Im Rahmen dieses Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Als Datengrundlagen dienen die Pflegedokumentation, eine Patienten- bzw. Bewohnerbefragung und eine Personalbefragung. Auf diese Weise kann ein umfassendes Bild über den Umsetzungsgrad der Standardkriterien gewonnen werden. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten, die nicht selbst in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegekräfte arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschließen.

#### *Erkenntnisse aus bisherigen Implementierungsprojekten*

An den bislang acht Implementierungsprojekten des DNQP haben sich 123 Einrichtungen beteiligt, darunter 60 Krankenhäuser, 37 Einrichtungen der stationären Altenhilfe und 26 ambulante Pflegedienste. 26 Einrichtungen haben sich im Laufe der Jahre mehr als einmal an Implementierungsprojekten beteiligt und ermöglichen über diese Teilkontinuität Einblicke in ihre einrichtungsbezogenen Erfahrungen in der Bewältigung der unterschiedlichen Projekte sowie Erkenntnisse zu Synergieeffekten aus der Arbeit mit mehreren Expertenstandards. Die durch die Implementierungsprojekte gewonnenen Erkenntnisse verweisen auf einige wesentliche Aspekte, die für die Arbeit mit Expertenstandards und anderen Qualitätsinstrumenten von Bedeutung sind (Moers et al. 2014). Dazu gehören vor allem einrichtungsspezifische Bedingungen und die Rolle der Projektbeauftragten.

Eine wichtige Rahmenbedingung bei der Umsetzung der Expertenstandards ist die kundige Unterstützung durch das Management der jeweiligen Einrichtung. Zu dieser Unterstützung gehört die Herstellung und Förderung von Akzeptanz für eine Veränderung der bestehenden Praxis. Auch internationale Übersichtsarbeiten (Damschroder et al. 2009; Dixon-Woods et al. 2012) weisen auf die Bedeutung der Akzeptanz und einrichtungsinternen Unterstützung für eine erfolgreiche

Implementierung von Innovationen hin. In den Implementierungsprojekten waren es die Bereitstellung von Ressourcen, der Einsatz der eigenen Autorität und intensive Kommunikation, die zu erhöhter Akzeptanz beigetragen haben. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die interdisziplinäre Kooperation, wenn es darum geht, Verfahrensregeln zu autorisieren und Pflegefachkräften in spezifischen Versorgungsprozessen entsprechende Kompetenzen zuzugestehen. Nicht zuletzt kommt der Unterstützung der Arbeitsgruppen und Pflegeteams hohe Bedeutung zu, indem ihnen eine dauerhafte Unterstützung zu Teil wird und dezentrale, partizipative Methoden der Qualitätsentwicklung befördert werden. Der Stand der Pflegeentwicklung selbst wird als wichtiges Indiz für die erfolgreiche Anwendung von Expertenstandards gewertet. Dazu gehören die Umsetzung des Pflegeprozesses und eines damit einhergehenden, patientenorientierten Pflegeorganisationssystems (Schiemann und Moers 2014).

Ein zweiter wichtiger Faktor bei der Arbeit mit Expertenstandards sind die Projektverantwortlichen in den Einrichtungen, die den Dreh- und Angelpunkt der Implementierung und nachhaltigen Weiterarbeit bilden. Sie übernehmen in der Praxis die in der qualitätsmethodischen Literatur viel diskutierte Aufgabe der Facilitation, also der Ermöglichung oder Erleichterung (Kitson et al. 1998; Rycroft-Malone 2010). Ihnen obliegen Steuerungs- und Vermittlungsaufgaben im mono- und interdisziplinären Kontext und sie stellen damit ein Bindeglied zwischen Pflegefachkräften, Pflegeleitungen und Angehörigen anderer Berufsgruppen dar, die am Implementierungsprozess beteiligt sind. Die Projektbeauftragten benötigen kommunikative Kompetenzen, da sie die Moderation der Arbeitsgruppen übernehmen. Sie benötigen fachliche Kompetenzen, um ihren Beitrag zur Anpassung und Konkretisierung der Expertenstandardkriterien zu leisten. Sie planen, organisieren und übernehmen selbst Fortbildungen und haben für die Pflegefachkräfte eine Mentorenfunktion. Nicht zuletzt führen die Projektbeauftragten die Audits durch. In den DNQP-Projekten zur modellhaften Implementierung haben erfahrene Pflegeexperten diese Aufgaben übernommen, die in größeren Einrichtungen entweder Stabstellen der Pflegedirektion innehatten oder Pflegeentwicklungsabteilungen angehörten. Aber auch Qualitätsbeauftragte kleinerer Einrichtungen oder Pflegeexperten ohne organisatorische Anbindungen an die Leitungsebene waren in der Lage, diese komplexe Aufgabe auszufüllen, sofern sie sich der umfassenden Unterstützung der Managementebene einerseits und der Pflegeteams andererseits sicher sein konnten (Moers et al. 2014). Die komplexen Aufgaben der Projektverantwortlichen zeigen deutlich die Notwendigkeit auf, entsprechend gut und akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte für die Arbeit in der Praxis zu gewinnen, die nicht nur bei der Implementierung von Expertenstandards eine wichtige Funktion übernehmen, sondern auch bei anderen

Innovationen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, deren Implementierungsprozesse sich um ähnliche Fragen drehen.

### **3.4.4 Aktualisierung von Expertenstandards**

Wie es für evidenzbasierte Qualitätsinstrumente üblich ist, werden auch die Expertenstandards des DNQP regelmäßig aktualisiert. Laut Methodenpapier (DNQP 2015) erfolgt die erste Aktualisierung fünf Jahre nach der abschließenden Veröffentlichung der Ursprungsversion. Aufgrund des nur geringen Veränderungsbedarfs in den bisherigen Aktualisierungen der Expertenstandards hat das DNQP entschieden, den Zeitraum zwischen den Aktualisierungen von fünf auf sieben Jahre auszudehnen. Um jedoch sicherzustellen, dass keine neuen Erkenntnisse unentdeckt bleiben und gegebenenfalls zeitnah auf sie reagieren zu können, wurde ein jährliches Monitoringsystem für jeden Expertenstandard eingeführt, in dem die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen einmal jährlich gebeten werden, aus ihrer Sicht einzuschätzen, ob es neue Erkenntnisse zu ihrem Standardthema gibt, die eine vorzeitige Aktualisierung erforderlich machen. Auch wenn die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten bislang nicht zu einer vorzeitigen Aktualisierung geführt haben, so konnten dennoch wichtige Hinweise gesammelt werden, die bei der regulären Aktualisierung aufgegriffen wurden.

Die Aktualisierung der Expertenstandards beginnt wie der Entwicklungsprozess mit der Gewinnung der wissenschaftlichen Leitung, der Erstellung einer Literaturstudie zum aktuellen Wissensstand zur Thematik und der Bildung der Expertenarbeitsgruppe. Die Literaturstudie geht von den Kriterien des bestehenden Expertenstandards aus, bezieht aber auch darüber hinausgehende Erkenntnisse mit ein, sodass die Expertenarbeitsgruppe eine verlässliche Basis hat, um zu entscheiden, ob und welche Änderungen am Standard erforderlich sind. Inhaltlich hat sich in den bisherigen Aktualisierungen der Expertenstandards gezeigt, dass der tatsächliche Aktualisierungsbedarf der ursprünglich formulierten Kriterien der Expertenstandards nicht allzu groß war. Es handelte sich eher um Klarstellungen und Präzisierungen der bestehenden Aussagen. Deutlich größerer Aktualisierungsbedarf bestand hingegen in den Kommentierungen zur Umsetzung der Expertenstandards. Aus der Perspektive des DNQP sind drei Gründe für diese Entwicklung ausschlaggebend: als erster Grund ist zu nennen, dass bereits bei der Entwicklung der Expertenstandards große Sorgfalt auf die Formulierung der Standardkriterien gelegt wurde. Der geringe Änderungsbedarf kann daher als weitgehende Bestätigung der Standardentwicklung angesehen werden.

Ein zweiter Grund besteht darin, dass die Standardkriterien auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert sind, damit das darin ausgedrückte Leistungsniveau für alle pflegerischen Settings Gültigkeit haben kann. Erst durch die Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards in der Praxis und die setting- und oder zielgruppenspezifische Konkretisierung des Vorgehens werden die Expertenstandards praxistauglich. Hier offenbart sich auch der wesentliche Unterschied zu Leitlinien, die eine Handlungsempfehlung für den konkreten Einzelfall darstellen, während Expertenstandards Instrumente des Theorie-Praxis-Tranfers sind, deren Wirkung durch eine Verbesserung des pflegerischen Leistungsniveaus eher indirekt beim Patienten/Bewohner ankommt. Die Kriterien müssen daher auf einem entsprechend allgemeinen Niveau formuliert sein und können nicht die Besonderheiten einzelner Settings berücksichtigen. Die Implementierungsprojekte des DNQP zeigen jedoch deutlich, dass die Umsetzung immer vor einem konkreten Hintergrund erfolgt, z. B. dem eines Pflegeheims oder einer Intensivstation. Diese Besonderheiten gilt es in den Kommentierungen herauszuarbeiten, die als eine Brücke zwischen der wissenschaftlichen Evidenz und den allgemein formulierten Standardkriterien verstanden werden sollen und den Transfer des wissenschaftlichen Wissens in die Praxis unterstützen. Das hohe Abstraktionsniveau der Expertenstandards wird aus der Praxis unterschiedlich wahrgenommen. Während einige sich über die aus Ihrer Sicht zu große Verallgemeinerung und die daraus resultierende Notwendigkeit einer Konkretisierung für ihren Arbeitsbereich beklagen, sehen andere genau diesen Aspekt als Anreiz zur Arbeit mit Expertenstandards, da sie einen Gestaltungsspielraum erhalten, einrichtungsinterne Gesichtspunkte einfließen lassen und die eigene Fachkompetenz einbringen können. Letztere Sichtweise entspricht der Intention des DNQP, dessen ausdrückliche Absicht es ist, die Expertenstandards weiterhin für alle Bereiche der pflegerischen Praxis zu entwickeln. Als Instrumente der Qualitätsentwicklung in der Pflege benötigen sie die Fachkompetenz der Pflegenden vor Ort in den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, um ihre Wirksamkeit zu entfalten. Sie bedürfen daher tatsächlich der Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten der Einrichtung, in der sie zum Einsatz kommen sollen. Diese intensive Auseinandersetzung mit dem Instrument Expertenstandard führt zudem zu einer verbesserten Akzeptanz der Inhalte, da eigene Ideen und Vorschläge der Praktiker mit einfließen.

Als dritter möglicher Grund für den nur geringfügigen Veränderungsbedarf kommt die Tatsache in Betracht, dass zu vielen pflegepraktischen Fragen die Anzahl aussagekräftiger Studien nach wie vor überschaubar ist und sich daher hinsichtlich der vorhandenen Evidenz nur wenig Änderungsbedarf ergibt. Die Expertenstandards haben zwar für Forschungsaktivitäten in den jeweiligen Bereichen

gesorgt, die Situation der Pflegeforschung in Deutschland muss jedoch immer noch als unbefriedigend bezeichnet werden. Eine besondere Herausforderung stellt hier die Komplexität der zu untersuchenden pflegerischen Interventionen dar, die einhergeht mit einer erschwerten Vergleichbarkeit von Studien.

Die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit erfolgt im Rahmen der Aktualisierung nicht durch eine Konferenz, sondern durch eine internetgestützte Konsultationsphase. Hierzu werden Expertenstandard, Kommentierungen und die aktuelle Literaturanalyse für einen Zeitraum von acht Wochen über die DNQP-Internetseite der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Auf den Zeitraum der Veröffentlichung der Konsultationsfassung wird im Vorfeld über fachliche Online- und Printmedien aufmerksam gemacht. Zudem werden wichtige Fachgesellschaften und Organisationen, die zu dem Thema des zu aktualisierenden Expertenstandards arbeiten, gezielt angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten. Die eingehenden schriftlichen Kommentare und Stellungnahmen aus Pflegepraxis, von Einzelpersonen oder Verbänden werden durch das wissenschaftliche Team des DNQP gesammelt, themenspezifisch systematisiert und den Expertenarbeitsgruppen anonymisiert zur Verfügung gestellt und von dieser im Rahmen der abschließenden Fassung der Aktualisierung berücksichtigt. Die Präsentation der aktualisierten Expertenstandards geschieht im Rahmen von jährlich stattfindenden Netzwerkworkshops des DNQP, bei denen die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppen die neuen Erkenntnisse zum Thema aus wissenschaftlicher und praktischer Perspektive beleuchten und in vertiefenden Arbeitsgruppen setting- und themenspezifische Fragen zur Arbeit mit den Expertenstandards diskutiert werden. Die Beteiligung der Fachöffentlichkeit an diesem Verfahren ist durchaus beachtlich und hat entscheidenden Anteil am Aktualisierungsprozess. In der Regel werden die Konsultationsfassungen in vierstelliger Anzahl von der Internetseite des DNQP abgerufen und es erfolgt eine Vielzahl sehr qualifizierter Rückmeldungen.

---

### **3.5 Herausforderungen für die professionsgesteuerte Qualitätsentwicklung in der Pflege in der Zukunft**

Dieser kurze Überblick vermittelt ein Bild über die vielfältigen Aktivitäten des DNQP zu einer professionsgesteuerten Qualitätsentwicklung in der Pflege. Diese waren aus Sicht des DNQP in den letzten 25 Jahren sehr erfolgreich und haben in verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis zu einer Professionalisierung der Pflege beigetragen. Dennoch bestehen eine Reihe von Herausforderungen für die

zukünftige Qualitätsentwicklung in der Pflege. Diese sind qualitätsmethodischer, berufspolitischer und sozialpolitischer Art und sollen zum Abschluss dieses Beitrags kurz skizziert werden.

Einige der qualitätsmethodischen Aspekte wurden bereits dargelegt. Im Methodenpapier des DNQP (2015) sind einige darüber hinausgehende Aspekte benannt. Diese beziehen sich vor allem auf Fragen der Implementierung von und nachhaltigen Arbeit mit Expertenstandards. Auf den hohen Überarbeitungsbedarf der Kommentierungen im Rahmen der Aktualisierungen der Expertenstandards wurde bereits hingewiesen. Er verweist auf eine Vielzahl von Umsetzungsfragen aus der Praxis, die sich in der Arbeit mit den Expertenstandards ergeben haben. Diese sollen zukünftig im Prozess der Aktualisierung systematischer aufgegriffen und berücksichtigt werden. Entsprechend soll im Rahmen der zweiten Aktualisierungen der Expertenstandards neben der Recherche der wissenschaftlichen Evidenz eine gezielte Einbeziehung von Praxiserfahrungen erfolgen. Dazu werden gezielt die Referenzeinrichtungen des DNQP einbezogen und um ihre Einschätzung der Umsetzungsfragen zum jeweiligen Standard gebeten. Diese wird durch das wissenschaftliche Team aufbereitet und in die Sitzungen der Expertenarbeitsgruppen eingebracht.

Neben der stärkeren Berücksichtigung der Praxisperspektive zeigt die Erfahrung des DNQP, dass es für eine Verbesserung der Pflege- und Versorgungsqualität in der Praxis neben der Verfügbarkeit evidenzbasierter und praxisorientierter Qualitätsinstrumente auch der Kompetenz der Pflegenden vor Ort bedarf, um Implementierungsprozesse erfolgreich zu gestalten. Diese Kompetenz gilt es einerseits im Rahmen primär und sekundär qualifizierender pflegebezogener Studiengänge zu vermitteln. Das DNQP hat darüber hinaus 2016 ein modular aufgebautes Weiterbildungsprogramm aufgelegt, durch das Pflegenden aus der Praxis bei der Implementierung von und Arbeit mit Expertenstandards unterstützt werden sollen und für das auf der DNQP-Internetseite sowie in den Print- und Online-Fachmedien geworben wird.

Als weitere Maßnahme zur Unterstützung der internen Qualitätsentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen wird das DNQP im Rahmen der zweiten Aktualisierung der Expertenstandards Indikatoren auf der Basis von Expertenstandards für das interne Qualitätsmanagement entwickeln. Die Koppelung der Indikatorenentwicklung an das in den Expertenstandards formulierte professionelle Leistungsniveau soll dazu beitragen, dass die Nutzung von Indikatoren als wichtiges Steuerungsinstrument in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten einen positiven Beitrag zur Steigerung der Pflegequalität leistet. Da sich die Expertenstandards auf zentrale Qualitätsrisiken beziehen, bietet es sich an, aus den Kriterien der Expertenstandards sowie den Items aus dem Audit-Instrument

Qualitätsindikatoren abzuleiten. Auf dieser Basis ließe sich, ähnlich wie für die zentralen Qualitätsbereiche, die in den Nationalen Versorgungsleitlinien angesprochen sind (Nothacker und Reiter 2009), evaluieren, ob die pflegerische Versorgung im entsprechenden Versorgungsbereich auf der Basis des in den Expertenstandards ausgedrückten aktuellen Wissensstandes erfolgt. Im Prozess der Aktualisierung der Expertenstandards wird daher in Zukunft der Auftrag zur Literaturrecherche um die gezielte Suche nach verfügbaren Indikatoren zum jeweiligen Themenbereich erweitert. Der Expertenarbeitsgruppe zur Aktualisierung der Expertenstandards kommt die Aufgabe zu, geeignete Qualitätsindikatoren zu bewerten und im Rahmen eines formalisierten Konsentierungsverfahrens auszuwählen. Vor der breiten Anwendung und Nutzung der Indikatoren sind ein Praxistest und eine Erprobung erforderlich. Sie umfassen Fragen der Umsetzbarkeit des Indikators (z. B. die Verfügbarkeit der erforderlichen Informationen bzw. den Zeitaufwand für die Erhebung nicht vorhandener Daten, Barrieren für die Implementierung, Dokumentationsaufwand), die Prüfung wissenschaftlicher Gütekriterien (z. B. Reliabilität, statistische Unterscheidungsfähigkeit u. a.) sowie Aspekte der notwendigen Risikoadjustierung, also der Frage, ob es patientinnen- oder bewohnerinnenbezogene Risikofaktoren gibt, die den Indikator beeinflussen können und daher bei der Berechnung zu berücksichtigen sind.

In berufspolitischer Hinsicht ist nach der Gründung der Pflegekammer in Rheinland-Pfalz mit der Gründung weiterer Pflegekammern, zunächst in Schleswig-Holstein und Niedersachsen, danach vielleicht in weiteren Bundesländern sowie einer Bundespflegekammer zu rechnen. Den Pflegekammern käme in hohem Maße die Verantwortung dafür zu, professionsgesteuerte Maßstäbe zur Entwicklung und Bestimmung der Pflegequalität zu erarbeiten. Inwiefern es durch die Pflegekammern zu einer anders gelagerten institutionellen Form der Qualitätsentwicklung in der Pflege kommt, lässt sich nur bedingt absehen. Die Gründung der Pflegekammern wird jedoch die Frage der Legitimation der pflegerischen Qualitätsentwicklung neu aufwerfen.

In sozialpolitischer Hinsicht sollte diskutiert werden, ob die gesetzliche Verpflichtung zur Umsetzung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI tatsächlich die erhoffte Wirkung entfalten kann oder ob nicht vielmehr andere Formen zur Erhöhung der Verbindlichkeit qualitätssichernder Maßnahmen zu ergreifen wären. Die Erfahrung des DNQP zeigt, dass für die Erreichung formulierter Qualitätsziele vor allem einrichtungsinterne Faktoren ausschlaggebend sind. Diese zu stärken, sieht es daher als vorrangige Aufgabe an. Dass die Initiierung einrichtungsinterner Qualitätsentwicklungs- und – sicherungsmaßnahmen auf freiwilliger Basis allein ebenso nicht ausreichend zu sein scheint, ist eine weitere Erkenntnis aus der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards.

Die Verständigung über zentrale Bereiche der Qualitätsentwicklung, die sowohl im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung wie auch der externen Qualitätssicherung im Mittelpunkt stehen sollten, ist daher eine dringende Herausforderung. Sie scheint jedoch nicht allzu komplex zu sein, da die Qualitätsrisiken in der pflegerischen Versorgung nicht unendlich und zudem im Wesentlichen auch bekannt sind. Ihnen zu begegnen ist eine wichtige Aufgabe, zu deren Bewältigung die Expertenstandards einen wichtigen Beitrag leisten können.

Unabhängig davon hält das DNQP an der Notwendigkeit einer professionsgesteuerten Qualitätsentwicklung in der Pflege fest. Die Definition pflegerischer Qualitätsmaßstäbe durch die Berufsgruppe selbst ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die für die Umsetzung in der Praxis notwendige Akzeptanz erreicht werden kann. Für die Berufsgruppe der Pflege selbst stellt die Verständigung über ihr Leistungsniveau auf Basis verfügbarer Evidenz und Praxiserfahrung einen wichtigen Schritt zur weiteren Professionalisierung dar.

---

## Literatur

- Balzer, K., Bremer, M., Schramm, S., Lühmann, D., & Raspe, H. (2012). Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. DIMDI HTA-Bericht 116*. [http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta255\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf) (01.01.2017).
- Büscher, A. (2015). (Patienten)-Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In P. Gausmann, M. Henninger, M., & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 529–538). Berlin: De Gruyter.
- 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, 50.
- DNQP (Hrsg.) (2015). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015. Osnabrück: DNQP.
- DNQP (Hrsg.) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP.
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Graham, M. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality & Safety* 21, 876–884.
- GKV-Spitzenverband (2009). Vereinbarung nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/)

- [expertenstandard/Vereinbarung\\_Verfahrensordnung\\_fuers\\_Internet.pdf](#) (letzter Zugriff: 01.01.2017)
- Heinze, C., Härlein, J., Huhn, S., Mai, M., Mühlberger, H., Nitsch, K., Reißmann, U., van Schayck, A., Simon, M., Ullmann, J., Schuldzinski, W., Walter, H., & Weiß, J. (2013). Kommentierung der Standardkriterien. In DNQP (Hrsg.), *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie* (S. 24–42). Osnabrück: DNQP.
- Igl, G. (2007). Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege: Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen. Eine historische, rechtliche und rechtspolitische Analyse. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 7, 381–394.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149–158.
- Nothacker, M., & Reiter, A. (2009). Qualitätsindikatoren für Nationale Versorgungsleitlinien. In ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (Hrsg.), *Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. ÄZQ Schriftenreihe Band 36*. (S. 18–31). Berlin: ÄZQ.
- Moers, M., Schiemann, D., & Stehling, H. (2014). Expertenstandards implementieren – Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In D. Schiemann, M. Moers, & A. Büscher (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente* (S. 70–101). Stuttgart: Kohlhammer.
- Osterbrink, J., Besendorfer, A., Bohlmann, L., Flake, G., Franke, A., Himpler, K., Hübner-Möhler, B., Kopke, K., Leuker, E., Müller-Mundt, G., Nestler, N., Ralic, N., & Thomm, M. (2011). Kommentierung der Standardkriterien. In DNQP (Hrsg.), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie* (S. 26–43). Osnabrück: DNQP.
- Rycroft-Malone, J. (2010). Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS). In J. Rycroft-Malone, & T. Bucknall (Hrsg.), *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action* (S. 109–135). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Schiemann, D. (2014). Networking for Quality: Qualitätsnetzwerke der Pflege auf europäischer und nationaler Ebene. In D. Schiemann, M. Moers, & A. Büscher (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente* (S. 20–26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiemann, D., & Moers, M. (2004). Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In DNQP (Hrsg.), *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. 2. Auflage* (S. 101–122). Osnabrück: DNQP.
- Schiemann, D., & Moers, M. (2014). Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In D. Schiemann, M. Moers, & A. Büscher (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente* (S. 29–49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stehling, H., & Büscher, A. (2015). Kapitel 31.1 DNQP-Expertenstandards. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen – medizinisch, ökonomisch, juristisch* (S. 456–466). Heidelberg: Springer.