

Methodische und pflegebezogene Analyse von Pflegestandards

Daniela Antony, Barbara Fröschl



**Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland**

**Methodische und pflegebezogene Analyse
von Pflegestandards**

Daniela Antony¹, Barbara Fröschl¹

¹ Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Wir bitten um Beachtung

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI (www.dimdi.de – HTA) und in der elektronischen Zeitschrift *GMS Health Technology Assessment* (www.egms.de).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges Gutachterverfahren. Potentielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literatursauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgegeben vom
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525
Fax: +49 221 4724-340

E-Mail: dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 137
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2021
DOI: 10.3205/hta000137L
URN: urn:nbn:de:0183-hta000137I8

© DIMDI, Köln 2021. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnisse	VI
Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VI
Glossar	VII
Wissenschaftlicher Artikel	1
Wissenschaftlicher Hintergrund	1
Forschungsfragen	1
Methodik	1
Ergebnisse	1
Diskussion	2
Schlussfolgerung/Empfehlungen	2
Scientific article	3
Scientific background	3
Research questions	3
Methods	3
Results	3
Discussion	4
Conclusions/Recommendations	4
Hauptdokument	5
1 Wissenschaftlicher Hintergrund	5
1.1 Pflegebedürftigkeit in Deutschland	5
1.2 Pflegebezogene Versorgung in Deutschland	5
1.2.1 Die Nationalen Expertenstandards	6
1.2.1.1 Die Expertenstandards des DNQP	6
1.2.2 Implementierung und Anwendung von Expertenstandards	7
2 Forschungsfragen	9
3 Methodik	10
3.1 Methodische Analyse	10
3.2 Pflegebezogene und ökonomische Analyse	13
3.2.1 Systematische Literatursuche	13
3.2.1.1 Erstselektion	13
3.2.1.2 Zweitselektion	13
3.2.2 Bewertung der Studienqualität	14
3.2.2.1 Pflegebezogene Volltexte	14
3.2.2.1.1 Interne Validität	14
3.2.2.1.2 Externe Validität (Generalisierbarkeit)	15
3.2.2.1.3 Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland	15
3.2.2.2 Volltexte zu rechtlichen, organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten	15
3.2.3 Datenauswertung und Synthese	15
3.2.3.1 Pflegebezogene und ökonomische Volltexte	15
3.2.3.1.1 Stärke der Evidenz	16
3.2.3.2 Volltexte zu rechtlichen, organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten	16
3.2.4 Systematische Internetsuche	16
3.3 Fragebogenerhebung	16

3.4	Workshop	17
3.5	Umgang mit Anmerkungen zu grundsätzlichen, strukturellen Problemen im Pflegebereich	17
4	Ergebnisse der methodischen Analyse	18
4.1	Zielsetzung und interne Validität	18
4.1.1	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010	18
4.1.2	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 1. Aktualisierung 2009	20
4.1.3	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011	21
4.1.4	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013	23
4.1.5	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2007	24
4.1.6	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2009	26
4.1.7	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2010	28
5	Ergebnisse der pflegebezogenen und ökonomischen Analyse	30
5.1	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	30
5.1.1	Ergebnisse der Erstselektion	30
5.1.2	Ergebnisse der Zweitselektion	30
5.1.3	Ergebnisse der systematischen Internetsuche	30
5.1.4	Darstellung des Selektionsprozesses	30
5.1.5	Ergebnisse der pflegebezogenen und ökonomischen Literaturbewertung	31
5.1.6	Datenauswertung der pflegebezogenen und ökonomischen Studien	32
5.1.7	Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der pflegebezogenen und ökonomischen Studien	38
5.1.8	Synthese der pflegebezogenen und ökonomischen Evidenz	40
5.1.8.1	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	40
5.1.8.2	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Entlassungsmanagement	40
5.1.8.3	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Schmerzmanagement	40
5.1.8.4	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Sturzprophylaxe	41
5.1.8.5	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Harnkontinenz	41
5.1.8.6	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Chronische Wunden	41
5.1.8.7	Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Ernährung	41
5.1.9	Ergebnisse zu organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten	41
5.1.10	Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten	41
5.2	Ergebnisse der Fragebogenerhebung	43
5.3	Ergebnisse des Workshops	46
5.3.1	Einschätzung der momentanen Situation, hinderliche und förderliche Faktoren	47
5.4	Soll-Stand und Lösungsvorschläge	48
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	49
6.1	Beantwortung der methodischen Fragestellung	49
6.2	Beantwortung der pflegebezogenen Fragestellung	49
6.3	Beantwortung der ökonomischen Fragestellung	52
6.4	Beantwortung der rechtlichen Fragestellung	52
6.5	Beantwortung der organisatorischen Fragestellungen	52
6.6	Beantwortung der ethischen und sozialen Fragestellung	53
6.7	Allgemeine Diskussionspunkte	53

7	Schlussfolgerung/Empfehlung	54
8	Literaturverzeichnis	56
9	Anhang	69
9.1	Datenbanken	69
9.2	Suchstrategie	69
9.3	Nach Durchsicht im Volltext ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund	70
9.4	Tabellenvorlagen	74
9.5	Evidenztabelle und Tabellen zur Beurteilung der internen Validität	78
9.6	DELBI-Checkliste, angepasst an die Bewertung von Expertenstandards in der Pflege	97
9.7	Vorlage des Online-Fragebogens	99
Anhang	.....	104
	Tabellenverzeichnis	104
	Abbildungsverzeichnis	104
Anhang A	.....	107
Angang B	.....	108
Anhang C	.....	110
Angang D	.....	150

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Literaturzitate	13
Tabelle 2:	Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Volltexte	13
Tabelle 3:	Klassifizierung der externen Validität	15
Tabelle 4:	Klassifizierung der Stärke der Evidenz	16
Tabelle 5:	Ergebnisse der DELBI-Bewertungen der Expertenstandards in der Pflege	18
Tabelle 6:	Publikationen zur Beantwortung der pflegebezogenen Fragestellung	32
Tabelle 7:	Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung	33
Tabelle 8:	Datenbanken	69
Tabelle 9:	Suchstrategie in den Superbase-Datenbanken	69
Tabelle 10:	Suchstrategie in der CINAHL-Datenbank	70
Tabelle 11:	Ausgeschlossene Literatur	70
Tabelle 12:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	74
Tabelle 13:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von RCT	75
Tabelle 14:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Kohortenstudien ..	75
Tabelle 15:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von qualitativen Studien	76
Tabelle 16:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von ökonomischen Studien	76
Tabelle 17:	Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen ..	77
Tabelle 18:	Evidenztabelle für Primärstudien	77
Tabelle 19:	Evidenztabelle für ökonomische Studien	78
Tabelle 20:	Evidenztabelle für Wilborn et al. 2010 (a)	78
Tabelle 21:	Evidenztabelle für Wilborn et al. 2010 (b)	81
Tabelle 22:	Evidenztabelle für Wilborn et al. 2010 (c)	83
Tabelle 23:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wilborn et al. 2010 (a, b, c) ...	84
Tabelle 24:	Evidenztabelle für Wolke (2007)	85
Tabelle 25:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wolke (2007)	87
Tabelle 26:	Evidenztabelle für Graeff (2009)	88
Tabelle 27:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Graeff (2009)	91
Tabelle 28:	Evidenztabelle für Heinrich et al. (2012)	92
Tabelle 29:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Heinrich et al. (2012)	93
Tabelle 30:	Evidenztabelle für Wolke (2011)	94
Tabelle 31:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wolke (2011)	95
Tabelle 32:	Evidenztabelle für Marienfeld et al. (2013)	95
Tabelle 33:	Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Marienfeld et al. (2013)	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Darstellung des Selektionsprozesses	31
--------------	---	----

Abkürzungsverzeichnis

AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II/Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse

Abkürzungsverzeichnis – Fortsetzung

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung, Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis-related groups
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation / Instrument zur Klassifizierung der Stärke der Evidenz
HTA	Health Technology Assessment
MRSA	Methicillinresistenter Staphylococcus aureus (Verursacher nosokomialer Infektionen)
NRS	Nutritional Risk Screening
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch des Sozialgesetzbuchs

Glossar

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)	Das Instrument Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) dient der Qualitätsbewertung medizinischer Leitlinien. Dabei werden die Qualität der Berichterstattung (über die Leitlinienentwicklung) sowie teilweise die Qualität der Leitlinienempfehlungen bewertet.
Dekubitus	Ein Dekubitus ist eine örtlich begrenzte Schädigung des Gewebes (v. a. Haut und Unterhautgewebe), die durch eine äußere, meist längerfristige Druckeinwirkung bzw. durch Druck in Kombination mit Scherkräften entstanden ist. Es kommt zu einem lokal begrenzten Ausfall der Zellfunktionen im lebenden Organismus (Nekrose), einer Aufweichung des Gewebes (Mazeration) und ggf. zu einer Infektion.
Deutsches Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI)	Das Deutsche Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI) dient der Beurteilung der methodischen Qualität von Leitlinien anhand einer Checkliste mit 34 Fragen die den acht Domänen Geltungsbereich und Zweck, Beteiligung von Interessengruppen, Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung, Klarheit und Gestaltung, Anwendbarkeit, Redaktionelle Unabhängigkeit, Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem und Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien zugeordnet sind. Grundlage für DELBI bildet das Instrument "Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)". Die Herausgeber von DELBI sind die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Glossar – Fortsetzung

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Experten in der Pflege. Ziel ist die Förderung der Pflegequalität auf Basis von Praxis- und Expertenstandards.
Expertenstandard gemäß §113 SGB XI	Die wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards nach §113 SGB XI (Sozialgesetzbuch XI) dienen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität im Pflegebereich. Dabei tragen sie für den entsprechenden Anwendungsbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei.
Expertenstandards des DNQP	Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erstellt in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bereits seit 1999 evidenzbasierte Expertenstandards in der Pflege. Bislang liegen vom DNQP sieben Expertenstandards zu den Themen Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entlassungsmanagement in der Pflege, Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, Sturzprophylaxe in der Pflege, Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden sowie Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege vor (Stand: August 2013).
Konfidenzintervall	Statistischer Vertrauensbereich, der die Unsicherheit einer Schätzung berücksichtigt. (Im vorliegenden Bericht wird jeweils das 95-prozentige Konfidenzintervall angegeben. Auf Konfidenzintervalle mit anderem als dem 95-prozentigen Konfidenzniveau wird im Text ausdrücklich hingewiesen.)
Signifikanz	Statistik: Aussage über die Wahrscheinlichkeit, mit der ein beobachteter Unterschied durch einen tatsächlichen Unterschied zustande kommt.

Wissenschaftlicher Artikel

Wissenschaftlicher Hintergrund

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland im Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) geregelt („Soziale Pflegeversicherung“). Demnach sind jene Personen pflegebedürftig, die aufgrund „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Lebensablauf auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem bzw. höherem Maße“ Hilfe und Unterstützung benötigen. Die pflegebezogene Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird ambulant, teil- bzw. vollstationär sowie durch Angehörige erbracht. In Deutschland gibt es rund 12.300 ambulante Pflegedienste und 12.400 Pflegeheime (Stand: 15. Dezember 2011). Expertenstandards werden im internationalen Bereich schon seit längerer Zeit als effektive und äußerst wichtige Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Pflegebereich angesehen und praktiziert. In Deutschland werden durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) seit 1999 evidenzbasierte Expertenstandards in der Pflege erstellt.

Forschungsfragen

Im vorliegenden Bericht wird systematisch untersucht wie Pflegestandards hinsichtlich des Pflegeergebnisses im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege (professionelle Pflege/Pflege durch Angehörige) bewertet werden können. Dabei werden Fragestellungen zu aktuellen Qualitätsstandards in der Pflege, ob aktuelle Pflegestandards ihre Zielsetzungen erfüllen, welche Kosten bei der Implementierung von Pflegestandards entstehen oder die Akzeptanz der Pflegestandards in Pflegeberufen untersucht.

Methodik

Im Rahmen der methodischen Analyse werden die aktuell gültigen Expertenstandards des DNQP hinsichtlich der verwendeten Methodik und der theoretischen Praktikabilität bewertet. Die pflegebezogene und ökonomische Analyse sieht eine systematische Literatursuche in 24 Superbase-Datenbanken inkl. HTA- und Cochrane-Datenbanken sowie CINAHL vor. Die Selektion der identifizierten Zusammenfassungen und der Volltexte (Erst- und Zweitselektion) sowie die Beurteilung der Studienqualität erfolgen anhand vorab definierter Kriterien. Zusätzlich wird eine Online-Fragebogenerhebung bei Expertinnen und Experten im Pflegebereich in Deutschland zum Thema „Implementierung und Anwendung von Expertenstandards im stationären und ambulanten Pflegebereich in Deutschland“ durchgeführt. Im Rahmen eines Workshops werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sowie Herausforderungen bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege mit Angehörigen der Pflegeberufe sowie Verwaltung diskutiert und mögliche Lösungsvorschläge abgeleitet.

Ergebnisse

Für die methodische Analyse wird jeder der sieben Expertenstandards in der Pflege und dessen Zielsetzung zusammengefasst. Nach Erst- und Zweitselektion werden 50°Publikationen aus der systematischen Literatursuche eingeschlossen. Die systematische Internetsuche liefert 37 weitere Publikationen.

In der pflegebezogenen und ökonomischen Analyse bestehen Unterschiede zwischen den eingeschlossenen Studien hinsichtlich des untersuchten Expertenstandards. Die durchgeführte Qualitätsbewertung ergibt für keine der identifizierten Studien ein geringes Biasrisiko und auch die externe Validität kann bei keiner Studie als hoch eingestuft werden. Es werden keine Studien identifiziert, die den Einsatz von Expertenstandards im ambulanten Bereich analysieren. Für die Behandlung der Fragestellungen zu organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten können keine geeigneten Studien aus der systematischen Literaturrecherche identifiziert werden. Zur Beantwortung der rechtlichen Fragestellung werden acht Artikel aus der systematischen Literatursuche sowie fünf aus der systematischen Internetsuche herangezogen. Trotz der rechtlichen Bedeutung bzw. Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland werden diese von Experten kontrovers diskutiert.

Die Fragebogenerhebung verzeichnet 358 vollständig beantwortete und auswertbare Rückmeldungen, von denen die Mehrheit mit den Expertenstandards des DNQP vertraut ist. Bei 93 % der Befragten sind ein oder mehrere Expertenstandards in ihrem Arbeitsbereich eingeführt und 87 % der Befragten geben an die angewandten Pflegestandards des DNQP für sinnvoll oder eher sinnvoll zu halten.

Diskussion

Insgesamt sind die Expertenstandards anhand aktueller methodischer Standards erstellt und haben grundsätzlich eine gute methodische Qualität. Verbesserungen werden durchgängig bei allen Expertenstandards in der Versorgung der Patienten genannt. Zusätzlich führt die Implementierung und Anwendung der Expertenstandards zu einer Sensibilisierung des Pflegepersonals, zur Vereinheitlichung der Dokumentation sowie zu einem Vorliegen von klaren Vorgehensweisen. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind.

Aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche lassen sich keine Schlüsse bezüglich der Verbesserung der Versorgungsqualität ziehen. Die ökonomische Fragestellung kann auf Basis der vorhandenen Evidenz nicht ausreichend beantwortet werden, da die externe Validität der Kostenanalyse bei allen Studien als niedrig bzw. sehr niedrig eingestuft wird.

Obwohl die empfohlenen Standardkriterien im pflegerischen Alltag zu einem überwiegenden Teil (65 %) gut anwendbar sind, gibt es bei bestimmten Patientengruppen (Patienten mit Demenz oder im ambulanten Bereich, Patienten mit psychischen Erkrankungen oder in der palliativen Versorgung, multimorbiden Patienten, Patienten mit Migrationshintergrund, (Wach-)Komapatienten, Patienten mit geringen finanziellen Ressourcen, sehr alten sowie adipösen Patienten) Probleme bei der Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien, wodurch es zu einer Benachteiligung bzw. zu möglichen Zugangsbeschränkungen für Patienten dieser Gruppen kommen könnte. Die systematische Literaturrecherche identifiziert keine geeigneten Studien zur Beantwortung dieser Fragestellungen, wodurch diesbezüglich weiterer Forschungsbedarf begründet ist.

Die durch die systematische Literatursuche identifizierten Studien weisen ein hohes Biasrisiko und eine geringe externe Validität auf, weshalb die Stärke der Evidenz generell als niedrig ist. Für das Setting ambulanter Bereich kann keine einzige Studie identifiziert werden. Es fehlen demnach wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise hinsichtlich der Versorgungsqualität liefern.

Viele Probleme, die sowohl bei der Fragebogenerhebung als auch beim Expertenworkshop genannt wurden, betreffen grundsätzliche strukturelle Schwierigkeiten (z. B. keine strukturierte Interessenvertretung im Pflegebereich, kaum tarifliche Positionen für gut ausgebildete Pflegekräfte) im deutschen Pflegebereich, die durch die Einführung/Anwendung der Expertenstandards sichtbar gemacht, aber nicht durch diese ausgelöst wurden.

Schlussfolgerung/Empfehlungen

Die vorliegenden Expertenstandards des DNQP sind anhand aktueller methodischer Standards erstellt und haben grundsätzlich eine hohe methodische Qualität. Da keine qualitativ hochwertigen Studien bzw. zu einigen Expertenstandards keine wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen, wird eine begleitende, laufende Evaluierung bei der Einführung und Anwendung von Expertenstandards empfohlen. Zukünftig werden zwei Arten von Expertenstandards vorliegen (Expertenstandards nach dem § 113a SGB XI sowie bisher erstellte Expertenstandards des DNQP). Die Akzeptanz der Expertenstandards im pflegerischen Alltag ist innerhalb der Pflegeberufe als hoch einzuschätzen, allerdings besteht ein Bedarf an Aus- und Fortbildung, um die Expertenstandards besser anwenden zu können. Eine bessere Anwendung der Expertenstandards soll vor allem durch eine Professionalisierung der Pflege bewirkt werden. Hinsichtlich möglicher Zugangsbeschränkungen für bzw. möglicher Benachteiligung von Patienten infolge der Anwendung der Expertenstandards im stationären bzw. ambulanten Bereich aufgrund sozioökonomischer Faktoren wird aufgrund der Hinweise aus der Fragebogenerhebung sowie des Fehlens relevanter Studien die Durchführung weiterer Studien empfohlen.

Scientific article

Scientific background

In Germany, the term 'need for care' (ger.: Pflegebedürftigkeit) is defined in the eleventh code of social law (ger: Sozialgesetzbuch - Social long-term care insurance scheme). It states that a person is in need of care who suffers from 'a physical, psychological or mental condition or disability and for whom recurring tasks in daily life, for a minimum of six months, require significant help or support. Services for persons in need of care are provided either on an outpatient or inpatient basis, or by family members. In 2011, 12,300 outpatient nursing care services and 12,400 nursing homes existed in Germany. Expert standards in nursing care are internationally perceived as an effective and important instrument for quality development in nursing care and are applied in practice. In Germany, the German Network for Quality Development in Care (ger.: 'Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)) develops in cooperation with the German Nursing Council (ger.: Deutscher Pflegerat (DPR)) evidence-based national expert standards in nursing care since 1999.

Research questions

This report systematically investigates the national expert standards in nursing care with regard to care results in an inpatient and outpatient setting including care provided by family members. Research questions concern the current quality standards in nursing care, whether the quality standards meet their objectives, which costs are incurred by implementing national expert standards in nursing care and the degree of acceptance for the national expert standards among care professions.

Methods

The methodological analysis aims at evaluating the currently valid expert standards in nursing care, developed by the DNQP, regarding its methodology and theoretical practicability. Analysis of economic and nursing aspects includes a systematic literature search in 24 databases including HTA and Cochrane databases and CINAHL. The selection process includes primary and secondary selection of identified literature according to abstracts and full texts and an evaluation of the study quality on the basis of predefined selection criteria. An online questionnaire on 'the implementation and use of national expert standards in inpatient and outpatient settings in Germany' targeted experts in the field of nursing care in Germany. In an expert workshop, the results of the questionnaire were discussed and possible solutions were developed.

Results

Methodological analysis includes a summary of each expert standard and its objective. After primary and secondary selection, 50 relevant publications of the systematic literature search and 37 relevant publications of a systematic internet search were included.

Studies included for analysing economic and nursing care aspects showed differences in the type of expert standards covered. Quality evaluation of studies showed that studies with a low risk of bias are missing and external validity of studies could not be classified as high. Identified studies did not investigate the use of expert standards in outpatient settings. The systematic literature search did not provide studies for answering research questions on organisational, ethical or social aspects. Eight articles of the systematic literature search and five of the systematic internet search served as a basis for answering research questions on legal aspects. In Germany, national expert standards in nursing care are legally binding but perceived and discussed controversially amongst experts.

The online questionnaire resulted in 358 complete responses and the majority of respondents were familiar with the national expert standards in nursing care. 93 % of respondents indicated that one or more expert standards were implemented and used in their work area and 87 % perceived the national expert standards as 'useful' or 'rather useful'.

Discussion

Overall, national expert standards in nursing care in Germany are developed according to current methodological standards and are of high methodological quality. Nonetheless, all expert standards showed room for improvement regarding patient care. The implementation and use of expert standards increases awareness among care professionals for the need of standardized documentation and clear procedural methods. An increased documentation effort and missing time and financial resources are perceived as an obstacle.

No conclusions to improve the quality of supply in nursing care services can be drawn through the results of the systematic literature search. There is insufficient evidence to meaningfully cover research questions on economic aspects as external validity of identified studies is low or very low.

Although the use of national expert standards in daily nursing care services is perceived as 'good', a disadvantage exists for specific patient groups: patients suffering from dementia, patients in outpatient settings, patients with mental disorders, patients in palliative care, patients with multimorbidities, patients with an migration background, patients in a (vigil) coma, children, patients with low financial resources, elderly patients and patients with obesity. For these patient groups problems in the application of the evidence-based national expert standards evolve which leads to a disadvantage and restricted access for the mentioned patient groups. Further research is necessary to cover this aspect sufficiently.

Studies obtained through the systematic literature search show a high risk of bias and low internal validity, resulting in a low level of evidence. No studies were found for outpatient settings and scientific studies showing evidence on the quality of supply are missing.

The online questionnaire and expert workshop displayed several obstacles regarding structural conditions in the German nursing sector, e.g. no structured representation of interests in the nursing care sector or missing tariffs for qualified nursing staff. The implementation and use of expert standards uncovered but did not trigger these obstacles.

Conclusions/Recommendations

The national expert standards on nursing care of the DNQP are developed according to methodological standards and are of high methodological quality. Scientific studies do not cover all expert standards and existing studies show insufficient quality. Continuous evaluation for the implementation and use of expert standards is recommended. In the future, two types of expert standards on nursing care will be available: expert standards according to § 113a of the German eleventh code of social law and according to the DNQP. The acceptance of expert standards is high among care professions but requires further education and training to better utilise the national expert standards. In order to improve the use of expert standards, an enhanced professionalization of nursing care is necessary. Further research is required to investigate potentially restricted access or disadvantages for patients in need of nursing care services due to socio-economic factors.

Hauptdokument

1 Wissenschaftlicher Hintergrund

1.1 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland im Elften Buch des Sozialgesetzbuchs geregelt („Soziale Pflegeversicherung“). Demnach sind jene Personen pflegebedürftig, die aufgrund „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Lebensablauf auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem bzw. höherem Maße“ Hilfe und Unterstützung benötigen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bzw. beauftragte unabhängige Gutachter entscheiden über das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit sowie die Einteilung in die drei Pflegestufen¹⁷⁴. Pflegebedürftige Personen werden je nach Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit einer von drei Pflegestufen zugeordnet, um entsprechende Pflegeleistungen zu erhalten¹⁷⁵. Zu Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) zählen Personen, die bei „der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“¹⁷⁵. Personen, die bei „der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“¹⁷⁵ werden in die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) eingestuft. Schwerpflegebedürftige (Pflegebedürftige der Pflegestufe III) benötigen bei „der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung“¹⁷⁵. Zu berücksichtigen ist, dass auch Personen unterhalb der Schwelle zu Pflegestufe I pflegebedürftig sind (sogenannte Pflegestufe 0), wenn sie pflegerische Hilfsleistungen benötigen⁵³.

1.2 Pflegebezogene Versorgung in Deutschland

Die pflegebezogene Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird ambulant, teil- bzw. vollstationär sowie durch Angehörige erbracht¹⁷⁹. Derzeit gibt es in Deutschland rund 12.300 ambulante Pflegedienste und 12.400 Pflegeheime (Stand: 15. Dezember 2011).

2011 führte die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs („Soziale Pflegeversicherung“) in ganz Deutschland an. Davon befanden sich 30 % in teil- oder vollstationärer Pflege. 1,76 Millionen Pflegebedürftige (70 %) wurden hingegen zu Hause versorgt, davon 1,18 Millionen allein durch Angehörige. Auf die Pflegestufe I entfielen rund 54,8 % Pflegebedürftige, der Pflegestufe II waren 32,7 % zugeordnet und Pflegestufe III war bei etwa 12,2 % der Betroffenen der Fall¹⁷⁹.

In voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen standen 2005 etwa 546.000 Pflegepersonen in einem Beschäftigungsverhältnis, wobei circa 208.000 einer Vollbeschäftigung nachgingen. 2011 waren es bereits rund 662.000, davon ein Drittel vollbeschäftigt¹⁷⁸. Während 2005 etwa 214.000 Personen in ambulanten Diensten beschäftigt waren, stieg die Zahl 2011 auf knappe 291.000 Beschäftigungsverhältnisse. Davon waren lediglich rund 80.000 Personen, also rund 27 % vollzeitbeschäftigt¹⁷⁸.

70 % des Personals erbrachte Leistungen der Grundpflege, 6 % waren in der Pflegedienstleitung tätig. Nur 22 % leisteten ausschließlich pflegebezogene Arbeit gemäß dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs („Soziale Pflegeversicherung“)¹⁷⁹.

Der demografische Wandel – oft durch den Begriff der „überalternden Gesellschaft“ veranschaulicht – wird entsprechend zahlreicher Prognosen von Sozialwissenschaftlern, Ökonomen und Statistikern in den kommenden Jahrzehnten zu einer erhöhten Anzahl an pflegebedürftigen Personen und somit zu einem erhöhten Pflegebedarf in Deutschland führen^{54, 177}. 2012 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Prognose, nach der im Jahr 2030 rund 3,22 Millionen Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung zu erwarten sind. Auf die vollstationäre Pflege (Versorgung in Pflegeheimen) wird dabei rund ein Drittel der Betroffenen entfallen⁵⁴.

Aufgrund des Anstiegs der pflegebedürftigen Personen in Deutschland und des demografisch bedingten Rückgangs der Zahl der Erwerbstätigen, ist mit einer bundesweiten Versorgungslücke in der Pfl-

ge zu rechnen. Laut einer Prognose der Bertelsmann-Stiftung ist im Jahr 2030 eine Versorgungslücke von 430.000 Vollzeitäquivalenten (Fortschreibung des bisherigen Trends) bis 490.000 (Trend nach Einführung der Pflegeversicherung mit vermehrter Formalisierung der Pflege) zu erwarten⁴⁵.

Angesichts der anstehenden Herausforderungen im Pflegebereich ist Qualitätsentwicklung eine unabdingbare Voraussetzung, qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung der Bevölkerung weiterhin zu erreichen.

1.2.1 Die Nationalen Expertenstandards

Expertenstandards werden im internationalen Bereich schon seit längerer Zeit als effektive und äußerst wichtige Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Pflegebereich angesehen und praktiziert¹⁶³. In Deutschland werden durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) seit 1999 evidenzbasierte Expertenstandards in der Pflege erstellt¹⁰⁵.

Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG)¹⁵⁰ am 1. Juli 2008 kam es zu Neuerungen im Bereich der Sicherstellung der Pflegequalität. Expertenstandards sind nun gesetzlich als verpflichtend anzuwendende Instrumente zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung festgeschrieben und die Pflegekassen, deren Verbände sowie alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben die gemäß § 113a Elftes Buch des Sozialgesetzbuchs erstellten Expertenstandards anzuwenden¹⁷³.

1.2.1.1 Die Expertenstandards des DNQP

Bislang liegen vom DNQP sieben evidenzbasierte Expertenstandards zu den Themen Dekubitusprophylaxe in der Pflege⁸⁵; Entlassungsmanagement in der Pflege⁷⁷, Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen⁹⁴, Sturzprophylaxe in der Pflege¹¹⁰; Förderung der Harnkontinenz in der Pflege⁶⁶, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden⁸² sowie Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege⁸⁹ vor (Stand: August 2013). Laut Lenkungsausschuss des DNQP ist die weitere Erstellung von rund zehn bis 15 Expertenstandards zu sektorenübergreifenden Qualitätsrisiken in der Pflege geplant. Zudem sollen für spezifische Versorgungsbereiche, wie beispielsweise Pflege chronisch kranker Kinder oder behinderter und psychiatrisch erkrankter Menschen, weitere Expertenstandards erstellt werden¹⁶³.

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens bei der Entwicklung, Einführung und Aktualisierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege veröffentlichte das DNQP in den Jahren 2007 bzw. 2011 ein Methodenpapier mit einer Anleitung zum Erstellen von Nationalen Expertenstandards enthält^{70, 104}. Darin ist geregelt, dass die Expertenstandards in einem sechsstufigen Prozess entwickelt, konsentiert, modellhaft implementiert und aktualisiert werden. Der sechsstufige Prozess setzt sich zusammen aus Themenfindung, Bildung unabhängiger Expertenarbeitsgruppen, Erarbeitung eines Expertenstandard-Entwurfs (inkl. Erstellung einer Literaturstudie und Bewertung des Wissensstands), Konsensus-Konferenzen, modellhafter Implementierung und Aktualisierung der Expertenstandards¹⁰³. Jeder Expertenstandard des DNQP wird in Form eines Projekts erarbeitet, wobei für die inhaltliche Steuerung ein Lenkungsausschuss sowie für die Durchführung und Veröffentlichung ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung steht. Des Weiteren arbeiten zu jedem Expertenstandard eine Expertenarbeitsgruppe (rund acht bis zwölf Mitglieder) mit Mitgliedern aus der Pflegepraxis bzw. -wissenschaft sowie eine Vertretung aus einem Patienten- und/oder Verbraucherschutzverband. Das Methodenpapier des DNQP¹⁰² enthält auch Informationen zu weiteren Schritten zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege sowie zur Finanzierung der Expertenstandards. Bis zum Jahr 2009 übernahm das BMG zu einem Teil die finanzielle Förderung. Zudem wurden Erlöse durch die Verkäufe der DNQP-Veröffentlichungen sowie Einkünfte im Rahmen von Konsensus-Konferenzen und Netzwerkworkshops erwirtschaftet¹⁰¹.

Die Expertenstandards in der Pflege bilden ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau ab, angepasst an die Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung. Sie geben die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsspielräume und -alternativen vor und nennen Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege¹⁰⁰. Es werden keine einzelnen Pflegeinterventionen, sondern ein komplexes Maßnahmenbündel an Pflegeinterventionen für den gesamten Pflegeprozess beschrieben, von der

Bewertung, Planung und Durchführung von Maßnahmen, dem Umgang mit adäquaten Hilfsmitteln, der Information, Schulung und Beratung der Patienten sowie deren Angehöriger bis hin zur Evaluation der Auswirkung der angewandten Maßnahmen⁵². Geeignet sind die Expertenstandards für die Anwendung bei Pflegeproblemen mit erheblichem Einschätzungsbedarf sowie bei Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil⁹⁹.

1.2.2 Implementierung und Anwendung von Expertenstandards

Für eine erfolgreiche Implementierung und Anwendung von Qualitätssicherungsinstrumenten wie Expertenstandards oder Leitlinien sind verschiedene Schlüsselemente auf unterschiedlichen Ebenen, z. B. bei den Erstellern und Anwendern der Expertenstandards sowie den betroffenen Patienten zu beachten. So trägt eine gute methodische Qualität eines Qualitätssicherungsinstrumentes wesentlich zu dessen Erfolg im Praxisalltag bei¹⁵⁴. Zur Analyse und Bewertung der methodischen Qualität (interne Validität) und Praktikabilität von Standards und Leitlinien hat sich das Instrument "Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II" (AGREE II) von 2009¹⁸³ bzw. das für Deutschland übersetzte und adaptierte Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008)³⁶ bewährt. Anhand dieser international anerkannten, validen und reliablen Instrumente können (medizinische) Leitlinien in standardisierter Form analysiert und vergleichbar gemacht werden. Die externe Validität, also der tatsächliche Einfluss bzw. die Auswirkung einer Leitlinie auf die Versorgung, kann DELBI³⁷ bzw. AGREE II¹⁸³ nicht überprüfen.

Neben der methodischen Qualität und Praktikabilität beeinflusst auch die Akzeptanz einer Leitlinie oder eines Standards bei den Nutzern die erfolgreiche Anwendung im Praxisalltag⁵². Die Akzeptanz von Qualitätssicherungsinstrumenten steigt bei den Nutzern (Leistungsträger), wenn sie selbst auf Grundlage von kollektivem Fachwissen Standards entwickeln und anwenden. Werden von professionsfremden Institutionen entwickelte Standards oder Leitlinien vorgeschrieben, führt dies meist zu deren Ablehnung¹⁵⁴.

Um die notwendige Akzeptanz für die bisher vorliegenden Nationalen Expertenstandards des DNQP herzustellen, wurden die Ergebnisse des jeweiligen Expertenstandard-Entwurfs in Konsensus-Konferenzen mit der interessierten Fachöffentlichkeit diskutiert. Laut Methodenpapier des DNQP⁹⁸ sind interessierte Fachpersonen und Institutionen aus den Pflegeberufen sowie Personen aus Pflegepraxis und -wissenschaft bzw. Angehörige anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens mit besonderer Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards sowie Vertreter von Verbraucherschutz- und Patientenverbänden, aus Gesundheitspolitik, Spitzenorganisationen und Fachverbänden des Gesundheitswesens einzubeziehen. Zusätzlich haben Mitglieder der Pflegepraxis und -wissenschaft mit ausgewiesener Fachexpertise zum entsprechenden Thema die Möglichkeit, in unabhängigen Expertenarbeitsgruppen an der Erstellung des Nationalen Expertenstandards mitzuwirken¹⁰⁶.

Einer der wesentlichsten Aspekte, die es zu untersuchen gilt, betrifft die zu erwartenden Verbesserungen in der Versorgungsqualität bei Implementierung und Anwendung von Nationalen Expertenstandards in der Pflegepraxis in Deutschland. Die bisher vorliegenden Expertenstandards des DNQP sind modellhaft in unterschiedlichen Pflege- und Gesundheitseinrichtungen implementiert, um die Praxistauglichkeit zu testen und Erkenntnisse über die nachhaltige Implementierung und Wirksamkeit des Expertenstandards zu gewinnen. Hierfür wurde ein standardisiertes Audit-Instrument entwickelt, das von Einrichtungen frei genutzt werden kann. Des Weiteren gilt es herauszufinden, welche Kosten mit der Implementierung grundsätzlich verbunden sind und ob es bei Anwendung des Expertenstandards in der Folge zu Kosteneinsparungen kommen kann. Das DNQP betont die Notwendigkeit der externen Kosten-Wirksamkeitsüberprüfung zu allen Expertenstandards als einen wesentlichen Schritt zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege¹⁰⁸.

Mit der Unterstützung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bei der betriebsweiten Einführung von Expertenstandards soll die Qualitätsentwicklung in der Pflege nachhaltig sichergestellt werden. Zielgerichtete Schulung sowie Beratung der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste sind nötig, um den Expertenstandard implementieren und als Werkzeug sinnvoll und richtig anwenden zu können^{97, 163}.

Bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards im stationären und ambulanten Bereich sind auch die Bedürfnisse und Besonderheiten der betroffenen Bevölkerung zu berücksichtigen. Bislang liegen noch keine Untersuchungen vor, ob sozioökonomische Faktoren (z. B. Religion, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, mangelnde Bildung, geringes Einkommen) Gründe für eine Bevorzu-

gung bzw. Benachteiligung von Patienten bei der Anwendung der Expertenstandards sind und ob es dabei zu Zugangsbeschränkungen für Patienten kommt.

2 Forschungsfragen

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übermittelte Fragestellung für das Projekt 19/11 lautet: „Wie können Pflegestandards hinsichtlich des Pflegeergebnisses im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege (professionelle Pflege/Pflege durch Angehörige) bewertet werden?“

In Absprache mit dem DIMDI wird zur Beantwortung der Fragestellung eine Unterteilung in methodische Analyse, pflegebezogene Analyse, ggf. Ökonomie, Ethische/Soziale Aspekte und Recht vorgeschlagen. Es ergeben sich folgende operationalisierte Forschungsfragen:

Methodische Analyse:

- Wie ist die Qualität der sieben aktuell gültigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege methodisch zu beurteilen? (Stand: Februar 2013)

Pflegebezogene Analyse:

- Erfüllen die Pflegestandards bei Einsatz im stationären und ambulanten Bereich ihre genannten Zielsetzungen, und wird die Versorgungsqualität somit verbessert?

Ökonomische Forschungsfrage:

Die Expertenstandards behandeln keine bzw. zum Teil nur sehr unspezifische ökonomische Aspekte, aus denen sich keine Endpunkte ableiten lassen. Allerdings kann die Einführung eines Expertenstandards finanzielle Konsequenzen haben, wodurch sich folgende ökonomische Fragestellung ergibt:

- Welche Kosten sind mit der Implementierung von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland verbunden?

Forschungsfrage zu rechtlichen Aspekten:

- Wie ist die Entwicklung und Anwendung von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland rechtlich geregelt?

Forschungsfrage zu organisatorischen Aspekten:

- Wie ist die Akzeptanz hinsichtlich der Anwendung der Expertenstandards im pflegerischen Alltag bei Mitgliedern der verschiedenen Pflegeberufe einzuschätzen?
- Welcher Fortbildungs- bzw. Schulungsbedarf entsteht durch die Implementierung der Expertenstandards für Pflegefachkräfte?

Forschungsfrage zu ethischen und sozialen Aspekten:

- Sind sozioökonomische Faktoren wie z. B. Religion, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, mangelnde Bildung und/oder geringes Einkommen Gründe für eine Bevorzugung bzw. Benachteiligung von Patienten bei der Anwendung der Expertenstandards im stationären bzw. ambulanten Bereich?
- Gibt es Zugangsbeschränkungen durch die Anwendung der Expertenstandards im pflegerischen Alltag für Patienten hinsichtlich Religion, Alter oder Geschlecht?

3 Methodik

Da die vom DIMDI und GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) operationalisierten Fragestellungen eine gesonderte methodische Analyse als Voraussetzung für die pflegebezogene Analyse vorsieht, wird das Prozedere bei der Erstellung von HTA-Berichten (HTA = Health Technology Assessment) laut Handbuch für Autoren zur Erstellung von HTA-Berichten, Version 01_13, entsprechend angepasst. Folgendes Vorgehen ist vorgesehen:

- Validierung der Qualität hinsichtlich der verwendeten Methodik und der theoretischen Praktikabilität der Expertenstandards (siehe 3.1),
- Durchführung einer systematischen Evidenzanalyse hinsichtlich der Inhalte der Expertenstandards und möglicher neuer Entwicklungen (siehe 3.2) sowie
- Durchführung einer Fragebogenerhebung sowie Durchführung eines Workshops mit Experten hinsichtlich der Herausforderungen bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege (siehe 3.3 und 3.4).

Nachfolgend wird die jeweils benutzte Methodik in diesem HTA zu diesen Aspekten beschrieben.

3.1 Methodische Analyse

Im Rahmen der methodischen Analyse werden die aktuell gültigen Expertenstandards des DNQP hinsichtlich der verwendeten Methodik und der theoretischen Praktikabilität bewertet. Zum Projektstart (Februar 2013) liegen folgende sieben Expertenstandards vor:

- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2010⁸⁷;
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1. Aktualisierung 2009⁷⁶;
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen – 1. Aktualisierung Dezember 2011⁹³;
- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung (Januar 2013)¹⁰⁹;
- Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (April 2007)⁶⁸;
- Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Juni 2009)⁸¹;
- Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Mai 2010)⁹¹.

Zur methodischen Bewertung werden neben den aktualisierten Versionen der Expertenstandards gegebenenfalls auch die ursprünglichen Versionen herangezogen^{58, 61, 63, 65}, wenn es Verweise auf relevante Informationen gibt, die nur darin festgehalten sind.

Die methodische Bewertung erfolgt mithilfe des DELBI, Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008)³⁶. Grundsätzlich zielt die DELBI-Checkliste auf die Bewertung von medizinischen Leitlinien ab. Leitlinien werden in der DELBI-Checkliste verstanden als „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten und ggf. anderen Gesundheitsberufen sowie Patienten für eine angemessene Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen“³⁶.

Die Expertenstandards in der Pflege sind keine klassischen medizinischen Leitlinien, ihr struktureller Aufbau und inhaltlicher Anspruch lassen sich jedoch mit denen medizinischer Leitlinien vergleichen.

Die Anwendung von DELBI bzw. des zugrundeliegenden Instruments AGREE II¹⁸³ ist international anerkannt, die Instrumente sind valide und reliable und können medizinische Leitlinien in einer standardisierten Form analysieren und vergleichbar machen. Zur Nutzung dieser Vorteile wurde DELBI für die methodische Bewertung der Expertenstandards herangezogen. Die DELBI-Checkliste wurde jedoch dementsprechend angepasst (siehe 9.6), da nicht alle 34 Kriterien zur Bewertung der methodischen Qualität und Praktikabilität einer Leitlinie für alle Expertenstandards in der Pflege relevant sind.

Für die Bewertung der Expertenstandards in der Pflege werden folgende Kriterien herangezogen:

Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck (Kriterien 1 bis 3);

- Kriterium 1: Das Gesamtziel der Leitlinie ist differenziert beschrieben.

- Kriterium 2: Die in der Leitlinie behandelten medizinischen, pflegerischen und/oder organisatorischen Fragen/Probleme sind differenziert beschrieben.
- Kriterium 3: Die Patienten/-innen, für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.

Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen (Kriterien 4 bis 7);

- Kriterium 4: Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.
- Kriterium 5: Die Ansichten und Präferenzen der Patienten/-innen wurden ermittelt.
- Kriterium 6: Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist definiert.
- Kriterium 7: Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.

Domäne 3: Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung (Kriterien 8 bis 14);

- Kriterium 8: Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.
- Kriterium 9: Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.
- Kriterium 10: Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.
- Kriterium 11: Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt.
- Kriterium 12: Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt.
- Kriterium 13: Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden.
- Kriterium 14: Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben.

Domäne 4: Klarheit und Gestaltung (Kriterien 15 bis 18);

- Kriterium 15: Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.
- Kriterium 16: Die verschiedenen Handlungsoptionen für das Versorgungsproblem sind dargestellt.
- Kriterium 17: Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.
- Kriterium 18: Es existieren Instrumente bzw. Materialien, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen.

Domäne 5: Anwendbarkeit (Kriterien 19 bis 21);

- Kriterium 19: Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.
- Kriterium 20: Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden berücksichtigt.
- Kriterium 21: Die Leitlinie benennt wesentliche Messgrößen für das Monitoring und/oder die Überprüfungskriterien.

Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit (Kriterien 22 bis 23);

- Kriterium 22: Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.
- Kriterium 23: Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden dokumentiert.

Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Kriterien 24 bis 29);

- Kriterium 24: Es liegen Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.
- Kriterium 25: Es existieren Angaben, welche Maßnahmen unzureichend, überflüssig oder obsolet erscheinen.
- Kriterium 26: Die klinische Information der Leitlinie ist so organisiert, dass der Ablauf des medizinischen, pflegerischen und/oder organisatorischen Entscheidungsprozesses systematisch nachvollzogen wird und schnell erfassbar ist.

- Kriterium 27: Es ist eine Strategie/ein Konzept für die einfache Zugänglichkeit und für die Verbreitung der Leitlinie dargelegt.
- Kriterium 28: Ein Konzept zur Implementierung der Leitlinie wird beschrieben.
- Kriterium 29: Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt.

Domäne 8: Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien (Kriterien 30 bis 34).

- Kriterium 30: Bei der Suche nach existierenden Leitlinien wurden systematische Methoden angewandt.
- Kriterium 31: Die Auswahl der als Evidenzquellen verwendeten Leitlinien (sogenannte Quelleitlinien) ist transparent und explizit begründet.
- Kriterium 32: Die Qualität der Quelleitlinien wurde überprüft.

Wenn zusätzlich Kriterien aus Sicht der Autoren als nicht relevant erscheinen, werden diese in der jeweiligen Domäne nicht berücksichtigt. Darauf wird beim jeweiligen Expertenstandard hingewiesen.

Des Weiteren ist anzumerken, dass in den Methodenpapieren des DNQP („Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“, Version 2007⁷² sowie „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege“, Version 2011⁹⁶) grundsätzliche Anleitungen hinsichtlich redaktioneller Unabhängigkeit (Domäne 6) gegeben werden, jedoch fehlen explizite Darlegungen in allen Expertenstandards. Möglicherweise liegt der Grund darin, dass potenzielle Interessenkonflikte im Bereich der Pflege nicht oder weniger als bei klassischen therapeutischen/medizinischen Fragestellungen ausgeprägt sind. Trotzdem müssten diese nach DELBI angegeben werden, durch das Fehlen ergeben sich bei allen Expertenstandards daher sehr schlechte Domänenwerte.

Bezüglich der Domäne 8 Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien ist Folgendes anzumerken: Die Kriterien 33 (Es wurden systematische Aktualisierungsrecherchen zu den Quelleitlinien durchgeführt) und 34 (Modifikationen von Empfehlungen der Quelleitlinien sind eindeutig benannt und begründet) werden allgemein als nicht relevant für die Bereiche der vorliegenden Expertenstandards erachtet, da sie suggerieren, dass eine Leitlinie als Grundlage zur Ableitung von Empfehlungen herangezogen wird, von der die Literaturrecherche ausgeht. Dieses Vorgehen erscheint bei den vorliegenden Expertenstandards aber als nicht sinnvoll.

Jeder Expertenstandard wird durch zwei Reviewer unabhängig voneinander bewertet und anschließend gemeinsam diskutiert. Jedes Kriterium wird von 1 („Trifft überhaupt nicht zu“) bis 4 („Trifft uneingeschränkt zu“) bewertet.

Die Ergebnisse der Berechnung der einzelnen Expertenstandards nach Domäne und Kriterien sind im Excel-File *Berechnung standardisierte Domänenwerte Expertenstandards DNQP*¹²⁶ abgebildet. Für jede Domäne wird ein standardisierter Domänenwert errechnet, der die Gesamtpunktzahl als prozentuellen Anteil der maximal möglichen Punktzahl der jeweiligen Domäne widerspiegelt:

Standardisierter Domänenwert = (erreichte Punktzahl – minimal mögliche Punktzahl) / (maximal mögliche Punktzahl – minimal mögliche Punktzahl)

Die maximal bzw. minimal mögliche Punktzahl errechnet sich wie folgt:

Maximal mögliche Punktzahl = 4 (trifft vollständig zu) x Anzahl der Kriterien pro Domäne x 2 (Gutachter);
 minimal mögliche Punktzahl = 1 (trifft überhaupt nicht zu) x Anzahl der Kriterien pro Domäne x 2 (Gutachter).

Ein Vergleich der Summenwerte aller Domänen ist laut DELBI-Checkliste nur bedingt aussagekräftig, da die Kriterien sehr unterschiedlich sind. Die acht Domänenwerte sind daher unabhängig voneinander zu bewerten und können nicht zu einem einzigen Summenwert zusammengefasst werden³⁶.

Die methodische Bewertung der Expertenstandards in der Pflege erfolgt deskriptiv. Ziel ist die Darstellung besonderer Stärken bzw. Schwächen der Expertenstandards in einzelnen Domänen.

3.2 Pflegebezogene und ökonomische Analyse

3.2.1 Systematische Literatursuche

Es wird eine systematische Literatursuche in 24 Superbase-Datenbanken inkl. HTA- und Cochrane-Datenbanken sowie CINAHL durchgeführt. Dafür werden die im Anhang in Tabelle 9 und Tabelle 10 angeführten Suchstrategien formuliert.

Für die Suche in den Datenbanken werden zwei Schlagwortgruppen gebildet. Zur Suche nach für den Bericht relevanten Texten werden eine Gruppe mit Begriffen zu (nationalen bzw. deutschen) Expertenstandards und eine Gruppe mit Begriffen zur Pflege gebildet. Die Suche wird ausschließlich auf Deutschland bezogen. Es werden nur deutsch- oder englischsprachige Publikationen ab dem Jahr 2009 berücksichtigt.

3.2.1.1 Erstselektion

Für die Auswahl der Zusammenfassungen zur Bestellung der Volltexte (Erstselektion) werden folgende in Tabelle 1 dargestellten Selektionskriterien verwendet:

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Literaturzitate

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien ohne Bezug auf Deutschland
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer pflegerischer Schwerpunkt
A6	Andere Intervention (z. B. medizinische Leitlinie)
Studiendesign	
A7	Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ etc. (d. h. „Abstracts“, die keine eigentliche Studie im Hintergrund haben)
A8	Fallstudien/Fallserien
A9	Studien mit nicht humanmedizinischem Themenschwerpunkt (tierexperimentelle Studien) bzw. In-vitro-Studien
Einschlusskriterien	
Medizinische Einschlusskriterien	
E1	Grundvoraussetzungen erfüllt (laut Abstract, Titel bzw. Schlagwort)
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
Weitere Einschlusskriterien	
E5	Behandlung sozialer/ethischer/rechtlicher Aspekte
E6	Wissenschaftlicher Hintergrund

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG

3.2.1.2 Zweitselektion

Die nach der Erstselektion vorliegenden Volltexte werden anhand der in Tabelle 2 angeführten Kriterien geprüft. Im Vorfeld werden die Selektionskriterien der Erstselektion für die Zweitselektion erweitert bzw. präzisiert. Die Kriterien für die Zweitselektion sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Volltexte

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien ohne Bezug auf Deutschland

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion der Volltexte – Fortsetzung

Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung (z. B. keine Untersuchung zur Veränderung der Versorgungsqualität nach Implementierung bzw. Anwendung der Expertenstandards)
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer pflegerischer Schwerpunkt als in den Expertenstandards behandelt
A6	Andere Intervention (z. B. medizinische Leitlinie)
Studiendesign	
A7	Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ etc. (d. h. „Abstracts“, die keine eigentliche Studie im Hintergrund haben)
A8	Fallstudien/Fallserien
A9	Studien mit nicht humanmedizinischem Themenschwerpunkt (tierexperimentelle Studien) bzw. In-vitro-Studien
Einschlusskriterien	
Pflegebezogene Einschlusskriterien	
E1	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E2	Interventionsstudien
E3	Beobachtungsstudien
Weitere Einschlusskriterien	
E4	Studien mit Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen der Einführung bzw. Anwendung von Expertenstandards in Deutschland
E5	Behandlung sozialer Aspekte
E6	Behandlung ethischer Aspekte
E7	Behandlung rechtlicher Aspekte
E8	Behandlung organisatorischer Aspekte
E9	Wissenschaftlicher Hintergrund
E9a	Untersuchungen zur Versorgungsqualität bei Implementierung bzw. Anwendung von Expertenstandards in vergleichbaren Ländern

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG

3.2.2 Bewertung der Studienqualität

3.2.2.1 Pflegebezogene Volltexte

Für die Bewertung der pflegebezogenen Studien werden je nach Verfügbarkeit von Studien Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten, HTA-Berichte, randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) und Beobachtungsstudien herangezogen. Die Beurteilung der Studienqualität erfolgt einerseits anhand der internen (Biasrisiko) und andererseits anhand der externen Validität (Anwendbarkeit von Studienergebnissen auf Patienten außerhalb der Studienpopulation).

3.2.2.1.1 Interne Validität

Für die Beurteilung des Biasrisikos gelten – unterteilt nach Studientyp – die im Folgenden angeführten Kriterien mit ihrer Interpretation:

- Geringes Biasrisiko: Es ist unwahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie durch Störfaktoren wesentlich verzerrt wird. Das Vertrauen in die Korrektheit der Ergebnisse ist hoch.
- Mittleres Biasrisiko: Es ist unklar, inwieweit die Ergebnisse der Studie durch Störfaktoren verzerrt sind. Störfaktoren sind möglich und könnten die Korrektheit der Resultate infrage stellen.
- Hohes Biasrisiko: Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie wesentlich durch Störfaktoren verzerrt ist. Das Vertrauen in die Korrektheit der Resultate ist sehr gering.
- Unklares Biasrisiko: Das Biasrisiko kann aufgrund fehlender Angaben in der Studie nicht bewertet werden und ist unklar.

Die Beurteilung der Studienqualität erfolgt anhand der im Anhang in Kapitel 0 angeführten Kriterien, unterteilt nach Studientyp.

Die Qualitätsbewertung aller Studien wird im Anhang dargestellt. Primärstudien, die in eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten oder Metaanalysen mit einem geringen Biasrisiko inkludiert sind, werden in Ergebnisbeschreibung und Qualitätsbewertung nicht berücksichtigt.

3.2.2.1.2 Externe Validität (Generalisierbarkeit)

Für die Einschätzung der externen Validität der eingeschlossenen Studien wird beurteilt, ob die Studienergebnisse auf Populationen außerhalb der Studienpopulation anwendbar sind. Die Beurteilung der externen Validität erfolgt anhand folgender Kriterien:

- Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?
- Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?
- Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?

Die Klassifizierung der externen Validität veranschaulicht Tabelle 3:

Tabelle 3: Klassifizierung der externen Validität

Externe Validität	Definition
Hoch	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation gut übertragbar.
Mittel	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation eingeschränkt übertragbar.
Niedrig	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation nicht übertragbar.

Quelle: GÖG

3.2.2.1.3 Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland

Zusätzlich zur Beurteilung der externen Validität wird für die eingeschlossenen Studien anhand der folgenden Fragen/Kriterien eingeschätzt, wie gut die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar sind.

- Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?
- Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?
- Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?

Für die eingeschlossenen Studien wird im Rahmen des vorliegenden Berichts bewertet, wie gut die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar sind bzw. welche Limitationen der Übertragbarkeit auf Deutschland vorliegen.

3.2.2.2 Volltexte zu rechtlichen, organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten

Die Bewertung der Studienqualität im engeren Sinn entfällt. Die Artikel werden im Rahmen der Zweitselektion auf inhaltliche Relevanz geprüft.

3.2.3 Datenauswertung und Synthese

Den Selektionskriterien entsprechende Studien werden im Rahmen der Erstellung des vorläufigen Endberichts einer qualitativen Analyse unterzogen, relevante Daten in Tabellen extrahiert. Die Ergebnisse der Studien werden in der Synthese textlich zusammengefasst.

3.2.3.1 Pflegebezogene und ökonomische Volltexte

Die Datenauswertung der systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen erfolgt anhand der in Tabelle 17 angeführten Parameter. Die Datenauswertung der pflegebezogenen Primärstudien erfolgt anhand der in Tabelle 18, die der ökonomischen Studien anhand der in Tabelle 19 angeführten Parameter.

3.2.3.1.1 Stärke der Evidenz

Für jeden Endpunkt wird die Stärke der Evidenz eingeschätzt. Die Stärke der Evidenz drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (Maßnahme) richtig einschätzt. Als Bewertungskriterien werden das Biasrisiko der einzelnen Studien und die Konsistenz der Ergebnisse zwischen den Studien herangezogen. Die Klassifizierung der Stärke der Evidenz erfolgt entsprechend dem GRADE-Konzept (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Klassifizierung der Stärke der Evidenz

Stärke der Evidenz	Definition
Hoch	Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt verändert.
Moderat	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Niedrig	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Sehr niedrig	Der beobachtete Interventionseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet.

Quelle: Guyatt et al. 2008

3.2.3.2 Volltexte zu rechtlichen, organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten

Relevante Inhalte der identifizierten Literatur werden textlich zusammengefasst. Neben Informationen aus aufgearbeiteter Literatur werden gegebenenfalls aus Sicht des Autorenteam relevanten Aspekte genannt und deskriptiv dargestellt.

3.2.4 Systematische Internetsuche

Es wird eine systematische Internetsuche nach grauer Literatur, im Internet (auf den Webseiten des BMG sowie den Stichworten Sozialgesetzbuch, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Google; Suchwörter: Pflege, Pflegestatistik, Expertenstandard; Qualitätsentwicklung in der Pflege; Pflegebedürftigkeit; Suchzeitpunkt: September und Oktober 2013) und anhand von Referenzlisten durchgeführt.

3.3 Fragebogenerhebung

Es wird eine Online-Fragebogenerhebung bei Expertinnen und Experten im Pflegebereich in Deutschland zum Thema „Implementierung und Anwendung von Expertenstandards im stationären und ambulanten Pflegebereich in Deutschland“ durchgeführt. Ziel ist es mithilfe der Fragebogenerhebung förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung und Anwendung der Expertenstandards im pflegerischen Alltag identifizieren zu können. Es soll überprüft werden, ob durch die Implementierung und Anwendung der Expertenstandards die Versorgungsqualität im pflegerischen Alltag verbessert werden kann und wie die Akzeptanz bei Mitgliedern der verschiedenen Pflegeberufe einzuschätzen ist. Dadurch sollen Ergebnisse zur Beantwortung der pflegebezogenen, ethischen, sozialen und organisatorischen Fragestellung identifiziert werden.

Hierfür werden 18 Institutionen bzw. Verbände am 11. Oktober 2013 vom DIMDI per E-Mail kontaktiert, mit der Bitte den Online-Fragebogen an in Pflegeberufen tätige Personen im stationären sowie ambulanten Bereich weiterzuleiten. Es handelt sich um folgende Institutionen und Verbände:

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe

- Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.
- Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e. V.
- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V.
- Bundesverband Pflegemanagement e. V.
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
- Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
- Deutscher Pflegeverband e. V.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

Der Fragebogen wird mit der Online-Befragungssoftware QuestBack (www.questback.at) erstellt. Vom 11. Oktober 2013 bis 30. Oktober 2013 kann der Online-Fragebogen über den Link ww2.umfragecenter.at/uc/UmfrageExpertenstandards aufgerufen und beantwortet werden. Eine Vorlage des Fragebogens findet sich im Anhang (siehe 9.7). Er umfasst insgesamt 22 Fragen und wird anonymisiert ausgewertet. Befragte Personen, die an einer Teilnahme an einem Workshop (siehe unten) sowie an weiteren Informationen zu dem Bericht interessiert sind, werden gebeten ihre Kontaktdaten bekanntzugeben, um sie in Folge kontaktieren zu können. Die Fragebögen werden mit dem Softwareprogramm Excel ausgewertet.

3.4 Workshop

Es wird ein Workshop veranstaltet, um die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sowie Herausforderungen bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege mit Angehörigen der Pflegeberufe sowie Verwaltung zu diskutieren, mögliche Lösungsvorschläge abzuleiten und die entsprechenden Fragestellungen zu beantworten.

Jene Personen, die im Rahmen der Fragebogenerhebung ihr Interesse an der Teilnahme am Workshop bekundeten und ihre Kontaktdaten bekannt gegeben haben, werden vom DIMDI per E-Mail kontaktiert und über den Workshop informiert. Die Teilnahme am Workshop ist für die interessierten Personen kostenlos möglich. Es wird eine Mindestteilnehmerzahl von 15 bzw. eine Maximalteilnehmerzahl von 80 Personen festgelegt. Jeder Workshopteilnehmende ist zur Unterzeichnung einer Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Im Vorfeld erhalten angemeldete Personen die entsprechende Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses sowie eine Tagesordnung zugesandt.

Die GÖG erarbeitet in Abstimmung mit dem DIMDI die Tagesordnung sowie ein Moderationskonzept hinsichtlich der Organisation und des konkreten Ablaufs des Workshops.

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion werden protokolliert und für die Erstellung des vorliegenden Berichts herangezogen (siehe 5.3). Zusätzlich wird das Ergebnisprotokoll nach dem Workshop an die Teilnehmenden versendet.

3.5 Umgang mit Anmerkungen zu grundsätzlichen, strukturellen Problemen im Pflegebereich

Jene, im Rahmen der Fragebogenerhebung sowie beim Expertenworkshop genannten Probleme, die durch die Einführung bzw. Anwendung der Expertenstandards sichtbar gemacht, aber nicht durch diese ausgelöst wurden, werden in den entsprechenden Kapiteln des vorliegenden HTA-Berichts dargestellt; es erfolgt jedoch keine strukturierte Bewertung, da sie über die Fragestellung des gegenwärtigen Berichts hinausgehen.

4 Ergebnisse der methodischen Analyse

4.1 Zielsetzung und interne Validität

Für jeden der sieben Expertenstandards in der Pflege wird dessen Zielsetzung zusammengefasst und werden die Ergebnisse der DELBI-Bewertung deskriptiv beschrieben (interne Validität). Um den Vergleich zwischen den einzelnen Expertenstandards übersichtlicher zu gestalten, werden die Ergebnisse in folgender Tabelle abgebildet und die höchsten (dunkelgrau) und niedrigsten (hellgrau) standardisierten Domänenwerte farblich markiert.

Tabelle 5: Ergebnisse der DELBI-Bewertungen der Expertenstandards in der Pflege

Expertenstandards	Domäne							
	1 Geltungsbereich	2 Beteiligung Interessengruppen	3 Methodik	4 Klarheit/Gestaltung	5 Anwendbarkeit	6 Redaktionelle Unabhängigkeit	7 Anwendbarkeit dt. Gesundheitssystem	8 Methodik Verwendung Leitlinien
Dekubitusprophylaxe	1	0,88	0,86	0,79	0,44	0,17	0,64	0,44
Entlassungsmanagement	0,94	0,54	0,72	0,75	0,56	0,17	0,67	0,44
Schmerzmanagement	1	0,92	0,62	0,88	0,44	0,17	0,69	0,78
Sturzprophylaxe	0,94	0,79	0,81	0,88	0,89	0,17	0,94	- *
Harnkontinenz	0,83	0,75	0,61	0,71	0,67	0,17	0,5	0
Chronische Wunden	1	0,92	0,89	0,79	0,50	0,17	0,72	0,61
Ernährungsmanagement	0,83	0,92	0,61	0,75	0,56	0,17	0,61	1

* Domäne 8 wird in der Bewertung nicht mit einbezogen, da keine systematische Berücksichtigung von existierenden Leitlinien erfolgt.

DELBI = Deutsches Leitlinienbewertungsinstrument.

Quelle: GÖG FP 2011

4.1.1 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010

Zielsetzung

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken pflegebedürftiger Patienten und Bewohner in Kliniken, Pflegeheimen und in der häuslichen Krankenpflege. Er steht im Zusammenhang mit dem damit einhergehenden Mobilitätsverlust und der schwerwiegenden Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen. Der Expertenstandard richtet sich an die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe in Einrichtungen der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung. Menschen jeder Altersgruppe, die durch Pflegebedürftigkeit oder durch eine Einschränkung ihrer Mobilität ein erhöhtes Risiko für Dekubitus aufweisen, definieren die Zielgruppe. Auch die Angehörigen werden mit dem Expertenstandard angesprochen, da sie eine wichtige Rolle in der Dekubitusprophylaxe spielen. Das übergeordnete Ziel des Standards ist das Vermeiden eines Dekubitus, der durch Prophylaxe verhindert werden kann. Dieses Ziel ist nicht bei allen Patienten bzw. Bewohnern zu erreichen. Dies ist in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätensetzungen oder im Gesundheitszustand des Patienten bzw. des Bewohners begründet. Maßgeblich für eine erfolgreiche Prophylaxe sind die systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten bzw. Bewohnern, Bewegungsförderung und Druckentlastung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen seitens der Pflegekräfte. Von besonderer Bedeutung für die Dekubitusprophylaxe ist, dass die beteiligten Akteure der verschiedenen Berufsgruppen, die Angehörigen und schließlich der Patient bzw. der Bewohner selbst abgestimmt zusammenarbeiten. Die gemeinsame Anstrengung der Betriebsleitung, des Pflegemanagements und der Fachkräfte ist notwendig, um den Expertenstandard zu implementieren⁸⁴.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert der **Domäne 1** beträgt **1**, dies entspricht dem Maximalwert. Im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010, werden das Gesamtziel sowie die behandelten pflegerischen und organisatorischen Fragen differenziert beschrieben. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,88** erreicht. Insgesamt ist bei der Erstellung des Expertenstandards der Beteiligung von Interessengruppen große Bedeutung zugemessen worden. Die volle Punktzahl wird bei dem Kriterium nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da keine Angabe und Darlegung von Entscheidungskonsequenzen durch die Beteiligung von Patienten erfolgt. Des Weiteren sind in der Expertenarbeitsgruppe keine Ärzte eingebunden (Kriterium 4).

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,86** erreicht. Die methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung ist insgesamt als gut zu bewerten.

Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wird beschrieben. Nicht benannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass dies für die Fragestellung des Expertenstandards nicht relevant ist. Die Reviewer haben sich deshalb dazu entschieden, Kriterium 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen.

Kleine Einschränkungen gibt es bei Kriterium 12: Die Schlüsselempfehlungen sind zwar durchgehend mit der zugrundeliegenden Literatur verknüpft, jedoch sind die jeweiligen Evidenzklassen nicht durchgängig enthalten.

Bezüglich des Kriteriums 13 ist zu sagen, dass ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, allerdings fehlen Angaben zu den stellungnehmenden Personen.

Zu Kriterium 14: Im Expertenstandard wird auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2007)⁷³ verwiesen. In diesem Dokument werden detaillierte Angaben zur Aktualisierung gemacht.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,79** erreicht. Folgende Limitationen ergeben sich: In den meisten Bereichen der Empfehlungen werden Handlungsoptionen mit einer Auflistung von Entscheidungskriterien genannt (Kriterium 16), allerdings fehlen Begründungen zu Entscheidungskriterien sowie Bezüge zu Zielkriterien, wie z. B. Patientenpräferenzen, Effizienz, Effektivität etc. Bei Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür wird auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen, verwiesen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,44** erreicht. Die Domäne „Generelle Anwendbarkeit“ weist somit einige Limitationen auf. Im Expertenstandard werden organisatorische Barrieren und mögliche Lösungen nur implizit umrissen (Kriterium 19). Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden nicht berücksichtigt (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien angeführt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2011).

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,64** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein:

Kriterium 24: Obwohl der Expertenstandard grundsätzliche Empfehlungen bei der Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär vs. ambulant) enthält, fehlt eine differenzierte, durchgängige Darstellung. Sollten keine Unterschiede bestehen, müsste dies explizit genannt werden.

Die Empfehlungen enthalten Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25), allerdings fehlt ein expliziter Verweis auf eine durchgeführte systematische Literaturrecherche zu diesem Themenfeld.

Der Ablauf des Entscheidungsprozesses in der Versorgung ist nachvollziehbar dargestellt, allerdings fehlen Angaben zu Abweichungen vom regulären Ablauf (Kriterium 26).

Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, der Expertenstandard muss jedoch kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27), und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen (z. B. Patientenversion).

Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung für die wesentlichen Empfehlungen (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,44** erreicht. Limitationen ergeben sich, da im Rahmen der Auswahl der als Evidenzquellen verwendeten Leitlinien diese zunächst ausgeschlossen werden. Später werden zwei relevante Leitlinien wieder eingeschlossen, allerdings ist nicht klar nachvollziehbar, warum dieses Vorgehen gewählt wird (Kriterium 31). Des Weiteren ist anzumerken, dass nicht beschrieben wird, ob die Qualität der nachträglich eingeschlossenen Leitlinien überprüft wird (Kriterium 32).

4.1.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

1. Aktualisierung 2009

Zielsetzung

Entlassungsbedingte Versorgungsbrüche bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötigen Belastungen der Patienten und von deren Angehörigen. Sie können den poststationären Genesungsprozess hemmen und dadurch zu hohen Folgekosten führen. Der Expertenstandard richtet sich in erster Linie an Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, wie Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken. Personen mit poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf sowie ältere und multimorbide Menschen werden als Zielgruppe definiert. Voraussetzung für die Beteiligung der Bezugspersonen an der Entlassungsplanung ist das schriftliche Einverständnis des Patienten. Ziel des Expertenstandards ist es primär, aus pflegerischer Sicht den Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch gezielte Vorbereitung und Informationsvermittlung entgegenzuwirken. Der Standard Entlassungsmanagement in der Pflege soll eine reibungslose Verlegung bzw. Rückverlegung des Bewohners oder des Patienten zwischen Krankenhaus und stationärer Pflegeeinrichtung oder häuslichem Umfeld garantieren. Insbesondere bei Krankenhausaufenthalten sichert ein individuelles Entlassungsmanagement jedem Patienten mit poststationärem Pflege- und Unterstützungsbedarf die kontinuierliche bedarfsgerechte Versorgung. Die Implementierung des Expertenstandards setzt die multidisziplinäre Zusammenarbeit und die Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen voraus⁷⁵.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **0,94**. Kleinere Limitationen ergeben sich bei folgenden Aspekten: Obwohl die spezifischen Ziele präzise beschrieben werden, wird der erwartete gesundheitliche Nutzen nur indirekt beschrieben.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,54** erreicht. Bzgl. des Kriteriums 4 werden die Namen der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe und deren Zuordnung zu Fachgruppen oder Funktionsbereichen genannt, jedoch werden die Namen und Zugehörigkeiten der Stellungnehmenden nicht erwähnt. Die Präferenzen der Patienten werden nur indirekt durch ein öffentliches Stellungnahmeverfahren einbezogen, allerdings ist auch hier unklar, ob Patientenvertreter daran aktiv teilnehmen (Kriterium 5). Die direkten Anwender des Expertenstandards sind genannt, allerdings fehlt ein Hinweis auf weitere indirekte Anwender und Schnittstellen (Kriterium 6).

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,72** erreicht. Einschränkungen gibt es bezüglich der systematischen Methoden (Kriterium 8), da Datenbanken und Suchwörter nur beispielhaft angegeben werden, sowie in Bezug auf die Kriterien zur Auswahl der Evidenz (Kriterium 9), wo zwar grundlegende Informationen gegeben werden, aber die Auswahl der Evidenz für die Schlüsselempfehlungen nicht klar beschrieben ist. Bezüglich der verwendeten Methoden bei Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10) ist nicht klar beschrieben, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt. Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wird teilweise beschrieben, nicht benannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass dies für die Frage-

stellung des Expertenstandards nicht relevant ist. Die Reviewer haben sich deshalb dazu entschieden, Kriterium 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen.

Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz (Kriterium 12) für die Schlüsselempfehlungen ist dargestellt. Des Weiteren wird explizit dargelegt, wenn keine Evidenz gefunden wurde und daher auf Expertenmeinungen zurückgegriffen werden muss, allerdings fehlen Angaben zu den jeweiligen Evidenzklassen.

In Bezug auf Kriterium 13 fehlen die Namen und die Zugehörigkeit zu Fachgruppen und/oder Organisationen der Stellungnehmenden zur Gänze. Bezüglich der Aktualisierung (Kriterium 14) wird explizit auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2007) verwiesen.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,75** erreicht. Folgende Limitationen ergeben sich: In Bezug auf Kriterium 16 ist zu sagen, dass zwar verschiedene Handlungsoptionen angeführt sind, aber keine Entscheidungskriterien aufgelistet sind. Bei Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür wird auf mehrere (Assessment)Instrumente, die die Anwendung unterstützen, verwiesen. Außerdem wird auf der Homepage, nicht im Expertenstandard selbst, auf eine Patientenversion verwiesen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,56** erreicht. Limitationen ergeben sich, da die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen zwar angeführt, nicht aber systematisch aufgearbeitet werden (Kriterium 19). Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden nicht berücksichtigt (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien angeführt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2007), in dem die verantwortlichen Organisationen und eventuelle zusätzliche Finanzierer/Unterstützer der Leitlinien genannt werden.

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,67** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein: Zum Kriterium 24 lässt sich Folgendes sagen: der Expertenstandard bezieht sich ausschließlich auf die Entlassung aus stationären Gesundheitseinrichtungen, dies wird klar dargestellt und begründet. Die Empfehlungen enthalten keine Angaben zu unzumutbaren, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25). Der Ablauf des Entscheidungsprozesses in der Versorgung ist nachvollziehbar dargestellt, allerdings fehlen Angaben zu Abweichungen vom regulären Ablauf (Kriterium 26). Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, der aktuelle Expertenstandard muss jedoch kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27) und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen. Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, und für die wesentlichen Empfehlungen lässt sich die Entscheidungsfindung nachvollziehen. (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,44** erreicht. Es wird systematisch nach Quelleitlinien gesucht und die verwendeten Suchmaschinen und Datenbanken werden erwähnt, allerdings fehlen jegliche Angaben zu den Suchbegriffen (Kriterium 30). Die Gründe für den Ein- und Ausschluss von Quelleitlinien (Kriterium 31) und die Vorgehensweise bei der Bewertung der Quelleitlinien werden nicht explizit beschrieben (Kriterium 32).

4.1.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011

Zielsetzung

Schmerzen beeinflussen das psychische, physische und soziale Befinden und somit die Lebensqualität der Patienten. Schmerzereignisse beeinflussen erheblich den Heilungs- und Genesungsprozess. Darüber hinaus entstehen dem Gesundheitswesen durch schmerzbedingte Komplikationen, die die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus verlängern, beträchtliche Kosten. Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und in Kranken-

häusern, die durch ihre Interaktion mit dem an Schmerzen leidenden Patienten das individuelle Schmerzerleben positiv beeinflussen können. Als Zielgruppe des Standards gelten Patienten bzw. Bewohner jeder Altersgruppe, die unter akuten Schmerzen leiden oder durch potenziell schmerzhaft diagnostische oder therapeutische Maßnahmen der Gefahr eines Schmerzerlebnisses ausgesetzt sind. Nicht zur Zielgruppe zählen Menschen mit chronischen Schmerzzuständen. Das Ziel des Expertenstandards ist, dass jeder Patient bzw. Bewohner mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement erhält, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt und sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt. Die Schmerzeinschätzung der Pflegekräfte soll verbessert werden, und durch Information, Schulung und Anleitung der Patienten bzw. Bewohner und der Angehörigen tragen die Fachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern. Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Schmerzmanagements ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und mit den anderen Berufsgruppen. Des Weiteren müssen eine personelle Kontinuität in der pflegerischen Betreuung sowie eine gute Kooperation mit den behandelnden Ärzten gewährleistet werden⁹².

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **1**, dies entspricht dem Maximalwert. Im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011) werden das Gesamtziel sowie die behandelten pflegerischen und organisatorischen Fragen differenziert beschrieben. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,92** erreicht. Insgesamt wird bei der Erstellung des Expertenstandards der Beteiligung von Interessengruppen große Bedeutung zugemessen. Die volle Punktzahl wird bei dem Kriterium nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da keine Angabe und Darlegung von Entscheidungskonsequenzen durch die Beteiligung von Patienten erfolgt.

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,62** erreicht. Einschränkungen gibt es bzgl. der Suche nach Evidenz, da die bei der systematischen Suche verwendeten Schlagworte nicht genannt werden (Kriterium 8). In Bezug auf die verwendeten Methoden bei Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10) ist nicht klar beschrieben, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertengruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt. Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz ist nicht dargestellt (Kriterium 12). Es wird ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, allerdings fehlen Angaben zu den stellungnehmenden Personen (Kriterium 13).

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,88** erreicht. Es werden alle Kriterien positiv bewertet, nur bei Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür enthält der Expertenstandard Hinweise auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,44** erreicht. Die Domäne „Generelle Anwendbarkeit“ weist somit einige Limitationen auf. Im Expertenstandard werden organisatorische Barrieren und mögliche Lösungen nur implizit umrissen (Kriterium 19). Die durch Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden nicht berücksichtigt (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien angeführt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2011).

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,69** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein: Die Empfehlungen enthalten eine differenzierte Darstellung möglicher Unterschiede bei der Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär vs. ambulant), aber sie sind nicht mit Studienergebnissen hinterlegt (Kriterium 24). Die Empfehlungen enthalten vereinzelt Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25), außerdem fehlen Angaben zum Empfehlungsgrad. Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, der Expertenstandard muss jedoch kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27),

und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen (z. B. Patientenversion). Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung für die wesentlichen Empfehlungen (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,78** erreicht. Limitationen ergeben sich, da die verwendeten Suchbegriffe nicht genannt werden (Kriterium 30). Bzgl. des Kriteriums 32 fehlt die Überprüfung der in den Quelleitlinien angegebenen Literatur.

4.1.4 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013

Zielsetzung

Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Ein Sturz verursacht oftmals schwerwiegende Einschnitte in die bisherige Lebensführung, die von Wunden und Frakturen über Einschränkung der Mobilität bis hin zum Verlust einer selbstständigen Lebensführung reichen können. Zielgruppe des Expertenstandards sind alle Personen aller Altersgruppen, die sich kurz- oder langfristig in pflegerischer Betreuung befinden. Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege hat zum Ziel, Stürze und Sturzfolgen zu vermeiden, indem ursächliche Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden. Er richtet sich an alle Pflegefachkräfte, die Patienten oder Bewohner entweder in der häuslichen Umgebung, in einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung oder in der Altenhilfe betreuen. Dieser Expertenstandard soll das Bewusstsein auf die professionelle Sturzprophylaxe in der Pflege lenken. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, systematische Sturzerfassung, umfassende Beratung von Patienten bzw. Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung kann eine sichere Mobilität gefördert werden. Die Erhaltung und Wiederherstellung der größtmöglichen Mobilität des Patienten bzw. des Bewohners steht im Vordergrund. Eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Sturzprophylaxe ist das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, da Interventionen der Prophylaxe, wie beispielsweise eine Umgebungsanpassung, die Lebensführung erheblich beeinflussen können. Die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards in den Einrichtungen ist die gemeinsame Verantwortung von Managementebene und Pflegekräften. Zu den Aufgaben der Pflege gehört der Erwerb aktuellen Wissens, um Interventionen zu setzen, und die Managementebene hat für die notwendigen strukturellen Voraussetzungen zu sorgen. Für ein effektives Interventionsangebot ist interdisziplinäre Zusammenarbeit maßgeblich¹¹¹.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **0,94**, dies entspricht beinahe dem Maximalwert. Im Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013) werden das Gesamtziel sowie die behandelten pflegerischen und organisatorischen Fragen relativ differenziert beschrieben. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,79** erreicht. Insgesamt ist bei der Erstellung des Expertenstandards der Beteiligung von Interessengruppen große Bedeutung zugemessen worden. Die volle Punktzahl wird bei dem Kriterium nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da keine Angabe und Darlegung von Entscheidungskonsequenzen durch die Beteiligung von Patienten erfolgt (Kriterium 5). Des Weiteren sind in der Expertenarbeitsgruppe keine Ärzte eingebunden (Kriterium 4).

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,81** erreicht. Hervorzuheben ist die umfangreiche und qualitativ hochwertige Suche nach und Aufbereitung der existierenden Literatur (Kriterien 8 und 9). Kleine Einschränkungen gibt es hinsichtlich der verwendeten Methoden bei der Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10), da nicht klar beschrieben ist, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt. Hinsichtlich Kriteriums 13 (externe Begutachtung) fehlt die namentliche Nennung der Personen, die schriftlich Stellung nehmen.

Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wird beschrieben, nicht benannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass dies für die Fragestellung des Expertenstan-

dards nicht relevant ist. Die Reviewer haben sich deshalb dazu entschieden, Kriterium 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen.

Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz (Kriterium 12) ist dargestellt.

Zu Kriterium 14: Im Expertenstandard wird auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2011) verwiesen. In diesem Dokument werden detaillierte Angaben zur Aktualisierung gemacht.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,88** erreicht. Folgende Limitationen ergeben sich: In den meisten Bereichen der Empfehlungen werden Handlungsoptionen bin verschiedenen Pflege-Settings benannt und zu Effizienz und Effektivität einzelner Empfehlungen aufgezeigt, allerdings fehlen Begründungen zu Entscheidungskriterien (Kriterium 16).

Bei Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür enthält der Expertenstandard Hinweise auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen. Auf der Homepage wird auf eine Patientenversion verwiesen, in dem Expertenstandard selber findet sich allerdings kein Hinweis auf diese.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,89** erreicht. Die Domäne „Generelle Anwendbarkeit“ weist somit nur einige wenige Limitationen auf. Im Expertenstandard werden im Zuge der Literaturstudie mögliche förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung der Sturzprophylaxe gegenübergestellt (Kriterium 19). Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen für die Anwender der Leitlinie werden nicht eingehend behandelt, allerdings wird die gesundheitsökonomische Relevanz (Krankheitskostenabschätzung) beleuchtet (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien genannt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2011).

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,94** erreicht und impliziert damit eine gute Anwendbarkeit im Deutschen Gesundheitssystem. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein:

Die Empfehlungen enthalten Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25), kleinere Einschränkungen ergeben sich durch das Fehlen von Angaben zu den Empfehlungsgraden. Der Expertenstandard verweist explizit auf die öffentlich verfügbaren ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument), allerdings muss der aktuelle Expertenstandard kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27). Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung der Ausschlussgründe für Empfehlungen (Kriterium 29).

Domäne 8 wird in der Bewertung nicht mit einbezogen, da keine systematische Berücksichtigung von existierenden Leitlinien erfolgt.

4.1.5 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2007

Zielsetzung

Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes pflegerelevantes Problem, das in allen Altersgruppen auftreten kann und laut Statistik vermehrt Frauen und ältere Menschen beider Geschlechter betrifft. Folgen der Harninkontinenz sind häufig sozialer Rückzug, sinkende Lebensqualität und steigender Pflegebedarf. Der Expertenstandard Kontinenzförderung ist an Pflegekräfte gerichtet, die in der ambulanten Pflege, der Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung tätig sind. Außerhalb dieser Settings gibt es Beratungsstellen oder Sanitätshäuser zum Thema Inkontinenz. Die Kontinuität der pflegerischen Betreuung in diesen Bereichen ist besonders wichtig für ein erfolgreiches Umsetzen des Standards. Zielgruppe des Expertenstandards sind erwachsene Patienten und Bewohner, die an Inkontinenz leiden oder zu einer Risikogruppe für die Entwicklung einer Harninkontinenz gehören. Ziel des Standards ist das Erkennen und Analysieren des Problems und das Fokussieren auf Erhebungsme-

thoden und verschiedene Interventionsmöglichkeiten. Die Harnkontinenz eines jeden Patienten bzw. Bewohners soll erhalten und gefördert werden, um das individuell höchstmögliche Maß an Kontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit zu erlangen. Durch frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Patienten bzw. Bewohnern und gemeinsames Vereinbaren von spezifischen Maßnahmen zum Erhalt oder zur Förderung der Kontinenz kann eine bereits bestehende Inkontinenz weitestgehend reduziert bzw. kompensiert werden. Die Umsetzung des Expertenstandards erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Ärzten⁶⁷.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **0,83**. Kleinere Limitationen ergaben sich bei folgenden Aspekten: Obwohl spezifische Ziele genannt sind, wurde der erwartete gesundheitliche Nutzen nur indirekt beschrieben. Für die Schlüsselempfehlungen werden zwar Angaben zu den zugrundeliegenden Fragen und Problemen gemacht, allerdings zum Teil nur implizit. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,75** erreicht. Die volle Punktezahl wurde bei der Frage nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da Patientenvertreter nur indirekt im Zuge des Stellungnahmeverfahrens eingebunden wurden (Kriterium 5). Die direkten Anwender des Expertenstandards sind genannt, allerdings fehlt ein Hinweis auf weitere indirekte Anwender und Schnittstellen (Kriterium 6).

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,61** erreicht. Einschränkungen gibt es hinsichtlich der Kriterien zur Auswahl der Evidenz (Kriterium 9), grundlegende Informationen werden gegeben, aber die Auswahl der Evidenz für die Schlüsselempfehlungen ist nicht klar beschrieben. In Bezug auf die verwendeten Methoden bei Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10) ist nicht klar beschrieben, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt.

Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wurde teilweise beschrieben, nicht benannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurück zu führen sein könnte, dass dies für die Fragestellung des Expertenstandards nicht relevant ist. Die Reviewerinnen haben sich deshalb dazu entschieden, Frage 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen.

Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz (Kriterium 12) ist nur sehr vereinzelt dargestellt.

In Bezug auf Frage 13 konnte die höchste Punktezahl nicht ganz erreicht werden, da zwar die Stellungnehmenden mit Namen und Zugehörigkeit zu Fachgruppen und/oder Organisationen sowie die Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens dargelegt sind, jedoch die Methodik nicht eindeutig nachvollziehbar ist.

Bezüglich der Aktualisierung wird explizit auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2007) verwiesen.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,71** erreicht. Bezüglich Kriterium 16 ist zu sagen, dass zwar verschiedene Handlungsoptionen angeführt sind, aber keine Entscheidungskriterien aufgelistet sind.

Bei Frage 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür wird auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen, verwiesen. Außerdem wird auf der Homepage, nicht im Expertenstandard selbst, auf eine Patientenversion verwiesen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,67** erreicht. Limitationen gibt es ausschließlich bei der Frage 20, da die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen nicht berücksichtigt werden (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien benannt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2007), in dem die verantwortlichen Organisationen und eventuelle zusätzliche Finanzierer bzw. Unterstützer der Leitlinien genannt werden.

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,5** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein: der Expertenstandard enthält keine grundsätzliche Empfehlungen bei der Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär vs. ambulant) enthält. Sollten keine Unterschiede bestehen, müsste dies explizit genannt werden (Kriterium 27).

Die Empfehlungen enthalten nur sehr vereinzelt Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25). Der Ablauf des Entscheidungsprozesses in der Versorgung ist nachvollziehbar dargestellt, allerdings fehlen Angaben zu Abweichungen vom regulären Ablauf (Kriterium 26).

Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, müssen jedoch kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27) und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen.

Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung für die wesentlichen Empfehlungen. (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **0** erreicht, dies ist der minimale standardisierte Domänenwert. Die Suche nach Quelleitlinien wird zwar erwähnt, aber es werden keine Angaben zur Methodik gemacht. Unklar ist auch, ob die gefundenen Leitlinien in die Literaturanalyse eingeschlossen und bewertet wurden.

4.1.6 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2009

Zielsetzung

Eine Wunde wird in der Literatur als chronisch bezeichnet, wenn sie nach einer definierten Zeit von vier bis zwölf Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigt. Allein in Deutschland leiden drei bis vier Millionen Menschen an chronischen Wunden. Der Expertenstandard bezieht sich auf die konkrete und praktikable Versorgung von Patienten mit Dekubitus, diabetischem Fußsyndrom und gefäßbedingtem Ulcus cruris für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung. Jede chronische Wunde bedeutet für den Betroffenen körperliche Beeinträchtigungen sowie Einschränkungen der Selbstständigkeit und des sozialen Lebens. Der Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und bezieht die wund- und therapiebedingten Einschränkungen des Betroffenen und der Angehörigen mit ein. Die Wundversorgung wird grundsätzlich als multiprofessionelle Aufgabe gesehen. Aufgabe der Pflege im Speziellen ist das Fördern und Erhalten von Selbstmanagement und Wohlbefinden des Patienten bzw. des Bewohners. Maßnahmen zur Heilung der Wunde, zur Symptom- und Beschwerdekontrolle und zur Rezidivprophylaxe sollen nachhaltig umgesetzt werden. Der Expertenstandard richtet sich an Pflegekräfte in der ambulanten Pflege, Altenhilfe und der stationären Gesundheitsversorgung. Um den spezifischen Anforderungen des Expertenstandards entsprechen zu können, müssen pflegerische Fachexperten über Qualifikationen verfügen, die der komplexen Problemsituation der Betroffenen gerecht werden⁸⁰.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **1**, dies entspricht dem Maximalwert. Im Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wird das Gesamtziel, die behandelten pflegerischen und organisatorischen Fragen, differenziert beschrieben. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,92** erreicht. Insgesamt wird der Erstellung des Expertenstandards der Beteiligung von Interessengruppen große Bedeutung zugemessen. Die volle Punktzahl wird bei dem Kriterium nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da keine Angabe und Darlegung von Entscheidungskonsequenzen durch die Beteiligung von Patienten erfolgt.

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,89** erreicht. Die methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung ist insgesamt als sehr gut zu bewerten. Kleine Einschränkungen gibt es bzgl. der verwendeten Methoden bei der Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10), da

nicht klar beschrieben ist, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt. Die Methode der Konsensfindung ist auch bei Kriterium 13 (externe Begutachtung) hinsichtlich der schriftlichen Stellungnahmen, die im Anschluss an die Konferenz abgegeben wurden, unklar.

Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wird beschrieben, nicht benannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass dies für die Fragestellung des Expertenstandards nicht relevant ist. Die Reviewer haben sich deshalb dazu entschieden, Kriterium 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen.

Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz (Kriterium 12) ist explizit dargestellt.

Zu Kriterium 14: Im Expertenstandard wird auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2007) verwiesen. In diesem Dokument werden detaillierte Angaben zur Aktualisierung gemacht.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,79** erreicht. Folgende Limitationen ergeben sich: In den meisten Bereichen der Empfehlungen werden Handlungsoptionen mit einer Auflistung von Entscheidungskriterien benannt (Kriterium 16), allerdings fehlen Begründungen zu Entscheidungskriterien sowie Bezüge zu Zielkriterien, wie z. B. Patientenpräferenzen, Effizienz, Effektivität etc.

Bei Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, außerdem gibt es keine Patientenversion, dafür enthält der Expertenstandard Hinweise auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,50** erreicht. Die Domäne „Generelle Anwendbarkeit“ weist somit einige Limitationen auf.

Im Expertenstandard werden mögliche organisatorische Barrieren und mögliche Lösungen umrissen, jedoch fehlt eine durchgängige Analyse/Beschreibung (z. B. Umgang mit finanziellen Barrieren). Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden nicht berücksichtigt (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien genannt werden (Kriterium 21).

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2007).

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,72** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein:

Kriterium 24: Obwohl der Expertenstandard grundsätzliche Empfehlungen bei der Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär vs. ambulant) enthält, fehlt eine differenzierte durchgängige Darstellung. Sollten keine Unterschiede bestehen, müsste dies explizit genannt werden.

Die Empfehlungen enthalten Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25), allerdings fehlt ein expliziter Verweis auf eine durchgeführte systematische Literaturrecherche zu diesem Themenfeld.

Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, müssen jedoch kostenpflichtig bestellt werden, und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen (z. B. Patientenversion) (Kriterium 27).

Alle Arbeits- und Entscheidungsschritte für die wesentlichen Empfehlungen sowie das methodische Vorgehen sind nachvollziehbar dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung der Entscheidungsbasis und aller Entscheidungsschritte, z. B. Abstimmungs- und Beschlussergebnisse (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,61** erreicht. Folgende Limitationen sind zu nennen: Bei der Auswahl der verwendeten Leitlinien ist zwar der Ausschlussgrund explizit pro Leitlinie genannt, jedoch fehlen klare Einschlusskriterien. Auch die Angabe der Anzahl eingeschlossener Leitlinien ist mit „ca. 40 Leitlinien oder leitlinienähnliche Dokumente“ ungenau (Kriterium 31). Die Qualität der eingeschlossenen Leitlinien wird mit der DELBI-Checkliste bewertet, angeführt wird jedoch nur Domäne 3 Methodische Exaktheit der Leitlinienentwicklung (Kriterium 32).

4.1.7 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung 2010

Zielsetzung

Essen und Trinken als menschliche Grundbedürfnisse beeinflussen die Lebensqualität und dienen der Gesunderhaltung durch Nährstoffaufnahme. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) definiert Mangelernährung als ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen für Ernährungsstatus und physiologische Funktionen. Zielgruppe des Expertenstandards stellen erwachsene, pflegeabhängige Menschen dar, die bei der Einnahme von oraler Nahrung und Flüssigkeit Unterstützung benötigen. Findet diese nicht statt, besteht die Gefahr der Mangelernährung. Der Expertenstandard beinhaltet den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement und stellt die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten oralen Ernährung in den Mittelpunkt. Durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme und durch eine angemessene Unterstützung sowie ein geeignetes Nahrungsangebot ist zu gewährleisten, dass Mangelernährung verhindert bzw. bestehenden Defiziten entgegengewirkt wird. Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit Ernährung stehen, wie beispielsweise Übergewicht mit therapeutisch indizierter Gewichtsreduktion, werden im Expertenstandard nicht behandelt. Ebenso wenig wird ein spezielles Ernährungsmanagement bei ernährungsrelevanten Krankheiten berücksichtigt. Im Allgemeinen richtet sich der Standard an Pflegekräfte in der ambulanten Pflege, im Krankenhaus und in der Altenhilfe. Aufgrund der hohen Anforderungen an die Pflegekräfte ist für die Umsetzung des Standards eine Wissensvertiefung zum Thema Ernährung in Form von Weiterbildung wesentlich. Um die optimale Ernährungsversorgung zu gewährleisten, ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Die Managementebene ist verantwortlich für das Bereitstellen der Ressourcen und legt nötige hausinterne Verfahrensregelungen fest⁸⁸.

Interne Validität

Der standardisierte Domänenwert von **Domäne 1** beträgt **0,83**. Kleinere Limitationen ergeben sich bei folgenden Aspekten: Obwohl spezifische Ziele genannt werden, wird der erwartete Nutzen nur indirekt beschrieben. Für die Schlüsselempfehlungen werden zwar Angaben zu den zugrundeliegenden Fragen und Problemen gemacht, allerdings zum Teil nur implizit. Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, werden eindeutig ausgewiesen.

In der **Domäne 2** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,92** erreicht. Insgesamt ist bei der Erstellung des Expertenstandards der Beteiligung von Interessengruppen große Bedeutung zugemessen worden. Die volle Punktzahl wird bei dem Kriterium nach den Ansichten und Präferenzen der Patienten nicht erreicht, da keine Angabe und Darlegung von Entscheidungskonsequenzen durch die Beteiligung von Patienten erfolgt.

In der **Domäne 3** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,61** erreicht. Einschränkungen gibt es bzgl. der Kriterien zur Auswahl der Evidenz (Kriterium 9), grundlegende Informationen werden gegeben, aber die Auswahl der Evidenz für die Schlüsselempfehlungen ist nicht klar beschrieben.

In Bezug auf die verwendeten Methoden bei Formulierung der Empfehlungen (Kriterium 10) ist nicht klar beschrieben, inwiefern die Konsensfindung innerhalb der Expertenarbeitsgruppe und des wissenschaftlichen Teams, bei Anmerkungen aus der Konsensus-Konferenz, erfolgt. Die Methode der Konsensfindung ist auch bei Kriterium 13 (externe Begutachtung) hinsichtlich der schriftlichen Stellungnahmen, die im Anschluss an die Konferenz abgegeben wurden, unklar.

Der gesundheitliche Nutzen der Pflege wird teilweise beschrieben, nicht genannt werden Risiken und Nebenwirkungen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass dies für die Fragestellung des Expertenstandards nicht relevant ist. Die Reviewer haben sich deshalb dazu entschieden, Kriterium 11 für die Berechnung des standardisierten Domänenwerts nicht zu berücksichtigen. Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz (Kriterium 12) ist nur sehr vereinzelt dargestellt. Zu Kriterium 14 ist Folgendes zu sagen: Im Expertenstandard wird auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (Version 2007)

verwiesen, allerdings nicht mit Bezug auf die Aktualisierung. In diesem Methodendokument werden detaillierte Angaben zur Aktualisierung gemacht.

In der **Domäne 4** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,75** erreicht. Hinsichtlich des Kriteriums 16 ist zu sagen, dass zwar verschiedene Handlungsoptionen angeführt sind, aber nur sehr vereinzelt Entscheidungskriterien aufgelistet werden. Beim Kriterium 18 ergeben sich Limitationen, da der Expertenstandard keine Kurzfassung enthält, dafür enthält er Hinweise auf weitere Materialien, die die Anwendung unterstützen.

In der **Domäne 5** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,56** erreicht. Die Domäne „Generelle Anwendbarkeit“ weist somit einige Limitationen auf. Im Expertenstandard werden im Zuge der Literaturstudie mögliche organisatorische Barrieren und mögliche Lösungen bei der Umsetzung einer guten Ernährungsversorgung detailliert beschrieben (Kriterium 19), allerdings wird keine Barrierenanalyse für die konkrete Umsetzung des Expertenstandards durchgeführt. Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden nicht berücksichtigt (Kriterium 20). Positiv hervorzuheben ist das Implementierungsprojekt, durch das wesentliche Messgrößen für das Monitoring und die Überprüfungskriterien genannt werden. (Kriterium 21)

In der **Domäne 6** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,17** erreicht. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist daher nicht nachgewiesen. Lediglich enthalten sind allgemeine Verweise auf das Dokument „Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege“ (2007).

In der **Domäne 7** wird ein standardisierter Domänenwert von **0,61** erreicht. Folgende Limitationen schränken den Domänenwert ein: Die Empfehlungen enthalten eine differenzierte Darstellung möglicher Unterschiede bei der Anwendung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (stationär vs. ambulant), aber sie sind nicht durchgängig mit Studienergebnissen hinterlegt (Kriterium 24).

Die Empfehlungen enthalten vereinzelt Angaben zu unzweckmäßigen, überflüssigen oder obsolet erscheinenden Maßnahmen (Kriterium 25), außerdem fehlen Angaben zum Empfehlungsgrad. Der Ablauf des Entscheidungsprozesses in der Versorgung ist nachvollziehbar dargestellt, allerdings fehlen Angaben zu Abweichungen vom regulären Ablauf (Kriterium 26). Der Expertenstandard und die ergänzenden Materialien (Anlage zur Literaturstudie, Audit-Instrument) sind öffentlich verfügbar, müssen jedoch kostenpflichtig bestellt werden (Kriterium 27), und es fehlt ein Hinweis auf alle verfügbaren Versionen und Informationsquellen. Die Arbeits- und Entscheidungsschritte sowie das methodische Vorgehen werden zusammenfassend dargelegt, jedoch fehlt eine vollständige Darlegung für die wesentlichen Empfehlungen (Kriterium 29).

In der **Domäne 8** wird ein standardisierter Domänenwert von **1** erreicht, die entspricht dem Maximalwert. Kriterium 32 ist für diesen Expertenstandard nicht relevant, da keine Quelleitlinien eingeschlossen werden.

5 Ergebnisse der pflegebezogenen und ökonomischen Analyse

5.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Die Literatursuche in den 24 Superbase-Datenbanken inkl. HTA- und Cochrane-Datenbanken wird am 22. Juli 2013, die Literatursuche in der Datenbank CINAHL wird am 26.07.2013 abgefragt. Anhand der systematischen Suche in den Datenbanken (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10) werden 917 Zusammenfassungen bestellt bzw. 917 Zusammenfassungen geliefert.

5.1.1 Ergebnisse der Erstselektion

Nach der Erstselektion der Zusammenfassungen anhand oben genannter Selektionskriterien werden 138 Zusammenfassungen aus den Superbase-Datenbanken und CINAHL als Volltext bestellt, sechs Artikel werden der pflegebezogenen Fragestellung zugeordnet, 16 Artikel den ethischen, sozialen und rechtlichen Aspekten und 110 Artikel dem Hintergrund.

5.1.2 Ergebnisse der Zweitselektion

Die Volltexte werden anhand der in Tabelle 2 genannten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert.

Von den 138 bestellten Volltexten wurden 116 geliefert, 22 Publikationen konnten nicht geliefert werden (siehe Kapitel 0). 66 Volltexte^{1, 2, 6-19, 21-24, 26, 31-33, 35, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 49, 55, 114-118, 120, 125, 129, 131, 136, 138, 139, 143, 147-149, 155, 156, 160, 162, 165-167, 170, 171, 176, 180-182, 186, 187, 193, 200} werden im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossen. Eine Aufstellung der im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossenen Publikationen unter Nennung der jeweiligen Ausschlussgründe findet sich im Anhang (vgl. Kapitel 0). Nach Durchsicht der Volltexte durch zwei Autoren (Zweitselektion) und Beurteilung der Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfragen werden sieben Studien^{130, 134, 146, 191, 192, 194, 201} der pflegebezogenen bzw. ökonomischen Bewertung und acht^{5, 30, 48, 133, 141, 159, 184, 185} der Bearbeitung rechtlicher Aspekte zugeordnet. Für die Bearbeitung organisatorischer, ethischer und sozialer Aspekte konnten keine relevanten Studien identifiziert werden. 35 Studien bzw. Artikel^{20, 25, 34, 40, 42, 44, 50-52, 56, 119, 121-124, 132, 135, 137, 140, 142, 144, 145, 151, 153, 157, 158, 161, 163, 164, 168, 169, 188-190, 195} werden der Hintergrunddarstellung zugeordnet.

5.1.3 Ergebnisse der systematischen Internetsuche

Die systematische Internetsuche liefert 37 weitere Publikationen^{37, 57, 59, 60, 62, 64, 69, 71, 74, 78, 79, 83, 86, 90, 95, 107, 112, 113, 127, 128, 150, 172, 173, 198}. Eine Publikation¹⁹⁶ wird für die pflegebezogene bzw. ökonomische Bewertung herangezogen. Für die pflegebezogene bzw. ökonomische Analyse werden ergänzend auch Studien vor dem eingeschränkten Suchzeitraum (vor 2009) einbezogen, wenn sie zusätzliche relevante Informationen zu den bereits eingeschlossenen Volltexten aus der systematischen Literatursuche liefern. Fünf Artikel^{113, 128, 150, 172, 173} werden für die Bearbeitung rechtlicher Aspekte herangezogen. Andere Publikationen fließen ggf. in die Hintergrundliteratur ein.

5.1.4 Darstellung des Selektionsprozesses

Die folgende Abbildung zeigt den Selektionsprozess grafisch:

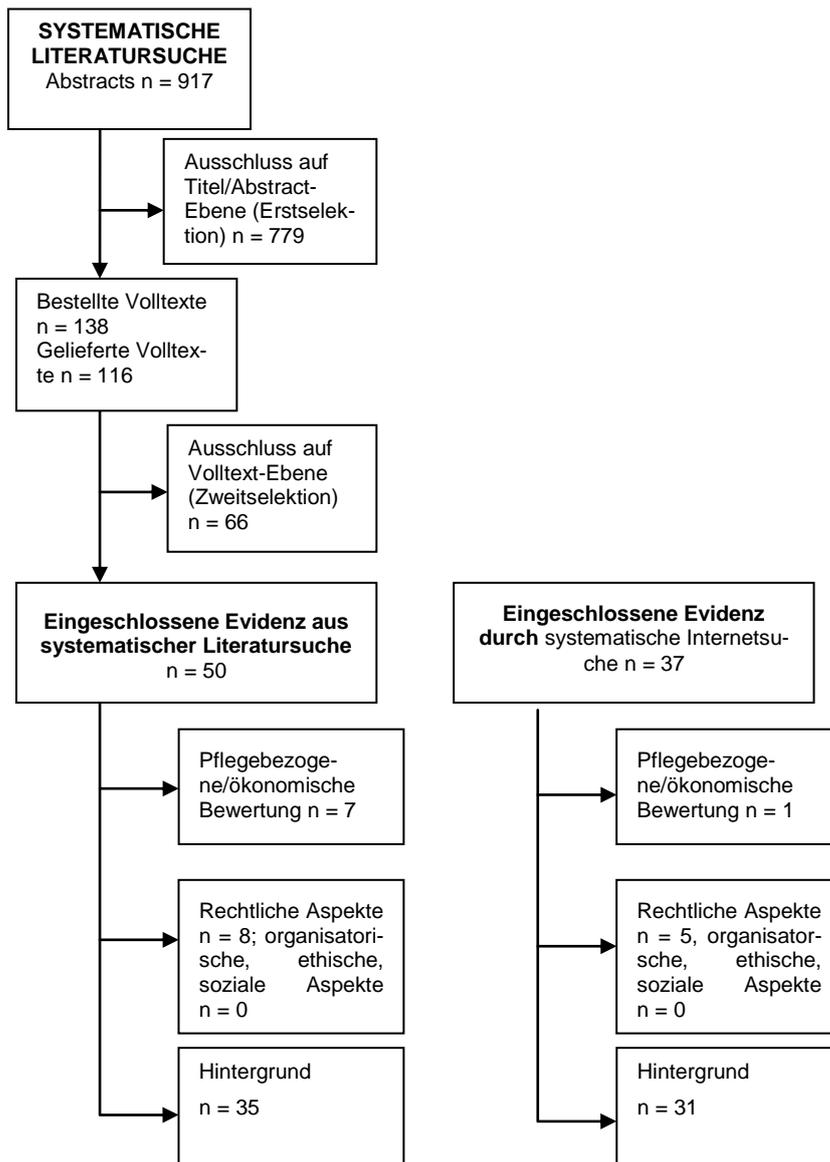


Abbildung 1: Darstellung des Selektionsprozesses

Quelle: GÖG

5.1.5 Ergebnisse der pflegebezogenen und ökonomischen Literaturbewertung

Anhand der in Tabelle 2 aufgelisteten Selektionskriterien werden aus der systematischen Literatursuche sowie der ergänzenden Suche insgesamt acht Volltexte^{130, 134, 146, 191, 192, 194, 197, 201} identifiziert, die für die Themenstellung im engeren Sinn von inhaltlicher Relevanz sind. Unten stehende Tabelle gibt einen Überblick, welche Studien zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden.

Tabelle 6: Publikationen zur Beantwortung der pflegebezogenen Fragestellung

Nationaler Expertenstandard	Autor(en)	Jahr	Titel	Studientyp
Dekubitusprophylaxe	Wilborn et al. (a) ¹⁹⁴	2010	Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken – Welche Rolle spielt der Nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege? [Pressure ulcer prevalence in German nursing homes and hospitals: what role does the National Nursing Expert Standard Prevention of Pressure Ulcer play?]	Retrospektive Kohortenstudie
Dekubitusprophylaxe	Wilborn et al. (b) ¹⁹¹	2010	Pressure Ulcer Prevention in German Healthcare Facilities. Adherence to National Expert Standard?	Siehe Wilborn (a)
Dekubitusprophylaxe	Wilborn et al. (c) ¹⁹²	2010	The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis	Siehe Wilborn (a)
Dekubitusprophylaxe	Wolke ¹⁹⁹	2007	Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege – Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer Stationären (Langzeit-) Pflegeeinrichtung	Kosten-Nutzen-Analyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie
Entlassungsmanagement	Graeff ¹³⁰	2009	Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege?	Fragebogenerhebung
Sturzprophylaxe	Heinrich et al. ¹³⁴	2011	Sturz- und Frakturprävention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe. Umsetzung und Kosten im Versorgungsalltag im Setting Pflegeheim [Fall and fracture prevention based on the National Expert Standard. Implementation and costs in a real world setting in nursing homes]	Kostenanalyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie
Harnkontinenz	Wolke ²⁰¹	2011	Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard "Förderung der Harnkontinenz in der Pflege" [Cost-benefit-analysis on the National Expert Standard "Urinary continence management in nursing"]	(Eingeschränkte) Kosten-Nutzen-Analyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie
Ernährungsmanagement	Marienfeld et al. ¹⁴⁶	2013	Erfassung krankheitsbedingter Mangelernährung und Abbildung der Nebendiagnose Mangelernährung im DRG-System: Ernährungsmanagement am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main	Retrospektive Kohortenstudie

DRG = Diagnosis related-Groups.

Quelle: GÖG

5.1.6 Datenauswertung der pflegebezogenen und ökonomischen Studien

Zur Beantwortung der pflegebezogenen Fragestellung wurden acht Studien^{130, 134, 146, 191, 192, 194, 199, 201} eingeschlossen. In der nachfolgenden Tabelle sind Studiencharakteristika und -ergebnisse der eingeschlossenen pflegebezogenen Studien dargestellt. Ausführliche Extraktionstabellen zu allen bewerteten Studien finden sich im Anhang unter 9.5.

Tabelle 7: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung

Autor(en) und Jahr (In Klammern)	Studiendesign	Studienpopulation	Setting	Endpunkte	Ergebnis
Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe					
Wilborn et al. (a) ¹⁹⁴ (2010)	Prävalenzdatenerhebung, retrospektive Kohortenstudie	102 Einrichtungen (49 Pflegeheime und 53 Kliniken) mit 14.832 Bewohnern bzw. Patienten	Stationäre Pflegeheime und Kliniken, Deutschland	<p>Strukturkriterien (Führen einer zentralen Dekubitusstatistik, Bereitstellen von Dekubituspräventionsstandards)</p> <p>Nutzung welcher Quellen bei der Entwicklung hauseigener Dekubitusstandards (Nationale Expertenstandards oder andere Quellen)</p> <p>Auftreten eines Dekubitus (gemessen mit European Pressure Ulcer Advisory Panel zur Klassifikation der Dekubitusgrade)</p>	<p>Kliniken IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 22 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 31</p> <p>Pflegeheime IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 19 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 30</p> <p>Deskriptive Untersuchung Dekubitusprävalenz gesamt (Kliniken und Pflegeheime) Keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Ältere Patienten und Bewohner haben eine höhere Dekubitusprävalenz als jüngere Studienteilnehmer. In den Klinikabteilungen Intensivbehandlung und Geriatrie sind die höchsten Werte zur Dekubitusprävalenz zu verzeichnen. Dekubitusprävalenz (exkl. Dekubitusgrad 1) ist in IG höher als in KG (jedoch nur minimale Unterschiede), Dekubitusprävalenz ist 2005 höher als 2004.</p> <p>Multivariates logistisches Regressionsmodell (exklusiv Dekubitusgrad 1) zur Überprüfung von möglichen Einflussfaktoren auf die Dekubitusprävalenz Dekubitusprävalenz (exkl. Dekubitusgrad 1) in IG mit OR = 1,14 (95 % CI: 0,90-1,44; nicht signifikant). Signifikant höhere Dekubitusraten 2005 als 2004. Dekubitusprävalenz in Abteilungen Pflege und Geriatrie höher als in der Internen Abteilung und signifikant niedriger in Pflegeheimen. Die untersuchten Einflussfaktoren auf Dekubitusprävalenz (BradenScore, Jahr, gewisse Abteilungen) sind unabhängig von der Einführung des Expertenstandards.</p>

Tabelle 7: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung – Fortsetzung

<p>Wilborn et al. (b)¹⁹¹ (2010)</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a)</p>	<p>In dieser Sub-Auswertung wird von 6.734 dekubitusgefährdeten Patienten bzw. Einwohnern ausgegangen in 95 Einrichtungen: 46 Pflegeheime und 49 Kliniken.</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a)</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a)</p>	<p>Pflegeheime IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 18 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 28 66,8 % der IG und 63,9 % der KG sind dekubitusgefährdet (mittlerer Braden-Wert 15,3). Dekubitusprävalenz in den 46 Pflegeheimen gesamt 9 %, davon liegen 27 Heime unter und 19 Heime über 9 % Prävalenz. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Dekubitusprävalenz bei Nutzung des Expertenstandards gegenüber anderen Quellen als Grundlage für hausinterne Standards in den Pflegeheimen (p = 0,146).</p> <p>Kliniken IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 21 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 28 44 % der Patienten der IG und 42 % der Patienten der KG sind dekubitusgefährdet (mittlerer Braden-Wert 16,0 bzw. 16,1). Dekubitusprävalenz in den 49 Kliniken gesamt 19,4 %, davon liegen 27 Häuser unter und 22 Häuser über 19,4 % Prävalenz. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Dekubitusprävalenz bei der Nutzung des Expertenstandards gegenüber anderen Quellen als Grundlage für hausinterne Standards in den Kliniken (p = 0,531).</p>
<p>Wilborn et al. (c)¹⁹² (2010)</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a)</p>	<p>In dieser Sub-Auswertung wird von 6.816 dekubitusgefährdeten Patienten bzw. Einwohnern ausgegangen in 95 Einrichtungen: 46 Pflegeheime und 49 Kliniken.</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a)</p>	<p>Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Vergleich von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe</p>	<p>Pflegeheime IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 18 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 28 In IG werden luftgefüllte Matratzen mit wechselndem Druck sowie Schaumstoffmatratzen öfter genutzt als in KG, jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied. In IG werden öfter empfohlene Interventionen zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt als in KG. In KG werden häufiger nicht empfohlene Interventionen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt als in IG (in Summe sehr geringe Häufigkeit)</p>

Tabelle 7: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung – Fortsetzung

					<p>Kliniken IG: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß DNQP-Expertenstandard entwickelt haben: n = 21 KG: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben: n = 28 In KG werden luftgefüllte Matratzen mit wechselndem Druck sowie Schaumstoffmatratzen öfter genutzt als in IG (statistisch signifikant). In KG werden öfter empfohlene Interventionen zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt als in IG. Die nicht empfohlene Intervention Massage wird in KG öfter angewandt als in IG. Die nicht empfohlene Intervention 90°Positionierung wird in IG und KG gleich häufig angewandt (in Summe geringe Häufigkeit).</p>
Wolke ¹⁹⁹ (2007)	Kosten-Nutzen-Analyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie	Bewohner einer stationären (Langzeit-) Pflegeeinrichtung mit 78 vollstationären Pflegeplätzen	Stationäre (Langzeit-) Pflegeeinrichtung	Direkte Kosten und Ersparnisse der Implementierung Kosten – Ersparnisse durch 100%ige, 50%ige und 25%ige Reduktion der Dekubitusrate Nutzenschwelle	<p>Gesamtkosten: 34.419,00 € (undiskontiert); 34.361,41 € (diskontiert) Gesamtnutzen (Ersparnisse): 100%ige Dekubitusreduktion: 136.333,00 € (undiskontiert) bzw. 129.790,09 € (diskontiert) Ersparnisse – Kosten (diskontiert) durch: 100%ige Reduktion der Dekubitusrate: 95.428,68 € 50%ige Reduktion der Dekubitusrate: 30.533,65 € 25%ige Reduktion der Dekubitusrate: 1.913,89 € Nutzenschwelle: 26,48 %</p>
Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement					
Graeff ¹³⁰ (2009)	Fragebogenerhebung	19 Modellkliniken an-geschrieben; neun Projektleiter beant-worteten Fragebogen: Drei Kliniken der Regelversorgung, eine Fachklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, eine Rehabilitations-klinik, eine Fachklinik für Psychiatrie, ein Universitätsklinikum, zwei Kliniken der Maximalversorgung	Modellklini-ken, die am Modellprojekt zur Imple-mentierung des Experten-standards 2003 teilge-nommen haben in Deutschland	Fachliche Ausrichtung (durchschnittliche Verweildauer) Größe der Kliniken (Bettenanzahl, Zahl der Behandlungsplätze) Ausweitung des Experten-standards auf andere Pflege-einheiten Eingliederung des Expertenstandards in die internen Qualitätsmanage-mentsysteme Verbesserung des Entlassungsmanagements Implementierung anderer Expertenstandards	Ein direkter Vergleich der erzielten Ergebnisse ist aufgrund der unter-schiedlichen Rahmenbedingungen und Organisationsvoraussetzungen der befragten Modellkliniken sehr schwierig. Durchschnittliche Bettenanzahl: 627 (von 255 bis 1.120 Betten) Durchschnittliche Verweildauer: 9,6 Tage Eingliederung des Expertenstandards in die internen Qualitätsmanage-mentsysteme erfolgte bei fünf von neun Einrichtungen vollständig und bei zwei von neun Einrichtungen partiell bzw. ist geplant. Verbesserung des Entlassungsmanagements durch den Expertenstandard Sechs von neun Einrichtungen bestätigen die Verbesserung der Entlas-sungsorganisation in vollem Umfang bzw. als überwiegend wesentlich. Zwei von neun Einrichtungen bewerten die Verbesserung als weniger wesentlich Genannte Verbesserungen: Gestärktes Bewusstsein für Relevanz des Ent-lassungsmanagements (8 Nennungen), Verbesserung Kommunikations- und Informationswege (6 Nennungen), Verbesserung Entlassungsorganisation (6 Nennungen), besserer Fokus auf entlassungsrelevante Details (Einzel-nennung), Entlastung Stationsmitarbeiter durch Pflegeüberleitung (Einzel-nennung), klare Regelung der Aufgabengebiete von Pflegeüberleitung und Sozialdienst (Einzelnennung), Zusammenarbeit mit weiter betreuenden Ein-richtungen (Einzelnennung), Weniger Verzögerungen bei Entlassung durch rechtzeitige Organisation der Anschlussversorgung (Einzelnennung).

Tabelle 7: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung – Fortsetzung

				<p>Personal- und Fortbildungsaufwand Verbraucherfreundlichkeit des Expertenstandards Bewertung Audit-Instrument Kosten-Nutzen-Einschätzung Einschätzungen der Modellkliniken zum Standard</p>	<p>Gestiegene Patientenzufriedenheit (4,5 Nennungen) oder sinkende Wiederweisungen von Patienten (keine Nennungen) wurden von den Projektleitern weniger bzw. nicht explizit bestätigt.</p> <p>Personalaufwand Sechs von neun Projektleitern schätzen den Personaleinsatz für weitere Standardimplementierungen überwiegend hoch ein; drei von neun schätzen ihn als weniger hoch ein.</p> <p>Fortbildungsaufwand Zwei von neun Projektleitern schätzen den Fortbildungsaufwand als sehr hoch, vier als überwiegend hoch und zwei als weniger hoch ein.</p> <p>Kosten-Nutzen-Einschätzung Praktischer Nutzen (Verbesserung der Versorgungskontinuität, Kommunikationsstrukturen, Entlassungsorganisation) von sechs von neun Projektleitern als sehr bzw. überwiegend hoch eingestuft.</p> <p>Der Expertenstandard als Instrument der Qualitätsentwicklung in der Pflege wird von allen neun Projektleitern voll bzw. überwiegend bestätigt.</p> <p>Vermeidung von Folgekosten durch Sicherung der Versorgungskontinuität wird von zwei Projektleitern sehr bzw. überwiegend zutreffend eingestuft; von zwei Projektleitern als weniger zutreffend eingestuft und von fünf Projektleitern erfolgte keine Einschätzung.</p> <p>Implementierung anderer Expertenstandards Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe in insgesamt acht von neun Kliniken implementiert; Harnkontinenz in insgesamt sechs von neun Kliniken implementiert (teilweise selbstständig, im Rahmen eines Modellprojekts bzw. Implementierung geplant).</p>
Nationaler Expertenstandard Sturzprophylaxe					
Heinrich et al. ¹³⁴ (2012)	Kostenanalyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie	69 Pflegeheime mit insgesamt 6.990 Bewohnern (Stichprobe aus allen Pflegeheimen in Bayern, die im April 2008 mit der Einführung des Expertenstandards begannen)	Pflegeheime in Bayern	Zusätzliche Kosten: Gesamtkosten (für 18 Monate) Schulungskosten Pflegeheimnahe Kosten Sonstige Kosten	<p>Zusätzliche Kosten pro Pflegeheim Gesamtkosten (für 18 Monate): 6.248 € Schulungskosten: 181 € Pflegeheimnahe Kosten: 5.399 € Sonstige Kosten: 667 €</p>

Tabelle 7: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der pflegebezogenen Fragestellung – Fortsetzung

Nationaler Expertenstandard Harnkontinenz					
Wolke ²⁰¹ (2011)	(Eingeschränkte) Kosten-Nutzen-Analyse basierend auf einer retrospektiven Kohortenstudie	Alle in einer stationären Pflegeeinrichtung betreuten Bewohner, die von Harninkontinenz betroffen oder gefährdet sind (freiwillige Teilnahme), außer kontinente Patienten und Katheterträger	Stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland	Kosten: Ist-Kosten und Opportunitätskosten Nutzen: Einsparungen bei den eingesetzten Inkontinenzmaterialien	<p>Kosten: Gesamtkosten: 58.032,34 € über 3 Jahre Implementierungskosten: 38.444,38 € Routinebetrieb in den folgenden drei Jahren: 19,587,96 € (6.529,32 € pro Jahr) Opportunitätskosten: 53.829,94 € Kosten explizit für Maßnahmen: 4.202,40 €</p> <p>Nutzen (Einsparung bei Inkontinenzmaterial): IG: 40,08 €/Monat (pro Person) KG: 53,58 €/Monat (pro Person)</p>
Nationaler Expertenstandard Ernährungsmanagement					
Marienfeld et al. ¹⁴⁶ (2013)	Retrospektiven Kohortenstudie	Alle im Zeitraum von Januar 2010 bis Dezember 2011 stationär behandelten Patienten des Universitätsklinikums Frankfurt. Außer Patienten der Augenheilkunde, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie	Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Deutschland	<p>Anteil der mittels NRS gescreenten Patienten</p> <p>Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung</p> <p>Anzahl der Erlössteigerungen durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung</p>	<p>Anteil der mittels NRS gescreenten Patienten: 2010: 11,8 % 2010: 30,2 %</p> <p>Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung: 2010: 54,9 % 2011: 31,6 %</p> <p>Anzahl der Erlössteigerungen durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung: 2010: 409 Patienten 2011: 1.180 Patienten</p>

DNQP = Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. NRS = Nutritional Risk Screening. p = Signifikanzwert.

Quelle: GÖG

5.1.7 Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der pflegebezogenen und ökonomischen Studien

Wilborn et al. (a)¹⁹⁴, (b)¹⁹¹ und (c)¹⁹² (2010)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der retrospektiven Kohortenstudie wird als **hoch** bewertet (siehe Tabelle 23). Limitiert wird die Studie durch die retrospektive Betrachtung sowie das hohe Risiko hinsichtlich Selektionsbias. Diesbezüglich erfolgte die Einteilung in die Studiengruppen nach Selbstauskunft der Einrichtungen. Des Weiteren wurden die „anderen Quellen“, die zur Entwicklung der internen Verfahrensregelungen genutzt wurden, nicht überprüft. Es können somit Überschneidungen mit zentralen Aussagen des Nationalen Expertenstandards sowie unterschiedliche Inhalte in den verwendeten Verfahrensregelungen nicht ausgeschlossen werden. Außerdem wurde nicht untersucht, in welchem Umfang der Expertenstandard in den Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen tatsächlich umgesetzt bzw. als Grundlage herangezogen wurde. Die Studie weist zudem unklare Angaben auf (z. B. keine Angabe, ob die Endpunkte verblindet beurteilt wurden, keine detaillierten Angaben zur Aufenthaltsdauer der Patienten in den Kliniken bzw. der Bewohner in den Pflegeheimen). Die beiden Subanalysen (Wilborn et al. (b)¹⁹¹ und (c)¹⁹²) der retrospektiven Kohortenanalyse von Wilborn et al. (a)¹⁹⁴ berücksichtigen außerdem keine potenziellen Störfaktoren in der statistischen Auswertung.

Die **externe Validität** der Studienergebnisse wird als **niedrig** bewertet: Es ist keine ausreichende interne Validität gegeben und es werden keine patientenrelevante Endpunkte untersucht. Die Studienpopulation ist bei Wilborn et al. (a)¹⁹⁴ zwar nicht selektiert, bei Wilborn et al. (b)¹⁹¹ und (c)¹⁹² jedoch stark reglementiert (ausschließlich Patienten bzw. Einwohner mit hohem Risiko für Dekubitus). Zudem war die Teilnahme an der Studie freiwillig und erfolgte nicht nach einer repräsentativen Stichprobenauswahl. Die Durchführbarkeit der Intervention unter Alltagsbedingungen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Alltagsbedingungen sind damit niedrig.

Wolke¹⁹⁹ (2007)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse (siehe Tabelle 25) kann trotz hoher methodischer Transparenz nicht als gering, sondern lediglich als **mittel** eingestuft werden, da die Kosten und vor allem die Nutzenbewertung auf einer retrospektiven Datenerhebung beruhen, keine Kontrolleinrichtung zum Vergleich herangezogen und die Einrichtung nicht zufällig gewählt wurde.

Die **externe Validität** ist als **niedrig** einzustufen, da die Kostenerhebung nur in einer Referenzeinrichtung mit 78 vollstationären Pflegeplätzen durchgeführt wurde. Außerdem wurde der intangible Nutzen, also die Lebensqualität der Patienten und Pflegekräfte, nicht in die Analyse mit einbezogen. Daher bleiben die Übertragbarkeit der Studie unter Alltagsbedingung und die Relevanz für andere Pflegeeinrichtungen niedrig.

Graef¹³⁰ (2009)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der Fragebogenerhebung wird als **hoch** bewertet (siehe Tabelle 27). Limitiert wird die Aussagekraft der Studie durch die geringe Stichprobengröße und Rücklaufquote der Befragung (19 Modellkliniken; davon haben neun Projektleiter den Fragebogen beantwortet), die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Organisationsformen der befragten Modellkliniken (Bettenanzahl, Verweildauer, fachliche Ausrichtung), die keinen direkten Vergleich der Ergebnisse zulassen und deren Auswirkungen auf die Ergebnisse auch nicht untersucht wurden. Des Weiteren wurde der Fragebogen keiner Vortestung unterzogen und es fehlen Angaben zur Vorgehensweise bei der Datenanalyse. Die Fragebogenerhebung liefert daher kein repräsentatives Bild von den Ergebnissen hinsichtlich der Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in Deutschland.

Die **externe Validität** der Studienergebnisse wird als **niedrig** bewertet: es handelt sich um eine kleine Stichprobengröße, es erfolgte eine selektierte Befragung von 19 Modellkliniken, die mit Pflegeeinheiten ihrer Einrichtung am Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards im Jahr 2003 teilgenommen hatten und es werden nur wenige patientenrelevante Endpunkte erhoben.

Heinrich et al.¹³⁴ (2012)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der Kostenanalyse auf Basis einer retrospektiven Kohortenstudie wird als **mittel** eingestuft (siehe Tabelle 29). Limitiert wird die Studie durch die Tatsache, dass die Berechnung der Kosten auf einer telefonischen Befragung bei der retrospektiv für einen Zeitraum von drei Monaten (vor der Implementierung) bzw. von zwölf Monaten (nach der Implementierung) abgefragt wurden. Vorab wurde ein Fragebogen an die Heime versendet, um die Informationen gemeinsam mit der Heimleitung zu sammeln. Erst danach wurde das Telefoninterview durchgeführt. Diese retrospektive Erhebung, die nur auf Angaben der Pflegeheime basiert, stellt das größte Biasrisiko in der vorliegenden Kostenstudie dar. Positiv anzumerken ist, dass die Studienpopulation zufällig gezogen wurde und die Berechnung der Kosten transparent dargestellt ist.

Die **externe Validität** wird als **mittel** bewertet. Die Studie wurde in 69 Pflegeheimen durchgeführt, die sich durch Trägerschaft (gemeinnützig, privat, öffentlich), Funktion des Mentors (leitende Funktion, Pflegefachkraft, andere) und die Heimgröße (Anzahl der Bewohner) unterscheiden. Die Pflegeheime wurden aus 275 Pflegeheimen in Bayern zufällig gezogen. Da die Kosten eine sehr hohe Variabilität zwischen den Heimen aufweisen, ist die externe Validität eingeschränkt.

Wolke²⁰¹ (2011)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der (eingeschränkten) Kosten-Nutzen-Analyse wird als **hoch** bewertet (siehe Tabelle 31). Limitationen ergeben sich durch das Fehlen einer Randomisierung, die durch die zu jeder Zeit freiwillige Teilnahme der Pflegeheimbewohner nicht möglich war. Des Weiteren ist der Zeithorizont mit drei Jahren sehr kurz angesetzt, vor allem weil der Großteil der Kosten in der Anfangsphase der Implementierung auftritt. Auch das Fehlen einer Kontrollgruppe erhöht das Biasrisiko dieser (eingeschränkten) Kosten-Nutzen-Analyse. Angaben zu einer Sensitivitätsanalyse fehlen in der Studie gänzlich.

Die **externe Validität** ist als **niedrig** einzustufen, da die Kostenerhebung in lediglich einer Pflegeeinrichtung (stationär mit 250 Pflegeplätzen) durchgeführt wurde. Außerdem werden bei Berechnung des Nutzens nicht alle relevanten Nutzeneffekte berücksichtigt, sondern ausschließlich die Einsparungen bei den Inkontinenzmaterialien. Der patientenrelevante Nutzen (Erhöhung der Lebensqualität) wird in der Nutzenberechnung nicht untersucht.

Marienfeld et al.¹⁴⁶ (2013)

Das Biasrisiko (**interne Validität**) für die Ergebnisse der retrospektiven Kohortenstudie wird als **hoch** bewertet (siehe Tabelle 33). Limitationen ergeben sich durch die retrospektive Betrachtung sowie die fehlende Überprüfung der Vergleichbarkeit der beiden Kohorten (jeweils die gesamte Patientenschaft des Universitätsklinikums Frankfurt der Jahre 2010 bzw. 2011). Außerdem wurden die Endpunkte nicht verblindet beurteilt und keine potenziellen Störfaktoren identifiziert.

Der einzige, medizinisch relevante Endpunkt der Studie (Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung) ist stark durch das vermehrte Screening verzerrt, da zu vermuten ist, dass im Jahr 2011 nach Einführung des Expertenstandards routinemäßig mehr Patienten auf Mangelernährung überprüft wurden. Des Weiteren wurde durch die Erhebung des Endpunkts „Anzahl der Erlössteigerungen durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung“ ein Anreiz geschaffen, möglichst viele Patienten als mangelernährt zu klassifizieren.

Die **externe Validität** wird als **niedrig** bewertet, da die Studie in einer großen Universitätsklinik durchgeführt wurde, die nicht mit dem üblichen Setting der Intervention gleichgesetzt werden kann. Zwar scheint die Anzahl der eingeschlossenen Patienten ausreichend, allerdings fehlen Angaben zu prognostischen und biologischen Charakteristika. Die Maßnahme dürfte auch unter Alltagsbedingung von Krankenanstalten ähnlich durchgeführt werden, da aber keine patientenrelevanten Endpunkte erhoben wurden, liegen keine Ergebnisse zur Versorgungsqualität vor, die in andere Settings übertragen werden könnten.

5.1.8 Synthese der pflegebezogenen und ökonomischen Evidenz

Es bestehen zwischen den eingeschlossenen Studien Unterschiede hinsichtlich des untersuchten Expertenstandards. So wurden drei retrospektive Kohortenstudien von Wilborn et al. (2010)^{191, 192, 194} und eine Kosten-Nutzen-Analyse von Wolke¹⁹⁹ (2007) identifiziert, die den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe im stationären Bereich untersuchen, eine Fragebogenerhebung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement von Graef¹³⁰ (2009), eine Kostenanalyse von Heinrich et al.¹³⁴ (2012) zum Expertenstandard Sturzprophylaxe, eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse von Wolke²⁰¹ (2011) zum Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz und eine retrospektive, nicht kontrollierte Kohortenstudie zum Expertenstandard Ernährungsmanagement von Marienfeld et al.¹⁴⁶ (2013), alle im stationären Bereich. Die durchgeführte Qualitätsbewertung ergibt für keine der identifizierten Studien ein geringes Biasrisiko und auch die externe Validität kann bei keiner Studie als hoch eingestuft werden.

Hinsichtlich des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege sowie des Expertenstandards chronische Wunden konnten keine Studien identifiziert werden, die Versorgungsqualität oder Kosteneffektivität bei Einsatz dieser Expertenstandards im stationären oder ambulanten Bereich untersuchen. Des Weiteren wurden keine Studien identifiziert, die den Einsatz von Expertenstandards im ambulanten Bereich analysieren.

Im Folgenden wird die Synthese der Evidenz für jeden Expertenstandard gesondert beschrieben.

5.1.8.1 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

Drei Studien untersuchen die Versorgungsqualität (Wilborn et al. (a)¹⁹⁴, (b)¹⁹¹, (c)¹⁹² 2010, hohes Biasrisiko, niedrige externe Validität) und eine Studie die Kosteneffektivität (Wolke¹⁹⁹ 2007, mittleres Biasrisiko, niedrige externe Validität) des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe.

Es liegen keine ausreichend belegten Effekte hinsichtlich der Verringerung der Dekubitusprävalenz bzw. Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Implementierung des Expertenstandards vor.

Es kann keine klare Aussage darüber getroffen werden, um wie viel Prozent die Dekubitusrate gesenkt werden müsste, sodass die Ersparnisse durch die Implementierung des Expertenstandards die dadurch entstehenden Kosten übersteigen.

Da sowohl zur Versorgungsqualität als auch zur Kosteneffektivität nur Studien mit einem hohen bzw. mittleren Biasrisiko vorliegen, wird die Stärke der Evidenz als niedrig eingestuft.

5.1.8.2 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Entlassungsmanagement

Eine Studie (Graeff¹³⁰ (2009); hohes Biasrisiko, niedrige externe Validität) untersucht anhand einer Fragebogenerhebung, inwieweit es sich bei dem Expertenstandard **Entlassungsmanagement** in der Pflege um ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung handelt, das stationären Einrichtungen reale Verbesserungen der Entlassungsorganisation bringt und mit welchen Aufwendungen die Implementierung des Expertenstandards verbunden war.

Es liegen keine ausreichend belegten Effekte hinsichtlich der behandelten Endpunkte Kosten-Nutzen-Einschätzung (Versorgungskontinuität, Kommunikationsstrukturen, Entlassungsorganisation, Instrument der Qualitätsentwicklung, Folgekosten durch Sicherung der Versorgungskontinuität), Eingliederung des Expertenstandards in die internen Qualitätsmanagementsysteme (Praktikabilität, Integrität), Verbesserung des Entlassungsmanagement durch den Expertenstandard (Wiedereinweisungen von Patienten, Patientenzufriedenheit) oder zusätzliche Implementierung anderer Expertenstandards (Nachhaltigkeit) vor. Die Stärke der Evidenz wird für die Endpunkte als sehr niedrig eingestuft, da nur eine Fragebogenerhebung mit geringer Anzahl an Studienteilnehmenden (hohes Biasrisiko) identifiziert werden konnte.

5.1.8.3 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Schmerzmanagement

Es liegt keine Evidenz zur Versorgungsqualität oder Kosteneffektivität der Implementierung des Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement vor.

5.1.8.4 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Sturzprophylaxe

Eine Studie (Heinrich et al.¹³⁴ (2012); mittleres Biasrisiko, mittlere externe Validität) untersucht anhand von Daten aus 69 Pflegeeinrichtungen in Bayern, welche Kosten mit Sturz- und Frakturpräventionsmaßnahmen auf Basis des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe im Setting Pflegeheim im Versorgungsalltag verbunden sind. Da lediglich die Kosten der Maßnahme erhoben und bewertet werden, kann keine Aussage über die Kosteneffektivität getroffen werden.

Die Stärke der Evidenz wird für den Endpunkt Kosten als niedrig eingestuft, da nur eine Kostenanalyse basierend auf einer nicht verblindeten, unkontrollierten Kohortenstudie vorliegt.

5.1.8.5 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Harnkontinenz

Eine Studie (Wolke²⁰¹ (2011); hohes Biasrisiko, niedrige externe Validität) untersucht anhand einer (eingeschränkten) Kosten-Nutzen-Analyse welche Kosten durch die Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ entstehen und welchem Nutzen diese gegenüber stehen. Ob die Einsparungen bei den eingesetzten Inkontinenzmaterialien die Kosten der Implementierung des Expertenstandards übersteigen, kann auf Basis der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

Die Stärke der Evidenz wird für die Kosteneffektivität als sehr niedrig eingestuft, da nur eine (eingeschränkte) Kosten-Nutzen-Analyse basierend auf einer unkontrollierten Kohortenstudie in einer Referenzpflegeeinrichtung vorliegt.

5.1.8.6 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Chronische Wunden

Es liegt keine Evidenz zur Versorgungsqualität oder Kosteneffektivität der Implementierung des Nationalen Expertenstandards Chronische Wunden vor.

5.1.8.7 Synthese der Evidenz zum Expertenstandard Ernährung

Eine Studie (Marienfeld et al.¹⁴⁶ (2013); hohes Biasrisiko, niedrige externe Validität) untersucht mittels einer retrospektiven, unkontrollierten Kohortenstudie in einer Referenzeinrichtung, ob die Implementierung des Screeninginstruments „Nutritional Risk Screening“ (NRS), das in dem parallel eingeführten Nationalen Expertenstandard Ernährungsmanagement vorgesehen ist, zu einem vermehrten Screening nach Mangelernährung von stationären Patienten bei der Aufnahme führt. Aufgrund der Fragestellung fokussiert diese Studie auf Prozessendpunkte, die Endpunkte Versorgungsqualität und Kosteneffektivität werden jedoch nicht untersucht. Daher wird die Stärke der vorliegenden Evidenz als sehr niedrig eingestuft.

5.1.9 Ergebnisse zu organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten

Für die Behandlung der Fragestellungen zu organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekten konnten keine geeigneten Studien aus der systematischen Literaturrecherche identifiziert werden. Aus der Fragebogenerhebung sowie aus dem Workshop liegen Ergebnisse vor, die die organisatorischen, ethischen und sozialen Aspekte behandeln. Diese werden in den Kapiteln 5.2 sowie 5.3 im Rahmen der Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung und aus dem Workshop dargestellt.

5.1.10 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten

Zur Beantwortung der rechtlichen Fragestellung werden acht Artikel^{3, 27, 48, 133, 141, 159, 184, 185} aus der systematischen Literatursuche sowie fünf^{113, 128, 150, 172, 173} aus der systematischen Internetsuche herangezogen.

Durch die Einführung des PfWG¹⁵⁰ am 1. Juli 2008 hat sich die Art und Weise der Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards, die nach § 113a Elftes Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI)¹⁷³ erstellt werden, verändert. Die Vorschriften zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung wurden rechtlich im SGB XI zusammengefasst, ergänzt und neu strukturiert^{29, 185}.

Die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards wurde durch die Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes den Vertragspartnern übertragen. Zu den im Gesetz genannten Vertragspartnern zählen der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige. Anders als bis zu diesem Zeitpunkt vom DNQP praktiziert, besteht ausschließlich für die Vertragspartner die Möglichkeit, Themen für die Entwicklung von Expertenstandards vorzuschlagen und diese bzw. auch die Aktualisierung zu beauftragen. Für die Entwicklung und Einführung der Expertenstandards ist der Beschluss der Vertragsparteien notwendig, die Kosten für Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards werden getragen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilmäßig von privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Eine Verfahrensordnung regelt die methodische und pflegefachliche Qualität bei der Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards und stellt die Transparenz des Verfahrens sicher¹⁷³. Das BMG hat in Absprache mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Verfahrensordnung zu genehmigen. Die nach § 113 SGB XI erstellten Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und künftig für Pflegekassen, deren Verbände sowie für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime und Pflegedienste) in Deutschland unmittelbar verbindlich¹⁷³. Im März 2013 wurde der Auftrag zur Entwicklung des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI an das DNQP zur Thematik „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ vergeben und soll im Juni 2014 modellhaft implementiert und veröffentlicht werden¹¹³.

Die rechtliche Bedeutung bzw. Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland wird von Experten kontrovers diskutiert¹⁵². Bislang existieren hinsichtlich der Anwendung von Expertenstandards in Haftungsfällen kaum einschlägige Entscheidungen von Zivilgerichten. Für die korrekte Ermittlung des Haftungsmaßstabes ist die sozialversicherungsrechtliche Verbindlichkeit der Expertenstandards zu beachten.

- Sozialversicherungsrechtliche Relevanz von Expertenstandards

Die Leistungspflicht der Pflegeeinrichtungen umfasst die Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen entsprechend dem allgemein anerkannten, medizinisch-pflegerischen Stand (§ 11 SGB XI). Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Qualitätssicherungsvorschriften gemäß § 112 SGB XI zu berücksichtigen, diese umfassen „Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 [...], [die Anwendung von] Expertenstandards nach § 113a [...] sowie [die Mitwirkung] bei Qualitätsprüfungen nach § 114“¹⁷².

Expertenstandards nach § 113a SGB XI werden durch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich¹⁷³.

Bis zum Zeitpunkt der Einführung des PFWG2008 existierte keine ausdrückliche sozialversicherungsrechtliche Regelung zu Expertenstandards, jedoch wurden bereits Experten- sowie Qualitätsstandards im Pflegebereich mit Hilfe finanzieller Förderung der Bundesregierung und unter Einbeziehung diverser Fachberufe und der Wissenschaft entwickelt und im pflegerischen Alltag angewendet (z. B. Expertenstandards des DNQP).

Jene Expertenstandards des DNQP, die bereits vor Einführung des PFWG veröffentlicht wurden, sollen laut Verfahrensordnung zum § 113a SGB XI vorrangig von den Vertragsparteien einer Aktualisierung gemäß der Verfahrensordnung § 113a SGB XI unterzogen werden^{128, 159, 185}. Die bisherigen Expertenstandards haben laut Auffassung von Experten Verbindlichkeit dadurch erlangt, dass sie „gemäß den international anerkannten Verfahrensstandards entwickelt worden sind und seitens der Fachberufe sowie der Praxis anerkannt wurden“¹⁸⁵. Pflegeeinrichtungen, die Anspruch auf einen Versorgungsvertrag nach SGB XI haben (siehe § 11 Abs. 1 SGB XI), haben die Leistungserbringung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erfüllen. Der allgemein anerkannte Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse wird in den Expertenstandards zusammengefasst¹⁵⁹, die entsprechenden Inhalte müssen von den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden, sofern die im jeweiligen Expertenstandard genannte Zielgruppe gepflegt, versorgt und betreut wird⁴⁸. Experten gehen davon aus, dass durch die genannten Aspekte den neuen gesetzlichen Regelungen der Expertenstandards nach § 113a entsprochen sei und dass der Gesetzgeber für die Expertenstan-

dards des DNQP, die bislang nicht nach dem in § 113a SGB XI beschriebenen Verfahren entwickelt wurden, die gleiche sozialversicherungsrechtliche Relevanz vorsieht wie bei Expertenstandards nach § 113a SGB¹⁸⁵.

Demgegenüber stehen Ansichten anderer Experten, die eine gesetzliche Verbindlichkeit von Expertenstandards damit begründen, dass diese die im Gesetz beschriebenen Voraussetzungen erfüllen und im Bundesanzeiger veröffentlicht sein müssen. Da bislang kein einziger Expertenstandard entsprechend diesem Verfahren erstellt und im Bundesanzeiger veröffentlicht worden ist (auch nicht die Expertenstandards des DNQP), postulieren diese Experten, dass es bislang keinen einzigen gesetzlich verbindlichen Expertenstandard in Deutschland gibt¹⁴¹. Da die Expertenstandards des DNQP jedoch die fachliche Expertise und Handlungsempfehlung der Berufsgruppe darstellen, sind diese bzw. andere nachweislich wirksame Verfahren zur Zielerreichung zu berücksichtigen^{48, 141}.

- Zivilrechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards

Grundsätzlich wird der Maßstab im Haftungsrecht durch die Leistung bestimmt, die eine Pflegeeinrichtung dem Bewohner gemäß Heimvertrag schuldet. Generell verweisen Heimverträge auf die Rahmenverträge der Länder, die wiederum auf die einschlägigen Regelungen des Elften Buches des Sozialgesetzbuches Bezug nehmen. Für Haftungsanforderungen gilt daher grundsätzlich der sozialversicherungsrechtliche Standard, der wiederum dem fachlichen Standard folgt¹⁸⁵.

Für Expertenstandards, die gemäß § 113a SGB XI erstellt werden, liegt eine zivilrechtliche Verpflichtung vor, diese auch anzuwenden. Bislang befindet sich ein entsprechender Expertenstandard im Erstellungs- bzw. Konsolidierungsprozess, der voraussichtlich im Juni 2014 implementiert und veröffentlicht werden soll (siehe oben)¹¹³.

Hinsichtlich der Expertenstandards, die nicht nach dem in § 113a SGB XI beschriebenen Verfahren entwickelt wurden, liegen vereinzelte gerichtliche Entscheidungen, jedoch noch keine einschlägige Rechtsprechung vor. Für diese Entscheidungen werden die Inhalte der Expertenstandards des DNQP von den Gerichten herangezogen, wobei die entsprechenden Umstände des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt werden^{4, 28, 133, 185}. Demnach gilt nach Einschätzung von Experten die (unmittelbare) zivilrechtliche Verbindlichkeit auch für Expertenstandards, die nicht nach dem in § 113a SGB XI beschriebenen Verfahren entwickelt wurden¹⁸⁵.

Generell ist eine Abweichung von einem Expertenstandard „als Indiz für eine Pflichtverletzung anzusehen und wird eine Begründungspflicht auslösen“¹⁸⁵. Das Einhalten von Expertenstandards ist zunächst grundsätzlich haftungsentlastend¹⁸⁵. Dem gegenüber stehen die Ansichten anderer Experten, für die bislang kein einziger gesetzlich verbindlicher Expertenstandard in Deutschland existiert und somit keine gesetzliche Verbindlichkeit bezüglich der Anwendung der Expertenstandards des DNQP für haftungsrechtliche Schadensfälle (siehe oben)^{48, 141}.

Es wird vermutet, dass es zukünftig zu einer äußerst hohen Anzahl von spezifischen Einzelfallentscheidungen in der gerichtlichen Praxis kommen wird. Allgemeine Grundsätze werden daher nur erschwert abgeleitet werden können¹⁸⁵.

5.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Insgesamt 358 Fragebögen werden im Zeitraum vom 11. Oktober 2013 bis 30. Oktober 2013 vollständig ausgefüllt. Die genauen, ausführlichen Ergebnisse (pro Frage) finden sich im Anhang unter Anhang C. Einzelne Fragen werden zusätzlich zur Gesamtauswertung gegliedert nach Art der Einrichtung ausgewertet und dargestellt. Bei der Art der Einrichtung werden die Einrichtungen stationäre Pflegeeinrichtung, ambulante Pflege und stationäre Krankenanstalt dargestellt. Interessenvertretungen werden für die Auswertungen nicht herangezogen, weil davon auszugehen ist, dass die Befragten in dieser Funktion keine Expertenstandards direkt anwenden. Außerdem ist die Fallzahl (n = 5) zu gering, um valide Aussagen treffen zu können. Sonstige Einrichtungen (z. B. Einrichtungen zur Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege, Software-Firmen für Pflegedokumentation, Nichtregierungsorganisationen, eigene Betriebe etc.) werden aufgrund der Heterogenität ebenfalls nicht für die Auswertung berücksichtigt, da die Aussagekraft sehr beschränkt wäre.

Ein Großteil der Befragten (163 Nennungen) arbeitet in einer stationären Pflegeeinrichtung oder ist in der ambulanten Pflege tätig (128 Nennungen). Des Weiteren sind die Befragten in stationären Kranken-

anstalten (42 Nennungen) oder in sonstigen Einrichtungen (50 Nennungen, z. B. Rehabilitationsklinik, Seniorenwohnanlage, Pflegeschule) tätig (Mehrfachantworten möglich; siehe Anhang C Kapitel 1.2).

Hauptberuflich ist mehr als die Hälfte der Befragten in einer Leitungsposition tätig: Pflegedienstleitung (185 Nennungen), Stationsleitung in der Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege (11 Nennungen), Heimleitung (19 Nennungen). 30 Angestellte sind in der Verwaltung im Bereich Qualitätsmanagement tätig. Als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Fachaltenpfleger/-in, Altenpflegehelfer/-in sowie Pflegeassistent/-in sind 69 Befragte tätig. Rund 20 Befragte nannten sonstige hauptberuflich ausgeführten Tätigkeiten wie beispielsweise Pflegepädagogin/-pädagoge, Pflegewissenschaftler/-in, Lehrer/-in, Student/-in bzw. Schüler/-in (siehe Anhang C Kapitel 1.1).

- Bekanntheit der Expertenstandards

Die Expertenstandards des DNQP sind beinahe allen Befragten bekannt (354 von 358 Nennungen), vier Befragte kennen die Expertenstandards des DNQP nicht (siehe Anhang C Kapitel 1.4). Jene vier Personen, denen die Expertenstandards nicht bekannt sind, wurden automatisch zum Ende des Fragebogens weitergeleitet (d. h., sie sind in den folgenden Fragen nicht mehr inkludiert).

- Einführung der Expertenstandards in der Praxis

93 % der Befragten geben an, dass in ihrem Arbeitsbereich ein oder mehrere Expertenstandards eingeführt sind. In der Unterteilung nach Art der Einrichtung fällt auf, dass dieser Wert in den stationären Krankenanstalten deutlich niedriger ist (ca. 70 %) und in der ambulanten Pflege und in stationären Pflegeeinrichtungen leicht darüber liegt (siehe Anhang C Abbildung 1).

Es zeigt sich, dass Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe mit jeweils über 300 Nennungen (ca. 90 %) am häufigsten eingeführt sind und sonstige Expertenstandards (61 Nennungen) und Entlassungsmanagement (146 Nennungen) am seltensten (siehe Anhang C Abbildung 2). Bei der Auswertung nach Art der Einrichtung fällt auf, dass in der ambulanten Pflege und in den stationären Pflegeeinrichtungen die Expertenstandards durchgängig etwas häufiger eingeführt sind als in der Gesamtauswertung, während der Einführungsgrad in den stationären Krankenanstalten häufig deutlich niedriger ist (z. B. Dekubitusprophylaxe ca. 65 % und Sturzprophylaxe ca. 65 %). Für die ausführliche Auswertung siehe auch Kapitel 1.6.2 im Anhang C.

- Häufigkeit der Anwendung der Expertenstandards allgemein und nach Art der Einrichtung

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Anwendung in der Praxis: Befragt (jeweils nur jene Personen, die angegeben hatten, dass der jeweilige Expertenstandard bei ihnen eingeführt sei) nach der Häufigkeit der Anwendung in der täglichen Arbeit, waren Dekubitus- und Sturzprophylaxe wieder jene Standards, die am häufigsten, und sonstige Expertenstandards und Entlassungsmanagement jene, die am seltensten angewandt werden. Auch hier zeigt sich bei der einrichtungsspezifischen Auswertung, dass in den stationären Krankenanstalten die Expertenstandards seltener angewandt werden. Für die ausführliche Auswertung siehe auch Kapitel 1.7 im Anhang C.

- Sinnhaftigkeit der Expertenstandards

Bezüglich einer Einschätzung der Sinnhaftigkeit angewandter Pflegestandards des DNQP gab ein Großteil (87 %) der Befragten an, diese für sinnvoll oder eher sinnvoll zu halten (siehe Abbildung 39 im Anhang C). Bei der Auswertung nach Art der Einrichtung zeigt sich die größte Zustimmung bei den stationären Krankenanstalten (94 % gaben hier an, die Anwendung der Pflegestandards für sinnvoll oder eher sinnvoll zu halten). Bei den Befragten in der ambulanten Pflege ist die Zustimmung im Vergleich mit den anderen Bereichen am geringsten (82 % gaben hier an, die Anwendung der Pflegestandards für sinnvoll oder eher sinnvoll zu halten; siehe auch Abbildung 39 im Anhang C).

- Veränderung der Situation durch die Anwendung der Expertenstandards gesamt und nach Art der Einrichtung

60 % der Befragten geben an, dass sich die Situation durch die Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in ihrem Arbeitsbereich verbessert hat, bzw. ist sie bei 34 % gleich geblieben. Verschlechtert hat sich die Situation nur bei einem geringen Anteil der Befragten (4 %). Bei Auswertung nach Art der Einrichtung zeigen sich für den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ähnliche Ergebnisse wie für die Gesamtauswertung (siehe Abbildung 40 im Anhang C).

Ähnliche Ergebnisse in der Gesamtauswertung sowie nach Art der Einrichtung (stationäre Pflegeeinrichtung, stationäre Krankenanstalt, ambulante Pflege) lassen sich auch für den Expertenstandard Sturzprophylaxe feststellen (siehe Abbildung 49 im Anhang C).

Bei der Gesamtauswertung des Expertenstandards chronische Wunden bzw. Schmerzmanagement gibt rund die Hälfte der Befragten eine Verbesserung der Situation an, rund 40 % geben eine gleichbleibende Situation und ein geringer Anteil (4 %) eine Verschlechterung der Situation in ihrem Arbeitsbereich durch die Anwendung der Expertenstandards an. Bei der Auswertung nach Art der Einrichtung lassen sich im Vergleich zur Gesamtauswertung Unterschiede feststellen. Von den Befragten, die in stationären Krankenanstalten tätig sind, geben jeweils über 70 % eine Verbesserung der Situation durch die Anwendung der Expertenstandard chronische Wunden und Schmerzmanagement an. Hinsichtlich des Expertenstandards chronische Wunden geben von den Befragten in stationären Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege nur rund die Hälfte eine Verbesserung der Situation durch die Anwendung an. Beim Expertenstandard Schmerzmanagement geben die Befragten in stationären Pflegeeinrichtungen ebenfalls zur Hälfte eine Verbesserung der Situation durch die Anwendung des Expertenstandard an, während dies nur 36 % der Befragten bestätigen können, die in der ambulanten Pflege tätig sind. Eine Verschlechterung der Situation durch die Anwendung der Expertenstandards chronische Wunden bzw. Schmerzmanagement wird jeweils nur von einem geringen Teil (3 bis max. 8 %) der Befragten aus stationären Pflegeeinrichtungen bzw. der ambulanten Pflege angegeben (siehe Abbildungen 55 und 46 im Anhang C).

Bei den Expertenstandards Ernährungsmanagement, Harnkontinenz und Entlassungsmanagement sind in der Gesamtauswertung weitaus weniger Befragte der Ansicht, dass sich durch die Anwendung der Expertenstandards die Situation in der Praxis verbessert hat (38 %, 20 % bzw. 26 %). Für einen Großteil ist die Situation gleichbleibend einzustufen (48 %, 66 %, 50 %). Eine Verschlechterung wird nur von einem geringen Anteil (6 %, 6 %, 7 %) angegeben (siehe Abbildungen 58, 52 und 43 im Anhang C).

Bei der Auswertung nach Art der Einrichtung lassen sich für den Expertenstandard Ernährungsmanagement Unterschiede feststellen. So ist von den Befragten, die in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, rund die Hälfte der Meinung, dass sich die Situation durch die Anwendung des Expertenstandards Ernährungsmanagement verbessert hat, wohingegen nur rund 20 % der Befragten aus stationären Krankenanstalten sowie aus der ambulanten Pflege diese Einschätzung für den Expertenstandard Ernährungsmanagement teilen. Eine Verschlechterung der Situation durch die Anwendung des dieses Expertenstandards wird nur von Befragten in stationären Pflegeeinrichtungen (8 %) und in der ambulanten Pflege (4 %) angegeben (siehe Abbildung 58 im Anhang C).

Bei der Auswertung nach Art der Einrichtung zeigen sich beim Expertenstandard Harnkontinenz ähnliche Ergebnisse wie bei der Gesamtauswertung (siehe Abbildung 52 im Anhang C).

Für den Expertenstandard Entlassungsmanagement lassen sich hingegen bei Auswertung nach Art der Einrichtung wesentliche Unterschiede zur Gesamtauswertung feststellen. Während in der Gesamtauswertung 26 % der Befragten angeben, dass sich die Situation durch die Anwendung des Expertenstandards Entlassungsmanagement verbessert hat, zeigt sich in der getrennten Auswertung nach Art der Einrichtung eine breite Streuung: 21 % der Befragten aus stationären Pflegeeinrichtungen, 59 % der Befragten aus stationären Krankenanstalten und 15 % der Befragten aus der ambulanten Pflege geben eine Verbesserung der Situation an. Für den Großteil der Befragten, die in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in der ambulanten Pflege tätig sind, ist die Situation gleich geblieben (53 % bzw. 60 %). Eine Verschlechterung der Situation wird nur von Befragten in stationären Pflegeeinrichtungen (11 %) bzw. in der ambulanten Pflege (7 %) angegeben (siehe Abbildung 43 im Anhang C).

Beispiele dafür, inwiefern sich die Situation durch die Anwendung der Expertenstandards verbessert hat, umfassen u. a. die Vermeidung bzw. Reduzierung des Risikos, zuverlässige und frühzeitige Risikoerkennung, bessere Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, Verbesserung des Wissensstands, Verbesserung der Versorgung, gezielte, nachvollziehbare Dokumentation, verbesserte Prozessabläufe und verbesserte Informationsweitergabe (siehe Abbildungen 41, 44, 47, 50, 53, 56 und 59 im Anhang C). Bezüglich der Verschlechterung der Situation durch die Anwendung der Expertenstandards wurden u. a. ein hoher Dokumentationsaufwand, fehlende Personalressourcen, fehlende finanzielle Ressourcen, Verunsicherung, hoher Druck, Probleme bei der Zusammenarbeit mit Ärzten sowie Schnittstellen, schwierige Umsetzung im ambulanten Bereich sowie schwierige bzw. unklare

Anwendung und Umsetzung allgemein genannt (siehe Abbildungen 42, 45, 48, 51, 54, 57 und 60 im Anhang C).

- Anwendung im Alltag, Versorgungsqualität der Patienten, Probleme bei Patientengruppen

Ein Großteil der Befragten (80 %) stimmt der Aussage zu, dass die empfohlenen Standardkriterien der Expertenstandards geeignet sind, die Versorgungsqualität der Patienten zu verbessern (siehe Abbildung 61 im Anhang C).

Rund 40 % der Befragten sind der Meinung, dass der Einsatz der empfohlenen Standardkriterien in der Praxis nicht geeignet ist, da die Pflege auf individuelle Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt sein muss (siehe Abbildung 62 im Anhang C).

Für zwei Drittel der Befragten sind die empfohlenen Standardkriterien im pflegerischen Alltag gut anwendbar (siehe Abbildung 63 im Anhang C). Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, dass die Anwendung der empfohlenen Standardkriterien auch von den Patienten positiv aufgenommen wird, während rund ein Drittel der Befragten der Meinung ist, dass dies nicht zutrifft (siehe Abbildung 64 im Anhang C). Patientengruppen, bei denen es Probleme bei der Anwendung der Expertenstandards gibt, sind am häufigsten Patienten mit Demenz (101 Nennungen), gefolgt von Patienten im ambulanten Bereich (21 Nennungen) und Patienten mit psychischen Erkrankungen (17 Nennungen) (siehe Abbildung 65 im Anhang C).

- Faktoren bei der Einführung der Expertenstandards allgemein und nach Art der Einrichtungen

Bezüglich der Faktoren, die bei Einführung der Expertenstandards der DNQP in den einzelnen Einrichtungen vorhanden waren (bzw. nicht vorhanden waren), gibt ein Großteil der Befragten an, dass keine oder wenig Engagement der beteiligten Ärzte (ca. 85 %) und wenig (bzw. keine) politische Unterstützung (ca. 72 %) vorhanden war, auch geringe finanzielle Ressourcen (ca. 64 %) werden häufig als Problem genannt. Im Gegensatz dazu gibt ein Großteil der Befragten an, dass die Akzeptanz der Patienten für die eingeführten pflegerischen Maßnahmen groß war (ca. 75 % stimmten dieser Aussage zu bzw. eher zu) und auch das Engagement der beteiligten Pflegeberufe groß war (ca. 82 % stimmten dieser Aussage zu bzw. eher zu) (siehe Abbildung 17 im Anhang C). Bei der einrichtungsspezifischen Auswertung fällt auf, dass bei den stationären Krankenanstalten die politische Unterstützung etwas positiver beurteilt wird, hier geben ca. 54 % der Befragten an, dass wenig oder keine politische Unterstützung vorhanden war. Generell ist die tendenzielle Einschätzung in den unterschiedlichen Einrichtungen aber ähnlich. Für die ausführliche Auswertung siehe auch Kapitel 1.8.2 im Anhang C.

- Faktoren bei der Anwendung der Expertenstandards allgemein und nach Art der Einrichtung

Sehr ähnlich sind die Angaben bzgl. der Faktoren, die in der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP vorhanden sind bzw. nicht vorhanden sind. Siehe für die Gesamtauswertung Abbildung 28 im Anhang C und für die ausführliche Auswertung nach Art der Einrichtung Kapitel 1.9.2 im Anhang C.

- Benötigte Faktoren zur besseren Anwendung der Expertenstandards in der Praxis

Zur besseren Anwendung der Expertenstandards in der Praxis gibt ein Großteil der Befragten (80 %) an, dass mehr Zeit pro Patient benötigt wird, gefolgt von der Notwendigkeit von mehr Fortbildung und Schulungen sowie mehr finanziellen Ressourcen (jeweils rund 60 %). Mehr Unterstützung von Seiten der Verwaltung ist für 15 % der Befragten nötig, um die Expertenstandards in der Praxis besser anwenden zu können. 20 % der Befragten führen sonstige Faktoren zur besseren Anwendung der Expertenstandards an, darunter fallen beispielsweise eine verständlichere Sprache in den Expertenstandards, weniger Dokumentationsaufwand oder eine bessere Zusammenarbeit mit den Ärzten (siehe Kapitel 1.20 bzw. 1.21 im Anhang C).

5.3 Ergebnisse des Workshops

Jene 102 Personen, die im Rahmen der Fragebogenerhebung ihr Interesse an der Teilnahme am Workshop bekundeten und ihre Kontaktdaten bekannt gegeben haben, werden vom DIMDI am 8. November 2013 per E-Mail kontaktiert und um eine Anmeldung bis zum 19. November 2013 gebeten.

Der Workshop findet am 11. Dezember 2013 in Köln in den Sitzungsräumen des DIMDI von 10.30 bis 16.30 Uhr statt. Im Vorfeld haben 28 Personen eine Teilnahme zugesagt, insgesamt 18 Personen haben am Workshop teilgenommen.

Nach der offiziellen Begrüßung der Teilnehmenden durch Herrn Dr. Hans-Peter Dauben, zu der Zeit Abteilungsleiter Health Technology Assessment am DIMDI, werden der zu bearbeitende HTA-Bericht sowie die Fragebogenergebnisse vorgestellt und Herausforderungen bei der Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege gemeinsam mit dem Plenum abgeleitet. Jede definierte Herausforderung wird im Plenum anhand eines Rasters mit folgenden Fragen diskutiert:

- Ist-Stand: Wie ist die derzeitige Situation? Was ist das Problem?
- Soll-Stand: Wie sollte die Situation idealerweise sein?
- Hinderliche/förderliche Faktoren: Was sind hinderliche/förderliche Faktoren in der derzeitigen Situation?
- Maßnahmen: Welche Lösungen gibt es? Was sollte verändert werden?

Ziel war die Abbildung der derzeitigen Situation mit hinderlichen und förderlichen Faktoren, Darstellung der wünschenswerten Situation sowie die Sammlung von Vorschlägen zur Bewältigung der Herausforderungen bzw. Lösungsmöglichkeiten.

Die detaillierte Ergebnistabelle der Gruppendiskussion zu Herausforderungen bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege findet sich im Anhang D.

Folgende Herausforderungen wurden im Rahmen des Workshops vom Plenum diskutiert:

- Zusammenarbeit mit Ärzten, Akzeptanz der Pflegestandards durch die Ärzte,
- Dokumentationsaufwand verringern,
- Theorie-Praxis-Transfer (Fortbildungen/Schulungen),
- Krankenkassen/Pflegekassen,
- ausreichende zeitliche Ressourcen,
- ausreichende finanzielle Ressourcen,
- politische Unterstützung.

Viele dieser Herausforderungen stehen in einem starken Zusammenhang untereinander, weshalb viele Problematiken mehrfach genannt wurden. Deshalb werden hier die wesentlichen Punkte bezüglich der Einschätzung der momentanen Situation (Ist-Stand) und hinderliche/förderliche Faktoren sowie der Soll-Stand und Lösungsvorschläge zusammengefasst für alle diskutierten Herausforderungen dargestellt.

5.3.1 Einschätzung der momentanen Situation, hinderliche und förderliche Faktoren

Nach Einschätzung der Experten ist der Wissensstand/die Bekanntheit bezüglich der Expertenstandards im Pflegepersonal sehr hoch, jedoch ergeben sich in der Praxis zum Teil Probleme mit der Umsetzung, da der Zeitaufwand beispielsweise für die vorgesehene Beratung der Patienten sehr hoch ist/wäre. Weniger kritisch wird der Dokumentationsaufwand eingeschätzt, da dieser in der Pflege generell aufwendig ist und hier eher kein Zusammenhang mit den Expertenstandards gesehen wird.

Unter der Ärzteschaft sind laut Angaben der Experten die Expertenstandards nicht oder wenig bekannt. Dies und ein vielfach hierarchisches (Pflegekraft wird als Hilfspersonal betrachtet) und sektorales (zwischen Ärzten und Pflegepersonal) Denken führt bei der Anwendung der Expertenstandards zu Problemen in der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Zu beachten ist hinsichtlich der zum Teil schwierigen Zusammenarbeit mit den Ärzten die Problematik, dass auch in der Ärzteschaft ein Ressourcenmangel herrscht und sich hierarchische Strukturen auch dadurch entwickeln/fortsetzen, dass der behandelnde Arzt die juristische Verantwortung trägt. Die am Workshop Teilnehmenden betonen allerdings, dass derartige Probleme durch Einführung/Anwendung der Expertenstandards zwar sichtbar werden, aber auch davor schon vorhanden waren.

Als problematisch wird angesehen, dass die Leistungen der Pflege schwierig messbar gemacht werden können und es somit kein Monitoring für „gute“ Pflege gibt, auch eine Outcome-Messung ist schwierig. Dies führt zu Problemen bei der Anwendung der Expertenstandards. Nach Einschätzung

der Experten ist bezüglich der Anwendung der Expertenstandards keine politische Unterstützung vorhanden, und die Rahmenbedingungen sind widersprüchlich. So führen beispielweise hierarchische Strukturen (zwischen Ärzten und Pflegepersonal) nicht dazu, dass die Eigeninitiative von Pflegefachkräften gestärkt wird, was für die Anwendung der Expertenstandards aber wichtig wäre.

Teilweise erscheinen die Expertenstandards als zu wissenschaftlich formuliert für die Masse des Pflegepersonals, eine Anpassung an die Sprache von Laien würde jedoch eine „Disqualifizierung“ des Pflegepersonals bedeuten. Als problematisch in Bezug auf die Ausbildung wird angesehen, dass der Unterricht oft durch Lehrende erfolgt, die nicht aus dem Pflegebereich kommen.

Kritisiert werden von den Teilnehmenden auch die mangelnden finanziellen Anreize sowohl auf struktureller (Pflege ist nicht vollständig durch das DRG-System (DRG = Diagnosis-related groups) abgebildet) als auch auf individueller Ebene (kaum tarifliche Positionen für gut ausgebildetes Pflegepersonal). Dies könnte auch Anreize zur verstärkten Auseinandersetzung mit den Expertenstandards setzen.

Als problematisch im Zusammenhang mit allen oben genannten Problemen wird gesehen, dass es keine strukturierte Interessenvertretung (wie eine Pflegekammer) im Pflegebereich gibt.

5.4 Soll-Stand und Lösungsvorschläge

Wesentlich bezüglich der knappen zeitlichen Ressourcen wäre nach Ansicht der Experten eine Re-Finanzierung des gestiegenen Arbeitsaufwands (z. B. für Beratung), etwa durch eine Abrechenbarkeit von Alltagsberatung über Pflegekassen.

Bezüglich der u. a. in den Expertenstandards vorgesehenen Dokumentation wird vorgeschlagen, in Schulungen vor Ort die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Dokumentation zu vermitteln und deren Anwendung und Durchführung zu erklären. Auch sollten Mechanismen entwickelt werden, die den Transfer von der Schulung in die Praxis sicherstellen.

Bezüglich der wissenschaftlichen Sprache in den Expertenstandards sollte bereits in der Ausbildung angesetzt werden, damit sie vom zukünftigen Pflegepersonal verstanden werden kann. Die Expertenstandards sollten konkret und einheitlich in der Ausbildung berücksichtigt werden. In der Ausbildung sollte auch verstärkt auf die Professionalisierung und Stärkung von Autonomie und Eigeninitiative des zukünftigen Pflegepersonals gesetzt werden. Wichtig wäre auch, die Sprache innerhalb der verschiedenen Expertenstandards zu vereinheitlichen, insbesondere in Bezug auf einheitlich verwendete Begriffe.

Die Workshopteilnehmenden sehen eine Professionalisierung der Pflege als eine wesentliche Aufgabe und Herausforderung, die hilfreich bei der Lösung einer Reihe von bestehenden Problematiken wäre. Diese Professionalisierung sollte insbesondere durch eine bessere Grundqualifikation in der Ausbildung für Pflegefachkräfte erreicht werden. Durch ein professionelleres und selbstsichereres Auftreten gegenüber der Ärzteschaft könnten Inhalte der Expertenstandards besser den Ärzten vermittelt werden. Eine stärkere Professionalisierung der Pflege müsste mit der Schaffung entsprechender tariflicher Positionen für gut ausgebildete Pflegefachkräfte einhergehen.

Wesentlich für die verstärkte Umsetzung der Expertenstandards wäre ein Mitentscheidungsrecht der Pflege, das durch eine gut strukturierte Interessenvertretung umgesetzt werden sollte (z. B. über eine Pflegekammer).

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

6.1 Beantwortung der methodischen Fragestellung

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 „Wie ist die Qualität der sieben aktuell gültigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege methodisch zu beurteilen?“ (Stand: Februar 2013) wurden alle sieben aktuell gültigen Expertenstandards des DNQP im Rahmen der methodischen Analyse mittels des DELBI, Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008)³⁶ bewertet.

Insgesamt sind die Expertenstandards anhand aktueller methodischer Standards erstellt und haben grundsätzlich eine gute methodische Qualität. Jedoch zeigt die methodische Analyse der Expertenstandards in einzelnen Domänen Limitationen auf. Bei allen Expertenstandards weist die Domäne 6 „Redaktionelle Unabhängigkeit“ gravierende Mängel auf (Domänenwert von 0,17), beispielsweise wurden keine vorliegenden Interessenkonflikte der Autoren abgefragt. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass Interessenkonflikten im Pflegebereich weniger Bedeutung zukommt (weniger und nicht so ausgeprägte Interessenkonflikte) als bei klassisch medizinischen Themen, bei denen zum Teil finanzielle Interessen im Hintergrund stehen (z. B. bei Arzneimitteln). Deshalb sollte diese Limitation der Domäne 6 nicht überbewertet werden.

Die methodische Qualität der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, chronische Wunden und Ernährungsmanagement in den einzelnen bewerteten Domänen ist überwiegend hoch. Die methodische Qualität des Expertenstandards Harnkontinenz in den einzelnen bewerteten Domänen ist ebenfalls relativ hoch, wird aber in fast allen Domänen etwas schlechter eingeschätzt als bei den anderen bewerteten Expertenstandards.

6.2 Beantwortung der pflegebezogenen Fragestellung

Zur Beantwortung der Fragestellung „Erfüllen die Pflegestandards bei Einsatz im stationären und ambulanten Bereich ihre genannten Zielsetzungen, und wird die Versorgungsqualität somit verbessert?“ wurden eine systematische Literatursuche und -bewertung und eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

Die Fragebogenerhebung ergab, dass sich die Versorgungsqualität durch die Anwendung der empfohlenen Standardkriterien in den Expertenstandards verbessert.

Verbesserungen werden durchgängig bei allen Expertenstandards in der Versorgung der Patienten genannt. Zusätzlich führen die Implementierung und Anwendung der Expertenstandards zu einer Sensibilisierung des Pflegepersonals, zur Vereinheitlichung der Dokumentation und zu einem Vorliegen von klaren Vorgehensweisen. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind.

Aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche lassen sich keine Schlüsse im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität ziehen.

Aufgrund der zum Teil deutlichen Unterschiede bei den Ergebnissen wird die Fragestellung aufgeschlüsselt nach den einzelnen Expertenstandards beantwortet und diskutiert.

- **Expertenstandard Dekubitusprophylaxe**

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden drei retrospektive Kohortenstudien von Wilborn et al. (2010)^{191, 192, 194} identifiziert, die die Versorgungsqualität bei Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe im stationären Bereich untersuchen (Stärke der Evidenz niedrig). Aufgrund dieser Studien liegen keine ausreichend belegten Nachweise zur Verbesserung der Versorgungsqualität vor.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe einer jener Expertenstandards ist, der am häufigsten in den Arbeitsbereichen implementiert ist (bei ca. 89 %) und auch in der Praxis angewendet wird. Die Versorgungsqualität hat sich durch die Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der ambulanten Pflege (54 %), in den stationären Krankenanstalten (68 %) und stationären Pflegeeinrichtungen (63 %) durchgehend verbessert.

Dies zeigt sich in einer erhöhten Sensibilisierung der Pflegefachkräfte, einer Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten, der frühzeitigen Risikoerkennung und der Vermeidung von Dekubiti sowie Verbesserungen der organisatorischen Abläufe, des Wissensstands der Pflegefachkräfte, der Dokumentation sowie der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind.

- **Expertenstandard Entlassungsmanagement**

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt, inwieweit es sich bei dem Expertenstandard **Entlassungsmanagement** in der Pflege um ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung handelt (sehr niedrige Stärke der Evidenz). Es liegen keine ausreichend belegten Nachweise zur Verbesserung der Versorgungsqualität vor.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Entlassungsmanagement am seltensten in den Arbeitsbereichen implementiert ist (ca. 40 %).

Die Versorgungsqualität hat sich nach Angaben jener Personen, in deren Bereichen der Expertenstandard eingeführt und angewandt wird, tendenziell verbessert (bei ca. 26 % verbessert, bei 50 % gleichbleibend, bei 7 % verschlechtert; 17 % keine Angaben).

Verbesserungen zeigen sich u. a. in der Informationsweitergabe, Kommunikation und Prozessabläufen. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind. Außerdem kommt es zu Schnittstellenproblemen mit anderen Bereichen.

- **Expertenstandard Schmerzmanagement**

Hinsichtlich des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege konnten im Rahmen der systematischen Literaturrecherche keine Studien identifiziert werden, die die Versorgungsqualität bei Einsatz dieses Expertenstandards im stationären oder ambulanten Bereich untersuchen.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Schmerzmanagement häufig in den Arbeitsbereichen implementiert ist (bei ca. 83 %) und auch in der Praxis angewendet wird. Die Versorgungsqualität hat sich durch die Anwendung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der ambulanten Pflege, in den stationären Krankenanstalten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgehend verbessert. Verbesserungen zeigen sich u. a. in einem frühzeitigen bzw. verbesserten Schmerzmanagement, in einer erhöhten Sensibilisierung, in einer verbesserten Zusammenarbeit mit den Ärzten, in einem besseren Wissensstand, in klareren Vorgehensweisen in der Praxis und einer besseren Dokumentation. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentations- und Zeitaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind.

- **Expertenstandard Sturzprophylaxe**

Im Rahmen der systematischen Literatursuche wurden keine Studien identifiziert, die die Versorgungsqualität bei Implementierung und Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe untersuchen.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Sturzprophylaxe einer jener Expertenstandards ist, der am häufigsten in den Arbeitsbereichen implementiert ist (bei ca. 89 %) und auch in der Praxis angewendet wird.

Die Versorgungsqualität hat sich durch die Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der ambulanten Pflege (50 %), in den stationären Krankenanstalten (63 %) und stationären Pflegeeinrichtungen (54 %) großteils verbessert. Dies zeigt sich in dem frühzeitigen bzw. verbesserten Risikomanagement, einer erhöhten Sensibilisierung der Pflegefachkräfte, dem Vorliegen klarer Vorgehensweisen, einer erhöhten Sturzrisikovermeidung, einer verbesserten Beratung von Patienten und Angehörigen, Verbesserung der Dokumentation sowie des Wissens der Pflegefachkräfte. Hinsichtlich der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie der Kooperationsbereitschaft von Ärzten, Patienten oder Angehörigen liegen sowohl Angaben zu einer Verbesserung als auch zu einer Verschlechterung der Situation im Alltag vor. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind. Zusätzlich zeigt die Fragebogenauswertung, dass viele Befragte weder eine positive noch eine negative Veränderung der Situation durch die An-

wendung des Expertenstandard Sturzprophylaxe sehen und die Situation als gleichbleibend einstufen (ambulante Pflege: 43 %; stationäre Krankenanstalten: 26 %; stationäre Pflegeeinrichtungen: 39 %).

- Expertenstandard **Harnkontinenz**

Durch die systematische Literaturrecherche konnte für den Expertenstandard Harnkontinenz eine eingeschränkte Kosten-Nutzen-Analyse von Wolke²⁰¹ (2011) identifiziert werden, die jedoch ausschließlich ökonomische Aspekte im stationären Bereich untersucht (siehe Kapitel 7.3 Beantwortung der ökonomischen Fragestellung). Hinsichtlich der Untersuchung der Versorgungsqualität bei Einsatz dieses Expertenstandards liegen keine Studien vor.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Harnkontinenz häufig in den Arbeitsbereichen implementiert ist (bei ca. 79 %) und auch in der Praxis angewendet wird.

Die Versorgungsqualität hat sich nach Angaben jener Personen, in deren Bereichen der Expertenstandard eingeführt und angewandt wird, tendenziell verbessert (bei ca. 20 % verbessert, bei 66 % gleichbleibend, bei 6 % verschlechtert; 8 % keine Angaben).

Verbesserungen zeigen sich u. a. bei der Optimierung der Inkontinenzversorgung, bei der erhöhten Sensibilisierung und in klareren Vorgehensweisen in der Praxis. Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentations- und Zeitaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind, außerdem hat sich die Komplexität der Arbeit erhöht.

- Expertenstandard **Chronische Wunden**

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten keine Studien identifiziert werden, die die Versorgungsqualität bei Einsatz des Expertenstandards Chronische Wunden im stationären oder ambulanten Bereich untersuchen.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandard Chronische Wunden nach den Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe am dritthäufigsten implementiert ist (84 %) und sehr häufig in der Praxis angewendet wird.

Eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Anwendung des Expertenstandards Chronische Wunden hat in Summe betrachtet nur die Hälfte der Befragten (48 %) angegeben (unterteilt nach Einrichtung zeigt sich ein differenziertes Bild: ambulante Pflege: 42 %; stationäre Krankenanstalten: 74 %; stationäre Pflegeeinrichtungen: 47 %). Verbesserungen zeigen sich hinsichtlich eines frühzeitigen und verbesserten Wundmanagements, einer Vereinheitlichung und Verbesserung der Dokumentation, einer verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, einer Wissensverbesserung sowie einer erhöhten Sensibilisierung der Pflegefachkräfte sowie dem Vorliegen klarer Vorgehensweisen. Verschlechterungen werden insbesondere in einem erhöhten Dokumentationsaufwand, fehlenden Ressourcen (zeitlich, personell, finanziell) sowie in der mangelnden Kooperationsbereitschaft und Zusammenarbeit mit Ärzten gesehen. Zusätzlich zeigt die Fragebogenauswertung, dass viele Befragte (insgesamt 40 %) weder eine positive noch eine negative Veränderung der Situation durch die Anwendung des Expertenstandards Chronische Wunden sehen und die Situation als gleichbleibend einstufen (unterteilt nach Einrichtungen: ambulante Pflege: 49 %; stationäre Krankenanstalten: 13 %; stationäre Pflegeeinrichtungen: 41 %).

- Expertenstandards **Ernährungsmanagement**

Hinsichtlich des Expertenstandards Ernährungsmanagement konnte im Rahmen der systematischen Literaturrecherche eine retrospektive, nicht kontrollierte Kohortenstudie von Marienfeld et al.¹⁴⁶ (2013) identifiziert werden (Stärke der Evidenz sehr niedrig). Die vorliegende Evidenz fokussiert auf Prozessendpunkte, hinsichtlich der Versorgungsqualität im stationären Bereich liegen keine Untersuchungen vor.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse zeigt, dass der Expertenstandards Ernährungsmanagement häufig in den Arbeitsbereichen implementiert ist (bei ca. 79 %) und auch in der Praxis angewendet wird.

Die Versorgungsqualität hat sich durch die Anwendung des Expertenstandards Ernährungsmanagement in der ambulanten Pflege, in den stationären Krankenanstalten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgehend verbessert.

Verbesserungen zeigen sich u. a. im Bereich Ernährungsmanagement, bei der erhöhten Sensibilisierung und in klareren Vorgehensweisen in der Praxis, in einer verbesserten einheitlichen Dokumentation und einer besseren Zusammenarbeit (z. B. mit der Küche, den Ärzten und den Patienten). Verschlechterungen werden insbesondere darin gesehen, dass sich der Dokumentationsaufwand erhöht hat und dafür die Ressourcen (zeitlich und finanziell) nicht abgedeckt sind.

6.3 Beantwortung der ökonomischen Fragestellung

Zur Beantwortung der ökonomischen Fragestellung „Welche Kosten sind mit der Implementierung von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland verbunden?“ wurden vier Studien aus der systematischen Literaturrecherche identifiziert. Diese behandeln die Expertenstandards des DNQP für Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Sturzprophylaxe und Harnkontinenz. Da die externe Validität der Kostenanalyse bei allen Studien als niedrig bzw. sehr niedrig eingestuft wird, kann die ökonomische Fragestellung auf Basis der vorhandenen Evidenz nicht ausreichend beantwortet werden. Generell gehen die Studienautoren davon aus, dass durch die Einführung der Expertenstandards zwar Kosten durch Fortbildungen und eventuell erhöhten Personalbedarf entstehen, diese aber durch Ersparnisse aufgrund besserer Kommunikationsstrukturen und effizienterer Behandlung aufgewogen werden.

6.4 Beantwortung der rechtlichen Fragestellung

Zur Beantwortung der rechtlichen Fragestellung „Wie ist die Entwicklung und Anwendung von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland rechtlich geregelt?“ wurden eine systematische Literaturrecherche und eine systematische Internetsuche durchgeführt.

Durch die Einführung des PFWG am 1. Juli 2008 wurde die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, die nach § 113 SGB XI erstellt werden, den Vertragspartnern auf der Bundesebene (Vertretern von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen) übertragen. Dabei regelt eine Verfahrensordnung die methodische und pflegefachliche Qualität und stellt die Transparenz des Verfahrens sicher. Die nach dem § 113 SGB XI erstellten Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und künftig für Pflegekassen, deren Verbände sowie für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime und Pflegedienste) in Deutschland unmittelbar verbindlich. Der erste Expertenstandard nach § 113a SGB XI soll im Juni 2014 modellhaft implementiert und veröffentlicht werden.

Hinsichtlich der Expertenstandards des DNQP, die bislang nicht nach dem in § 113a SGB XI beschriebenen Verfahren entwickelt wurden, postulieren Experten, dass diese sozialversicherungsrechtlich wie auch zivilrechtlich gleich zu behandeln sind wie Expertenstandards nach § 113a SGB XI. Dem gegenüber stehen die Ansichten anderer Experten, für die bislang kein einziger gesetzlich verbindlicher Expertenstandard in Deutschland besteht und somit keine gesetzliche Verbindlichkeit bezüglich der Anwendung der Expertenstandards des DNQP.

Bislang liegen vereinzelte gerichtliche Entscheidungen vor, die Expertenstandards des DNQP herangezogen haben, wobei die entsprechenden Umstände des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt wurden. Für die Zukunft wird eine hohe Anzahl von spezifischen Einzelfallentscheidungen in der gerichtlichen Praxis vorhergesagt. Allgemeine Grundsätze können derzeit nur erschwert abgeleitet werden.

6.5 Beantwortung der organisatorischen Fragestellungen

Zur Beantwortung der Fragestellung „Wie ist die Akzeptanz hinsichtlich der Anwendung der Expertenstandards im pflegerischen Alltag bei Mitgliedern der verschiedenen Pflegeberufe einzuschätzen?“ wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

Die Akzeptanz der Expertenstandards im pflegerischen Alltag scheint innerhalb der Pflegeberufe hoch zu sein. So gaben 87 % der Befragten an, die Anwendung in der Praxis für sinnvoll oder eher sinnvoll zu halten. Die Zustimmung von Pflegepersonen im stationären Krankenhausbereich war deutlich höher (94 %) als bei Pflegepersonen im ambulanten Bereich (82 %). 65 % stimmten der Aussage zu, dass die Standardkriterien gut im pflegerischen Alltag anwendbar sein. Auch gaben 60 % der Befragten an, dass sich die Situation in ihrem Arbeitsbereich durch die Anwendung der Expertenstandards

verbessert habe (bei 34 % sei sie gleich geblieben, und nur für 6 % habe sie sich verschlechtert), was ebenfalls auf eine hohe Akzeptanz schließen lässt.

Zur Beantwortung der Fragestellung „Welcher Fortbildungs- bzw. Schulungsbedarf besteht durch die Implementierung der Expertenstandards für Pflegefachkräfte?“ wurden eine Fragebogenerhebung und eine Diskussion im Rahmen eines Workshops durchgeführt.

Sowohl aus der Fragebogenerhebung als auch aus den Angaben der Experten beim Workshop lässt sich ein Bedarf an Aus- und Fortbildung für die bessere Anwendbarkeit der Expertenstandards ableiten. Rund 60 % der im Fragebogen Befragten gaben an, dass für eine bessere Anwendung der Expertenstandards in der Praxis mehr Fortbildungen und Schulungen notwendig seien. Die Teilnehmenden des Workshops sahen eine Professionalisierung der Pflege insbesondere durch eine bessere Ausbildung, in der die Expertenstandards konkret und einheitlich berücksichtigt werden, als wesentliche Voraussetzung für eine bessere Anwendung der Expertenstandards in der Praxis. Wesentlich in Bezug auf die Ausbildung sei hier auch eine stärkere Abstimmung zwischen Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen.

6.6 Beantwortung der ethischen und sozialen Fragestellung

Zur Beantwortung der Fragestellungen „Sind sozioökonomische Faktoren wie z. B. Religion, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, mangelnde Bildung und/oder geringes Einkommen Gründe für eine Bevorzugung bzw. Benachteiligung von Patienten bei der Anwendung der Expertenstandards im stationären bzw. ambulanten Bereich?“ sowie „Gibt es Zugangsbeschränkungen durch die Anwendung der Expertenstandards im pflegerischen Alltag für Patienten hinsichtlich Religion, Alter oder Geschlecht?“ wurde eine systematische Literaturrecherche sowie eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen, dass die empfohlenen Standardkriterien im pflegerischen Alltag zu einem überwiegenden Teil (65 %) gut anwendbar sind und deren Anwendung von den Patienten positiv aufgenommen wird (59 %). Jedoch gibt es bei bestimmten Patientengruppen Probleme bei der Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien, wodurch es zu einer Benachteiligung bzw. zu möglichen Zugangsbeschränkungen für Patienten dieser entsprechenden Gruppen kommen könnte. Diese Patientengruppen umfassen am häufigsten Patienten mit Demenz (z. B. Alzheimer-Demenz), gefolgt von Patienten im ambulanten Bereich, Patienten mit psychischen Erkrankungen, Patienten in der palliativen Versorgung, multimorbiden Patienten, Patienten mit Migrationshintergrund, (Wach-)Komapatienten, Kindern, Patienten mit geringen finanziellen Ressourcen, sehr alten sowie adipösen Patienten. Die systematische Literaturrecherche identifizierte keine geeigneten Studien zur Beantwortung dieser Fragestellungen, wodurch diesbezüglich weiterer Forschungsbedarf begründet ist.

6.7 Allgemeine Diskussionspunkte

Die durch die systematische Literatursuche identifizierten Studien weisen ein hohes Biasrisiko und eine geringe externe Validität auf, weshalb die Stärke der Evidenz generell als niedrig einzustufen ist. Für das Setting ambulanter Bereich konnte keine einzige Studie identifiziert werden. Es fehlen demnach wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise hinsichtlich der Versorgungsqualität liefern.

Viele Probleme, die sowohl bei der Fragebogenerhebung als auch beim Expertenworkshop genannt wurden, betreffen grundsätzliche strukturelle Probleme (z. B. keine strukturierte Interessenvertretung im Pflegebereich, kaum tarifliche Positionen für gut ausgebildete Pflegekräfte) im deutschen Pflegebereich, die durch die Einführung/Anwendung der Expertenstandards sichtbar gemacht, aber nicht durch diese ausgelöst wurden.

7 Schlussfolgerung/Empfehlung

Auf Basis der vorliegenden Evidenz ergeben sich folgende Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

- Die vorliegenden Expertenstandards des DNQP sind anhand aktueller methodischer Standards erstellt und haben grundsätzlich eine hohe methodische Qualität.
- Mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe liegt ein Expertenstandard vor, der eine hohe methodische Qualität aufweist, im Praxisalltag sehr häufig implementiert ist und angewendet wird und trotz des Fehlens von qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Studien die Versorgungsqualität tendenziell verbessert.
- Mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement liegt ein Expertenstandard vor, der eine gute methodische Qualität aufweist, allerdings in der Praxis vor allem im Vergleich zu den anderen Expertenstandards eher selten implementiert ist. Die Versorgungsqualität hat sich nach Angaben jener Personen, in deren Bereichen der Expertenstandard eingeführt und angewandt wird, zwar tendenziell verbessert, allerdings nach Angaben der Befragten nicht in einem so hohen Ausmaß wie bei den meisten anderen Expertenstandards. Es fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise hinsichtlich der Versorgungsqualität liefern.
- Mit dem Expertenstandard Schmerzmanagement liegt ein Expertenstandard vor, der eine hohe methodische Qualität aufweist und im Praxisalltag sehr häufig implementiert ist und angewendet wird. Durch die Anwendung des Expertenstandards.
- Mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe scheint zum großen Teil eine verbesserte bzw. gleichbleibende Versorgungsqualität erzielt werden zu können, jedoch fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise liefern.
- Hinsichtlich des Expertenstandards Sturzprophylaxe liegt ein Expertenstandard vor, der eine sehr hohe methodische Qualität aufweist und im Praxisalltag sehr häufig implementiert ist und angewendet wird. Durch die Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe scheint zum großen Teil eine verbesserte bzw. gleichbleibende Versorgungsqualität erzielt werden zu können, jedoch fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise liefern.
- Mit dem Expertenstandard Harnkontinenz liegt ein Expertenstandard vor, dessen methodische Qualität in den einzelnen bewerteten Domänen zwar relativ hoch, aber in fast allen Domänen etwas schlechter eingeschätzt wird als bei den anderen bewerteten Expertenstandards. Im Praxisalltag ist er häufig implementiert und wird angewandt. Die Versorgungsqualität hat sich nach Angaben jener Personen, in deren Bereichen der Expertenstandard eingeführt und angewandt wird, zwar tendenziell verbessert, allerdings nach Angaben der Befragten nicht in einem so hohen Ausmaß wie bei den meisten anderen Expertenstandards. Es fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise hinsichtlich der Versorgungsqualität liefern.
- Der Expertenstandard chronische Wunden weist eine hohe methodische Qualität auf, ist im Praxisalltag häufig implementiert und wird angewendet. Bezüglich der Versorgungsqualität durch die Anwendung des Expertenstandards chronische Wunden gibt es heterogene Einschätzungen durch die Befragten der Fragebogenerhebung, wobei jeweils rund die Hälfte der Befragten eine verbesserte bzw. gleichbleibende Versorgungsqualität festgestellt haben. Es fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise hinsichtlich der Versorgungsqualität liefern.
- Mit dem Expertenstandard Ernährungsmanagement liegt ein Expertenstandard vor, der eine hohe methodische Qualität aufweist und im Praxisalltag sehr häufig implementiert ist und angewendet wird. Durch die Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe scheint größtenteils eine verbesserte bzw. gleichbleibende Versorgungsqualität erzielt werden zu können, jedoch fehlen wissenschaftliche Untersuchungen, die für den ambulanten und stationären Bereich evidenzbasierte Nachweise liefern.

- Da keine qualitativ hochwertigen Studien bzw. zu einigen Expertenstandards keine wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen, wird eine begleitende, laufende Evaluierung bei der Einführung und Anwendung von Expertenstandards empfohlen.
- Die ökonomische Fragestellung konnte anhand der identifizierten Literatur nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Um die Kosten, die mit der Implementierung von Expertenstandards in der Pflege in Deutschland verbunden sind, zu analysieren, wird eine strukturierte Erhebung definierter Kostenarten (z. B. durch einen Fragebogen) in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen empfohlen.
- Zukünftig werden zwei Arten von Expertenstandards vorliegen (Expertenstandards nach dem § 113a SGB XI sowie bisher erstellte Expertenstandards des DNQP). Die Expertenstandards des DNQP haben ihre Legitimation dadurch erreicht, dass sie entsprechend dem aktuellen Wissensstand erstellt und seitens der Fachberufe und Praxis anerkannt wurden. In der Verfahrensordnung zu § 113a SGB XI haben die Vertragsparteien festgehalten, dass bestehende Expertenstandards vorrangig (also vor der Entwicklung neuer Expertenstandards) einer Aktualisierung gemäß der Verfahrensordnung § 113a SGB XI unterzogen werden sollen. Zukünftig ist daher zu klären, ob und inwieweit die bisher erstellten Expertenstandards des DNQP in das Verfahren nach § 113a SGB XI integriert werden (können) sowie welche Schritte der Verfahrensordnung bei der Aktualisierung Anwendung finden sollen. Zusätzlich ist die Entwicklung und Anwendung von Expertenstandards außerhalb des Geltungsbereichs des SGB XI zu klären (z. B. für krankenhausspezifische bzw. akutpflegerische Themen).
- Die Akzeptanz der Expertenstandards im pflegerischen Alltag ist innerhalb der Pflegeberufe als hoch einzuschätzen, allerdings besteht ein Bedarf an Aus- und Fortbildung, um die Expertenstandards besser anwenden zu können. Eine bessere Anwendung der Expertenstandards soll insbesondere durch eine Professionalisierung der Pflege bewirkt werden.
- Hinsichtlich möglicher Zugangsbeschränkungen für Patienten bzw. möglicher Benachteiligung von Patienten infolge der Anwendung der Expertenstandards im stationären bzw. ambulanten Bereich aufgrund sozioökonomischer Faktoren wird aufgrund der Hinweise aus der Fragebogenerhebung sowie des Fehlens relevanter Studien die Durchführung weiterer Studien empfohlen.

8 Literaturverzeichnis

1. O. N. Chronische Wunden. Teil 3. Die neue Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2009; 34(6): 9.
2. O. N. Dekubitusprophylaxe, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards geht weiter. *Altenpflege* 2009; 34(8): 5.
3. O. N. Die rechtliche Bedeutung der Expertenstandards in der Pflege Formular. *Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen* 2009; 6(3): 112.
4. O. N. Die rechtliche Bedeutung der Expertenstandards in der Pflege Formular. *Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen* 2009; 6(3): 112.
5. O. N. Die rechtliche Bedeutung der Expertenstandards in der Pflege Formular. *Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen* 2009; 6(3): 112.
6. O. N. Expertenstandards: Zunaechst sind DNQP-Standards verbindlich. *Altenheim* 2009; 48(9): 13.
7. O. N. MDK-Pruefung: Expertenstandard Ernaehrung wird integriert. *Altenheim* 2009; 48(7): 8.
8. O. N. Qualitaetsmanagement. Expertenstandard: Arbeitshilfe zur Beratung und Risikoerhebung beim Kunden. *Haeusliche Pflege* 2009; 18(11): 42.
9. O. N. Stuerze: Kritik an Expertenstandard. *Heim und Pflege* 2009; 40(1): 5.
10. O. N. Verfahrensweg zur Implementierung eines Expertenstandards. *Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen* 2009; 6(3): 118.
11. O. N. Altenpflege-Kolleg. Harninkontinenz, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(2): 5.
12. O. N. Den Expertenstandard Ernaehrung umsetzen. *Diaet + Information* 2010; (3): 7.
13. O. N. Die Zeichen richtig deuten: Der Expertenstandard "Ernaehrungsmanagement" stellt Pflegekraefte vor grosse Herausforderungen. *Altenpflege* 2010; 35(8): 26.
14. O. N. Einrichtungsbeauftragte(r) fuer Expertenstandards. *Medical special* 2010; 13(3): 29.
15. O. N. Entlassungsmanagement, Teil 1. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(7): 1.
16. O. N. Entlassungsmanagement, Teil 2: Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(8): 29.
17. O. N. Entlassungsmanagement. Teil 3. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(9): 9.
18. O. N. Expertenstandard Sturzprophylaxe. Mangelnde Umsetzung. *Heilberufe* 2010; 62(2): 31.
19. O. N. Expertenstandard. Entlassungsmanagement. Patienten gut geplant entlassen. *Heilberufe* 2010; 62(11): 26.
20. O. N. Nachhaltige Weiterbildungen Implementierung von Expertenstandards anhand eines Multiplikatorenmodells. *Heilberufe* 2010; 62(4): 18.
21. O. N. NCSBN raises passing standard for The National Nurse Aide Assessment Program (NNAAP) exam. *Dakota Nurse Connection* 2010; 8(4): 17.
22. O. N. Schmerzmanagement, Teil 1. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(4): 1.
23. O. N. Schmerzmanagement, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(5): 5.
24. O. N. Schmerzmanagement, Teil 3. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. *Altenpflege* 2010; 35(6): 9.
25. O. N. Neuer Expertenstandard zur Wundversorgung "Chance oder Farce?". *MagSi* 2011; 18(Dez = Nr.5): 32.

26. O. N. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Unverändert hohe Bereitschaft der Fachgesellschaften zur Entwicklung und Pflege von Leitlinien. *Gesundheitsoekonomie & Qualitätsmanagement* 2012; 17(2): 66.
27. O. N. Expertenstandards in der Pflege. Rechtliche Grundlage fuer die Umsetzung. *Pro Alter* 2012; 44(1): 60.
28. O. N. Expertenstandards in der Pflege. Rechtliche Grundlage fuer die Umsetzung. *Pro Alter* 2012; 44(1): 60.
29. O. N. Expertenstandards in der Pflege. Rechtliche Grundlage fuer die Umsetzung. *Pro Alter* 2012; 44(1): 60.
30. O. N. Expertenstandards in der Pflege. Rechtliche Grundlage fuer die Umsetzung. *Pro Alter* 2012; 44(1): 60.
31. O. N. Nachrichten/Pressemitteilungen. Entwicklung des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen"/Schueler-Wettbewerb. *Unterricht Pflege* 2012; 17(1): 46.
32. O. N. Call for more front line staff to join NICE expert guidelines groups... National Institute for Health and Care Excellence. *Nursing Standard* 2013; 27(44): 6.
33. O. N. Lippincott Williams & Wilkins Supports National League of Nursing's Fair Testing Guidelines With PrepU, an Adaptive Quizzing Platform. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2013; 32(2): 108-109.
34. Aleksy U. Wege und Erfordernisse zum Erfolg. Implementierung und Umsetzung des 6. nationalen Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden". *Pflegezeitschrift* 2010; 63(4): 234.
35. Arar NH, Noel PH, Leykum L, Zeber JE, Romero R, Parchman ML. Implementing quality improvement in small, autonomous primary care practices: implications for the patient-centred medical home. *Quality in primary care* 2011; 19(5): 289-300.
36. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). Berlin/Düsseldorf, 2008.
37. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). Berlin/Düsseldorf, 2008.
38. Baeuerle D, Roes M. Expertenstandards/Qualitätsniveaus. Widerspruch oder Ergänzung? *Altenheim* 2009; 48(9): 40.
39. Baker J, Swarbrick C, Campbell M, Playle J, Lovell K. A follow-up evaluation of the impact of the Chief Nursing Officer's review of mental health nursing in Mental Health Trusts and Universities in England: comparisons of two e-surveys. *Journal of advanced nursing* 2012; 68(3): 625-635.
40. Balzer K, Bremer M, Schramm S, Luehmann D, Raspe H. Falls prevention for the elderly Sturzprophylaxe bei aelteren Menschen in ihrer persoenlichen Wohnumgebung. *GMS Health Technology Assessment* 2012; 8: 01. German Medical Science GMS Publishing House; Duesseldorf.
41. Balzer K, Feuchtinger J, Tannen A, Kottner J. Dekubitusrisikoeinschaetzung nach dem aktuellen Expertenstandard. Die klinische Einschaetzung ist das Mass der Dinge [Assessing risk of decubitus ulcer using a current expert standard. Clinical assessment is the standard procedure]. *Pflege Zeitschrift* 2011; 64(3): 148-150.
42. Bartholomeyczik S. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernährung in der Pflege: Der neue DNQP-Expertenstandard. *Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen* 2009; 6(1): 16.
43. Bekemeier B. Nurses' utilization and perception of the community/public health nursing credential. *American journal of public health* 2009; 99(5): 944-949.
44. Berger AM, Branowicki PA. Linking equitability to quality: the development of a pediatric nursing e-quality measure. *Nursing administration quarterly* 2009; 33(1): 18-25.

45. Bertelsmann Stiftung (2012). Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten - was ist zu tun? www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-4A90639F-25240AD5/bst/xcms_bst_dms_36979__2.pdf.
46. Berzlanovich A, Schoepfer J, Keil W. Schlusswort. zu dem Beitrag Todesfaelle bei Gurtfixierungen von Prof. Dr. med. Andrea M. Berzlanovich, Dr. med. Jutta Schoepfer, Prof. Dr. med. Wolfgang Keil in Heft 3/2012. Deutsches Aerzteblatt 2012; 109(20): 377.
47. Boehme H. Praktiker fragen - Juristen antworten. Frage 110: Expertenstandards des DNQP - zur Bedeutungslosigkeit verurteilt? Pflege- & Krankenhausrecht 2009; 12(1): 27-28.
48. Boelicke C, Schlegel K. Wie gehts weiter? Expertenstandards im neuen Pflegeversicherungsrecht. Die Schwester, der Pfleger 2009; 48(3): 279.
49. Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE. Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality 2010; 32(6): 9-17.
50. Buescher A. Public reporting, expert standards and indicators: different routes to improve the quality of German long-term care. Eurohealth 2010; 16(2): 4-7.
51. Buescher A. 20 Jahre Deutsches Netzwerk fuer Qualitaetsentwicklung in der Pflege: Die Entwicklung in der Pflege vorantreiben [20 years German network for quality development in nursing: promoting the development in nursing]. Pflege Zeitschrift 2013; 66([2]): 68-70. Germany.
52. Buescher A, Blumenberg P. Evidenz in den nationalen Expertenstandards fuer die Pflege. Evidence in the national expert standards for nursing. Pflege & Gesellschaft 2012; 17(1): 21.
53. Bundesministerium für Familie SFuJB. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen zu "Good Practice". 2007. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Zugriff: 21-10-2013).
54. Bundesministerium für Gesundheit. Pflegefachkräftemangel. 2013. www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html (Zugriff: 17-10-2013).
55. Colby WH, Dahlin C, Lantos J, Carney J, Christopher M. The national consensus project for quality palliative care clinical practice guidelines domain 8: ethical and legal aspects of care. HEC Forum 2010; 22(2): 117-131.
56. de Vos AJ, Bakker TJ, de Vreede PL, van Wijngaarden JD, Steyerberg EW, Mackenbach JP, Nieboer AP. The Prevention and Reactivation Care Program: intervention fidelity matters. BMC health services research 2013; 13: 29.
57. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Ergebnisse der modellhaften Implementierung zum Expertenstandard. Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2004; 101-122. Osnabrück.
58. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Ursprüngliche Fassung 2004. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002). Osnabrück, 2004.
59. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Ursprüngliche Fassung 2004. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002). Osnabrück, 2004.
60. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Ursprüngliche Fassung 2004. Osnabrück, 2004.
61. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Ursprüngliche Fassung 2004. Osnabrück, 2004.
62. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück, 2005.

63. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück, 2005.
64. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2006.
65. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2006.
66. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Förderung der Harninkontinez in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2007.
67. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Förderung der Harninkontinez in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2007.
68. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Förderung der Harninkontinez in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2007.
69. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Förderung der Harninkontinez in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2007.
70. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2007.
71. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2007.
72. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2007.
73. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2007.
74. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden". Suchstrategien, ein-/ausgeschlossene Quellen, Bewertung der Leitlinien und Quellen, Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien. Osnabrück, 2009, pp 1-94.
75. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2009.
76. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2009.
77. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2009.
78. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2009.
79. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2009.
80. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2009.
81. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2009.
82. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2009.

83. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Suchstrategien, Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung der Quellen, Ein- und ausgeschlossene Quellen. 2010; 1-78. Osnabrück.
84. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2010.
85. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2010.
86. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2010.
87. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2010.
88. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2010.
89. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2010.
90. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2010.
91. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2010.
92. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2011.
93. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2011.
94. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2011.
95. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2011.
96. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
97. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
98. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
99. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.

100. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
101. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
102. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
103. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
104. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
105. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
106. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
107. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
108. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück, 2011, pp 1-31.
109. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2013.
110. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2013.
111. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2013.
112. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück, 2013.
113. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Fachkonferenz zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ am 28. März 2014 in Osnabrück mit 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. www.wiso.hs-osnabrueck.de/dnqp.html (Zugriff: 25-06-2014).
114. Disch J, Dreher M, Davidson P, Sinioris M, Wainio JA. The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. *The Journal of nursing administration* 2011; 41(4): 179-185.
115. Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil I: Terminologische und methodologische Zugaenge [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part I: Terminological and methodological approaches]. *Schmerz* (Berlin, Germany) 2009; 23(3): 231-234.
116. Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil II: Analyseebenen und Bewertungsvorschläge [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part II: Analysis levels and assessment recommendations]. *Schmerz* (Berlin, Germany) 2009; 23(3): 241-244.

117. Ewers A, Nestler N, Pogatzki-Zahn E, Bauer Z, Richter H, Osterbrink J. Nichtmedikamentöse Massnahmen in der Schmerztherapie. Anwendung in 25 deutschen Krankenhaeusern [Non-pharmacologic measures in pain therapy. Application in 25 German hospitals]. Schmerz (Berlin, Germany) 2011; 25(5): 516-521.
118. Fischer D. Implementierung von Expertenstandards - Vorschlag einer praktischen Arbeitshilfe. Unterricht Pflege 2009; 14(2): 16.
119. Fischer D. Expertenstandards in der Praxis umsetzen am Beispiel "Ernaehrungsmanagement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernaehrung in der Pflege". Unterricht Pflege 2011; 16(2): 36.
120. Fischer T. Experten arbeiten an Mammutwerk. Interdisziplinaeres Team entwickelt S3-Leitlinie fuer Schmerzassessment bei Pflegeheimbewohnern. Pflegezeitschrift 2011; 64(10): 582.
121. Fischer T, Berkemer E, Drebenstedt C, Gnass I, Kopke K, Laekemann M, Leonhardt C, Loesek E, Lukas A, Schuler M, Schwarzmann G, Sirsch E. Interdisziplinaeres Team entwickelt S3-Leitlinie fuer Schmerzassessment bei Pflegeheimbewohnern. Experten arbeiten an Mammutwerk [Interdisciplinary team develops S3 guideline for pain assessment in nursing home residence. Experts work on a mammoth project]. Pflege Zeitschrift 2011; 64(10): 582-583.
122. Furukawa MF, Raghu TS, Shao BB. Electronic medical records, nurse staffing, and nurse-sensitive patient outcomes: evidence from the national database of nursing quality indicators. Medical care research and review : MCRR 2011; 68(3): 311-331.
123. Geraedts M, Holle B, Vollmar HC, Bartholomeyczik S. Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationaeren Pflege : Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten [Quality management in ambulatory care nursing and inpatient nursing in Germany. Specifics and current trends]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2011; 54(2): 185-193.
124. Germ C. Implementierung des Expertenstandards zur oralen Ernaehrung. Gemeinsam gegen Mangelernaehrung. Die Schwester, der Pfleger 2010; 49(10): 1012.
125. German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA DIMDI). Which instruments are used to assess expert standards in the central risk areas of nursing? Are the determined results vulnerables and reliables? How are the sensitivity and the specificity of the instruments? Is the quality of nursing in the different settings optimised by the assessment? Which ethical, social and juridical aspects have to be considered? (Project record). German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA DIMDI) 2011.
126. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs Ges.m.b.H. Berechnung der standardisierten Domänenwerte der Expertenstandards des DNQP. 2013. Wien.
127. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs Ges.m.b.H. Berechnung der standardisierten Domänenwerte der Expertenstandards des DNQP. 2013. Wien.
128. GKV-Spitzenverband. 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. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fuers_Internet.pdf (Zugriff: 24-10-2013).
129. Gnass I, Schuessler N, Osterbrink J. Die erste Aktualisierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege. Schmerzen adaequat behandeln [First update of the pain management expert standard in nursing. Adequately treating pain]. Pflege Zeitschrift 2012; 65(11): 648-651.
130. Graeff A. Der Expertenstandard zum "Entlassungsmanagement in der Pflege" des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument fuer die Qualitätsentwicklung in der Pflege?/Anja Graeff. Wismarer Diskussionspapiere; 2009,09 2009. Germany, Wismar: Hochschule/Fakultaet fuer Wirtschaftswissenschaften.
131. Haslinger-Baumann E, Jukic-Puntigam M, Steininger A, Burns E. Transfer from theory into practice of an evidence-based practice guideline for skin care with urinary and fecal incontinence for acute hospitals and nursing homes [German]. Pflegewissenschaft 2011; 13(3): 182-188.

132. Haupt C. Im Fokus: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. "Wenden statt Wunden" [In focus: expert standard for decubitus ulcer prevention. "Patient turning instead of wounding"]. *Pflege Zeitschrift* 2012; 65(12): 722-725.
133. Hausmann S. Standards - von Experten empfohlen. *Heim + Pflege* 2009; 40(8/9): 255.
134. Heinrich S, Weigelt I, Rapp K, Becker C, Rissmann U, Koenig HH. Sturz- und Frakturpraevention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe. Umsetzung und Kosten im Versorgungsalltag im Setting Pflegeheim [Fall and fracture prevention based on the National Expert Standard. Implementation and costs in a real world setting in nursing homes]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2012; 45(2): 128-137.
135. Hennings D. Expertenstandards effektiv und nachhaltig umsetzen - Nationale Expertenstandards: "Die Zieglerschen" gehen die Implementierung wirtschaftlich effektiv und klar strukturiert an. *Altenheim* 2010; 49(8): 30.
136. Huebner U. Pflegeinformatik: Mehrwert fuer die Versorgung von Patienten. *Deutsches Aerzteblatt* 2010; 107(4): 134.
137. Immenroth T. Shifts of expertise around the profession of Nursing [German]. *Pflegewissenschaft* 2011; 13(10): 547-553.
138. Iris N+, Matthias E, Wolfgang S. Impacts on nursing experts assessing the quality of nursing care institutions - Narrative interviews as an impulse for organizational and personnel developments [German]. *Pflegewissenschaft* 2013; 15(2): 87-103.
139. Karnahl C, Schmid E. Expertenstandard Sturzprophylaxe: Bedeutung fuer die Paediatrie [Expert standards for prevention of accidental falls: significance for pediatrics]. *Kinderkrankenschwester : Organ der Sektion Kinderkrankenpflege/Deutsche Gesellschaft fuer Sozialpaediatrie und Deutsche Gesellschaft fuer Kinderheilkunde* 2009; 28(12): 514-519.
140. Kennelly S, Kennedy NP, Corish CA, Flanagan-Rughoobur G, Glennon-Slattery C, Sugrue S. Sustained benefits of a community dietetics intervention designed to improve oral nutritional supplement prescribing practices. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association* 2011; 24(5): 496-504.
141. Kirchberg D. Rechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege. *MagSi* 2009; 16(8=50): 25.
142. Knecht C. Nachhaltige Einfuehrung von Expertenstandards in der Pflege. *Unterricht Pflege* 2011; 16(2): 7.
143. Kuckeland H. Expertenstandard als Unterrichtseinheit. *Unterricht Pflege* 2011; 16(2): 26.
144. Kuckeland H, Oetting-Ross C, Rueller H. Expertenstandards im Unterricht. *Unterricht Pflege* 2011; 16(2): 43.
145. Lourens G. The national core standards and evidence-based nursing. *Professional Nursing Today* 2012; 16(1): 3-4.
146. Marienfeld S, Wojzischke J, Zeuzem S, Bojunga J, Marienfeld S, Wojzischke J, Zeuzem S, Bojunga J. Erfassung krankheitsbedingter Mangelernahrung und Abbildung der Nebendiagnose Mangelernahrung im DRG-System: Ernährungsmanagement am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Survey of disease-related malnutrition and drg-based reimbursement: Nutritional management at the johann wolfgang goethe-university hospital frankfurt main. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2013; 38(1): 18-23.
147. Mendel S, Feuchtinger J. Domains in the clinical practice of Clinical Nursing Experts in Germany and their correspondence with the internationally described "Advanced Nursing Practice" [German]. *Pflege* 2009; 22(3): 208-216.
148. Moehler M. Pflegediagnostik in Praxis und Ausbildung: Mit den Chancen verantwortlich umgehen [Nursing diagnosis in practice and education: dealing with chances responsibly]. *Pflege Zeitschrift* 2011; 64(6): 368-371.
149. Moore C. Clinical nurse specialist evaluation tool supported with benchmarks and standards... 2011 National Association of Clinical Nurse Specialists National Conference Abstracts, Baltimore, Maryland, March 10 to 12. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 2011; 25(2): 92.

150. N. N. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG). 2008. www.buzer.de/s1.htm?g=Pflege-Weiterentwicklungsgesetz&f=1 (Zugriff: 03-10-2013).
151. Neander KD, Neander KD. Auf dem Prüfstand: Der Nationale Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege." An der Realität vorbei [Under scrutiny: the national expert standard "pain management in nursing". Beyond reality]. *Pflege Zeitschrift* 2012; 65(11): 666-669.
152. Neumaier S. Die rechtliche Bedeutung von Expertenstandards in der Pflege/Stephan Neumaier. *Koelner Schriften fuer das Gesundheitswesen*; 3 2009. Germany, Koeln: G-&-S-Verl.
153. Oetting-Ross C. Moeglichst sicher und mobil - der Expertenstandard Sturzprophylaxe im Unterricht. *Unterricht Pflege* 2011; 16(2): 10.
154. Ollenschläger G. Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS). 2007; S. 1-161. Köln.
155. Osterloh F. Entlassmanagement: "Nur durch staendigen Dialog hat sich manches veraendert". *Deutsches Aerzteblatt* 2013; 110(18): 858.
156. Panfil EM. Expertenstandard "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden". *Orthopaedie-Technik* 2009; 60(11): 785.
157. Renz P. Expertenstandard Ernaehrungsmanagement. *Forum onkologische Pflege* 2012; 2(3): 32.
158. Reuschenbach B. Qualitaetssicherung in der Pflege--zu viel des Guten! [Quality assurance in nursing--too much of a good thing!]. *Pflege Zeitschrift* 2010; 63([8]): 449. Germany.
159. Röhling H. Rechtsprechung: Einfuehrung von Expertenstandards ueber das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in der Diskussion. *Wundforum* 2009; 16(1): 6.
160. Sanchez H. Entlassungsmanagement in der Praxis. Umsetzung des aktualisierten Expertenstandards. *Heilberufe* 2009; 61(7): 26.
161. Schäfer U, Hirsbrunner T, Jünger S, Näf E, Römmich S, Horlacher K. Nursing development at the Solothurn hospitals. Towards clinically oriented nursing expertise and practice development [German]. *Pflege* 2011; 24(1): 7-14.
162. Schäufer D. Schmerzmanagement: Damit Schmerzen nicht chronisch werden.... Dagmar Schäfer über einen Expertenstandard, der die Therapie von Schmerzen verbessern soll. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2013; (6): 14.
163. Schiemann D, Moers M. Entwicklung und Einfuehrung von Expertenstandards in der Pflege. *Diaet + Information* 2010; (3): 2.
164. Schiemann D, Moers M. Zielsetzung und Arbeit des Deutschen Netzwerks fuer Qualitaetsentwicklung in der Pflege (DNQP). *Unterricht Pflege* 2011; 16(2): 2.
165. Schippers AD, Abderhalden C, Feuchtinger J, Schaepe C, Schori E, Welscher R. Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen "IzEP". *Pflegerische Organisation fuer Praxis, Management und Wissenschaft sichtbar machen* [Instrument to assess nursing care delivery systems "IzEP". Making nursing care systematically visible for practice, management and science]. *Pflege Zeitschrift* 2010; 63(1): 40-44.
166. Schmidt S. Gebrauchsanleitung fuer Expertenstandards - Probleme bei der Implementierung loesen. *Heilberufe* 2009; 61(9): 27.
167. Schoberer D, Haas W, Schaffer S, Semlitsch B, Uhl C. Evidence-based guideline for fall prevention in hospitals and nursing homes [German]. *Pflegewissenschaft* 2010; 12(10): 529-535.
168. Schoeller B. Der deutsche Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. *Oesterreichische Pflege-Zeitschrift* 2009; 62(1): 25.
169. Schoenfelder K. Pflegequalitaet im Spannungsfeld gesetzlicher Vorgaben und realem Alltag: Eine multiperspektivische Sichtweise [Nursing quality in the tension field between legal requirements and real life: a multiple perspective viewpoint]. *Pflege Zeitschrift* 2010; 63(1): 37-39.

170. Schreier MM, Bartholomeyczik S. Der neue DNQP-Expertenstandard. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernahrung. Die Schwester, der Pfleger 2009; 48(3): 230.
171. Schuessler N, Osterbrink J. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Erste Aktualisierung [National standard for acute pain management in nursing. First update]. Schmerz (Berlin, Germany) 2012; 26(2): 206-207.
172. SGB. SGB XI Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung, § 112 SGB XI Qualitätsverantwortung. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/112.html (Zugriff: 24-10-2013).
173. SGB. SGB XI Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung, § 113a SGB XI Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/113a.html (Zugriff: 24-10-2013).
174. SGB. SGB XI Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung, § 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/18.html (Zugriff: 03-10-2013).
175. SGB. SGB XI Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung, § § 15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html (Zugriff: 03-09-2013).
176. Singh J, Ellenbogen K, Desai N, Mcalister F. ICDs, Guidelines, and National Registries: Opportunities to Enhance Quality of Patient Care. Pacing & Clinical Electrophysiology 2012; 35(3): 253-258.
177. Statistisches Bundesamt 2009. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. www.destatis.de/bevoelkerungspyramide (Zugriff: 17-10-2013).
178. Statistisches Bundesamt Bonn. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent).2013. www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=98585278&nummer=569&p_sprache=D&p_indsp=5090&p_aid=41763585 (Zugriff: 17-10-2013).
179. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 21-10-2013).
180. Stausberg J. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Wund-Management 2011; 5(1): 24.
181. Stausberg J. Expertenstandard Dekubitus. Medizin & Praxis: Spezial 2012; (April Deku): 4.
182. Tannen A. Siebter Expertenstandard: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernahrung in der Pflege: Beduerfnis mit Genuss verbinden [7th expert standard: nutrition management for ensuring and promoting oral nutrition in nursing: combining need with enjoyment]. Pflege Zeitschrift 2009; 62(3): 138-141.
183. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II). 2009. www.agreetrust.org/ (Zugriff: 10-06-2013).
184. Theuerkauf K. Expertenstandards. Die neue Verfahrensordnung auf dem Pruefstand. Die Schwester, der Pfleger 2009; 48(2): 184.
185. Theuerkauf K. Zivilrechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege. Medizinrecht 2011; 29(2): 72.
186. Volkert D. Leitlinien und Standards zur Ernahrung in der Geriatrie [Nutritional guidelines and standards in geriatrics]. Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie 2011; 44(2): 91-96.
187. Watt-Watson J, Peter E, Clark AJ, Dewar A, Hadjistavropoulos T, Morley-Forster P, O'Leary C, Raman-Wilms L, Unruh A, Webber K, Campbell-Yeo M. The ethics of Canadian entry-to-practice pain competencies: how are we doing? Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la societe canadienne pour le traitement de la douleur 2013; 18(1): 25-32.

188. Weibler-Villalobos U, Roehrig B. Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege [Methodical requirements for quality reports of nursing facilities]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2010; 72(11): 780-789.
189. Whayman N, Whayman N. Nursing standards and outcomes developed by the Leg Ulcer Forum. Wounds UK 2012; 8(1): 59-61.
190. Wieteck P. Transfer of national expert standards into nursing practice [German]. Pflegewissenschaft 2009; 11(4): 227-239.
191. Wilborn D, Dassen T. Pressure ulcer prevention in German healthcare facilities: adherence to national expert standard? Journal of nursing care quality 2010; 25(2): 151-159.
192. Wilborn D, Grittner U, Dassen T, Kottner J. The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. Journal of Clinical Nursing 2010; 19(23/24): 3364-3371.
193. Wilborn D, Grittner U, Dassen T, Kottner J. The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. Journal of Clinical Nursing 2010; 19(23-24): 3364-3371.
194. Wilborn D, Halfens R, Dassen T, Tannen A. Dekubituspraevalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken--Welche Rolle spielt der Nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege? [Pressure ulcer prevalence in German nursing homes and hospitals: what role does the National Nursing Expert Standard Prevention of Pressure Ulcer play?]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2010; 72(4): 240-245.
195. Wilborn D, Halfens RJ, Dassen T. Evidence-based education and nursing pressure ulcer prevention textbooks: does it match? Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing 2009; 6(3): 167-172.
196. Wolke R., Hennings D., Scheu P. Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege: Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. Z Gerontol Geriat 13; 40([3]): 158-177.
197. Wolke R., Hennings D., Scheu P. Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege: Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. Z Gerontol Geriat 13; 40([3]): 158-177.
198. Wolke R., Hennings D., Scheu P. Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege: Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. Z Gerontol Geriat 13; 40([3]): 158-177.
199. Wolke R., Hennings D., Scheu P. Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege: Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. Z Gerontol Geriat 2007; 40([3]): 158-177.
200. Wolke R. Cost-benefit-analysis on the National Expert Standard "Urinary continence management in nursing" [German]. Gesundheits+Äkonomie & Qualitätsmanagement 2011; 16(1): 27-34.
201. Wolke R, Wolke R. Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard "forderung der Harnkontinenz in der Pflege" Cost-Benefit-Analysis on the National Expert Standard "urinary continence management in nursing". Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2011; 16(1): 27-34.

Nicht gelieferte Volltexte

- O. N. Expertenstandard konkret. 2009. Germany, Hannover : Vincentz Network.
- Besendorfer A, Zander JF. Interdisziplinäres Schmerzmanagement : Praxisleitfaden zum Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege" / Andrea Besendorfer ; [Josef F. Zander]. Kohlhammer Pflegepraxis 2009. Germany, Stuttgart : Kohlhammer.
- Bublitz B. Schulung und Fachwissen Dekubitusprophylaxe : [aktualisierter Expertenstandard] / B. Bublitz (Hrsg.). QM-Loesungen fuer die stationaere Pflegepraxis 2012. Germany, Hamburg : Behr.
- Bublitz B, Dammann B. Schulung und Fachwissen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege / B. Bublitz (Hrsg.). [Autorinnen Britta Dammann ...]. QM-Loesungen fuer die stationaere Pflegepraxis 2012. Germany, Hamburg : Behr.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Wuerttemberg. Umsetzung der Expertenstandards in der ambulanten Pflege : Dekubitusprophylaxe in der Pflege ; Sturzprophylaxe in der Pflege ; Schmerzmanagement in der Pflege ; Foerderung der Harnkontinenz in der Pflege ; Pflege von Menschen mit chronischen Wunden ; Eraehrungsmanagement in der Pflege ; eine Arbeitshilfe fuer Diakonie-Sozialstationen und ambulante Pflegedienste / Diakonisches Werk Wuerttemberg ; Landesverband fuer Diakonie-Sozialstationen e.V. Diakonie 2010. Germany, Stuttgart : Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Wuerttemberg.
- Heinhold H, Haeupler U. Professionelle Dekubitusprophylaxe : sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis ; [inkl. CD-ROM mit kompletten Schulungsunterlagen] / Heidi Heinhold ; Ursula Haeupler. Fachkompetenz Pflege 2011. Germany, Landsberg am Lech : Mensch und Medien.
- Hellmann S, Roesslein R. Pflegepraktischer Umgang mit Dekubitus : [Basiswissen zur Wundheilung und -versorgung], Tipps zum Umgang mit dem Expertenstandard, Formulierungshilfen fuer die Pflegeplanung, mit den Transparenzkriterien des MDK / Stefanie Hellmann ; Rosa Roesslein. Pflege-Kolleg 2013. Germany, Hannover : Schluetersche.
- Henke F. Formulierungshilfen zur Pflegeplanung: zentrale Pflegedokumentation nach ATL/A(B)EDL mit Hinweisen aus den Expertenstandards und den MDK-Richtlinien ; [mit Evaluationsbogen und Transparenzkriterien] / Friedhelm Henke. Pflegepraxis 2013. Germany, Stuttgart : Kohlhammer.
- Huhn S. Praxisheft Eraehrungsmanagement : was fordert der Expertenstandard? ; [Handreichungen zur Umsetzung des Expertenstandards 'Eraehrungsmanagement' in der pflegerischen Praxis] / Siegfried Huhn. 2009. Germany, Potsdam : DBfK Nordost.
- Masemann S, Messer B. 100 Tipps zur Umsetzung der Expertenstandards / Sandra Masemann ; Barbara Messer. Pflege leicht 2010. Germany, Hannover : Kunz [u.a.].
- Masemann S, Messer B. Standards fuer wahre Experten : wie ambulante Pflegekrafte mit Expertenstandards und Verfahrensanweisungen umgehen sollten / Sandra Masemann ; Barbara Messer. Der Paritaetische Oldenburg Ammerland. Pflege 2011. Germany, Hannover : Schlueter.
- Naumann B. Expertenstandards in der Pflege : ein Praxisleitfaden fuer Fuehrungskrafte und fuer Pflegekrafte an der Basis ; [jetzt mit Expertenstandard Eraehrungsmanagement] / Brigitte Naumann. 2009. Germany, Hamburg : Standard Systeme.
- Neumaier S. Die rechtliche Bedeutung von Expertenstandards in der Pflege / Stephan Neumaier. Koelner Schriften fuer das Gesundheitswesen ; 3 2009. Germany, Koeln : G-&-S-Verl.
- Pews B. Eraehrungsmanagement : Leitfaden fuer Pflegende zur Umsetzung des Expertenstandards / Barbara Pews. Pflegepraxis 2013. Germany, Stuttgart : Kohlhammer.
- Ralic N. Expertenstandards in der ambulanten Pflege : ein Handbuch fuer die Pflegepraxis / Nada Ralic. Pflegemanagement 2013. Germany, Stuttgart : Kohlhammer.
- Schluermann B. Umsetzung der Expertenstandards kompakt : so implementieren Sie die 7 Expertenstandards schnell und einfach in Ihre Pflegepraxis / [Autor: Birger Schluermann]. Qualitätsmanagement 2010. Germany, Bonn [u.a.] : PPM-Verl.

- Schmidt S. Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung / Simone Schmidt. 2009. Germany, Heidelberg : Springer.
- Schmidt S. Expertenstandards in der Pflege - eine Gebrauchsanleitung / Simone Schmidt. 2012. Germany, Berlin [u.a.] : Springer Medizin.
- Schories-Miller K, Faisst M. Menschen mit chronischen Wunden professionell pflegen : sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis / Katharina Schories-Miller ; Marcel Faisst. Fachkompetenz Pflege 2010. Germany, Landsberg am Lech : Mensch und Medien.
- Theuerkauf K. Zivilrechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege (Civil legal bindings on gold standards in nursing care). Medizinrecht 2010; 29(2): 72-77.
- Urban A. Vorlagen fuer die zeitsparende Erstellung von Pflegestandards : Absaugen, Dekubitus, Infusion, Injektion, Medikamentengabe, Stoma und 22 weitere Praxisfaelle ; alle Behandlungspflegerischen Massnahmen laut SGB V SECT. 37,2 inklusive aktueller MDK-Vorgaben und den wichtigsten Hygienevorschriften! / [Autorin: Annett Urban]. Pdl.konkret ambulant 2010. Germany, Bonn : Verl. Pro Pflege, Management.
- Wolke R. Umsetzung der gesundheitsoekonomischen Evaluation in der Pflege : Analyse von Kosten und Nutzen der Einfuehrung des Nationalen Expertenstandards "Foerderung der Harnkontinenz in der Pflege" / Reinhold Wolke. Gesundheit, Pflege, Soziale Arbeit ; [27] 2009. Germany, Lage : Jacobs Verl.

9 Anhang

9.1 Datenbanken

Die Suchstrategie ist in folgenden Datenbanken abgefragt:

Tabelle 8: Datenbanken

ME05	MEDLINE	NLM
INAHTA	Health Technology Assessment Database	2013 University of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
DAHTA	DAHTA-Datenbank	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
NHSEED	NHS Economic Evaluation Database	2013 University of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
CDAR94	Database of Abstracts of Reviews of Effects	2013 University of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
CDSR93	Cochrane Database of Systematic Reviews	The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
CCTR93	Cochrane Central Register of Controlled Trials	The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
EM05	EMBASE	2013 Elsevier B.V.
EA08	EMBASE Alert	2013 Elsevier B.V.
CB85	AMED	THE BRITISH LIBRARY 2012
BA05	BIOSIS Previews	Thomson Reuters
MK77	MEDIKAT	ZB MED
GA03	gms	gms
CV72	CAB Abstracts	CAB
AZ72	GLOBAL Health	CAB
II05	ISTPB + ISTP/ISSHP	Thomson Reuters
ED93	ETHMED	IDEM 2013
AR96	Deutsches Ärzteblatt	DAEB
IS05	SciSearch	Thomson Reuters
CC00	CCMED	ZBMED
IN05	Social SciSearch	Thomson Reuters
DD90	Derwent Drug File	Thomson Reuters
IA70	IPA	Thomson Reuters
PY81	PSYINDEX	ZPID 2013
CINAHL	CINAHL	CINAHL available with EBSCO host

9.2 Suchstrategie

Die Datenbankabfrage in den Superbase-Datenbanken inkl. HTA- und Cochrane-Datenbanken erfolgte am 22.07.2013. In Tabelle 9 findet sich die Suchstrategie für die 24 ausgewählten Datenbanken.

Tabelle 9: Suchstrategie in den Superbase-Datenbanken

	Nr	Hits	Suchformulierung
C=	1	53903850	ME05; INAHTA; DAHTA; NHSEED; CDAR94; CDSR93; CCTR93; EM05; EA08; CB85; BA05; MK77; GA03; CV72; AZ72; II05; ED93; AR96; IS05; CC00; IN05; DD90; IA70; PY81
S=	2	32	NETZWERK# F##R QUALIT##TSENTWICKLUNG? ? PFLEGE?.
	3	57	DNQP
	4	364	EXPERTENSTANDARD?
	5	425	EXPERTE? ?, STANDARD?.
	6	113	PFLEGESTANDARD?

Tabelle 9: Suchstrategie in den Superbase-Datenbanken – Fortsetzung

Nr	Hits	Suchformulierung
7	693	NATIONAL? AND (PFLEGE? ?, STANDARD?. OR KRANKENPFLEGE? , STANDARD?.)
8	84	LEITLINIE? ?, PFLEGE?.
9	1665	2 TO 8
10	370	NATIONAL AND (NURSING , STANDARD#)
11	40	NATIONAL AND (NURSING , EXPERT#)
12	15	NATIONAL AND (NURSING , GUIDELINE#)
13	55	NATIONAL AND EXPERT# STANDARD#
14	97	NURSING AND EXPERT# STANDARD#
15	503	10 TO 14
16	1869	9 OR 15
17	850	S=16 AND PY>=2009
18	757	check duplicates: unique in s=17

Die Datenbankabfrage in der CINAHL-Datenbank erfolgte am 26. Juli 2013. In Tabelle 10 findet sich die Suchstrategie.

Tabelle 10: Suchstrategie in der CINAHL-Datenbank

#	Abfrage	Eingrenzungen/ Erweiterungen	Letzte Ausführung über	Ergebnisse
S1	TI (((german* OR national*) AND (nurs* OR care*)) AND (standard* OR expert* OR guideline*) AND PY 2009-2013	Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Plus with Full Text	160

9.3 Nach Durchsicht im Volltext ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund

Tabelle 11: Ausgeschlossene Literatur

Quellen	Ausschlussgrund
Wilborn D, Grittner U, Dassen T, Kottner J. The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. Journal of Clinical Nursing 2010; 19(23-24): 3364-3371. Wolke R. Cost-benefit-analysis on the National Expert Standard "Urinary continence management in nursing" [German]. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2011; 16(1): 27-34.	A2 Duplikate
O. N. NCSBN raises passing standard for The National Nurse Aide Assessment Program (NNAAP) exam. Dakota Nurse Connection 2010; 8(4): 17.	A3 Studien ohne Bezug auf Deutschland
O. N. Call for more front line staff to join NICE expert guidelines groups... National Institute for Health and Care Excellence. Nursing Standard 2013; 27(44): 6. O. N. Lippincott Williams & Wilkins Supports National League of Nursing's Fair Testing Guidelines With PrepU, an Adaptive Quizzing Platform. Dimensions of Critical Care Nursing 2013; 32(2): 108-109.	A4 Andere Fragestellung (z. B. keine Untersuchung zur Veränderung der Versorgungsqualität nach Implementierung bzw. Anwendung der Expertenstandards)

Tabelle 11: Ausgeschlossene Literatur – Fortsetzung

<p>Arar NH, Noel PH, Leykum L, Zeber JE, Romero R, Parchman ML. Implementing quality improvement in small, autonomous primary care practices: implications for the patient-centred medical home. <i>Quality in primary care</i> 2011; 19(5): 289-300.</p> <p>Baeuerle D, Roes M. Expertenstandards/Oualitaetsniveaus. Widerspruch oder Ergaenzung? <i>Altenheim</i> 2009; 48(9): 40.</p> <p>Balzer K, Feuchtinger J, Tannen A, Kottner J. Dekubitusrisikoeinschaetzung nach dem aktuellen Expertenstandard. Die klinische Einschaetzung ist das Mass der Dinge [Assessing risk of decubitus ulcer using a current expert standard. <i>Clinical assessment is the standard procedure</i>]. <i>Pflege Zeitschrift</i> 2011; 64(3): 148-150.</p> <p>Bekemeier B. Nurses' utilization and perception of the community/public health nursing credential. <i>American journal of public health</i> 2009; 99(5): 944-949.</p> <p>Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE. Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. <i>Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality</i> 2010; 32(6): 9-17.</p> <p>Colby WH, Dahlin C, Lantos J, Carney J, Christopher M. The national consensus project for quality palliative care clinical practice guidelines domain 8: ethical and legal aspects of care. <i>HEC Forum</i> 2010; 22(2): 117-131.</p> <p>Disch J, Dreher M, Davidson P, Sinioris M, Wainio JA. The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. <i>The Journal of nursing administration</i> 2011; 41(4): 179-185.</p> <p>Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil I: Terminologische und methodologische Zugaenge [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part I: Terminological and methodological approaches]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> 2009; 23(3): 231-234.</p> <p>Dohrenbusch R. Symptom- und Beschwerdevalidierung chronifizierter Schmerzen in sozialmedizinischer Begutachtung. Teil II: Analyseebenen und Bewertungsvorschlaege [Symptom and complaint validation of chronic pain in social medical evaluation. Part II: Analysis levels and assessment recommendations]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> 2009; 23(3): 241-244.</p> <p>Ewers A, Nestler N, Pogatzki-Zahn E, Bauer Z, Richter H, Osterbrink J. Nichtmedikamentoesse Massnahmen in der Schmerztherapie. Anwendung in 25 deutschen Krankenhaeusern [Non-pharmacologic measures in pain therapy. Application in 25 German hospitals]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> 2011; 25(5): 516-521.</p> <p>Gnass I, Schuessler N, Osterbrink J. Die erste Aktualisierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege. Schmerzen adaequat behandeln [First update of the pain management expert standard in nursing. Adequately treating pain]. <i>Pflege Zeitschrift</i> 2012; 65(11): 648-651.</p> <p>Haslinger-Baumann E, Jukic-Puntigam M, Steininger A, Burns E. Transfer from theory into practice of an evidence-based practice guideline for skin care with urinary and fecal incontinence for acute hospitals and nursing homes [German]. <i>Pflegewissenschaft</i> 2011; 13(3): 182-188.</p> <p>Huebner U. Pflegeinformatik: Mehrwert fuer die Versorgung von Patienten. <i>Deutsches Aerzteblatt</i> 2010; 107(4): 134.</p> <p>Iris N, Matthias E, Wolfgang S. Impacts on nursing experts assessing the quality of nursing care institutions - Narrative interviews as an impulse for organizational and personnel developments [German]. <i>Pflegewissenschaft</i> 2013; 15(2): 87-103.</p> <p>Karnahl C, Schmid E. Expertenstandard Sturzprophylaxe: Bedeutung fuer die Paediatric [Expert standards for prevention of accidental falls: significance for pediatrics]. <i>Kinderkrankenschwester : Organ der Sektion Kinderkrankenpflege / Deutsche Gesellschaft fuer Sozialpaediatric und Deutsche Gesellschaft fuer Kinderheilkunde</i> 2009; 28(12): 514-519.</p>	
---	--

Tabelle 11: Ausgeschlossene Literatur – Fortsetzung

<p>Mendel S, Feuchtinger J. Domains in the clinical practice of Clinical Nursing Experts in Germany and their correspondence with the internationally described "Advanced Nursing Practice" [German]. <i>Pflege</i> 2009; 22(3): 208-216.</p> <p>Moehler M. Pflegediagnostik in Praxis und Ausbildung: Mit den Chancen verantwortlich umgehen [Nursing diagnosis in practice and education: dealing with chances responsibly]. <i>Pflege Zeitschrift</i> 2011; 64(6): 368-371.</p> <p>Schippers AD, Abderhalden C, Feuchtinger J, Schaepe C, Schori E, Welcher R. Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen "IzEP". <i>Pflegerische Organisation fuer Praxis, Management und Wissenschaft sichtbar machen</i> [Instrument to assess nursing care delivery systems "IzEP". Making nursing care systematically visible for practice, management and science]. <i>Pflege Zeitschrift</i> 2010; 63(1): 40-44.</p> <p>Schoberer D, Haas W, Schaffer S, Semlitsch B, Uhl C. Evidence-based guideline for fall prevention in hospitals and nursing homes [German]. <i>Pflegewissenschaft</i> 2010; 12(10): 529-535.</p> <p>Schuessler N, Osterbrink J. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Erste Aktualisierung [National standard for acute pain management in nursing. First update]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> 2012; 26(2): 206-207.</p> <p>Singh J, Ellenbogen K, Desai N, Mcalister F. ICDs, Guidelines, and National Registries: Opportunities to Enhance Quality of Patient Care. <i>Pacing & Clinical Electrophysiology</i> 2012; 35(3): 253-258.</p> <p>Stausberg J. Expertenstandard Dekubitus. <i>Medizin & Praxis:Spezial</i> 2012; (April Deku): 4.</p> <p>Tannen A. Siebter Expertenstandard: Ernaehrungsmanagement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernaehrung in der Pflege: Beduerfnis mit Genuss verbinden [7th expert standard: nutrition management for ensuring and promoting oral nutrition in nursing: combining need with enjoyment]. <i>Pflege Zeitschrift</i> 2009; 62(3): 138-141.</p> <p>Volkert D. Leitlinien und Standards zur Ernaehrung in der Geriatrie [Nutritional guidelines and standards in geriatrics]. <i>Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie</i> 2011; 44(2): 91-96.</p> <p>Watt-Watson J, Peter E, Clark AJ, Dewar A, Hadjistavropoulos T, Morley-Forster P, O'Leary C, Raman-Wilms L, Unruh A, Webber K, Campbell-Yeo M. The ethics of Canadian entry-to-practice pain competencies: how are we doing? <i>Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la societe canadienne pour le traitement de la douleur</i> 2013; 18(1): 25-32.</p>	
<p>Baker J, Swarbrick C, Campbell M, Playle J, Lovell K. A follow-up evaluation of the impact of the Chief Nursing Officer's review of mental health nursing in Mental Health Trusts and Universities in England: comparisons of two e-surveys. <i>Journal of advanced nursing</i> 2012; 68(3): 625-635.</p> <p>SchAEURfer D. Schmerzmanagement: Damit Schmerzen nicht chronisch werden.... Dagmar SchAEURfer über einen Expertenstandard, der die Therapie von Schmerzen verbessern soll. <i>Deutsche Hebammen-Zeitschrift</i> 2013; (6): 14.</p>	<p>A5 Andere Erkrankung bzw. anderer pflegerischer Schwerpunkt als in den Expertenstandards behandelt</p>
<p>O. N. Chronische Wunden. Teil 3. Die neue Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. <i>Altenpflege</i> 2009; 34(6): 9.</p> <p>O. N. Dekubitusprophylaxe, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards geht weiter. <i>Altenpflege</i> 2009; 34(8): 5.</p> <p>O. N. Expertenstandards: Zunaechst sind DNQP-Standards verbindlich. <i>Altenheim</i> 2009; 48(9): 13.</p> <p>O. N. MDK-Pruefung: Expertenstandard Ernaehrung wird integriert. <i>Altenheim</i> 2009; 48(7): 8.</p> <p>O. N. Qualitaetsmanagement. Expertenstandard: Arbeitshilfe zur Beratung und Risikoerhebung beim Kunden. <i>Haeusliche Pflege</i> 2009; 18(11): 42.</p>	<p>A7 Kongresspraesentationen, Poster, „Comments“, „Letters“ etc. (d. h. „Abstracts“, die keine eigentliche Studie im Hintergrund haben)</p>

Tabelle 11: Ausgeschlossene Literatur – Fortsetzung

<p>O. N. Stuerze: Kritik an Expertenstandard. Heim und Pflege 2009; 40(1): 5.</p> <p>O. N. Verfahrensweg zur Implementierung eines Expertenstandards. Rechtsdepesche fuer das Gesundheitswesen 2009; 6(3): 118.</p> <p>O. N. Altenpflege-Kolleg. Harninkontinenz, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(2): 5.</p> <p>O. N. Den Expertenstandard Ernaehrung umsetzen. Diaet + Information 2010; (3): 7.</p> <p>O. N. Die Zeichen richtig deuten: Der Expertenstandard "Ernaehrungsmanagement" stellt Pflegekraefte vor grosse Herausforderungen. Altenpflege 2010; 35(8): 26.</p> <p>O. N. Einrichtungsbeauftragte(r) fuer Expertenstandards. Medical special 2010; 13(3): 29.</p> <p>O. N. Entlassungsmanagement, Teil 1. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(7): 1.</p> <p>O. N. Entlassungsmanagement, Teil 2: Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(8): 29.</p> <p>O. N. Entlassungsmanagement. Teil 3. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(9): 9.</p> <p>O. N. Expertenstandard Sturzprophylaxe. Mangelnde Umsetzung. Heilberufe 2010; 62(2): 31.</p> <p>O. N. Expertenstandard. Entlassungsmanagement. Patienten gut geplant entlassen. Heilberufe 2010; 62(11): 26.</p> <p>O. N. Schmerzmanagement, Teil 1. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(4): 1.</p> <p>O. N. Schmerzmanagement, Teil 2. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(5): 5.</p> <p>O. N. Schmerzmanagement, Teil 3. Unsere Fernfortbildung zu den Nationalen Expertenstandards. Altenpflege 2010; 35(6): 9.</p> <p>O. N. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Unveraendert hohe Bereitschaft der Fachgesellschaften zur Entwicklung und Pflege von Leitlinien. Gesundheitsoekonomie & Qualitaetsmanagement 2012; 17(2): 66.</p> <p>O. N. Nachrichten/Pressemitteilungen. Entwicklung des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen" / Schuelerwettbewerb. Unterricht Pflege 2012; 17(1): 46.</p> <p>Berzlanovich A, Schoepfer J, Keil W. Schlusswort. zu dem Beitrag Todesfaelle bei Gurtfixierungen von Prof. Dr. med. Andrea M. Berzlanovich, Dr. med. Jutta Schoepfer, Prof. Dr. med. Wolfgang Keil in Heft 3/2012. Deutsches Aerzteblatt 2012; 109(20): 377.</p> <p>Boehme H. Praktiker fragen - Juristen antworten. Frage 110: Expertenstandards des DNQP - zur Bedeutungslosigkeit verurteilt? Pflege- & Krankenhausrecht 2009; 12(1): 27-28.</p> <p>Fischer D. Implementierung von Expertenstandards - Vorschlag einer praktischen Arbeitshilfe. Unterricht Pflege 2009; 14(2): 16.</p> <p>Fischer T. Experten arbeiten an Mammutwerk. Interdisziplinaeres Team entwickelt S3-Leitlinie fuer Schmerzassessment bei Pflegeheimbewohnern. Pflegezeitschrift 2011; 64(10): 582.</p> <p>German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA DIMDI). Which instruments are used to assess expert standards in the central risk areas of nursing? Are the determined results vulnerables and reliables? How are the sensitivity and the specificity of the instruments? Is the quality of nursing in the different settings optimised by the assessment? Which ethical, social and juridical aspects have to be considered? (Project record). German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA DIMDI) 2011.</p> <p>Kuckeland H. Expertenstandard als Unterrichtseinheit. Unterricht Pflege 2011; 16(2): 26.</p>	
--	--

Tabelle 11: Ausgeschlossene Literatur – Fortsetzung

<p>Moore C. Clinical nurse specialist evaluation tool supported with benchmarks and standards... 2011 National Association of Clinical Nurse Specialists National Conference Abstracts, Baltimore, Maryland, March 10 to 12. Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice 2011; 25(2): 92.</p> <p>Osterloh F. Entlassmanagement: "Nur durch staendigen Dialog hat sich manches veraendert". Deutsches Aerzteblatt 2013; 110(18): 858.</p> <p>Panfil EM. Expertenstandard "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden". Orthopaedie-Technik 2009; 60(11): 785.</p> <p>Sanchez H. Entlassungsmanagement in der Praxis. Umsetzung des aktualisierten Expertenstandards. Heilberufe 2009; 61(7): 26.</p> <p>Schmidt S. Gebrauchsanleitung fuer Expertenstandards - Probleme bei der Implementierung loesen. Heilberufe 2009; 61(9): 27.</p> <p>Schreier MM, Bartholomeyczik S. Der neue DNQP-Expertenstandard. Ernahrungsmangement zur Sicherstellung und Foerderung der oralen Ernahrung. Die Schwester, der Pfleger 2009; 48(3): 230.</p> <p>Stausberg J. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Wund-Management 2011; 5(1): 24.</p>	
---	--

9.4 Tabellenvorlagen

Tabelle 12: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar	
Basiert der Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?				
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?				
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?				
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?				
METAANALYSEN				
Wurde Publikationsbias beurteilt?				
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?				
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?				
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

Tabelle 13: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von RCT

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/-innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?				
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)				
VERGLEICHBARKEIT				
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?				
Waren die Studienteilnehmer/-innen verblindet?				
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?				
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?				
Erhielten alle Studiengruppen außer der zu untersuchenden Intervention identische Behandlungen?				
ENDPUNKTE				
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?				
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Tabelle 14: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Kohortenstudien

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
SELEKTION			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?			
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?			
VERGLEICHBARKEIT			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			

Tabelle 14: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Kohortenstudien – Fortsetzung

ENDPUNKTE				
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?				
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?				
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?				
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

Tabelle 15: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von qualitativen Studien

Kriterien zur Beurteilung von qualitativen Studien (Interviews, Fokusgruppen, Tagebücher, ethnographische Studien)	Ja	Nein	Unklar	
Gibt es eine klare Forschungsfrage bzw. ist diese in einen theoretischen Rahmen eingebettet?				
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?				
Erfolgte die Datenerhebung durch jene Methode, die für das Setting am geeignetsten ist?				
Ist die Art der Datenanalyse explizit und in Bezug zur Literatur dargestellt?				
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?				
Reflektiert die Studie vorhandene ethische Aspekte?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

Tabelle 16: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von ökonomischen Studien

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?			
Sind die Alternativen klar beschrieben?			
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?			
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?			
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?			
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?			
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?			
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?			
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?			

Tabelle 16: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von ökonomischen Studien – Fortsetzung

Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?			
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?			
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
Kommentare			Unklar*

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quellen: Shemilt, Mugford 2009, Evers, Goossens et al. 2005; GÖG

Tabelle 17: Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Literatursuche	Datenbanken: Suchzeitraum: Auswertungszeitraum:
Selektionskriterien	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Interventionen/Maßnahmen	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Schlussfolgerungen	
Kommentare	

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG

Tabelle 18: Evidenztabelle für Primärstudien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Studiendauer, Follow-up	
Studiengröße	
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Charakteristika der Studienpopulation	
Intervention/Maßnahme	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe:
Endpunkte	
Ergebnisse	
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

Quelle: GÖG

Tabelle 19: Evidenztabelle für ökonomische Studien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land/Währung und Jahr, auf das sich Währung bezieht	
Studiendesign	
Studiengröße	
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Intervention/Maßnahme	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe:
Perspektive	Z. B. Gesundheitssystem, Kostenträger, Gesellschaft
Endpunkte	
Herangezogene Datenquellen	Datenquellen für Effektivitätsdaten: Datenquellen für Kostendaten:
Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten	Z. B. Berechnung und Bewertung der Gesundheitseffekte, Zeithorizont, Berechnung der Kosten, Modellierung, wenn angewendet (Modelltyp, Beschreibung der wichtigsten Komponenten)
Ergebnisse	Gesundheitseffekte, Kosten, Synthese von Effekten und Kosten (z. B. inkrementelles Kosten-Effektivitätsverhältnis), Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

Quelle: GÖG

9.5 Evidenztabelle und Tabellen zur Beurteilung der internen Validität

Tabelle 20: Evidenztabelle für Wilborn et al. 2010 (a)

Titel	The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis
Journal	Journal of Clinical Nursing, 19; 3364-3371
Autor/Autoren	Wilborn D, Grittner U, Dassen T, Kottner J
Fragestellung	Analyse von deutschen Pflegeheimen und Kliniken hinsichtlich der Dekubitusprävalenz bei Anwendung des Expertenstandards als Basis zur Entwicklung des haus-eigenen Dekubitusprophylaxestandards versus andere Quellen
Land, Setting	Deutschland; deutsche Pflegeheime und Kliniken
Studiendesign	Prävalenzdatenerhebung, retrospektive Kohortenstudie
Studiendauer, Follow-up	Datenauswertung aus den Jahren 2004 und 2005
Studiengröße	76 Kliniken und 68 Pflegeheime (insg. 144 Einrichtungen). Um Dopplungseffekte zu vermeiden, wurden Daten der Zweiteilnahme von Einrichtungen (42) nicht mit berücksichtigt: 102 Einrichtungen (49 Pflegeheime und 53 Kliniken) mit 14.832 Bewohnern bzw. Patienten
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Pflegeheime mit mehr als 50 Bewohnern Kliniken mit mehr als 100 Patienten Informierte Zustimmung der Patienten und Bewohner/-innen Ausschlusskriterien: K. A.

Tabelle 20: Evidenztable für Wilborn et al. 2010 (a) – Fortsetzung

Charakteristika der Studienpopulation	Summe	2004	2005																												
	Teilnehmende(Bewohner und Patienten)	14.832	10.805	4.027																											
Kliniken (Expertenstandard DNQP basiert)	53 (41,5 % = 22)	39 (30,8 %)	14 (71,4 %)																												
Pflegeheime (Expertenstandard DNQP basiert)	49 (38,8 % = 19))	29 (24,1 %)	20 (60 %)																												
	Durchschnitt (Mittelwert; Intervall)	Grundgesamtheit																													
Anzahl an Teilnehmenden pro Klinik/Pflegeheim	145,4 (112 ; 1-741)	14.832																													
Alter	70,5 (74 ; 18-105)	14.718																													
BMI	25,7 (24,8; 9,1-78,1)	14.333																													
Braden Score	19,1 (21,0; 6-23)	13.757																													
	Prozent	Grundgesamtheit																													
Männer	36,8 %	14.623																													
Anzahl risikogefährdete Teilnehmende (Braden Score ≤ 20)	46,7 % (= 6.815 risikogefährdete Teilnehmer)	14.593																													
Dekubitusgrad 1	4,7 %	14.832																													
Intervention/Maßnahme	<p>Verwendung eines standardisierten Erhebungsbogens (Inhalt: Häufigkeit und Ausprägung, Patientencharakteristika, durchgeführte Pflegemaßnahmen). Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala. Die Prävalenz wurde definiert als der prozentuale Anteil von dekubitusgefährdeten Bewohnern/Patienten mit mind. einem Dekubitus inkl. Grad 1 bei der Untersuchung.</p> <p>Interventionsgruppe: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß Expertenstandard entwickelt haben</p> <p>Kontrollgruppe: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben.</p>																														
Endpunkte	<p>Strukturkriterien (Führen einer zentralen Dekubitusstatistik, Bereitstellen von Dekubituspräventionsstandards)</p> <p>Nutzung welcher Quellen bei der Entwicklung des hauseigenen Dekubitusstandards (Nationale Expertenstandards oder andere Quellen)</p> <p>Auftreten eines Dekubitus (European Pressure Ulcer Advisory Panel zur Klassifikation der Dekubitusgrade)</p>																														
Ergebnisse	<p>Multivariates logistisches Regressionsmodell: Dekubitus (exkl. Dekubitusgrad 1)*</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modell</th> <th>OR (95 % CI); n = 13.585</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fixed Part: Constant</td> <td>0,03 (0,02-0,04); p < 0,001</td> </tr> <tr> <td>Pflegeheime/Kliniken mit Expertenstandard</td> <td>1,14 (0,90-1,44)</td> </tr> <tr> <td>Pflegeheime/Kliniken mit anderen Quellen</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kliniken</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Interne</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pflege</td> <td>1,48 (1,14-1,92); p < 0,01</td> </tr> <tr> <td>Intensiv</td> <td>1,22 (0,87-1,72)</td> </tr> <tr> <td>Neurologie</td> <td>0,83 (0,50-1,38)</td> </tr> <tr> <td>Urologie/Gynäkologie</td> <td>1,01 (0,55-1,84)</td> </tr> <tr> <td>Psychiatrie</td> <td>0,47 (0,14-1,59)</td> </tr> <tr> <td>Geriatric</td> <td>1,55 (1,04-2,30); p < 0,05</td> </tr> <tr> <td>Andere</td> <td>1,27 (0,83-1,95)</td> </tr> <tr> <td>Pflegeheime</td> <td>0,53 (0,40-0,70); p < 0,001</td> </tr> </tbody> </table>			Modell	OR (95 % CI); n = 13.585	Fixed Part: Constant	0,03 (0,02-0,04); p < 0,001	Pflegeheime/Kliniken mit Expertenstandard	1,14 (0,90-1,44)	Pflegeheime/Kliniken mit anderen Quellen	1	Kliniken		Interne	1	Pflege	1,48 (1,14-1,92); p < 0,01	Intensiv	1,22 (0,87-1,72)	Neurologie	0,83 (0,50-1,38)	Urologie/Gynäkologie	1,01 (0,55-1,84)	Psychiatrie	0,47 (0,14-1,59)	Geriatric	1,55 (1,04-2,30); p < 0,05	Andere	1,27 (0,83-1,95)	Pflegeheime	0,53 (0,40-0,70); p < 0,001
Modell	OR (95 % CI); n = 13.585																														
Fixed Part: Constant	0,03 (0,02-0,04); p < 0,001																														
Pflegeheime/Kliniken mit Expertenstandard	1,14 (0,90-1,44)																														
Pflegeheime/Kliniken mit anderen Quellen	1																														
Kliniken																															
Interne	1																														
Pflege	1,48 (1,14-1,92); p < 0,01																														
Intensiv	1,22 (0,87-1,72)																														
Neurologie	0,83 (0,50-1,38)																														
Urologie/Gynäkologie	1,01 (0,55-1,84)																														
Psychiatrie	0,47 (0,14-1,59)																														
Geriatric	1,55 (1,04-2,30); p < 0,05																														
Andere	1,27 (0,83-1,95)																														
Pflegeheime	0,53 (0,40-0,70); p < 0,001																														

Tabelle 20: Evidenztafel für Wilborn et al. 2010 (a) – Fortsetzung

Ergebnisse Fortsetzung	Individuelle Variablen	
	Alter	1,01 (0,999-1,014)
	Alter 2	0,9997 (0,9994-0,99998); p < 0,05
	Braden Score	0,75 (0,72-0,78); p < 0,001
	Braden Score 2	0,992 (0,988-0,996); p < 0,001
	Random part	
	Varianz der Einrichtungen (beta, SE)	0,08 (0,04); p < 0,05
	ICC	0,02
	-2LL	-13.302,0
	*aufgrund der hohen Anzahl an Messfehlern bei Dekubitusgrad 1, wurde ein multivariates logistisches Regressionsmodell berechnet (Dekubitusgrade 2, 3,4)	
	Deskriptive Beschreibung Dekubitusprävalenz gesamt (Kliniken und Pflegeheime): Keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen Bei älteren Patienten und Bewohnern höhere Dekubitusprävalenz als bei jüngeren Studienteilnehmenden. In den Klinikabteilungen Intensivbehandlung und Geriatrie sind die höchsten Dekubitusprävalenzen zu verzeichnen. Dekubitusprävalenz mit Dekubitusgrad 1 ist in Intervention- höher als in Kontrollgruppe Dekubitusprävalenz ist 2005 höher als 2004.	
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch	
Limitationen	<p>Teilnahme an der Studie war freiwillig (möglicherweise beteiligten sich jene Einrichtungen, die in ihren Qualitätsentwicklungen schon fortgeschritten sind)</p> <p>Einteilung in die Studiengruppen erfolgte nach Selbstauskunft der Einrichtungen, daher konnte nicht überprüft werden, ob die „anderen Quellen“, die zur Entwicklung der internen Verfahrensregelungen genutzt wurden, nicht ebenfalls zentrale Aussagen des Nationalen Expertenstandards enthielten. Die Inhalte der einzelnen Standards können sehr unterschiedlich sein.</p> <p>Nicht bekannt, in welchem Umfang der Expertenstandard eingesetzt wurde bzw. als Grundlage herangezogen wurde (z. B. unklar ob Prozess-, Struktur- und oder Ergebniskriterien verwendet wurden)</p> <p>Nicht untersucht, inwieweit die Mitarbeiter die Expertenstandards bzw. andere Quellen umsetzten. Die tägliche Umsetzung im Pflegealltag ist nicht garantiert oder geschieht unkontrolliert.</p> <p>Möglicher Selektionsbias durch nicht randomisiertes Studiendesign.</p>	
Sponsoren	K. A.	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	<p>Anhand der Dekubitusprävalenzen kann keine deutliche Überlegenheit des Expertenstandards gegenüber anderen Quellen als Grundlage für hausinterne Standards gezeigt werden.</p> <p>Es existieren unklare und z. T. unerwartete Zusammenhänge, sodass die alleinige Frage nach der Existenz und dem Inhalt der Standards nicht ausreicht, um die Wirksamkeit des Expertenstandards zu belegen.</p> <p>Verankerung der Dekubituspräventionsstandards sollte überprüft werden, z. B. durch geplante Implementierungsstrategien in den Einrichtungen mit Hilfe von Pflegeexperten, regelmäßige interne Evaluierung in den Einrichtungen hinsichtlich der Umsetzung im Rahmen von Pflegevisiten, Fallbesprechungen oder mit dem Audit-Instrument des DNQP</p> <p>Messbare Umsetzungskriterien schaffen, z. B. regelmäßige Aktualisierung der Standards, Führen einer zentralen Dekubitusstatistik, Angebot von Informationsbroschüren für Bewohner/Patienten/Angehörige.</p>	
Kommentare	<p>Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.</p> <p>Ab 2006 gaben alle teilnehmenden Institutionen an, dass ihre internen Verfahrensanweisungen auf dem Expertenstandard aufbauen.</p>	

BMI = Body Mass Index. CI = Konfidenzintervall. DNQP = Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. ICC = intraclass correlation coefficient. K. A. = Keine Angabe. MW = Mittelwert. OR = Odds ratio. SD = Standardabweichung. SE = Standard Error (Standardfehler). p = Signifikanzwert.

Quelle: GÖG

Tabelle 21: Evidenztable für Wilborn et al. 2010 (b)

Titel	Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken - Welche Rolle spielt der Nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege? [Pressure ulcer prevalence in German nursing homes and hospitals: what role does the National Nursing Expert Standard Prevention of Pressure Ulcer play?]				
Journal	Gesundheitswesen 2010; 72: 240-245				
Autor/Autoren	Wilborn D, Halfens R, Dassen T, Tannen A				
Fragestellung	Wie hoch ist die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe von Einrichtungen, die den Expertenstandard als Basis zur Entwicklung des hauseigenen Dekubitusprophylaxestandards verwendet haben gegenüber Einrichtungen, die dazu andere Quellen heranzogen?				
Land, Setting	Deutschland; deutsche Pflegeheime und Kliniken				
Studiendesign	Prävalenzdatenerhebung, retrospektive Kohortenstudie				
Studiendauer, Follow-up	Datenauswertung aus den Jahren 2004 und 2005				
Studiengröße	Subanalyse zu Wilborn (a): Insgesamt 95 Einrichtungen: 46 Pflegeheime und 49 Kliniken mit insgesamt 6.734 dekubitusgefährdeten Patienten. Um Dopplungseffekte zu vermeiden, wurden Daten der Zweiteilnahme von Einrichtungen nicht mit berücksichtigt.				
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Pflegeheime mit mehr als 50 Bewohnern Kliniken mit mehr als 100 Patienten Informierte Zustimmung der Patienten und Bewohner Ausschlusskriterien: K. A.				
Charakteristika der Studienpopulation		Alter MW (SD)	Anteil Frauen in %	Risikogruppe Anteil in %	Braden- Wert MW (SD)
	Pflegeheime				
	Mit Expertenstandard	83,4 (± 10,9)	78,7	66,8	15,3 (± 3,4)
	Andere Quellen	83,7 (± 10,5)	82,1	63,9	15,3 (± 3,5)
		p = 0,574	p = 0,029	p = 0,053	p = 0,772
	Kliniken				
	Mit Expertenstandard	70,4 (± 16,7)	58,9	44,0	16,0 (± 3,5)
	Andere Quellen	71,5 (± 15,6)	60,6	42,0	16,1 (± 3,5)
	p = 0,031	p = 0,280	p = 0,054	p = 0,212	
Intervention/Maßnahme	Verwendung eines standardisierten Erhebungsbogens (Inhalt: Häufigkeit und Ausprägung, Patientencharakteristika, durchgeführte Pflegemaßnahmen). Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala. Die Prävalenz wurde definiert als der prozentuale Anteil von dekubitusgefährdeten Bewohnern/Patienten mit mind. einem Dekubitus inkl. Grad 1 bei der Untersuchung. Interventionsgruppe: Einrichtungen, die ihre internen Verfahrensanweisungen gemäß Expertenstandard entwickelt haben Kontrollgruppe: Einrichtungen, die sich bei der Entwicklung auf andere Quellen bezogen haben.				
Endpunkte	Strukturkriterien (Führen einer zentralen Dekubitusstatistik, Bereitstellen von Dekubituspräventionsstandards) Nutzung welcher Quellen bei der Entwicklung des hauseigenen Dekubitusstandards (Nationale Expertenstandards oder andere Quellen) Auftreten eines Dekubitus (European Pressure Ulcer Advisory Panel zur Klassifikation der Dekubitusgrade)				
Ergebnisse	Verbreitung von hauseigenen Dekubitusprophylaxestandards und Expertenstandards (DNQP) (Anzahl n, Prozent %)				

Tabelle 21: Evidenztafel für Wilborn et al. 2010 (b) – Fortsetzung

Ergebnisse Fortsetzung	Hausinterne Verfahrensregelung vorhanden			Keine hausinterne Verfahrensregelung vorhanden	Gesamt
	DNQP-basiert	Andere Quellen	Gesamt		
Pflegeheime	18 (39,1 %)	28 (60,9 %)	46 (100 %)	2	48
Kliniken	21 (42,8 %)	28 (57,2 %)	49 (100 %)	2	51
Gesamt	39 (41,1 %)	56 (58,9 %)	95 (100 %)	4	99
<p>Dekubitusprävalenz in den Pflegeheimen = 9 % Von den 46 Pflegeheimen lagen 27 Heime unter 9 % Prävalenz und 19 Heime darüber. Von den 27 Heimen unter 9 % Prävalenz, hatten neun Heime bei der Entwicklung des hauseigenen Standards den Expertenstandard genutzt. Von den 19 Heimen über 9 % Prävalenz, hatten neun Heime den Expertenstandard als Basis ihrer hauseigenen Verfahrensregelung genutzt. Vier Heime hatten eine Prävalenz von 0 %, drei davon hatten andere Quellen als Grundlage zur Entwicklung ihrer hauseigenen Verfahrensregelung verwendet. Auffallend waren acht Heime mit einer ununterbrochenen Reihenfolge mit niedrigen Prävalenzen unterhalb 9 % Die Unterschiede im Ranking waren nicht signifikant ($p = 0,146$). Dekubitusprävalenz in den Kliniken = 19,4 % Von den 49 Kliniken lagen 27 Häuser unter 19,4 % Prävalenz und 22 Häuser darüber. Von den 27 Häusern unter 19,4 % Prävalenz, hatten zehn Häuser bei der Entwicklung des hauseigenen Standards den Expertenstandard genutzt. Von den 22 Häusern über 19,4 % Prävalenz, hatten zwölf Häuser den Expertenstandard als Basis ihres hauseigenen Standards genutzt. Zwölf Häuser zeigten eine ununterbrochene Reihenfolge unterhalb und fünf Häuser oberhalb der Prävalenz von 19,4 %, die andere Quellen für die Standardentwicklung benutzten. Die anderen Häuser mit und ohne Expertenstandard wechselten sich in der Reihenfolge der Dekubitusprävalenz ab. Die Unterschiede im Ranking waren nicht signifikant ($p = 0,531$).</p>					
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch				
Limitationen	<p>Teilnahme an der Studie war freiwillig (möglicherweise beteiligten sich jene Einrichtungen, die in ihren Qualitätsentwicklungen schon fortgeschritten sind) Einteilung in die Studiengruppen erfolgte nach Selbstauskunft der Einrichtungen, daher konnte nicht überprüft werden, ob die „anderen Quellen“, die zur Entwicklung der internen Verfahrensregelungen genutzt wurden, nicht ebenfalls zentrale Aussagen des Nationalen Expertenstandards enthielten. Die Inhalte der einzelnen Standards können sehr unterschiedlich sein. Nicht bekannt, in welchem Umfang die Expertenstandards eingesetzt wurde bzw. als Grundlage herangezogen wurde (z. B. unklar ob Prozess-, Struktur- und oder Ergebniskriterien verwendet wurden) Nicht untersucht, inwieweit die Mitarbeiter die Expertenstandards bzw. andere Quellen umsetzten. Die tägliche Umsetzung im Pflegealltag ist nicht garantiert oder geschieht unkontrolliert.</p>				
Sponsoren	K. A.				
Schlussfolgerungen der Studienautoren	<p>Anhand der Dekubitusprävalenzen kann keine deutliche Überlegenheit des Expertenstandards gegenüber anderen Quellen als Grundlage für hausinterne Standards gezeigt werden. Es existieren unklare und z.T. unerwartete Zusammenhänge, sodass die alleinige Frage nach der Existenz und dem Inhalt der Standards nicht ausreicht, um die Wirksamkeit des Expertenstandards zu belegen. Verankerung der Dekubituspräventionsstandards sollte überprüft werden, z. B. durch geplante Implementierungsstrategien in den Einrichtungen mit Hilfe von Pflegeexperten, regelmäßige interne Evaluierung in den Einrichtungen hinsichtlich der Umsetzung im Rahmen von Pflegevisiten, Fallbesprechungen oder mit dem Audit-Instrument des DNQP Messbare Umsetzungskriterien schaffen, z. B. regelmäßige Aktualisierung der Standards, Führen einer zentralen Dekubitusstatistik, Angebot von Informationsbroschüren für Bewohner/Patienten/Angehörige.</p>				
Kommentare	Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.				

DNQP = Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. K. A. = Keine Angabe. MW = Mittelwert. SD = Standardabweichung. p = Signifikanzwert. z. B. = zum Beispiel.

Quelle: GÖG

Tabelle 22: Evidenztable für Wilborn et al. 2010 (c)

Titel	Pressure Ulcer Prevention in German Healthcare Facilities. Adherence to National Expert Standard?						
Journal	J Nurs Care Qual. Vol. 25, No. 2, pp 151-159						
Autor/Autoren	Wilborn D, Dassen T						
Fragestellung	Unterschiede bei Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zwischen Einrichtungen, die den Expertenstandard als Basis zur Entwicklung des hauseigenen Dekubitusprophylaxestandards verwendet haben gegenüber Einrichtungen, die dazu andere Quellen verwendet haben						
Land, Setting	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
Studiendesign	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
Studiendauer, Follow-up	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
Studiengröße	Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Einziger Unterschied ist, dass in dieser Auswertung von 6.816 dekubitusgefährdeten Patienten bzw. Einwohnern ausgegangen wird.						
Auswahlkriterien der Population	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
Charakteristika der Studienpopulation	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
Intervention/Maßnahme	Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Zusätzlich werden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe erhoben (Verwendung von Matratzen, Auflagen, Positionierung etc.).						
Endpunkte	Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Zusätzlich werden Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe erhoben und verglichen.						
Ergebnisse	Siehe Wilborn et al. 2010 (a)						
	n = 6.816	Pflegeeinrichtungen			Kliniken		
		DNQP-basiert	Andere Quellen	OR (95 % CI)	DNQP-basiert	Andere Quellen	OR (95 % CI)
	Luftmatratze mit wechselnden Druck	23,1	20,8	0,8 (0,7-1,0)	5,6	9,2*	1,7 (1,3-2,1)
	Luftmatratze ohne wechselnden Druck	1,2	1,0	0,8 (0,4-1,8)	1,5	0,5*	0,3 (0,1-0,6)
	Schaumstoffmatratze	22,2	19,7	0,8 (0,7-1,0)	17,3	20,0*	1,2 (1,0-1,4)
	Andere	2,1	4,2*	2,0 (1,2-3,3)	6,7	3,7*	0,5 (0,4-0,7)
	Keine Auflage, keine Matratze	51,4	54,4	1,1 (0,9-1,3)	69,1	66,7	0,8 (0,7-1,0)
	Nicht empfohlene Interventionen						
	90° Positionierung	0,6	4,2*	6,4 (2,7-14,9)	6,7	6,4	0,9 (0,7-1,2)
	Massage	0,9	3,8*	3,8 (1,8-7,7)	3,9	6,2*	1,6 (1,2-2,3)
	Empfohlene Interventionen						
	Positionierung	30,4	26,0*	0,7 (0,6-0,8)	32,1	25,1*	0,7 (0,6-0,8)
	135° Positionierung	0,0	2,0*	0,6 (0,5-0,6)	0,8	1,0	0,9 (0,6-1,2)
	30° Positionierung	29,8	31,5	0,9 (0,8-1,1)	26,8	23,7	0,8 (0,7-1,0)
	Keine Positionierung möglich	3,2	2,5	0,6 (0,4-1,1)	2,7	4,2*	1,5 (1,0-2,3)
	Mobilisation	75,3	73,6*	0,7 (0,6-0,8)	72,0	71,7	1,0 (0,9-1,1)
	Hautpflege (Reibung)	59,2	58,2*	0,8 (0,7-0,9)	64,7	72,3*	1,3 (1,1-1,4)
	Regelm. Hautuntersuchung	94,9	94,4*	0,6 (0,4-0,7)	82,8	86,8*	1,1 (1,0-1,3)
	Aufklärung Patient/Bewohner	32,7	35,5	1,0 (0,8-1,2)	45,1	52,5*	1,3 (1,1-1,4)
Aufklärung Angehörige	27,9	25,4*	0,8 (0,6-0,9)	14,1	17,8*	1,3 (1,1-1,6)	

Tabelle 22: Evidenztable für Wilborn et al. 2010 (c) – Fortsetzung

Ergebnisse <i>Fortsetzung</i>	Behandlung/ Prävention von Fehlernährung und Flüssigkeitsmangel	66,4	73,4	1,0 (0,9- 1,2)	41,9	51,5*	1,4 (1,2- 1,6)
	Vermeidung von Reibung	17,7	16,8	0,8 (0,6- 1,0)	17,2	24,3*	1,5 (1,2- 1,8)
	Andere Interventionen	3,8	7,5*	1,9 (1,3- 2,8)	3,2	1,5*	0,4 (0,2- 0,7)
	*p ≤ 0,05						
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch						
Limitationen	Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Nicht alle möglichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe konnten untersucht werden.						
Sponsoren	Teilnehmende Gesundheitseinrichtungen zahlten Gebühr pro Studienteilnehmer/-innen für die Prävalenzdatenerhebung.						
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Siehe Wilborn et al. 2010 (a) Nicht empfohlene Interventionen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Praxis angewandt. Diverse Wissensquellen (z. B. Bücher) sollten auf Aktualität überprüft werden.						
Kommentare	Höhere Anzahl an Studienteilnehmern im Vergleich zu Wilborn et al. 2010						

CI = Konfidenzintervall. DNQP = Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. n = Anzahl. OR = Odds Ratio. p = Signifikanzwert. z. B. = zum Beispiel.

Quelle: GÖG

Tabelle 23: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wilborn et al. 2010 (a, b, c)

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
SELEKTION			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	X (selbe Zeitperiode)	X (Population)∇	
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	X		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?		X»	
VERGLEICHBARKEIT			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	X		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	X□		
ENDPUNKTE			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	X		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?			X (Keine Angabe)
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	X (Angabe in Wilborn a)	X (Wilborn b und c)	
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?			X≈
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	X•		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	X		
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
			X
			Unklar*

Tabelle 23: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wilborn et al. 2010 (a, b,c) – Fortsetzung

Kommentare

▽ Teilnahme an der Studie war freiwillig; Einteilung in die Studiengruppen erfolgte nach Selbstauskunft der Einrichtungen.

» Die „anderen Quellen“, die zur Entwicklung der internen Verfahrensregelungen genutzt wurden, konnten nicht überprüft und somit Überschneidungen mit zentralen Aussagen des Nationalen Expertenstandards nicht ausgeschlossen werden. Es wurde nicht untersucht, in welchem Umfang der Expertenstandard in den Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen tatsächlich umgesetzt bzw. als Grundlage herangezogen wurde. Der Erhebungsbogen wurde für die Patienten bzw. Bewohner von geschulten Pflegekräften ausgefüllt.

□ Es werden Patienten aus Kliniken und Bewohner von Pflegeeinrichtungen eingeschlossen. Innerhalb des einzelnen Settings (Klinik oder Pflegeeinrichtung) ist die Verteilung der prognostischen Faktoren ähnlich (Subgruppen). Bei Vergleich von Klinik versus Pflegeeinrichtung sind Unterschiede zu erkennen (hinsichtlich Alter, Frauenanteil, Braden-Score). Bei Institutionen, die den Expertenstandard als Basis zur Entwicklung des haus-eigenen Dekubitusprophylaxestandards verwendet haben gegenüber Einrichtungen, die dazu andere Quellen verwendet haben, liegen keine signifikanten Unterschiede bei Charakteristika der Studienpopulation vor.

≈ es erfolgte eine retrospektive Untersuchung der Jahre 2004 und 2005, da alle teilnehmenden Institutionen ab 2006 den Expertenstandard als Quelle für ihre internen Verfahrensanweisungen herangezogen haben; keine detaillierten Angaben zur Aufenthaltsdauer der Patienten in den Kliniken bzw. Bewohner in den Pflegeheimen

• Um Dopplungseffekte zu vermeiden, wurden Daten der Zweiteilnahme von 43 Einrichtungen nicht mit berücksichtigt.

Bei den Subanalysen Wilborn (b) und Wilborn (c) unterscheidet sich die Anzahl der einbezogenen Studienteilnehmer, bei denen ein Risiko bzgl. Dekubitus vorliegt.

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

Tabelle 24: Evidenztabelle für Wolke (2007)

Titel	Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege – Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer Stationären (Langzeit-) Pflegeeinrichtung
Journal	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
Autor/Autoren	Wolke R, Hennings D, Scheu P
Fragestellung	Was ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Einführung des Nationalen Expertenstandard (NES) Dekubitusprophylaxe?
Land/Währung und Jahr auf das sich Währung bezieht	Deutschland/€/2006/7
Studiendesign	Kosten-Nutzen-Analyse
Studiengröße	Bewohner/innen einer stationären (Langzeit-) Pflegeeinrichtung mit 78 vollstationären Pflegeplätzen
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Bewohner der Referenzeinrichtung Ausschlusskriterien: -
Intervention/Maßnahme	Einführung des NES Dekubitusprophylaxe
Perspektive	Pflegeeinrichtung
Endpunkte	Kosten der Implementierung: Fachliteratur (NES) 1. Kick-off-Veranstaltung Personalfortbildung Treffen der Arbeitsgruppe Zeitaufwand für die interne Prozessbegleitung 2. Kick-off-Veranstaltung Praktische Umsetzung (nicht berücksichtigt, da innerhalb der Dienstzeit) Durchführung der Audits, Auswertung der Ergebnisse Besprechung der Audit-Ergebnisse, Planung der Abschlussveranstaltung Abschlussveranstaltung Druckreduzierende Hilfsmittel Indirekte Kosten: fallen nicht an Intangible Kosten (Schmerz, Mobilitätseinschränkung) finden keine Berücksichtigung Nutzen (Ersparnisse durch die Implementierung): Positionswechsel für Betroffene mit Grad 1 bis 4 Verbandswechsel Einsatz Spezialmatratze

Tabelle 24: Evidenztable für Wolke (2007) – Fortsetzung

Endpunkte <i>Fortsetzung</i>	Weitere druckreduzierende Hilfsmittel Arztbesuche, Begleitung bei der Visite Krankenhausaufenthalt Nutzen für zusätzliche Maßnahmen bei MRSA Schadenersatz Personalfortbildung Indirekter Nutzen (Produktivitätsgewinn durch positives Image): nicht berücksichtigt Intangibler Nutzen (Zufriedenheit etc. der Bewohner und Mitarbeiter): nicht berücksichtigt Endpunkte: Kosten – Ersparnisse durch 100%ige, 50%ige und 25%ige Reduktion der Dekubitusrate Nutzenschwelle (Prozentsatz um den die Dekubitusrate sinken muss, damit die Einführung des Expertenstandards wirtschaftlich sinnvoll ist)
Herangezogene Datenquellen	Retrospektive Erhebung in einer Referenzeinrichtung (vorliegende Statistiken, Beurteilung der Beteiligten oder Experten, Routinedaten) Routinedaten des Statistischen Bundesamts Studien zur Dekubitusprävalenz in Deutschland
Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten	Ist-Kosten- und Opportunitätskosten-Analyse
Ergebnisse	<p>Gesamtkosten der Implementierung: 34.419,00 € (undiskontiert) bzw. 34.361,41 € (diskontiert)</p> <p>Fachliteratur (NES): 170 €</p> <p>1. Kick-off-Veranstaltung: 1.023 €</p> <p>Personalfortbildung: 17.190 €</p> <p>Treffen der Arbeitsgruppe: 3.060 €</p> <p>Zeitaufwand für die interne Prozessbegleitung: 2.760 €</p> <p>2. Kick-off-Veranstaltung: 653 €</p> <p>Praktische Umsetzung (nicht berücksichtigt, da innerhalb der Dienstzeit): 0 €</p> <p>Durchführung der Audits, Auswertung der Ergebnisse: 1.500 €</p> <p>Besprechung der Audit-Ergebnisse, Planung der Abschlussveranstaltung: 905 €</p> <p>Abschlussveranstaltung: 1.098 €</p> <p>Druckreduzierende Hilfsmittel: 6.060 €</p> <p>Gesamtnutzen (Ersparnisse durch die Implementierung): 100%ige Dekubitusreduktion: 136.333,00 € (undiskontiert) bzw. 129.790,09 € (diskontiert) 50%ige Dekubitusreduktion: 64.895,05 € (diskontiert) 25%ige Dekubitusreduktion: 32.447,52 € (diskontiert)</p> <p>Positionswechsel für Betroffene mit Grad 1 bis 4: 102.374 €</p> <p>Verbandswechsel: 18,036 €</p> <p>Einsatz Spezialmatratze: 1.800 €</p> <p>Weitere druckreduzierende Hilfsmittel: 1.300 €</p> <p>Arztbesuche, Begleitung bei der Visite: 19.906 €</p> <p>Krankenhausaufenthalt: 117 €</p> <p>Nutzen für zusätzliche Maßnahmen bei MRSA: 0 €</p> <p>Schadenersatz: 2.000 €</p> <p>Personalfortbildung: 8.800 €</p> <p>Kosten – Ersparnisse (diskontiert) durch: 100%ige Reduktion der Dekubitusrate: 95.428,68 € 50%ige Reduktion der Dekubitusrate: 30.533,65 € 25%ige Reduktion der Dekubitusrate: -1.913,89 €</p> <p>Nutzenschwelle: 26,48 %</p>

Tabelle 24: Evidenztable für Wolke (2007) – Fortsetzung

Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	Intangibler Nutzen wurde nicht berücksichtigt Keine Beschreibung der tatsächlichen Studienpopulation (Bewohner der Referenzeinrichtung) Kein Vergleich mit einer Kontrolleinrichtung Auswahl der Referenzeinrichtung nicht zufällig Retrospektive Datenerhebung
Sponsoren	K. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Unter Berücksichtigung der Opportunitätskosten (insbesondere Personalkosten) erscheint die Einführung des NES Dekubitusprophylaxe wirtschaftlich sinnvoll, wenn dadurch die Dekubitusrate in der Einrichtung nachhaltig sinkt. Die Nutzenschwelle liegt bei 26,48 %, d. h. wenn die Dekubitusprävalenz in der Einrichtung um mindestens diesen Prozentsatz gesenkt werden kann, ist die Maßnahme bei ausschließlicher Betrachtung der direkten Kosten und des direkten Nutzens sinnvoll.
Kommentare	Die Berechnung der Kosten und Nutzen ist weitestgehend transparent dargestellt.

MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (Verursacher nosokomialer Infektionen). K. A. = keine Angaben.
NES = Nationaler Expertenstandard.

Quelle: GÖG

Tabelle 25: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wolke (2007)

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?		X (es ist nur die Pflegeeinrichtung beschrieben)	
Sind die Alternativen klar beschrieben?	x		
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?	x		
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?	x		
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?	x ∇		
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?	x		
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?	x		
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?		X ≈	
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?	X □		
Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?	x		
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?		x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
		x	

Kommentar

∇ Für das Auftreten der Kosten ist der Zeithorizont adäquat, allerdings wird aufgrund des laufend anfallenden Nutzens, der Nutzen durch den relativ kurzen Zeithorizont eher unterschätzt.

≈ Eine Bewertung des intangiblen Nutzens mithilfe von QALYs (quality-adjusted life years) und willingness-to-pay-Studien wäre adäquat.

□ Es wurden lediglich die erwarteten zusätzlichen Kosten und die Ersparnisse durch die Implementierung des Expertenstandards berücksichtigt.

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quellen: Shemilt, Mugford 2009, Evers, Goossens et al. 2005; GÖG

Tabelle 26: Evidenztable für Graeff (2009)

Titel	Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege?
Journal	Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften 2009, Heft 09, Wismarer Diskussionspapiere
Autor/Autoren	Graeff A; Herausgeber Kramer J
Fragestellung	Handelt es sich bei dem Expertenstandard um ein wirkungsvolles Instrument der Qualitätsentwicklung, das den Einrichtungen reale Verbesserungen der Entlassungsorganisation bringt? Mit welchen Aufwendungen war die Implementierung des Expertenstandards verbunden?
Land	Deutschland
Studiendesign	Fragebogenerhebung (Befragung der Projektleiter der 19 Modellkliniken, die am Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards 2003 teilgenommen haben).
Studiendauer, Follow-up	Befragung fand vom 11. Dezember 2007 bis 17. Januar 2008 statt.
Studiengröße	19 Modellkliniken angeschrieben; neun Projektleiter beantworteten Fragebogen: Drei Kliniken der Regelversorgung Eine Fachklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Eine Rehabilitationsklinik Eine Fachklinik für Psychiatrie Ein Universitätsklinikum Zwei Kliniken der Maximalversorgung
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Teilnahme der Modellklinik am Modellprojekt zur Implementierung des Expertenstandards 2003 Ausschlusskriterien: K. A.
Charakteristika der Studienpopulation	Neun Projektleiter aus folgenden Modellkliniken: Drei Kliniken der Regelversorgung Eine Fachklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Eine Rehabilitationsklinik Eine Fachklinik für Psychiatrie Ein Universitätsklinikum Zwei Kliniken der Maximalversorgung
Intervention/Maßnahme	Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement Online-Befragung
Endpunkte	Fachliche Ausrichtung (durchschnittliche Verweildauer) Größe der Kliniken (Bettenanzahl, Zahl der Behandlungsplätze) Position des Auszufüllenden Situation an den Modellkliniken fünf Jahre nach Beginn des Modellprojekts Ausweitung des Expertenstandards auf andere Pflegeeinheiten Eingliederung des Expertenstandards in die internen Qualitätsmanagementsysteme Verbesserung des Entlassungsmanagements Implementierung anderer Expertenstandards Personal- und Fortbildungsaufwand Methodenpapier und Verbraucherfreundlichkeit des Expertenstandards Bewertung Audit-Instrument Kosten-Nutzen-Bewertung Einschätzungen der Modellkliniken zum Standard
Ergebnisse	Durchschnittliche Bettenanzahl : 627 (von 255 bis 1.120 Betten) Durchschnittliche Verweildauer : 9,6 Tage (durchschn. 5,65 Tage in Fachklinik für Kinderheilkunde; 27,94 Tage in der Fachklinik für Psychiatrie und bis zu drei Monate in der neurologischen Rehabilitationsklinik) Ausweitung des Expertenstandards auf andere Pflegeeinheiten Teilweise Implementierung über das Modellprojekt hinaus: zwei Einrichtungen (KH der Regelversorgung mit 618 Betten – zehn weitere Pflegeeinheiten mit ca. 281 Betten; KH der Maximalversorgung mit 1.140 Betten – 15 weitere Pflegeeinheiten mit ca. 450 Betten). Vollständige Implementierung: 4 Einrichtungen (2 Kliniken der Regelversorgung mit 361 bzw. 371 Betten; Rehabilitationsklinik mit 397 Betten; Universitätsklinikum mit 1.200 Betten) Keine weiterführende Implementierung: drei Einrichtungen (KH der Maximalversorgung mit 980 Betten; Psychiatrische Fachklinik mit 321 Betten; Kinderklinik mit 255 Betten)

Tabelle 26: Evidenztabelle für Graeff (2009) – Fortsetzung

<p>Ergebnisse Fortsetzung</p>	<p>Eingliederung des Expertenstandards in die internen Qualitätsmanagementsysteme Vollständige Eingliederung: Fünf von neun Einrichtungen Partielle bzw. geplante Eingliederung: zwei Kliniken</p> <p>Verbesserung des Entlassungsmanagements Sechs von neun Einrichtungen bestätigen die Verbesserung der Entlassungsorganisation in vollem Umfang bzw. beurteilen sie als überwiegend wesentlich. Zwei von neun Einrichtungen bewerten die Verbesserung der Entlassungsorganisation durch den Standard als weniger wesentlich (KH der Regelversorgung, Kinderklinik, Psychiatrische Klinik) Genannte Verbesserungen: Gestärktes Bewusstsein für die Relevanz des Entlassungsmanagements (8 Nennungen), Verbesserungen der Kommunikations- und Informationswege (6 Nennungen) Verbesserungen der Organisation der Entlassung (6 Nennungen) Besserer Fokus auf entlassungsrelevante Details (Einzelnennung) Entlastung der Stationsmitarbeiter durch Pflegeüberleitung (Einzelnennung) Klare Regelung der Aufgabengebiete von Pflegeüberleitung und Sozialdienst (Einzelnennung) Zusammenarbeit mit weiter betreuenden Einrichtungen (Einzelnennung) Weniger Verzögerungen bei der Entlassung durch rechtzeitige Organisation der Anschlussversorgung (Einzelnennung) Gestiegene Patientenzufriedenheit (4,5 Nennungen) oder sinkender Wiedereinweisungen von Patienten (keine Nennungen) wurden von den Projektleitern weniger bzw. nicht explizit bestätigt).</p> <p>Implementierung anderer Expertenstandards Dekubitusprophylaxe: in insgesamt acht von neun Kliniken implementiert Selbstständige Implementierung: in vier von neun Einrichtungen; Implementierung während eines Modellprojekts: eine Einrichtung; Implementierung geplant: eine Einrichtung Reine Modellklinik: zwei Einrichtungen Schmerzmanagement: in insgesamt acht von neun Kliniken implementiert Selbstständige Implementierung: in drei von neun Einrichtungen (an zwei Einrichtungen wird gerade implementiert; bei einer Einrichtung nur in zwei Stationen); Implementierung während eines Modellprojekts: vier Einrichtungen; Implementierung geplant: eine Einrichtung Sturzprophylaxe: in insgesamt acht von neun Kliniken implementiert Selbstständige Implementierung: in fünf von neun Einrichtungen (an einer Einrichtung wird gerade implementiert); Implementierung geplant: eine Einrichtung Reine Modellklinik: zwei Einrichtungen Harnkontinenz: in insgesamt sechs von neun Kliniken implementiert Implementierung zu diesem Zeitpunkt nur während eines Modellprojekts möglich: vier Einrichtungen Selbstständige Implementierung: eine Einrichtung Implementierung geplant: eine Einrichtung</p> <p>Personal- und Fortbildungsaufwand Sechs von neun Projektleitern schätzen den Personaleinsatz für weitere Standardimplementierungen überwiegend hoch ein; drei von neun schätzen ihn als weniger hoch ein. Zwei von neun Projektleitern schätzen den Fortbildungsaufwand als sehr hoch, vier als überwiegend hoch und zwei weniger hoch ein.</p> <p>Methodenpapier und Verbraucherfreundlichkeit des Expertenstandards Sehr hoher bzw. überwiegend hoher Nutzen des Methodenpapiers: vier von neun Projektleitern Nutzen nicht beurteilbar: vier Projektleiter Weniger hoher Nutzen: ein Projektleiter Verbraucherversion sehr bzw. überwiegend begrüßt: vier von neun Projektleitern Verbraucherversion weniger oder gar nicht gewünscht: drei Projektleiter Kann nicht bewertet werden: zwei Projektleiter</p>
-----------------------------------	---

Tabelle 26: Evidenztafel für Graeff (2009) – Fortsetzung

<p>Ergebnisse <i>Fortsetzung</i></p>	<p>Bewertung Audit-Instrument In sieben von neun Einrichtungen wurden weitere Audits durchgeführt (rund ein bis zwei weitere Audits waren notwendig, um den Verbesserungsprozess in den Ergebniskriterien zu dokumentieren). Genannte Verbesserungen des Audit-Instruments umfassten Erfahrungsberichte zur Implementierung von Expertenstandards, Hilfen zur Audit-Auswertung und Hilfen zur Audit-Durchführung.</p> <p>Kosten-Nutzen-Bewertung Praktischer Nutzen (Verbesserung der Versorgungskontinuität, Kommunikationsstrukturen, Entlassungsorganisation) sehr bzw. überwiegend hoch: sechs von neun Projektleitern Volle bzw. überwiegende Bestätigung des Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung in der Pflege: neun von neun Projektleitern Vermeidung von Folgekosten durch Sicherung der Versorgungskontinuität sehr bzw. überwiegend zutreffend: zwei Einrichtungen; weniger zutreffend: zwei Einrichtungen; keine Einschätzung: fünf Projektleiter Aufwendungen bzw. Kosten (Fortbildungen und Personaleinsatz) sind überwiegend hoch.</p> <p>Einschätzungen der Modellkliniken zum Standard Positive Erfahrungen: Der Standard ist die praktische Umsetzung zum Vorhaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit Sensibilisierung für Thematik Entlassungsmanagement Konzept und Rahmen sind glaubwürdig und wissenschaftlich geprüft Standard strukturiert, definiert und regelt Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Entlassungsprozess, überträgt Verantwortung in den pflegerischen Bereich Kommunikationswege zu anderen Professionen (Sozialdienst, ärztlicher Dienst, weiter betreuende Einrichtungen) haben sich verbessert Entlassungsplanung beginnt mit der Patientenaufnahme Negative Erfahrungen: Unstimmigkeiten, Kompetenzrängeleien, fehlender Akzeptanz in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Sozialdienst, nachsorgende Einrichtungen) Frühzeitige Ansage zum voraussichtlichen Entlassungsdatum ist noch verbesserungswürdig; es kommt zu spontanen Entlassungen durch Ärzte. Abschließender Evaluationsanruf ist für die Mitarbeiter oft nicht möglich. Umsetzung des Standards benötigt viel Zeit und Energie. Verbesserungsvorschläge für Standard: Zusätzliche Beispiele für Checklisten, Dokumentationen, Entlassungsplanungsbögen Interdisziplinäre Fortbildungen zum Entlassungsmanagement Erfahrungsberichte anderer Kliniken als Bestandteil der Fortbildungen.</p>
<p>Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns</p>	<p>Hoch</p>
<p>Limitationen</p>	<p>Hohe Spannweite (bei Bettenanzahl und Verweildauer), da die Modellkliniken unterschiedlich ausgerichtet sind. Der Vergleich zwischen den Modellkliniken wird somit erschwert. Geringe Stichprobengröße (19 Modellkliniken, davon haben neun Projektleiter den Fragebogen beantwortet). Keine detaillierte Angabe zur Datenanalyse Beeinflussende Gegebenheiten (z. B. unterschiedliche Ausrichtung der Modellkliniken, unterschiedliche Positionen und Aufgaben der Projektleiter) auf die Ergebnisse der Fragebogenerhebung werden erwähnt, jedoch nicht weiter untersucht. Fragebogen wurde keiner Vortestung unterzogen. Relativ kurzer Zeitrahmen zur Beantwortung des Fragebogens (über Weihnachten).</p>
<p>Sponsoren</p>	<p>K. A.</p>
<p>Schlussfolgerungen der Studienautoren</p>	<p>Zwei Drittel der Kliniken haben den Expertenstandard als Anlass genommen, die interdisziplinären Abläufe des Entlassungsprozesses über das Modellprojekt hinaus zu reorganisieren. Der Expertenstandard als Instrument der Qualitätsentwicklung zeichnet sich durch Praktikabilität und Integrität aus.</p>

Tabelle 26: Evidenztable für Graeff (2009) – Fortsetzung

Schlussfolgerungen der Studienautoren <i>Fortsetzung</i>	Unterschiedliche Fortschritte in den Modellkliniken, möglicherweise haben Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung und das Engagement der Kliniken dazu beigetragen. Der Standard trägt zu einer Optimierung der Leistung Entlassungsmanagement bei und bietet den Kliniken diesbezüglich Orientierung. Nachweise, ob sich der Standard positiv auf Kennzahlen der Qualitätsentwicklung fehlen, z. B. hinsichtlich der Verbesserung der Patientenzufriedenheit und sinkender Wiedereinweisungen von Patienten auswirkt. Nicht nur der Expertenstandard Entlassungsmanagement, sondern auch die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Harnkontinenz werden von der Pflegepraxis angenommen und umgesetzt (Nachhaltigkeit). Der Fortbildungsbedarf hinsichtlich der Expertenstandards hängt von dessen Thematik und dem Wissensstand des Klinikpersonals ab. Es obliegt dem Management der Kliniken, ob und wie viel sie in die Fortbildung der Mitarbeiter investieren wollen bzw. können. Die bestehende Unverbindlichkeit führt zu unterschiedlichen Personalfortbildungsgraden und zu Unterschieden in der Erfüllung der Ergebniskriterien der Standards. Jene Modellkliniken, die mit dem DNQP zusammengearbeitet haben, kennen das Methodenpapier bzw. die Verbraucherversion Dekubitusprophylaxe und damit wird ein hoher Nutzen assoziiert. Implementierungshilfe zur Umsetzung der Expertenstandards fehlt für die Gesundheitseinrichtungen. Ein direkter Vergleich der erzielten Ergebnisse ist aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Organisationsvoraussetzungen der befragten Modellkliniken sehr kritisch zu sehen. Messbare Verbesserungen, die die Wirksamkeit des Standards belegen, konnten nicht nachgewiesen werden (sinkende Zahl der Wiedereinweisungen von Patienten, begrenzte Folgekosten oder erhöhte Patientenzufriedenheit konnten nicht nachgewiesen werden). Darstellung der Qualitätsbemühungen gegenüber der Öffentlichkeit fehlt (Kommunikation der Leistungen für die Qualitätsentwicklung gegenüber Patienten, Kostenträgern und Politik).
Kommentare	-

DNQP = Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. K. A. = Keine Angabe. z. B. = zum Beispiel.
 Quelle: GÖG

Tabelle 27: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Graeff (2009)

Kriterien zur Beurteilung von qualitativen Studien (Interviews, Fokusgruppen, Tagebücher, ethnographische Studien)	Ja	Nein	Unklar	
Gibt es eine klare Forschungsfrage bzw. ist diese in einen theoretischen Rahmen eingebettet?	X			
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?		X∇		
Erfolgte die Datenerhebung durch jene Methode, die für das Setting am geeignetsten ist?		X≈		
Ist die Art der Datenanalyse explizit und in Bezug zur Literatur dargestellt?		X□		
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	X			
Reflektiert die Studie vorhandene ethische Aspekte?		X		
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
			X	

Tabelle 27: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Graeff (2009) – Fortsetzung

Kommentare
∇ 19 Modellkliniken wurden angeschrieben, nur neun Projektleiter beantworteten den Fragebogen (Rücklaufquote von 47,4 %)
≈ Die Fragebogenerhebung wird zwar in Bezug zur Literatur gesetzt und begründet; beeinflussende Gegebenheiten (unterschiedliche Ausrichtung der Modellkliniken, unterschiedliche Positionen und Aufgaben der Projektleiter) auf die Ergebnisse der Fragebogenerhebung werden erwähnt, jedoch nicht weiter untersucht.
□ Keine genaue Angabe, wie die Datenanalyse erfolgte

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

Tabelle 28: Evidenztabelle für Heinrich et al. (2012)

Titel	Sturz- und Frakturprävention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe
Journal	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
Autor/Autoren	Heinrich S, Weigelt I, Rapp K, Becker C., Rissmann U, König H.-H.
Fragestellung	Welche Kosten sind mit Sturz- und Frakturpräventionsmaßnahmen auf Basis des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe im Setting Pflegeheim im Versorgungsalltag verbunden?
Land/Währung und Jahr auf das sich Währung bezieht	Deutschland/Euro, September 2007 bis März 2009 (Basisjahr 2008)
Studiendesign	Kostenstudie
Studiengröße	79 Heime
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Alle Pflegeheime in Bayern mit mindestens 35 Betten Ausschlusskriterien: < 35 Betten
Intervention/Maßnahme	Interventionsgruppe: Ganztagsschulung mindestens eines Mitarbeiters zum Thema Sturzprävention auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Anschließend hat dieser Mitarbeiter als Mentor die Aufgabe, die Maßnahmen zur Sturz- und Frakturprävention in seinem Pflegeheim einzuführen. Bewohner, Hausärzte und Mitarbeiter werden über Programm informiert Offenes Trainingsprogramm für Bewohner Kontrollgruppe: Vor Einführung der Interventionen
Perspektive	Gesamtgesellschaftliche Perspektive
Endpunkte	Effekte: Die Effekte spiegeln nur Prozess-Outcomes wider und wurden nur als Basis für die Kostenberechnung verwendet. Kosten: Schulungskosten Pflegeheimnahe Kosten Sonstige Kosten Gesamtkosten (für 18 Monate)
Herangezogene Datenquellen	Datenquellen für Effektivitätsdaten: Telefonische Befragung anhand eines Fragebogens Datenquellen für Kostendaten: Telefonische Befragung anhand eines Fragebogens Durchschnittliche Bruttoarbeitgeberkosten Administrative Daten (u. a. Budget der AOK Bayern für das Präventionsprogramm)
Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten	Zusätzliche Kosten = 12-Monats-Kosten vor der Intervention (= 4 x 3-Monatskosten vor der Intervention) – 12-Monats-Kosten nach der Einführung (= 2 x 3-Monatskosten der zwei Follow-ups) Prä-post-Vergleich mithilfe des gepaarten t-Tests, z. B. Berechnung und Bewertung der Gesundheitseffekte, Zeithorizont, Berechnung der Kosten, Modellierung, wenn angewendet (Modelltyp, Beschreibung der wichtigsten Komponenten)
Ergebnisse	Gesundheitseffekte, Kosten, Synthese von Effekten und Kosten (z. B. inkrementelles Kosten-Effektivitätsverhältnis), Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel

Tabelle 28: Evidenztable für Heinrich et al. (2012) – Fortsetzung

Limitationen	Die Studienpopulation wird nur auf Ebene der Heime, nicht auf der der Bewohner beschrieben Es werden nur Kosten, die direkt mit der Einführung des Expertenstandards zusammenhängen, analysiert, aber keine Folgekosten (Umstellung der Medikamente, Behandlung von Stürzen etc.) berücksichtigt. Es wurden eher größere Pflegeheime (mindestens 35 Betten) betrachtet. Es wurde keine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen. Es wurde retrospektiv befragt, um die Kosten vor der Einführung zu ermitteln, was zu einer Verzerrung aufgrund von Erinnerungsfehlern führen kann.
Sponsoren	Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Zunahme von Maßnahmen und Kosten durch die Einführung des Expertenstandards. Kosten variieren stark zwischen den Heimen. Großteil der zusätzlichen Kosten resultierte aus der Einführung des Kraft- und Gleichgewichtstrainings.
Kommentare	-

AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse.

Quelle: GÖG

Tabelle 29: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Heinrich et al. (2012)

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?		X∇	
Sind die Alternativen klar beschrieben?	X		
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?	X		
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?	X		
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?	X		
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?	X		
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?	X		
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?		X≈	
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?	X□		
Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?		X	
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?	X		
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesign	Gering	Mittel	Hoch
		X	

Kommentare

∇ Die Merkmale der Pflegeheime (Trägerschaft, Funktion des Mentors, Heimgröße) werden in einer Tabelle beschrieben, allerdings wird nicht auf die Charakteristika der Bewohner (Alter, Geschlecht etc.) eingegangen.

≈ Es wurden lediglich Prozess-Outcomes berücksichtigt

\$ Es handelt sich um eine reine Kostenanalyse; die zusätzlichen Kosten nach Implementierung des Expertenstandards sind angegeben.

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quellen: Shemilt, Mugford 2009, Evers, Goossens et al. 2005; GÖG

Tabelle 30: Evidenztabelle für Wolke (2011)

Titel	Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“
Journal	Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement
Autor/Autoren	Wolke R
Fragestellung	Welche Kosten verursacht die Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ und welchem Nutzen stehen sie gegenüber?
Land/Währung und Jahr auf das sich Währung bezieht	Deutschland/Euro/2009
Studiendesign	(Eingeschränkte) Kosten-Nutzen-Analyse
Studiengröße	1 stationäres Pflegeheim mit 250 Plätzen; 109 Bewohner eingeschlossen
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: eine stationäre Pflegeeinrichtung mit allen Bewohnern, die von Harninkontinenz betroffen oder gefährdet sind; freiwillige Teilnahme Ausschlusskriterien: inkontinente Patienten, Kathetrerträger
Intervention/Maßnahme	Interventionsgruppe: Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung nach der Einführung des Expertenstandards Kontrollgruppe: Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung vor der Einführung des Expertenstandards
Perspektive	Anbieter (stationäre Pflegeeinrichtung)
Endpunkte	Kosten: Ist- und Opportunitätskosten Nutzen: Einsparungen bei den eingesetzten Inkontinenzmaterialien
Herangezogene Datenquellen	Datenquellen für Effektivitätsdaten: Fall-Kontroll-Studie in der Pflegeeinrichtung Datenquellen für Kostendaten: Erhebung in der Pflegeeinrichtung
Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten	Grundlage der Analyse ist eine Fall-Kontroll-Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Es wird nur der ökonomische, nicht der gesundheitliche Nutzen bewertet. Die Daten für die Kosten und den ökonomischen Nutzen wurden anhand von Routinedaten geschätzt. Die Gegenüberstellung der Kosten und des Nutzens erfolgt über einen Zeitraum von drei Jahren.
Ergebnisse	Kosten: Gesamtkosten: 58.032,34 € über drei Jahre Implementierungskosten: 38.444,38 € Routinebetrieb in den folgenden drei Jahren: 19,587,96 € (6.529,32 € pro Jahr) Opportunitätskosten: 53.829,94 € Kosten explizit für Maßnahmen: 4.202,40 € Nutzen (Einsparung bei Inkontinenzmaterial): Interventionsgruppe: 40,08 €/Monat (pro Person) Kontrollgruppe: 53,58 €/Monat (pro Person)
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch
Limitationen	Bei der Berechnung des Nutzens werden ausschließlich die Einsparungen bei den Inkontinenzmaterialien berücksichtigt. Der Zeithorizont ist mit drei Jahren sehr kurz angesetzt, vor allem weil der Großteil der Kosten in der Anfangsphase der Implementierung auftritt, der Nutzen aber als dauerhaft (jährlich) angenommen werden kann. Eine weitere Limitation ist das Fehlen von „Kontrollkosten“. Die Teilnahme an der Studie war zu jedem Zeitpunkt freiwillig und es fand keine Randomisierung der Teilnehmenden statt.
Sponsoren	Keine deklariert
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Die Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ erscheint im Referenzheim wirtschaftlich sinnvoll. Hochgerechnet könnten die Gesamtkosten der Versorgung mit Inkontinenzmaterial in stationären Pflegeeinrichtungen von 367 € Mio. pro Jahr auf 341 € Mio. pro Jahr reduziert werden (Annahmen: 709.000 Pflegeheimbewohner laut Pflegestatistik 2007; Reduktion von 43,14 € auf 40,08 € pro Person pro Monat)
Kommentare	-

Quelle: GÖG

Tabelle 31: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Wolke (2011)

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?		X	
Sind die Alternativen klar beschrieben?		X	
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?	X		
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?	X		
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?	X∇		
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?	X		
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?	X		
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?		X≈	
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?		X□	
Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?	X		
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?			X
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
			X
Unklar*			

Kommentare

∇ Für das Auftreten der Kosten ist der Zeithorizont adäquat, allerdings wird aufgrund des laufend anfallenden Nutzens, der Nutzen durch den relativ kurzen Zeithorizont eher unterschätzt.

≈ Es wurden nur die Kosteneinsparungen durch reduzierte Inkontinenzmaterialien als „Nutzen“ gemessen.

□ Es wurden lediglich die Kosten der Implementierung über drei Jahre gemessen und der Reduktion der Kosten für Inkontinenzmaterial während dieser drei Jahre gegenübergestellt (i. e. Nutzen).

i. e. = id est.

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quellen: Shemilt, Mugford 2009, Evers, Goossens et al. 2005; GÖG

Tabelle 32: Evidenztable für Marienfeld et al. (2013)

Titel	Erfassung krankheitsbedingter Mangelernährung und Abbildung der Nebendiagnose Mangelernährung im DRG-System
Journal	Aktuelle Ernährungsmedizin
Autor/Autoren	Marienfeld S, Wojzischke J, Zeuzem S, Bojunga J
Fragestellung	Führte die Implementierung des Screeninginstruments „Nutritional Risk Screening“ (NRS), das in dem parallel eingeführten „Expertenstandard Ernährungsmanagement zu Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ vorgesehen ist, zu einem vermehrten Screening von stationären Patienten nach Mangelernährung bei der Aufnahme?
Land, Setting	Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Deutschland
Studiendesign	Retrospektive, nicht kontrollierte Kohortenstudie
Studiendauer, Follow-up	Jänner 2010 bis Dezember 2011
Studiengröße	2010: 34.313 Patienten 2011: 34.341 Patienten
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Alle im Zeitraum von Januar 2010 bis Dezember 2011 stationär behandelten Patienten des Universitätsklinikums Frankfurt. Ausschlusskriterien: Patienten der Augenheilkunde, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie

Tabelle 32: Evidenztable für Marienfeld et al. (2013) – Fortsetzung

Charakteristika der Studienpopulation	Keine Angaben
Intervention/Maßnahme	Einführung des NRS inklusive Schulungen der Pflegekräfte (Multiplikatorenansatz)
Endpunkte	Anteil der mittels NRS gescreenten Patienten Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung Anzahl der Erlössteigerung durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung
Ergebnisse	Anteil der mittels NRS gescreenten Patienten: 2010: 11,8 % 2011: 30,2 % Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung: 2010: 54,9 % 2011: 31,6 % Anzahl der Erlössteigerung durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung: 2010: 409 Patienten 2011: 1180 Patienten
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch
Limitationen	Die beiden „Kohorten“ werden nicht auf deren Vergleichbarkeit (prognostische Faktoren) überprüft. Der Endpunkt „Anteil der gescreenten Patienten mit hohem Risiko für Mangelernährung“ ist stark durch das vermehrte Screening verzerrt, da zu vermuten ist, dass 2011 auch Personen mit weniger augenscheinlicher Mangelernährung gescreent wurden. Der Endpunkt „Anzahl der Erlössteigerung durch Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung“ ist klinisch nicht relevant
Sponsoren	Nicht angeführt
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Sensibilisierung und regelmäßige Schulungen von Ärzten und Pflegekräften sind notwendig, um eine konsequente Erfassung des Ernährungszustands aller stationären Patienten zu erreichen. Dafür sind interdisziplinäres Vorgehen, Einbindung der handelnden Berufsgruppen und Autorisierung durch den Klinikumvorstand notwendig.
Kommentare	-

DRG = Diagnosis-related groups. NRS = Nutritional Risk Screening.

Quelle: GÖG

Tabelle 33: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Marienfeld et al. (2013)

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
SELEKTION			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?		X	
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?		X	
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	X		
VERGLEICHBARKEIT			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?		X	
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			X

Tabelle 33: Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Marienfeld et al. (2013) – Fortsetzung

ENDPUNKTE				
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	X			
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		X		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?		X		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	X			
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	X			
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	X			
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
			x	
Kommentare	-			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG

9.6 DELBI-Checkliste, angepasst an die Bewertung von Expertenstandards in der Pflege

Bewertung 1: Trifft überhaupt nicht zu

Bewertung 4: Trifft uneingeschränkt zu

	Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	1	2	3	4	Kommentare
1	Das Gesamtziel der Leitlinie ist differenziert beschrieben.					
2	Die in der Leitlinie behandelten medizinischen, pflegerischen und/oder organisatorischen Fragen/Probleme sind differenziert beschrieben.					
3	Die Patienten, für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.					
	Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	1	2	3	4	Kommentare
4	Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.					
5	Die Ansichten und Präferenzen der Patienten wurden ermittelt.					
6	Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist definiert.					
7	Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.					
	Domäne 3: Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung	1	2	3	4	Kommentare
8	Bei der Suche nach der Evidenz wurden systematische Methoden angewandt.					
9	Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind klar beschrieben.					
10	Die zur Formulierung der Empfehlungen verwendeten Methoden sind klar beschrieben.					
11	Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt.					
12	Die Verbindung zwischen Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt.					
13	Die Leitlinie ist vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet worden.					
14	Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie ist angegeben.					

DELBI-Checkliste – Fortsetzung

	Domäne 4: Klarheit und Gestaltung	1	2	3	4	Kommentare
15	Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.					
16	Die verschiedenen Handlungsoptionen für das Versorgungsproblem sind dargestellt.					
17	Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind leicht zu identifizieren.					
18	Es existieren Instrumente bzw. Materialien, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen.					
	Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit	1	2	3	4	Kommentare
19	Die möglichen organisatorischen Barrieren gegenüber der Anwendung der Empfehlungen werden diskutiert.					
20	Die durch die Anwendung der Empfehlungen der Leitlinie möglicherweise entstehenden finanziellen Auswirkungen werden berücksichtigt.					
21	Die Leitlinie benennt wesentliche Messgrößen für das Monitoring und/oder die Überprüfungskriterien.					
	Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	1	2	3	4	Kommentare
22	Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.					
23	Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden dokumentiert.					
	Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem	1	2	3	4	Kommentare
24	Es liegen Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.					
25	Es existieren Angaben, welche Maßnahmen unzweckmäßig, überflüssig oder obsolet erscheinen.					
26	Die klinische Information der Leitlinie ist so organisiert, dass der Ablauf des medizinischen, pflegerischen und/oder organisatorischen Entscheidungsprozesses systematisch nachvollzogen wird und schnell erfassbar ist.					
27	Es ist eine Strategie/ein Konzept für die einfache Zugänglichkeit und für die Verbreitung der Leitlinie dargelegt.					
28	Ein Konzept zur Implementierung der Leitlinie wird beschrieben.					
29	Der Leitlinie ist eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen (Leitlinien-Report) hinterlegt.					
	Domäne 8: Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien	1	2	3	4	Kommentare
30	Bei der Suche nach existierenden Leitlinien wurden systematische Methoden angewandt.					
31	Die Auswahl der als Evidenzquellen verwendeten Leitlinien (sogenannte Quelleitlinien) ist transparent und explizit begründet.					
32	Die Qualität der Quelleitlinien wurde überprüft.					

9.7 Vorlage des Online-Fragebogens

Fragebogenerhebung zur Implementierung und Anwendung von Expertenstandards im stationären und ambulanten Pflegebereich in Deutschland

Sehr geehrte Expertinnen und Experten im Pflegebereich!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, um den folgenden Online-Fragebogen auszufüllen. Thema ist die „Implementierung und Anwendung von Expertenstandards im stationären und ambulanten Pflegebereich in Deutschland“. Sie helfen mit, Erfahrungen aus der Praxis zu verdeutlichen und zu sammeln.

Die Umfrage wird nur ca. 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Wir bitten Sie, den Online-Fragebogen bis 30. Oktober 2013 auszufüllen. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung! Bitte wenden Sie sich per E-Mail an: dahta@dimdi.de.

1. Zu Beginn bitten wir Sie um folgende Angaben zu Ihrem ausgeübten Beruf:

- Mein Beruf, den ich hauptberuflich ausübe:
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Fachaltenpfleger/in
- Altenpflegehelfer/in
- Pflegeassistenten/in
- Angestellte/Angestellter der Verwaltung, tätig als
- Pflegedienstleitung
- Stationsleiter/in in der Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege
- Sonstiges:

2. Ich arbeite hauptberuflich in folgender Einrichtung:

- Stationäre Pflegeeinrichtung
- Stationäre Krankenanstalt
- Ambulante Pflege
- Bei einer Interessenvertretung:
- Sonstige Einrichtung:

3. Ich arbeite in folgendem Bundesland:

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern

- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Expertenstandards in der Pflege:

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erstellt seit 1999 evidenzbasierte Expertenstandards in der Pflege zu den Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, chronische Wunden sowie Ernährungsmanagement.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Implementierung und Anwendung von empfohlenen evidenzbasierten Standardkriterien der Expertenstandards im stationären und ambulanten Pflegebereich in Deutschland.

Die genannten Expertenstandards werden dabei als Instrumente definiert, um die Qualität von Leistungen in der Pflege zu definieren, einzuführen und zu bewerten. Sie geben die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsspielräume und Handlungsalternativen vor und nennen Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege. Des Weiteren definieren sie berufliche Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflegeberufe gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber wie auch gegenüber den einzelnen Mitgliedern.

4. Sind Ihnen oben genannte evidenzbasierte Expertenstandards des DNQP bekannt?

- Ja
- Nein → Filter zu Ende der Befragung

5. Wurden die in diesen evidenzbasierten Expertenstandards empfohlenen Standardkriterien zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege in Ihrem Arbeitsbereich eingeführt?

- Ja → Filter
- Nein → Filter zu Frage 20 (Nicht-Anwender)

5.1 Wenn ja, aus welchem Expertenstandard, und sind diese Standardkriterien verpflichtend? [Mehrfachantworten sind möglich]

- | | |
|--|--|
| • Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Sturzprophylaxe in der Pflege | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Pflege von Menschen mit chronischen Wunden | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Förderung Harnkontinenz | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Entlassungsmanagement | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Dekubitusprophylaxe | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Ernährungsmanagement | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |
| • Sonstige Expertenstandards | • <input type="checkbox"/> verpflichtend |

6. Wie häufig werden die in den evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP empfohlenen Standardkriterien Ihrer subjektiven Einschätzung nach in Ihrem Arbeitsbereich angewendet?

FILTER: für jeden unter 5.1 angekreuzten Expertenstandard ein Schieberegler von 0 bis 100 %.

7. Welche der folgenden Faktoren waren Ihrer Einschätzung nach bei Einführung der Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrer Einrichtung vorhanden?

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Politische Unterstützung					
Finanzielle Ressourcen					
Zeitliche Ressourcen					
Engagement der beteiligten Ärztinnen/Ärzte					
Engagement der beteiligten Pflegeberufe					
Engagement der Verwaltung					
Zusammenarbeit mit beteiligten Ärztinnen/Ärzten					
Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen					
Zusammenarbeit mit der Verwaltung					
Akzeptanz der Patientinnen und Patienten für die durchzuführenden pflegerischen Maßnahmen					

8. Welche der folgenden Faktoren sind Ihrer Einschätzung nach bei der täglichen Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien in Ihrer Einrichtung vorhanden?

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Politische Unterstützung					
Finanzielle Ressourcen					
Zeitliche Ressourcen					
Engagement der beteiligten Ärztinnen/Ärzte					
Engagement der beteiligten Pflegeberufe					
Engagement der Verwaltung					
Zusammenarbeit mit beteiligten Ärztinnen/Ärzten					
Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen					
Zusammenarbeit mit der Verwaltung					
Akzeptanz der Patientinnen und Patienten für die durchzuführenden pflegerischen Maßnahmen					

9. Wie sinnvoll erachten Sie die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrem Arbeitsbereich?

- 1 = sinnvoll
- 2 = eher sinnvoll
- 3 = eher nicht sinnvoll
- 4 = nicht sinnvoll
- 5 = weiß nicht

10. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation im pflegerischen Alltag in Hinblick auf die Dekubitusprophylaxe Ihrer Meinung nach verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

11. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation im pflegerischen Alltag bei der Patientenentlassung verändert (Entlassungsmanagement)?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

12. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich eines angemessenen Schmerzmanagements verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

13. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich der Sturzprophylaxe verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

14. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich des Erkennens von Harninkontinenz verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

15. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich der Pflege von chronischen Wunden verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

16. Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich des Ernährungsmanagement verändert?

Verbessert	Gleichbleibend	Verschlechtert	Weiß nicht
Inwiefern verbessert?		Inwiefern verschlechtert?	

17. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu den empfohlenen Standardkriterien in den evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“:

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
Die empfohlenen Standardkriterien sind geeignet, die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern.					
Der Einsatz der empfohlenen Standardkriterien ist in der Praxis nicht geeignet, da die Pflege auf individuelle Bedürfnisse der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten abgestimmt sein muss.					
Die empfohlenen Standardkriterien sind im pflegerischen Alltag gut anwendbar.					
Von den Patientinnen und Patienten wird die Anwendung der empfohlenen Standardkriterien positiv aufgenommen.					

18. Gibt es bei bestimmten Patientengruppen Probleme bei der Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien?

- Ja → Filter zu 18.1
- Nein → Filter zu 19

18.1 Wenn ja, bei welchen Patientengruppen?

.....

19. Um die empfohlenen Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in meinem Arbeitsbereich besser und gezielter anwenden zu können, benötige ich....

- | | |
|--|--------------------|
| • Fortbildung und Schulung | • Anmerkung: |
| • Mehr Zeit pro Patientin/Patient | • Anmerkung: |
| • Mehr finanzielle Ressourcen | • Anmerkung: |
| • Mehr Unterstützung von Seiten der Verwaltung | • Anmerkung: |
| • Sonstiges: | • Anmerkung: |

20. Was benötigen Sie, um die empfohlenen Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrem Arbeitsbereich anwenden zu können?

- | | |
|---|--------------------|
| • Mehr finanzielle Ressourcen | • Anmerkung: |
| • Mehr personelle Ressourcen | • Anmerkung: |
| • Mehr politische Unterstützung | • Anmerkung: |
| • Bessere Informationen über vorhandene bzw. neue Expertenstandards | • Anmerkung: |
| • Anwenderorientiertere Aufbereitung | • Anmerkung: |
| • Sonstiges: | • Anmerkung: |

21. Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

.....

22. Sind Sie an einer Teilnahme an einem geplanten Workshop in Köln zur Diskussion der Fragebogenergebnisse interessiert?

- Ja
- Vielleicht. Ich bitte um weitere Informationen zum Workshop.
- Nein
- Ich bitte um weitere Informationen wenn der HTA-Bericht fertiggestellt ist.

[Filter wenn Ja, Vielleicht, weitere Information angekreuzt wurden:]

Um mit Ihnen in Kontakt treten zu können, bitten wir Sie, Ihre Kontaktdaten bekannt zu geben. Ihre Kontaktdaten werden zu diesem Zweck in einer Datenbank erfasst.

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ergebnisse der DELBI-Bewertungen der Expertenstandards in der Pflege	107
Tabelle 2:	Interesse an Teilnahme an einem geplanten Workshop in Köln zur Diskussion der Fragebogenergebnisse	149

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Angaben zur Einführung der Expertenstandards unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	113
Abbildung 2:	Angaben zur Einführung der einzelnen Expertenstandards in den Einrichtungen der Befragten (inklusive Angaben ob sie verpflichtend oder nicht verpflichtend eingeführt wurden)	113
Abbildung 3:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	114
Abbildung 4:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Harnkontinenz unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	114
Abbildung 5:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Ernährungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	114
Abbildung 6:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Schmerzmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	115
Abbildung 7:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Chronische Wunden unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	115
Abbildung 8:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	115
Abbildung 9:	Angaben zur Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	116
Abbildung 10:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Entlassungsmanagement	116
Abbildung 11:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Harnkontinenz	117
Abbildung 12:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Ernährungsmanagement	117
Abbildung 13:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Schmerzmanagement	117
Abbildung 14:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Chronische Wunden	118
Abbildung 15:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe	118
Abbildung 16:	Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe	118
Abbildung 17:	Einschätzung zu den Faktoren, die bei Einführung der Expertenstandards der DNQP vorhanden waren (bzw. nicht vorhanden waren)	119
Abbildung 18:	Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Ärzte bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	119
Abbildung 19:	Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Politische Unterstützung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	120
Abbildung 20:	Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	120

Abbildung 21: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Finanzielle Ressourcen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	120
Abbildung 22: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zeitliche Ressourcen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	121
Abbildung 23: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit der Verwaltung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	121
Abbildung 24: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der Verwaltung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	121
Abbildung 25: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	122
Abbildung 26: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	122
Abbildung 27: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Pflegeberufe bei Einführung der Expertenstandards der DNQP	122
Abbildung 28: Einschätzung zu den Faktoren, die in der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP vorhanden sind bzw. nicht vorhanden sind.	123
Abbildung 29: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Ärzte bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	123
Abbildung 30: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors politische Unterstützung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP .	124
Abbildung 31: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors finanzielle Ressourcen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP ...	124
Abbildung 32: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	124
Abbildung 33: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit der Verwaltung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	125
Abbildung 34: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der Verwaltung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	125
Abbildung 35: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors zeitliche Ressourcen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP ...	125
Abbildung 36: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	126
Abbildung 37: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	126
Abbildung 38: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Pflegeberufe bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP	126
Abbildung 39: Einschätzung dazu, wie sinnvoll die Befragten die Anwendung der Expertenstandards der DNQP finden (unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt)	127
Abbildung 40: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Dekubitusprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	127
Abbildung 41: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe	128
Abbildung 42: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe	128

Abbildung 43: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Entlassungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	129
Abbildung 44: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement	129
Abbildung 45: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement	130
Abbildung 46: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Schmerzmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	130
Abbildung 47: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement	131
Abbildung 48: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement	131
Abbildung 49: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Sturzprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	132
Abbildung 50: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe	133
Abbildung 51: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe	134
Abbildung 52: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Harnkontinenz unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	135
Abbildung 53: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz	135
Abbildung 54: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz	136
Abbildung 55: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES chronische Wunden unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	137
Abbildung 56: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES chronische Wunden	138
Abbildung 57: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES chronische Wunden	139
Abbildung 58: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Ernährungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt	140
Abbildung 59: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement	140
Abbildung 60: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement	141
Abbildung 61: Eignung der empfohlenen Standardkriterien zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten	142
Abbildung 62: Eignung der empfohlenen Standardkriterien in Hinblick auf die Abstimmung der Pflege auf individuelle Bedürfnisse des einzelnen Patienten	142
Abbildung 63: Anwendbarkeit der empfohlenen Standardkriterien im pflegerischen Alltag	143
Abbildung 64: Positive Aufnahme von den Patienten in Hinblick auf die angewandten Standardkriterien	143
Abbildung 65: Problematische Anwendung der ES bei Patientengruppen	144
Abbildung 66: Benötigte Faktoren zur besseren und gezielteren Anwendung der empfohlenen Standardkriterien	145
Abbildung 67: Benötigte Faktoren um die empfohlenen Standardkriterien grundsätzlich anwenden zu können	145

Anhang A

Tabelle 34: Ergebnisse der DELBI-Bewertungen der Expertenstandards in der Pflege

Expertenstandards	Domäne							
	1 Geltungsbereich	2 Beteiligung Interessengruppen	3 Methodik	4 Klarheit/ Gestaltung	5 Anwendbarkeit	6 Redaktionelle Unabhängigkeit	7 Anwendbarkeit deutsches Gesundheitssystem	8 Methodik Verwendung Leitlinien
Dekubitusprophylaxe	1	0,88	0,86	0,79	0,44	0,17	0,64	0,44
Entlassungsmanagement	0,94	0,54	0,72	0,75	0,56	0,17	0,67	0,44
Schmerzmanagement	1	0,92	0,62	0,88	0,44	0,17	0,69	0,78
Sturzprophylaxe	0,94	0,79	0,81	0,88	0,89	0,17	0,94	- *
Harnkontinenz	0,83	0,75	0,61	0,71	0,67	0,17	0,50	0
Chronische Wunden	1	0,92	0,89	0,79	0,50	0,17	0,72	0,61
Ernährungsmanagement	0,83	0,92	0,61	0,75	0,56	0,17	0,61	1

* **Domäne 8** wird in der Bewertung nicht mit einbezogen, da keine systematische Berücksichtigung von existierenden Leitlinien erfolgt.

Angang B

Moderationskonzept

Ziel des Workshops:

- Welche Herausforderungen sind nach wie vor festzustellen? (z.B. mangelnde politische Unterstützung bei Einführung und Anwendung der Expertenstandards, vermehrter Dokumentationsaufwand, ...)
- Wie können diese Herausforderungen bewältigt und Probleme gelöst werden?

Uhrzeit	Inhalt	Methode	Medien	Wer?	
10:00	Begrüßungskaffee Raum E04			DIMDI	
10:30	Offizielle Begrüßung Raum E04 Eröffnung des Workshops, Vorstellung der Tagesordnung, Ziel des Workshops, Vorstellungsrunde	Plenum	ppt-Präsentation, Laptop	DIMDI	
10:45	Vorstellung HTA-Bericht, Fragebogenergebnisse, Herausforderungen Raum E04 Vorstellung HTA-Bericht: Einstiegsinformation und Projekt- ablauf/Gesamtprojekt Befragung: Vorstellung Fragebogenergebnisse inkl. Verständnisfragen aus Plenum Ableitung von Herausforderungen (Themensammlung aus Fragebogenerhebung präsentieren; Bestätigung der genannten Herausforderungen bzw. Sammlung weiterer Herausforderungen aus dem Plenum für die Weiterbearbeitung in den Workshops) → Ziel: Darstellung der Fragebogenergebnisse (Anwendung der Expertenstandards, Veränderung der Pflegequalität); Beantwortung der Frage „Welche Herausforderungen sind nach wie vor festzustellen?“	Plenum	ppt-Präsentation Laptop Flip Chart Marker	GÖG	
12:00	Mittagspause Raum E04 Teilnehmer haben die Möglichkeit, Herausforderungen auf Flipchart noch zu ergänzen (bis 12:30) Vorbereitung der zu diskutierenden Herausforderungen in den einzelnen Gruppen [Möglicherweise ist eine Priorisierung/Gruppierung notwendig, wenn zu viele Herausforderungen genannt werden] Mittagsimbiss und Getränke im Tagungsraum E04		Flip Chart/ Pinnwand Vorbereitete Plakate Punkte zum priorisieren Marker	GÖG DIMDI	
12:45	Vertiefende Workshops in Gruppen oder im Plenum (je nach Anzahl Teilnehmer) Räume E04+221b+325 Gruppenteilung: Gruppe 1: Herausforderung 1, 2 → Zimmer E04 → Moderator XY, ev. Protokollant Gruppe 2: Herausforderung 3, 4 → Zimmer E04 → Moderator XY, ev. Protokollant Gruppe 3: Herausforderung 5, 6 → Zimmer 221b → Moderator XY, ev. Protokollant Gruppe 4: Herausforderung 7, 8 → Zimmer 324 → Moderator XY, ev. Protokollant Pro Gruppe sollen zwei unterschiedliche Herausforderungen mit Hilfe von folgendem Szenario diskutiert werden: Jede Gruppe bestimmt eine Person, die die Ergebnisse anschließend im Plenum präsentiert. Herausforderung 1: XXX	Gruppeneinteilung im Plenum, anschließend Gruppenarbeiten mit Moderation	4 Marker	GÖG/ DIMDI	
	Ist-Stand: Wie ist die derzeitige Situation? Was ist das Problem?	Soll-Stand: Wie sollte die Situation idealerweise sein?	Gruppenarbeit	Pro Herausforderung/ Szenario: 4 Plakate	GÖG/ DIMDI
	Hinderliche/Förderliche Faktoren: Was sind hinderliche/förderliche Faktoren bei der derzeitigen Situation?	Maßnahmen: Welche Lösungen gibt es? Was sollte verändert werden?		Flip Chart, Pinnwand	

Moderationskonzept – Fortsetzung

	→ Ziel: Abbild der derzeitigen Situation mit hinderlichen und förderlichen Faktoren; Darstellung der wünschenswerten Situation; Sammlung von Vorschlägen zur Bewältigung der Herausforderungen bzw. Lösungsmöglichkeiten			
14:45	Kaffeepause Raum E04 Ergebnisse der Gruppenarbeiten (Plakate) aufhängen Fragen zu den erarbeiteten Szenarien überlegen		Pinnwand Marker	GÖG/ DIMDI
15:00	Präsentation der Gruppenarbeiten im Plenum Raum E04 Präsentation der Szenarien durch Gruppensprecher Sammlung von Ergänzungen aus dem Plenum Abschluss Ausblick im Vorraum Raum E04 Bewertung Zufriedenheit mit Ablauf und Ergebnis des WS (Punkt auf Plakat)	Plenum	Plakate, Pinnwand, Flip Chart Marker Plakat Punkte	GÖG/ DIMDI
16:30	Ende			

Checkliste für die Workshop-Organisation

Was?		Wer kümmert sich?	Erledigt?
Räume	3 Räume für Gruppenarbeiten verfügbar, Plenumsaal kann geteilt werden;	DIMDI	Erledigt
	Anmeldungstisch/Registrierung	DIMDI	Erledigt
Technischer Support	Beamer, Laptop, Mikrofon	DIMDI	Erledigt
	Verfügbarkeit einer Person für technischen Support im Notfall?	DIMDI	
Equipment	Flip Charts (mind. 4), Pinnwand, Fotokamera, Marker, Punkte	DIMDI	Erledigt
	Verpflegung während WS (Kaffee, Mittagessen, ...)	DIMDI	
Workshop-Programm	Einladung von TN, Erinnerung	DIMDI	Erledigt
	Anmeldebestätigung	DIMDI	Erledigt
	Tagesordnung erstellen	GÖG+DIMDI	Erledigt
	Tagesordnung ausschicken an TN	DIMDI	Erledigt
	Verpflichtungserklärung zur Vertraulichkeit erstellen	DIMDI	Erledigt
	Erstellung Präsentationen (FB-Ergebnisse)	GÖG	Erledigt
	Erstellung der Plakate	GÖG (ev. schon vorbereiten und mitnehmen bzw. vor Ort)	Erledigt
Teilnehmerliste erstellen, Namensschilder Workshop-Mappe mit Tagesordnung, Präsentationen, Handouts etc.	DIMDI	Erledigt	
	DIMDI	Erledigt	
Moderation Plenum Moderation Gruppen Eröffnung des Workshops	DIMDI	Erledigt	
	DIMDI/GÖG	Erledigt	
	DIMDI	Erledigt	
Protokoll erstellen (Ergebnisse der Plakate)	GÖG/DIMDI in den Gruppen	Erledigt	
Nach dem Workshop	Protokoll an Teilnehmer verschicken Über Berichtsergebnisse informieren	DIMDI	Erledigt

Anhang C

9.8 Frage 1: Mein Beruf, den ich hauptberuflich ausübe:

	Gesundheits-Kranken-pfleger/in	Gesundheits-Kranken-pflegehelfer/in	Gesundheits-Kinderkranken-pfleger/in	Fach-alten-pfleger/in	Alten-pflege-helfer/in	Pflege-assistenten/in	Verwal-tung	Qualitäts-manage-ment	Pflegedienst-leitung	Stationsleiter/in Kranken-/Alten-/Kinder-krankenpflege	Heim-lei-tung	Sons-tiges	Sonstige haupt-berufliche Tätigkeit
Gesundheits-Kranken-pfleger/in	90	0	0	0	1	0	3	6	29	3	2	27	0
Gesundheits-Kranken-pflegehelfer/in	0	6	0	0	0	0	0	0	3	0	2	3	0
Gesundheits-Kinderkranken-pfleger/in	0	0	6	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
Fachaltenpfleger/in	0	0	0	31	0	0	0	4	10	4	1	5	0
Altenpflegehelfer/in	1	0	0	0	12	0	1	1	8	0	0	1	0
Pflegeassistenten/in	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Verwaltung	3	0	0	0	1	0	17	9	2	0	6	1	0
Qualitätsmanagement	6	0	0	4	1	0	9	42	1	1	1	34	0
Pflegedienstleitung	29	3	2	10	8	0	2	1	191	1	5	11	0
Stationsleiter/in in der Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege	3	0	0	4	0	0	0	1	1	12	0	2	0
Heimleitung	2	2	1	1	0	0	6	1	5	0	24	18	0
Sonstiges	27	3	1	5	1	0	1	34	11	2	18	97	
davon hauptberufliche Tätigkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		24

Anzahl Nennungen für entsprechende Ausprägung:	90	6	6	31	12	1	17	42	191	12	24	97	24
Minus Mehrfachnennung	44	5	3	15	10	0	17	12	6	1	5	103	0
Endsumme	46	1	3	16	2	1	0	30	185	11	19	-6	24
Endsummen gruppiert	69						30		215				

Mehrfachnennungen waren möglich. Um jedoch Aussagen zu den Berufen, die hauptberuflich ausgeübt werden können, wurden die Mehrfachnennungen innerhalb der Berufe Gesundheits- und Krankenpflegerin/pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Fachaltenpfleger/in, Altenpflegehelfer/in sowie Pflegeassistenten/in abgezogen und eine Gesamtsumme gebildet.

Der berufliche Schwerpunkt Qualitätsmanagement wurde sowohl im Rahmen des Berufs Verwaltung, als auch unter Sonstiges angeführt. Daher wurden die Nennungen subsummiert und Mehrfachnennungen (z. B.: Leitungspositionen) abgezogen.

Unter Sonstiges wurde auch die hauptberufliche Tätigkeit Heimleitung angeführt. Diese Nennungen wurden subsummiert. Mehrfachnennungen im Bezug auf Leitungspositionen (Pflegedienstleitung, Stationsleitung in der Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege sowie Heimleitung) wurden nur einmalig berücksichtigt.

9.9 Frage 2: Ich arbeite hauptberuflich in folgender Einrichtung:

Einrichtung	Anzahl Nennungen
Stationäre Pflegeeinrichtung	163
Stationäre Krankenanstalt	42
Ambulante Pflege	128
Bei einer Interessenvertretung	5
Sonstige Einrichtung	50 davon 35 ausschließlich in sonstigen Einrichtungen

Mehrfachnennungen möglich

9.10 Frage 3: Ich arbeite in folgendem Bundesland:

Bundesland	Anzahl Nennungen
Baden-Württemberg	24
Bayern	84
Berlin	26
Brandenburg	10
Bremen	6
Hamburg	6
Hessen	42
Mecklenburg-Vorpommern	7
Niedersachsen	57
Nordrhein-Westfalen	36
Rheinland-Pfalz	14
Saarland	2
Sachsen	4
Sachsen-Anhalt	11
Schleswig-Holstein	6
Thüringen	23
Summe	358

9.11 Frage 4: Sind Ihnen oben genannte evidenzbasierte Expertenstandards des DNQP bekannt?

	Anzahl Nennungen
Expertenstandards bekannt	354
Expertenstandards nicht bekannt	4

9.12 Frage 5: Wurden die in diesen evidenzbasierten Expertenstandards empfohlenen Standardkriterien zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege in Ihrem Arbeitsbereich eingeführt?

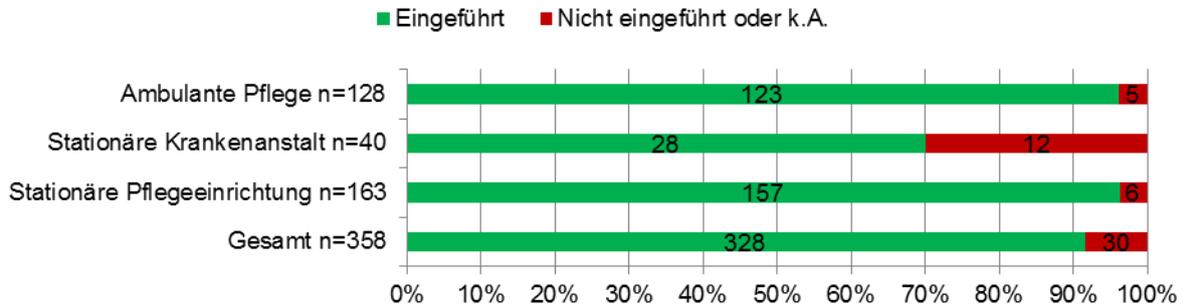


Abbildung 2: Angaben zur Einführung der Expertenstandards unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13 Frage 5.1. Wenn ja, aus welchem Expertenstandard und sind diese Standardkriterien verpflichtend? [Mehrfachantworten sind möglich]

9.13.1 Gesamtauswertung (Frage 5.1)

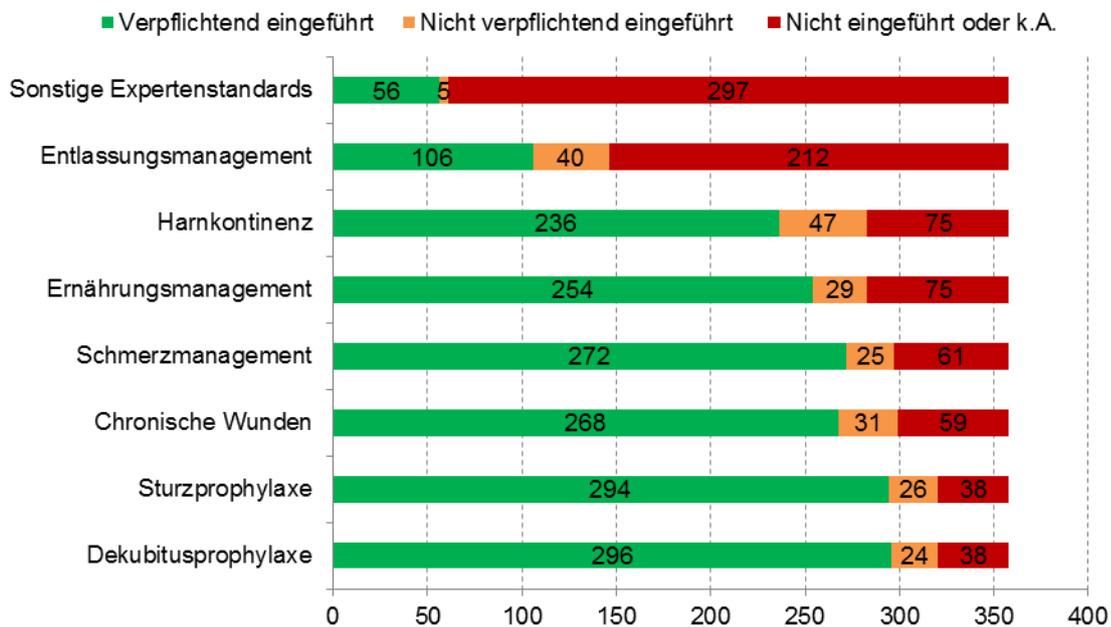


Abbildung 3: Angaben zur Einführung der einzelnen Expertenstandards in den Einrichtungen der Befragten (inklusive Angaben ob sie verpflichtend oder nicht verpflichtend eingeführt wurden)

9.13.2 Auswertung nach Art der Einrichtung (Frage 5.1)

9.13.2.1 Entlassungsmanagement

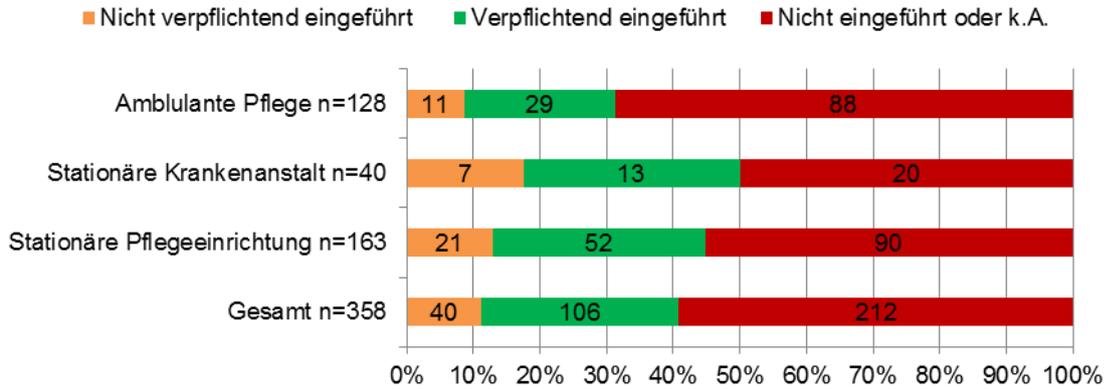


Abbildung 4: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.2 Harnkontinenz

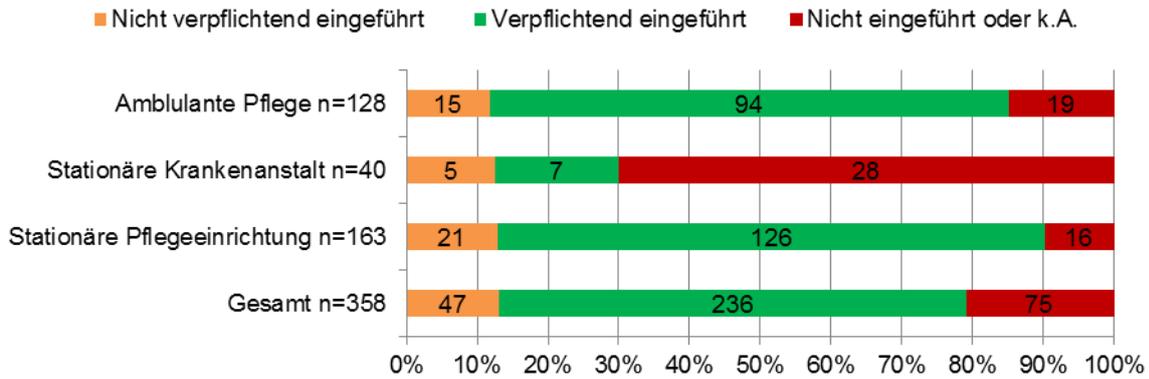


Abbildung 5: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Harnkontinenz unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.3 Ernährungsmanagement

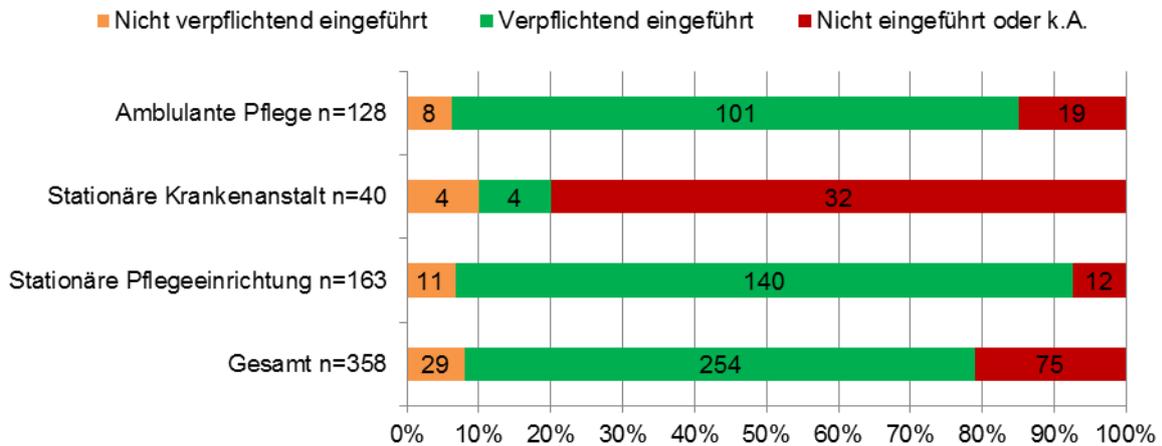


Abbildung 6: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Ernährungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.4 Schmerzmanagement

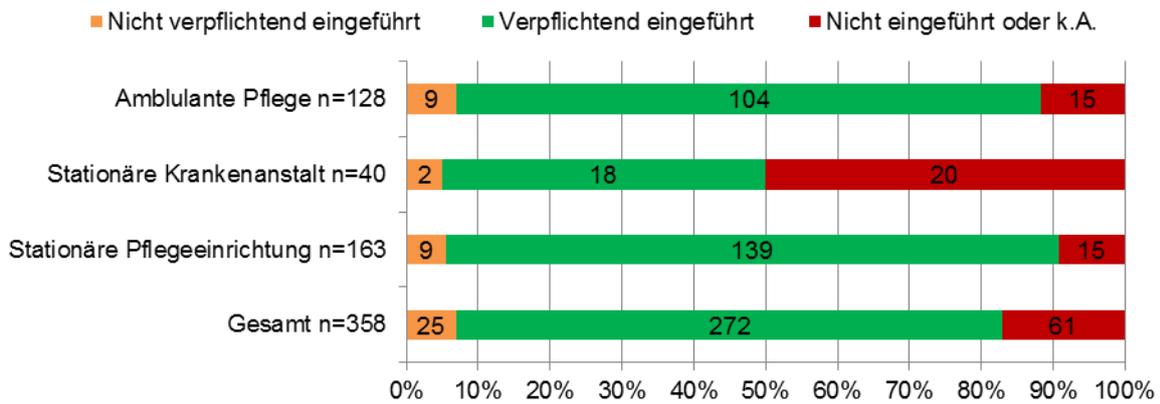


Abbildung 7: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Schmerzmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.5 Chronische Wunden

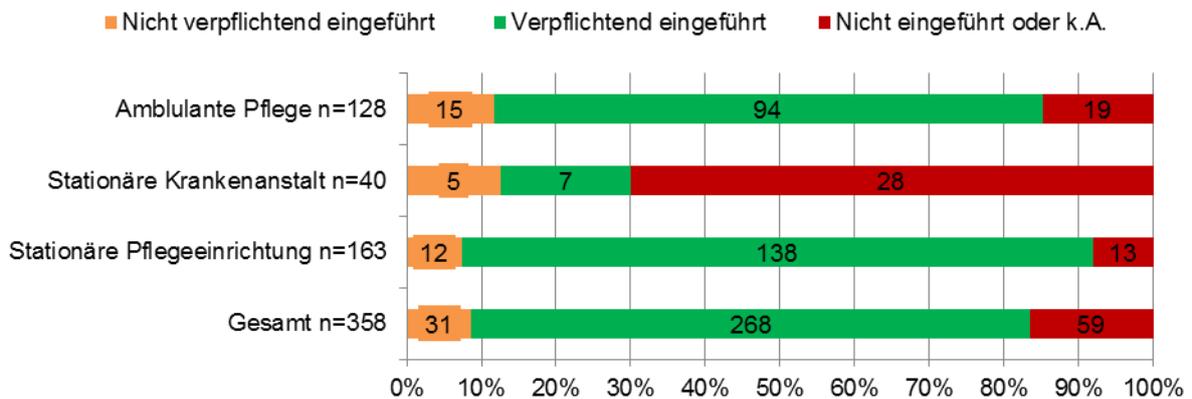


Abbildung 8: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Chronische Wunden unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.6 Sturzprophylaxe

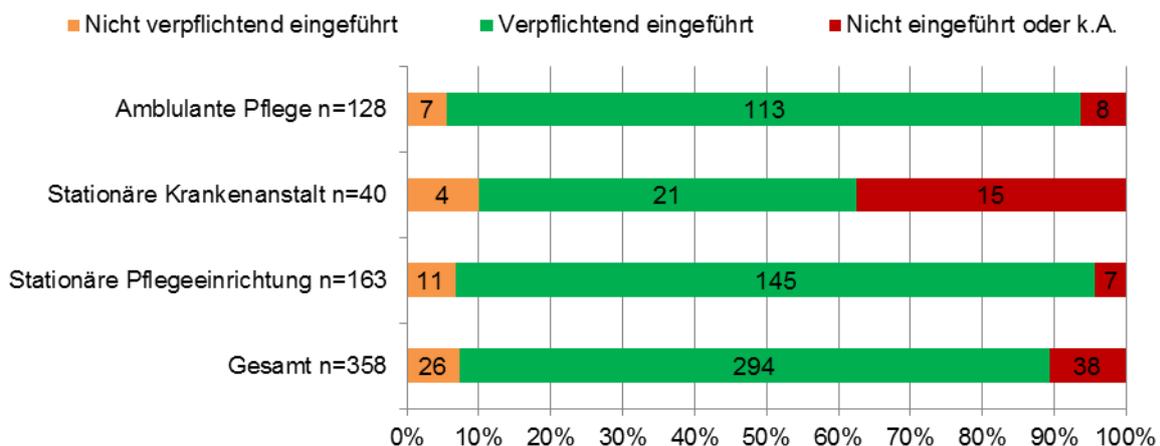


Abbildung 9: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.13.2.7 Dekubitusprophylaxe

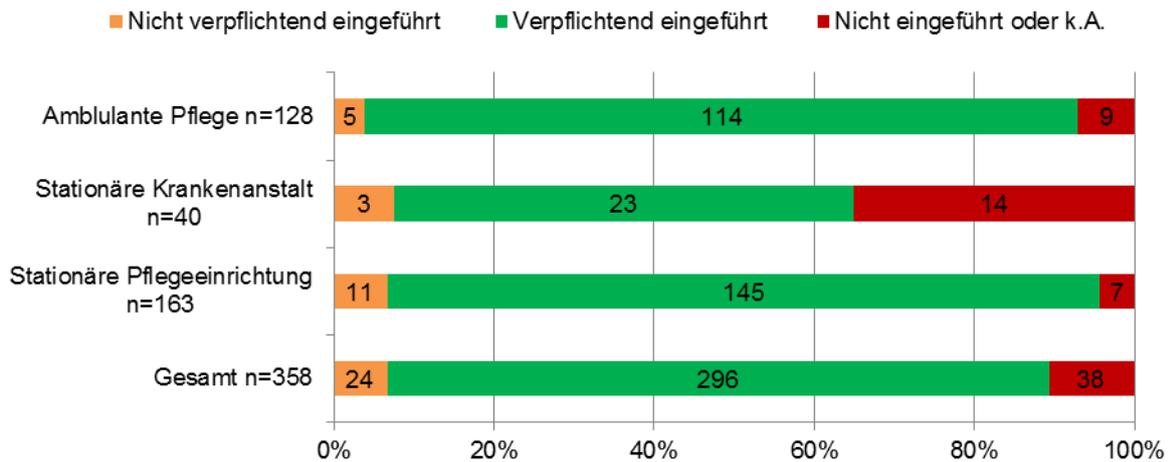


Abbildung 10: Angaben zur Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.14 Frage 6: Wie häufig werden die in den evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP empfohlenen Standardkriterien Ihrer subjektiven Einschätzung nach in Ihrem Arbeitsbereich angewendet?

9.14.1 Auswertung nach Art der Einrichtung und gesamt (Frage 6)

9.14.1.1 Entlassungsmanagement

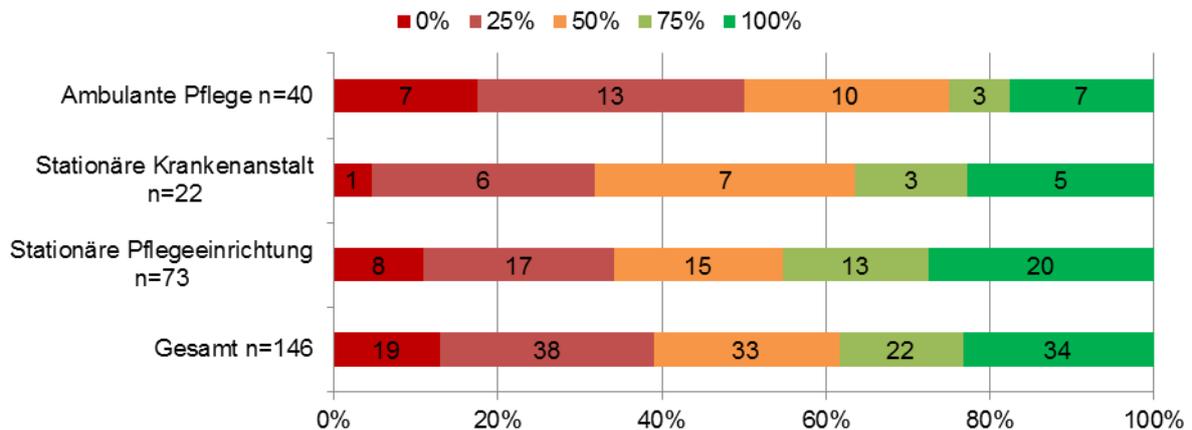


Abbildung 11: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50%, 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Entlassungsmanagement

9.14.1.2 Harnkontinenz

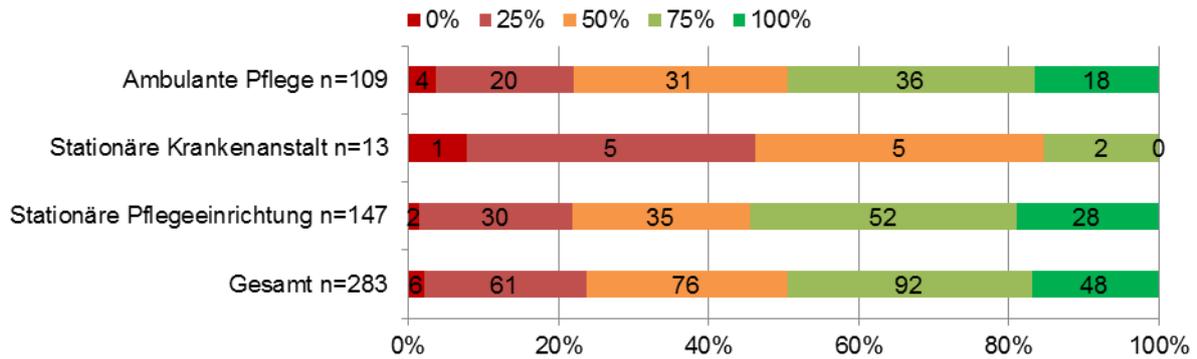


Abbildung 12: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50%, 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Harnkontinenz

9.14.1.3 Ernährungsmanagement

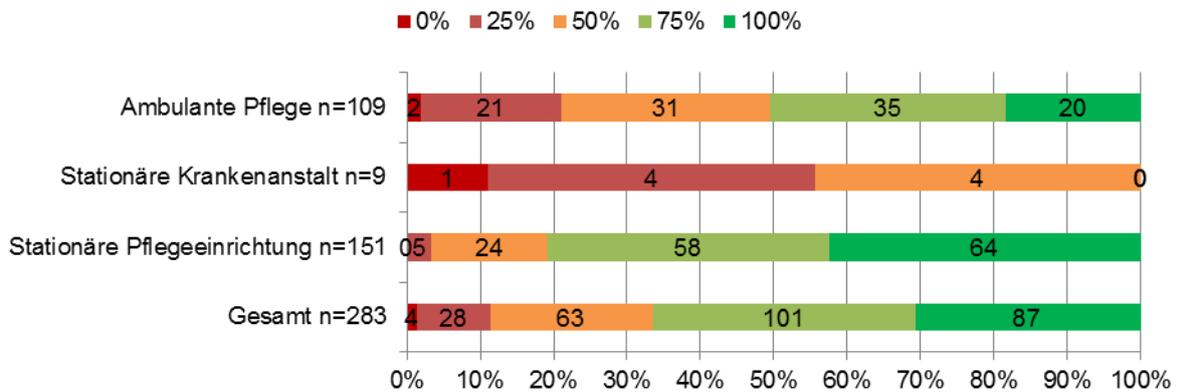


Abbildung 13: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50%, 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Ernährungsmanagement

9.14.1.4 Schmerzmanagement

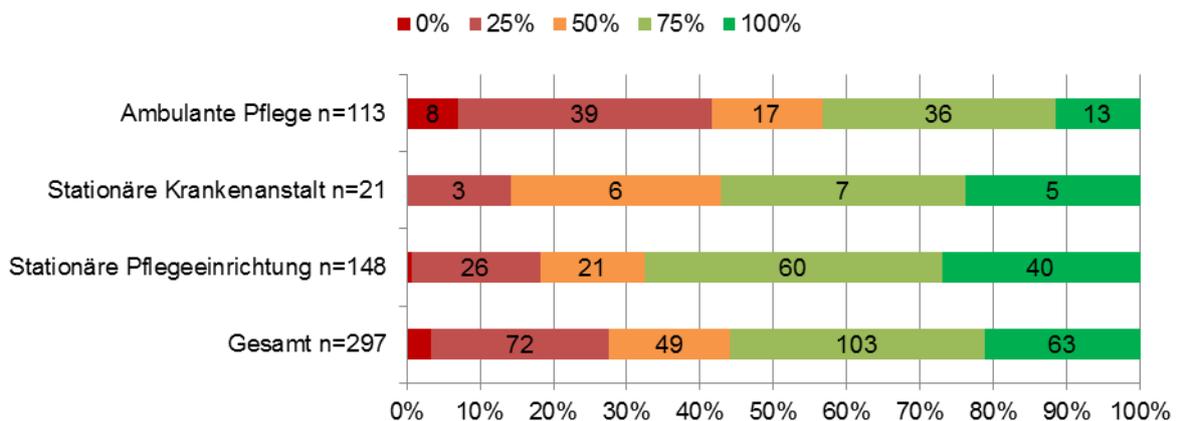


Abbildung 14: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50%, 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Schmerzmanagement

9.14.1.5 Chronische Wunden

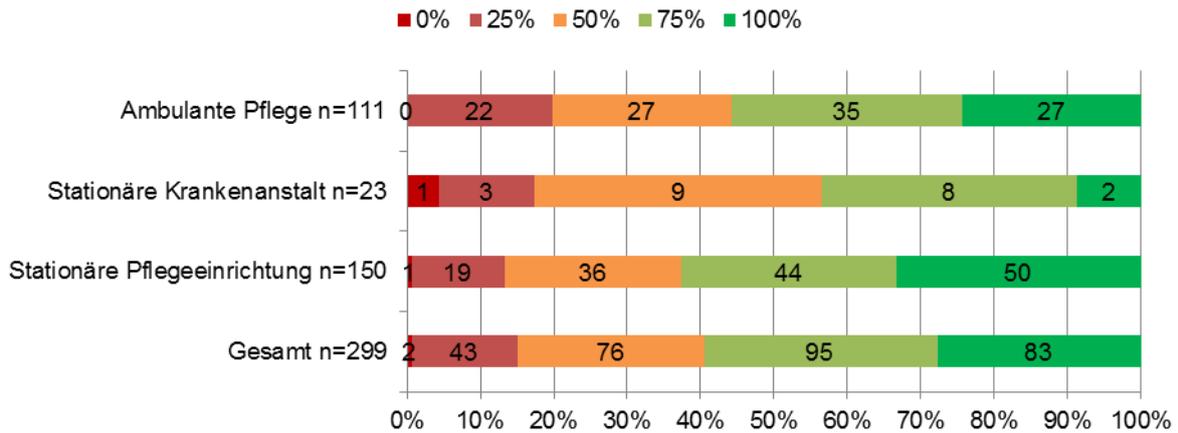


Abbildung 15: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Chronische Wunden

9.14.1.6 Sturzprophylaxe

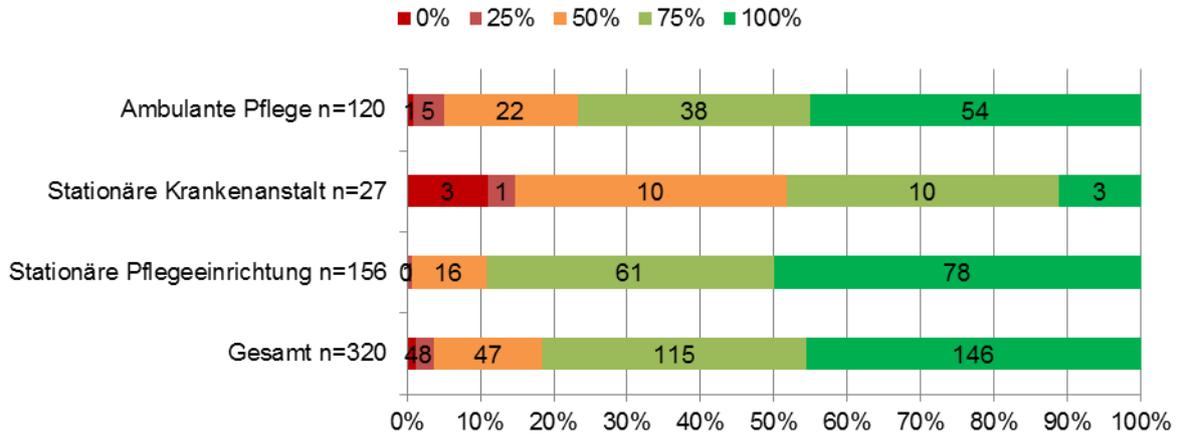


Abbildung 16: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe

9.14.1.7 Dekubitusprophylaxe

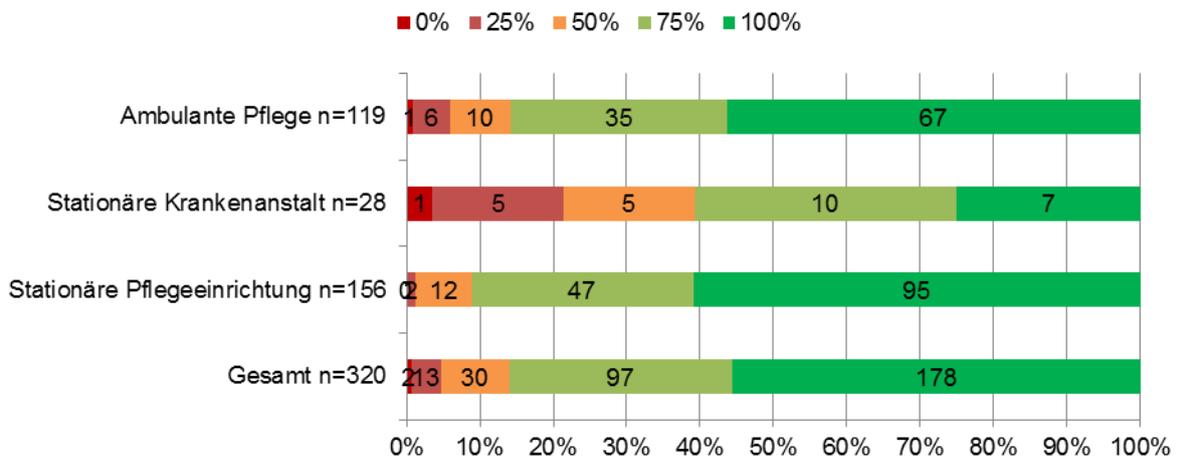
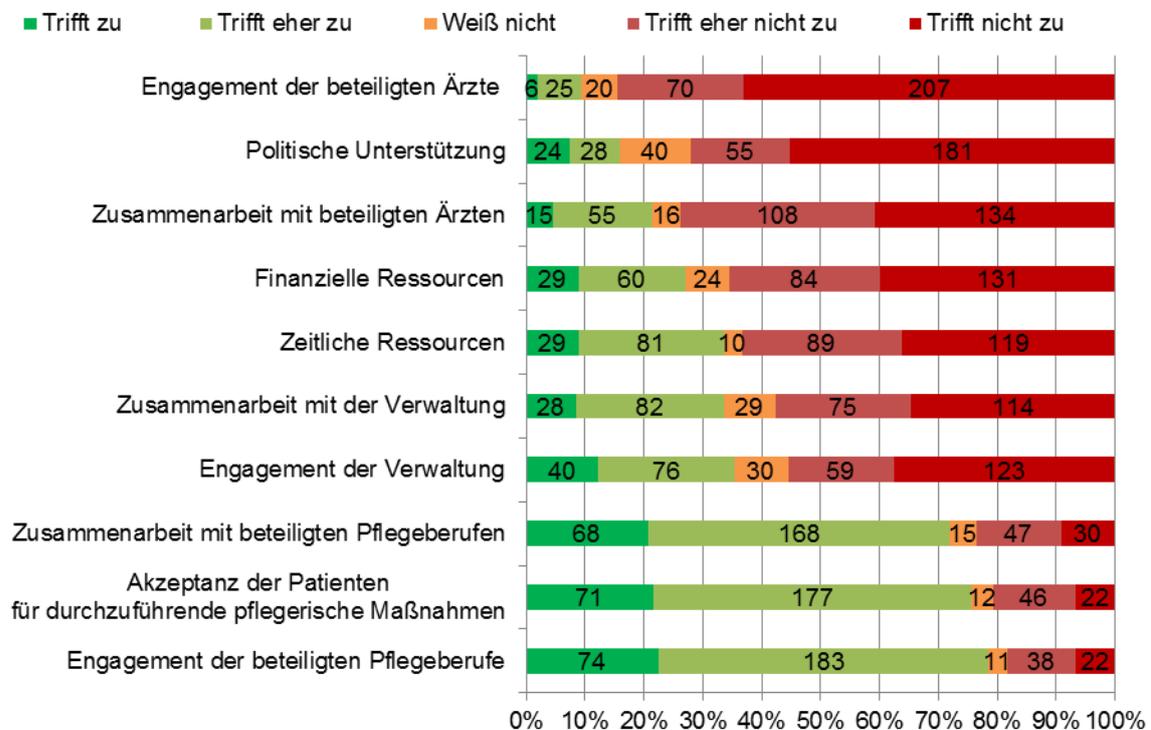


Abbildung 17: Einschätzung der Häufigkeit (in 0%, 25%, 50% 75%, 100% der Fälle) der Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe

9.15 Frage 7: Welche der folgenden Faktoren waren Ihrer Einschätzung nach bei Einführung der Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrer Einrichtung vorhanden?

9.15.1 Gesamtauswertung (Frage 7)



Mehrfachantworten möglich, n = 358

Abbildung 18: Einschätzung zu den Faktoren, die bei Einführung der Expertenstandards der DNQP vorhanden waren (bzw. nicht vorhanden waren)

9.15.2 Auswertung nach Art der Einrichtung (Frage 7)

9.15.2.1 Engagement der beteiligten Ärzte

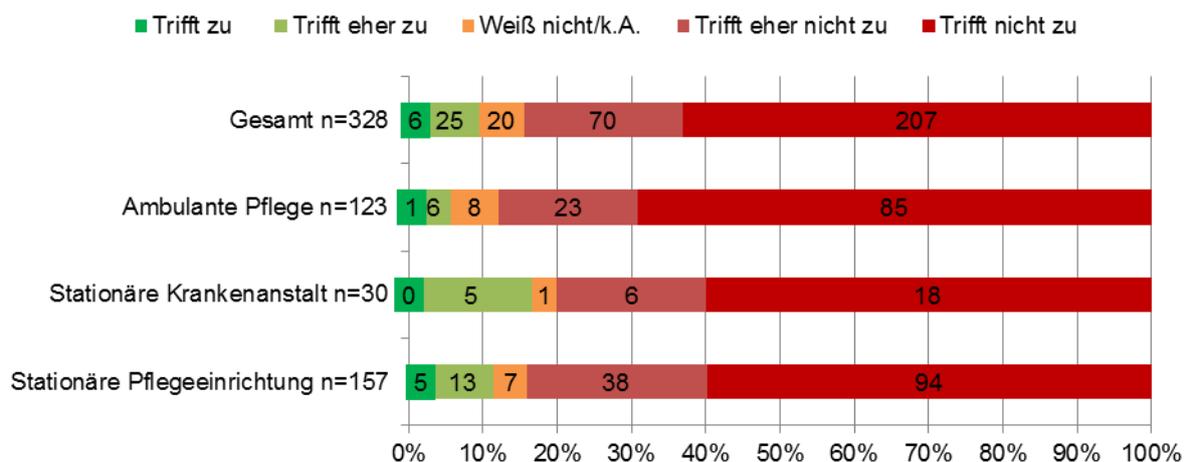


Abbildung 19: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Ärzte bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.2 Politische Unterstützung

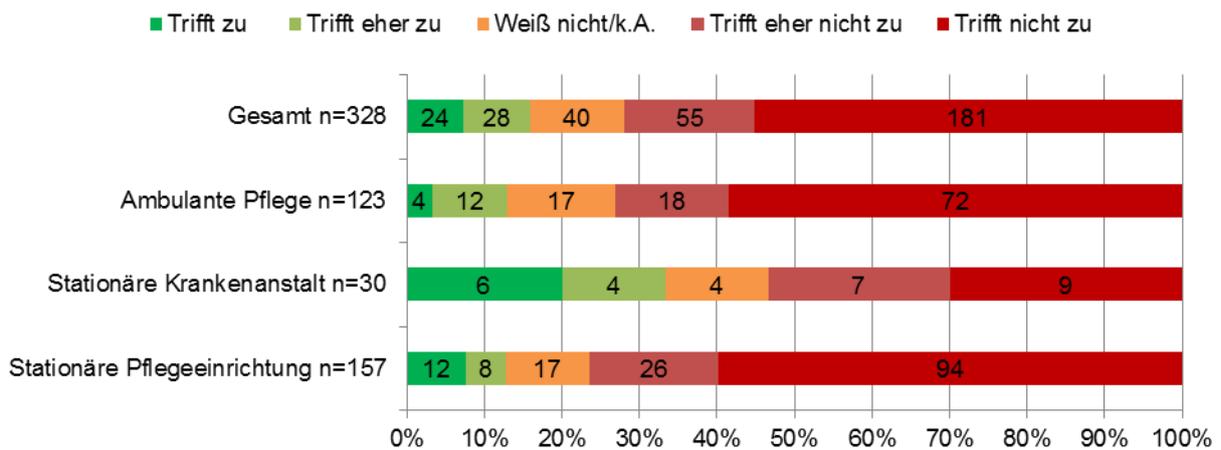


Abbildung 20: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Politische Unterstützung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.3 Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten

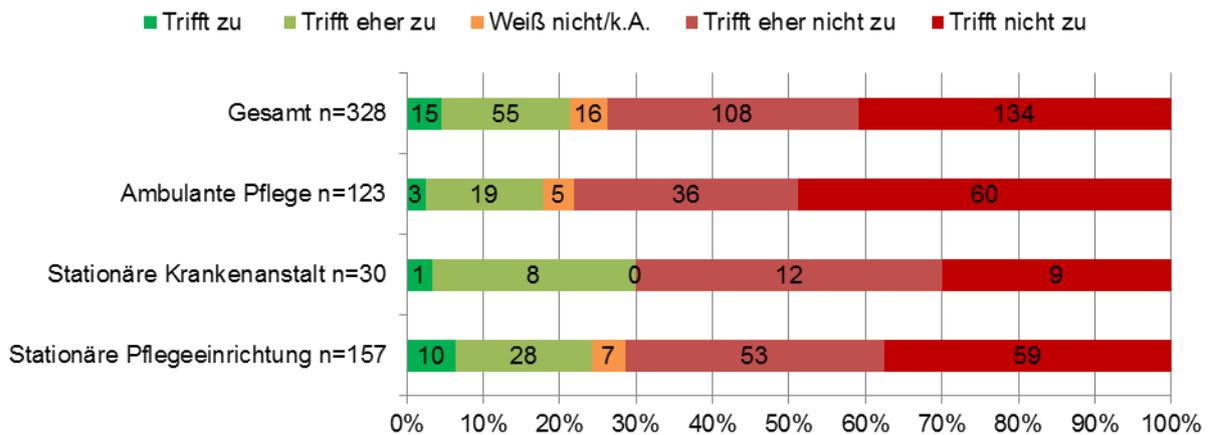


Abbildung 21: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.4 Finanzielle Ressourcen

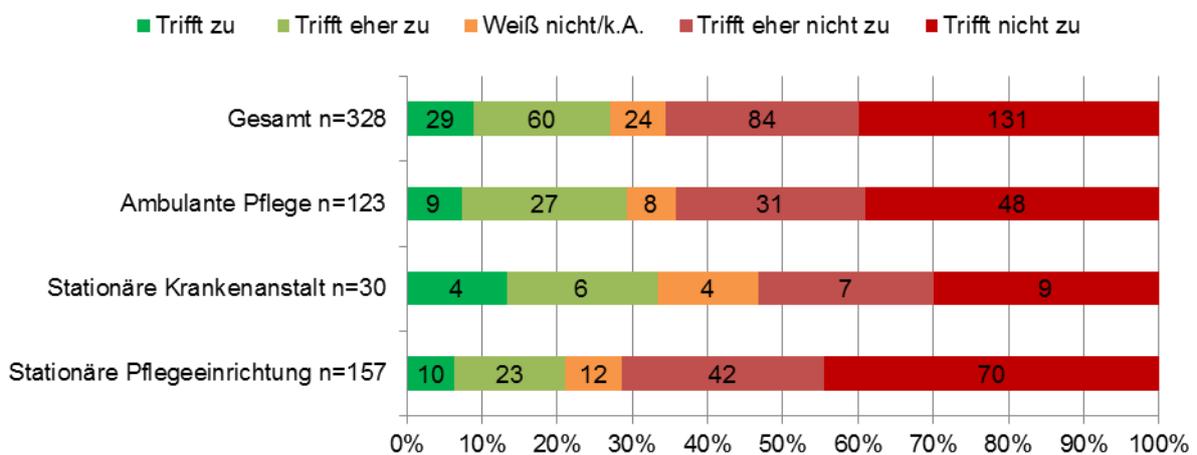


Abbildung 22: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Finanzielle Ressourcen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.5 Zeitliche Ressourcen

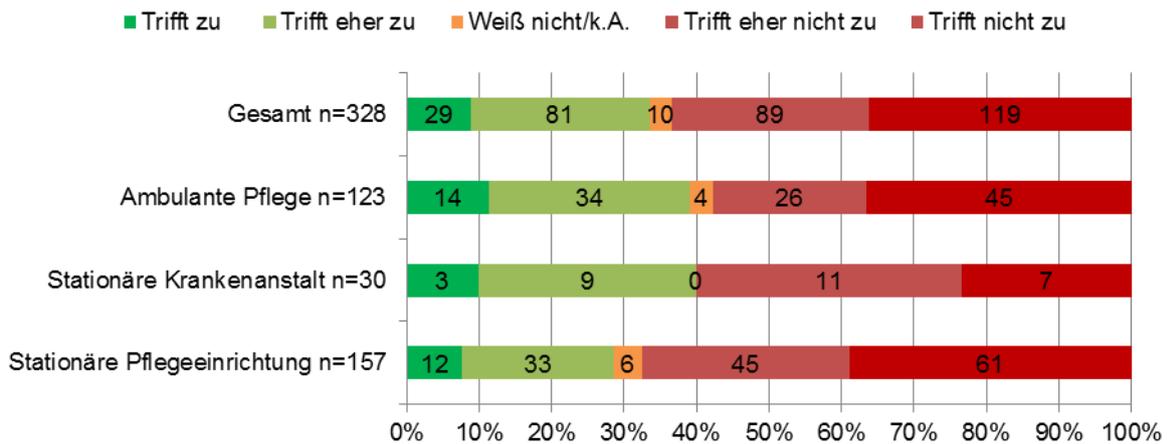


Abbildung 23: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zeitliche Ressourcen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.6 Zusammenarbeit mit der Verwaltung

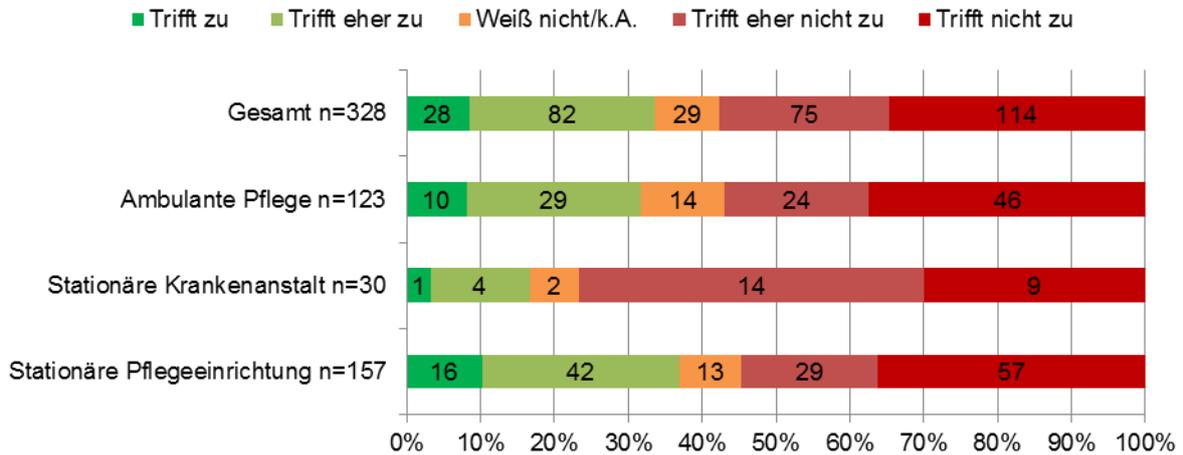


Abbildung 24: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit der Verwaltung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.7 Engagement der Verwaltung

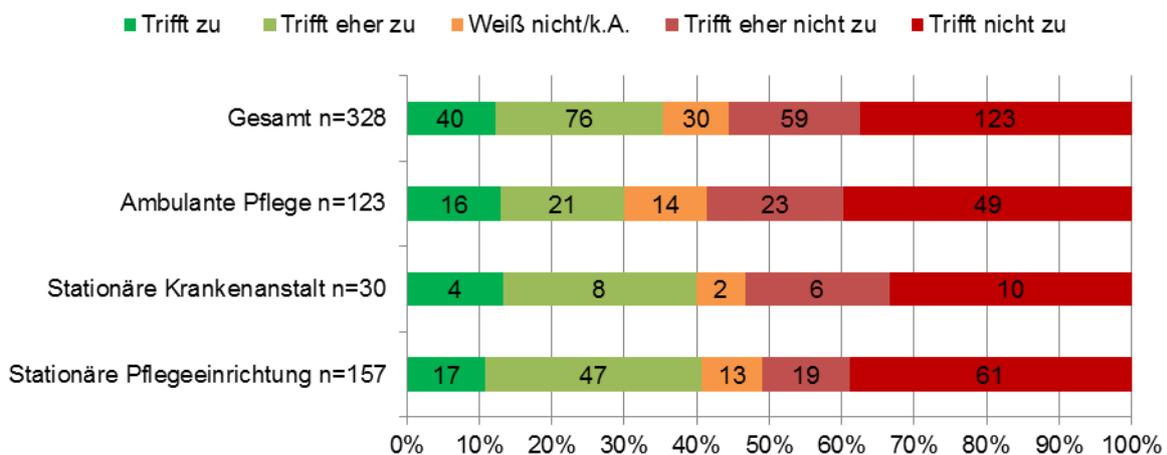


Abbildung 25: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der Verwaltung bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.8 Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen

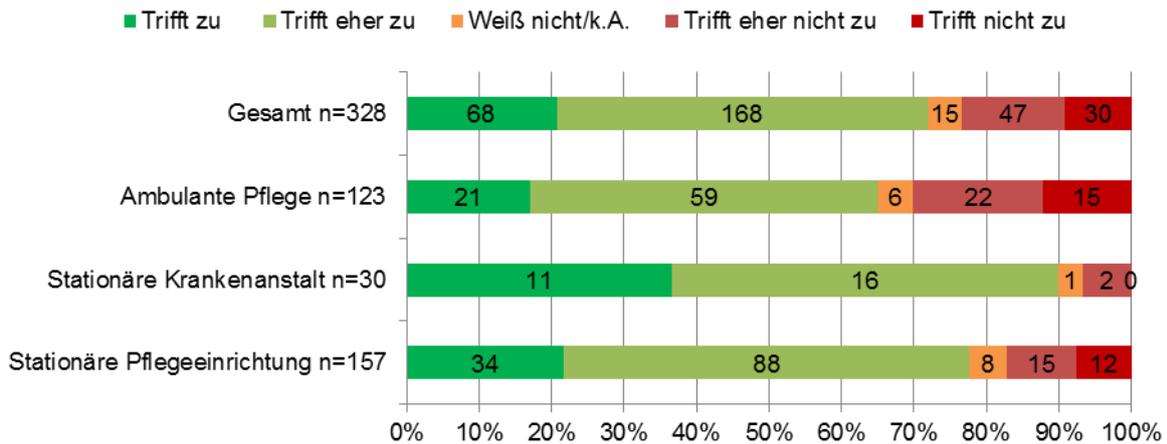


Abbildung 26: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.9 Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen

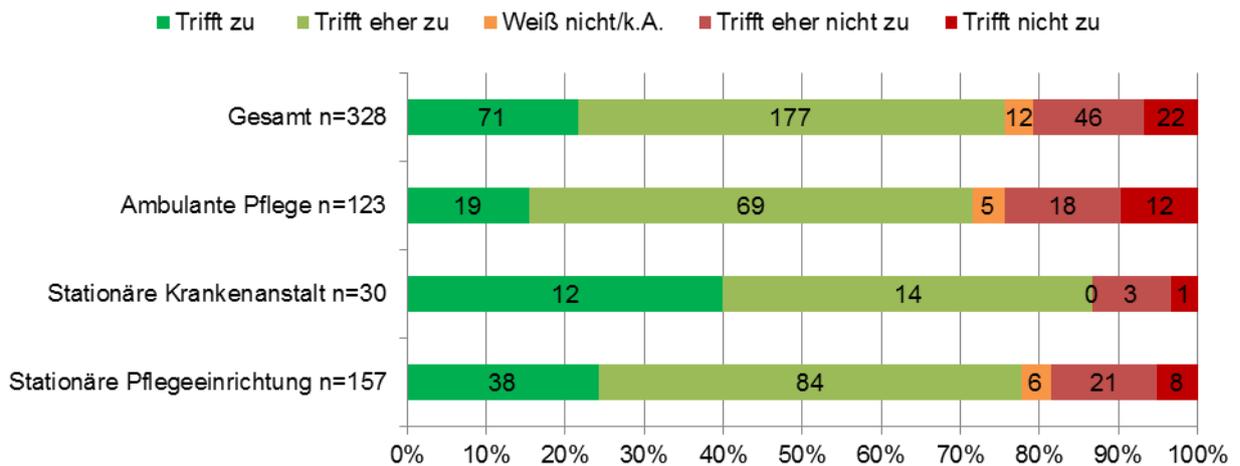


Abbildung 27: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.15.2.10 Engagement der beteiligten Pflegeberufe

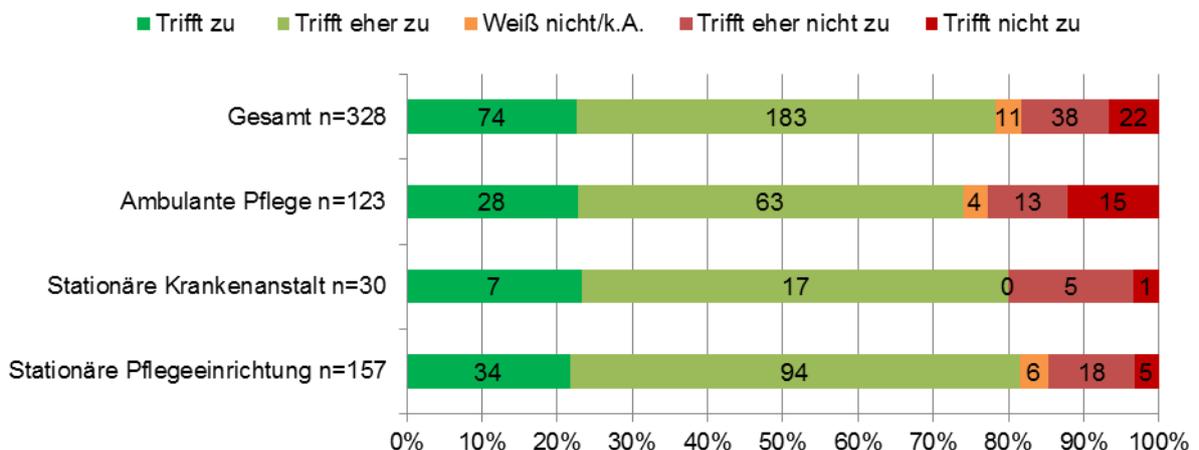
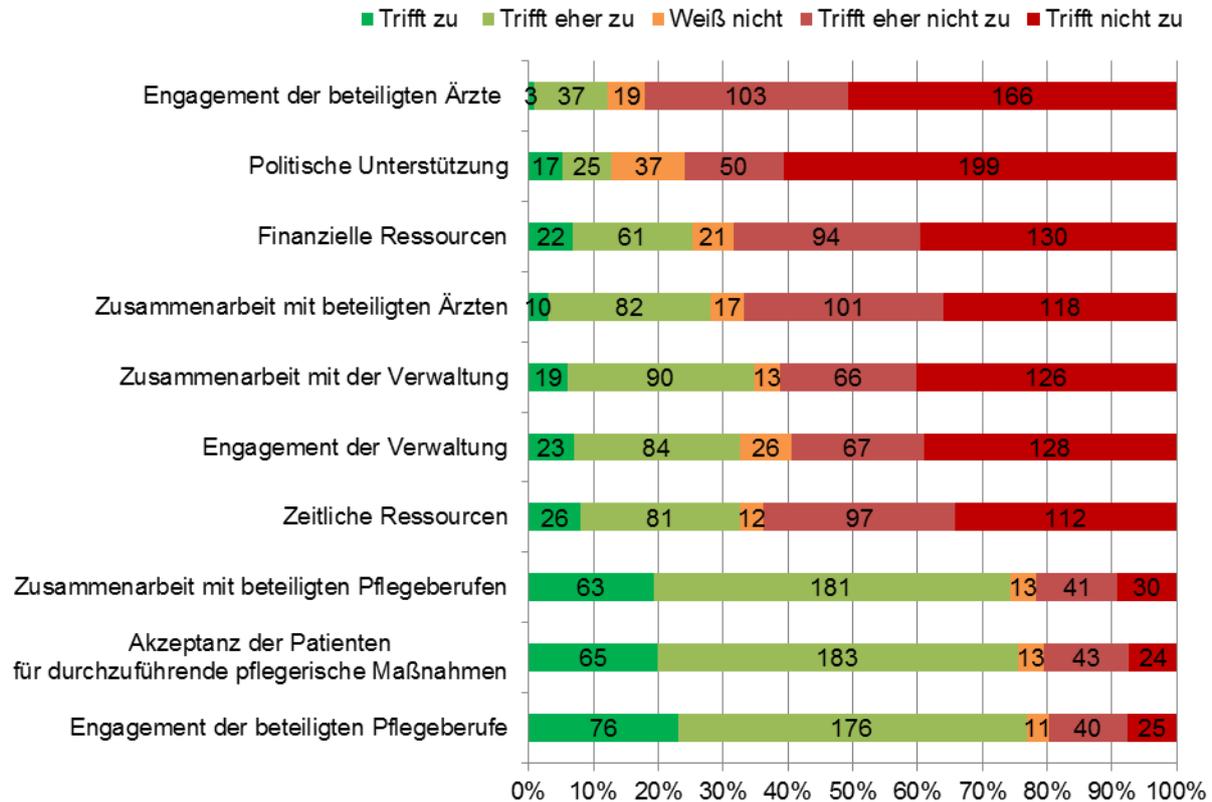


Abbildung 28: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Pflegeberufe bei Einführung der Expertenstandards der DNQP

9.16 Frage 8: Welche der folgenden Faktoren sind Ihrer Einschätzung nach bei der täglichen Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien in Ihrer Einrichtung vorhanden?

9.16.1 Gesamtauswertung (Frage 8)



Mehrfachantworten möglich, n=358

Abbildung 29: Einschätzung zu den Faktoren, die in der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP vorhanden sind bzw. nicht vorhanden sind.

9.16.2 Auswertung nach Art der Einrichtung (Frage 8)

9.16.2.1 Engagement der beteiligten Ärzte

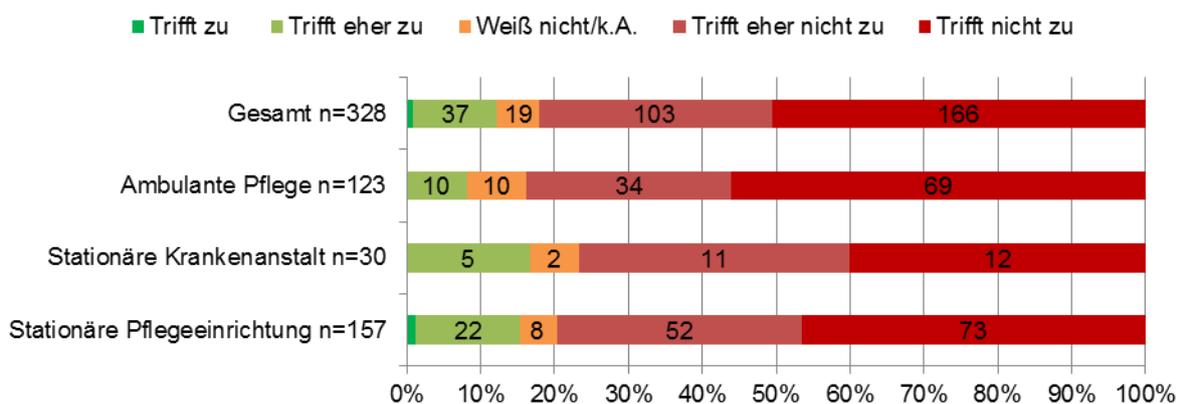


Abbildung 30: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Ärzte bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.2 Politische Unterstützung

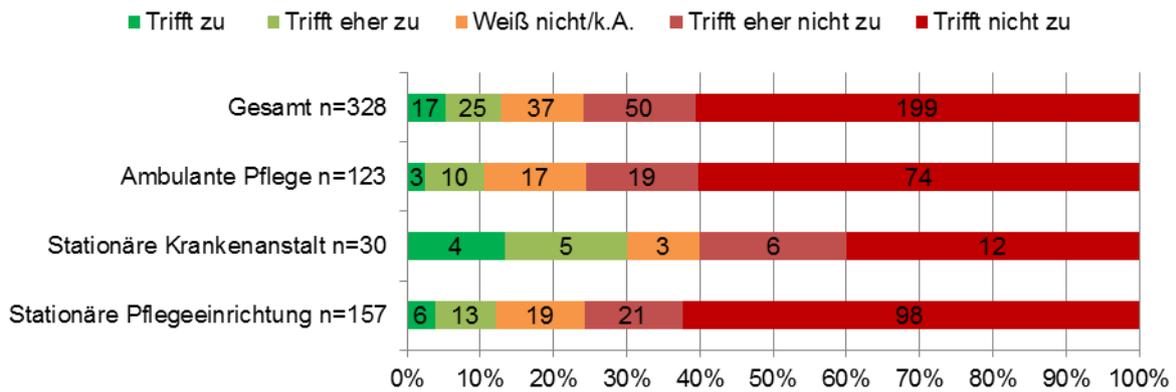


Abbildung 31: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors politische Unterstützung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.3 Finanzielle Ressourcen

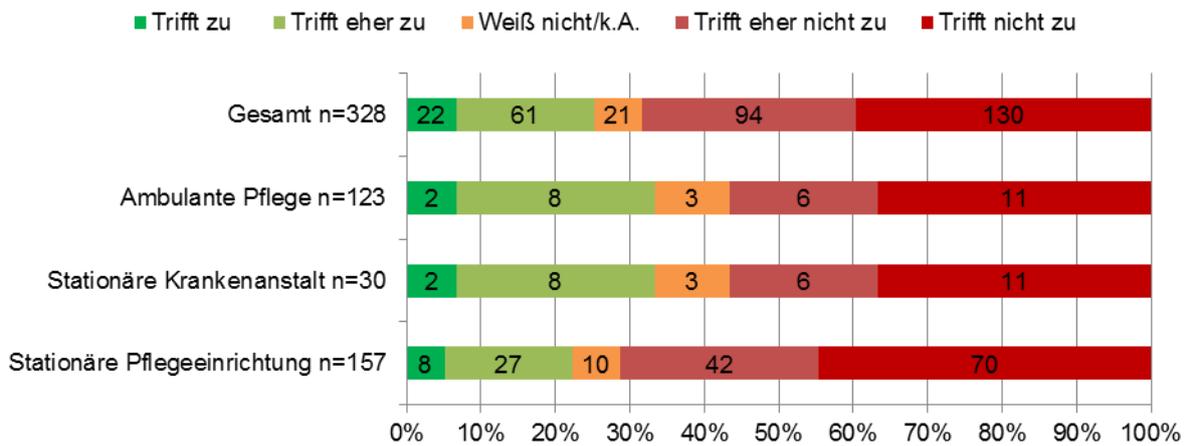


Abbildung 32: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors finanzielle Ressourcen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.4 Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten

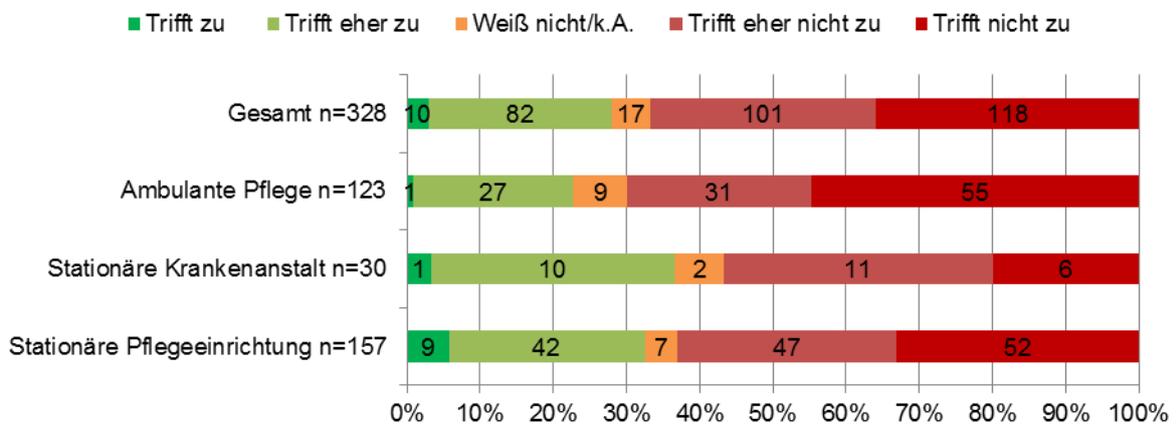


Abbildung 33: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.5 Zusammenarbeit mit der Verwaltung

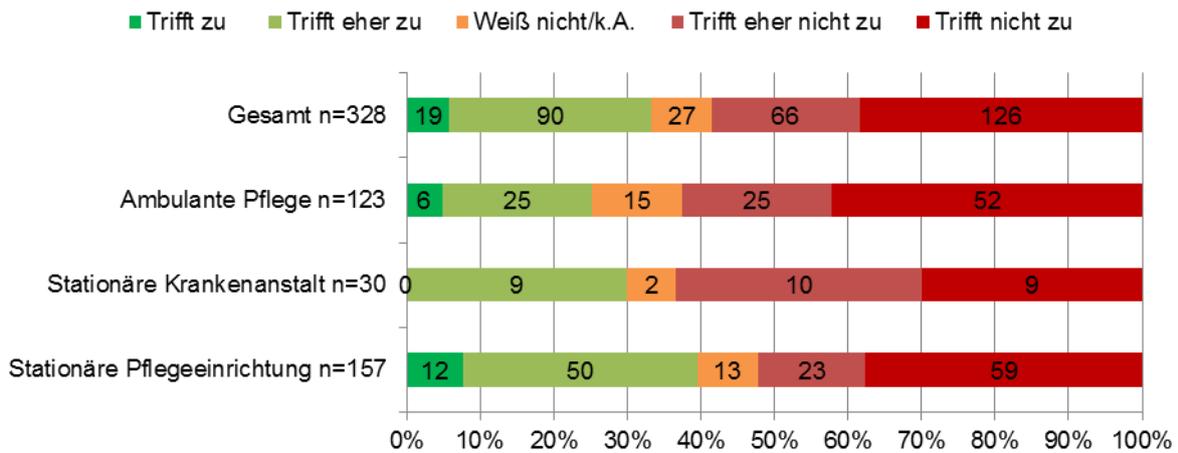


Abbildung 34: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit der Verwaltung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.6 Engagement der Verwaltung

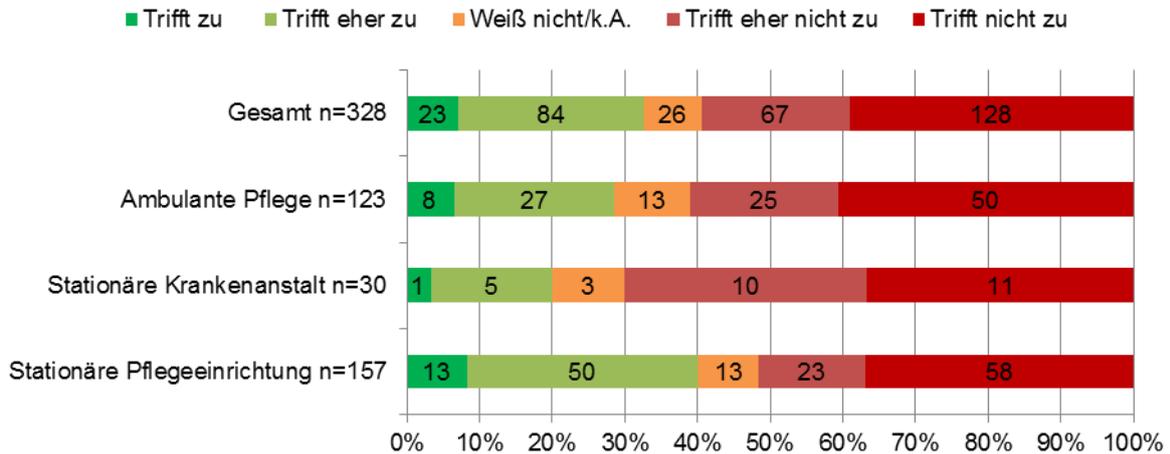


Abbildung 35: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der Verwaltung bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.7 Zeitliche Ressourcen

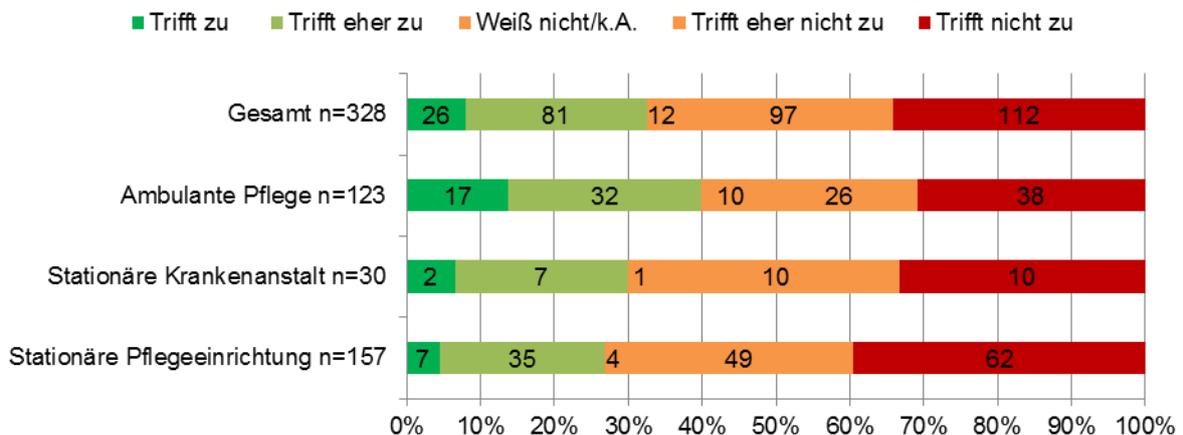


Abbildung 36: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors zeitliche Ressourcen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.8 Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen

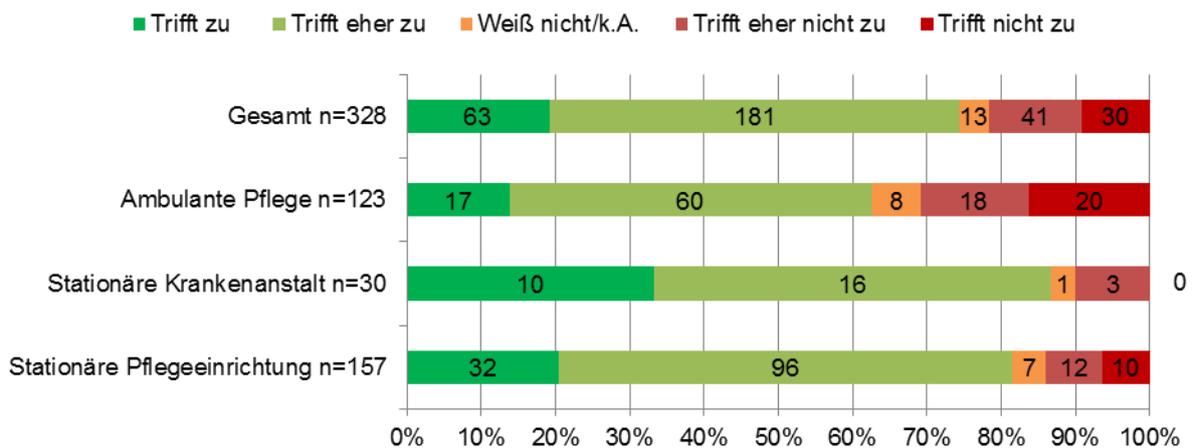


Abbildung 37: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Zusammenarbeit mit beteiligten Pflegeberufen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.9 Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen

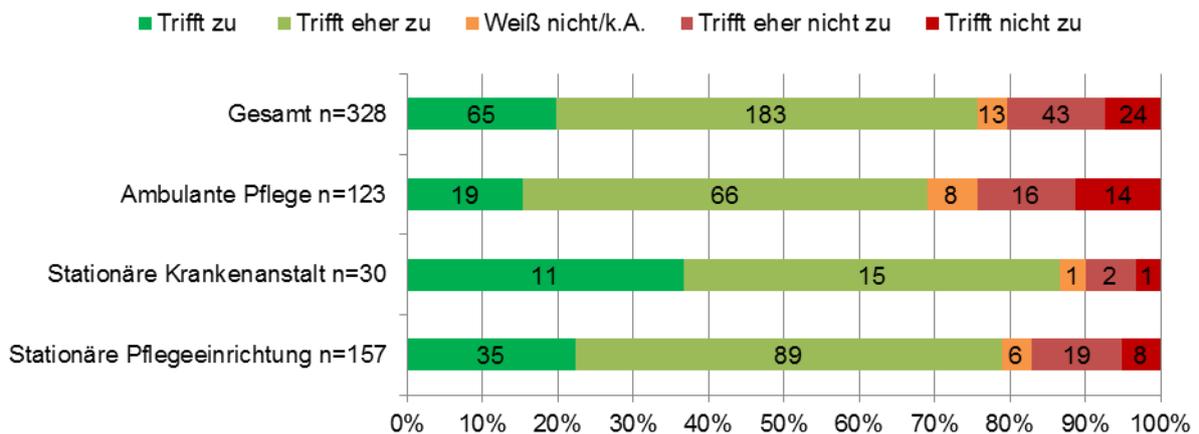


Abbildung 38: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Akzeptanz der Patienten für durchzuführende pflegerische Maßnahmen bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.16.2.10 Engagement der beteiligten Pflegeberufe

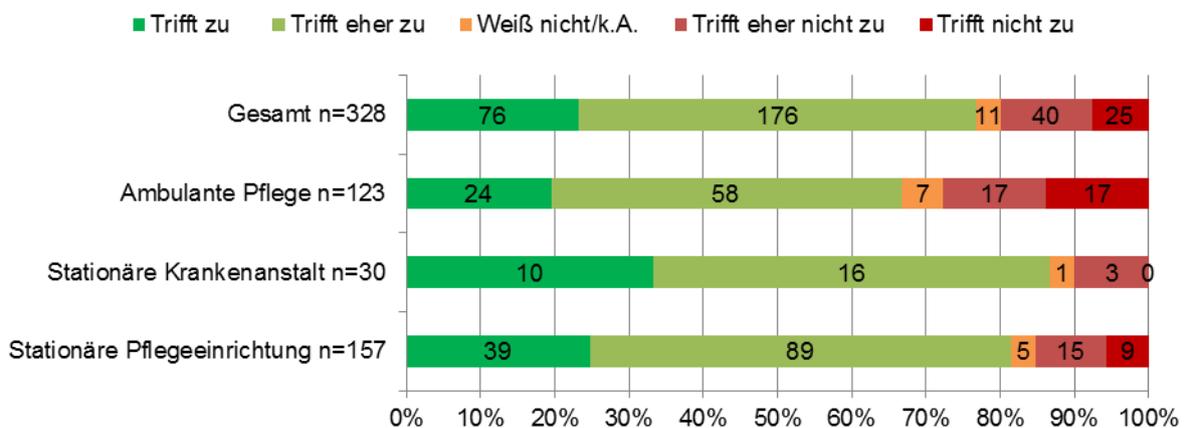


Abbildung 39: Einschätzung des Vorhanden bzw. Nicht-Vorhandenseins des Faktors Engagement der beteiligten Pflegeberufe bei der täglichen Anwendung der Expertenstandards der DNQP

9.17 Frage 9: Wie sinnvoll erachten Sie die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrem Arbeitsbereich?

9.17.1 Auswertung nach Art der Einrichtung und gesamt (Frage 9)

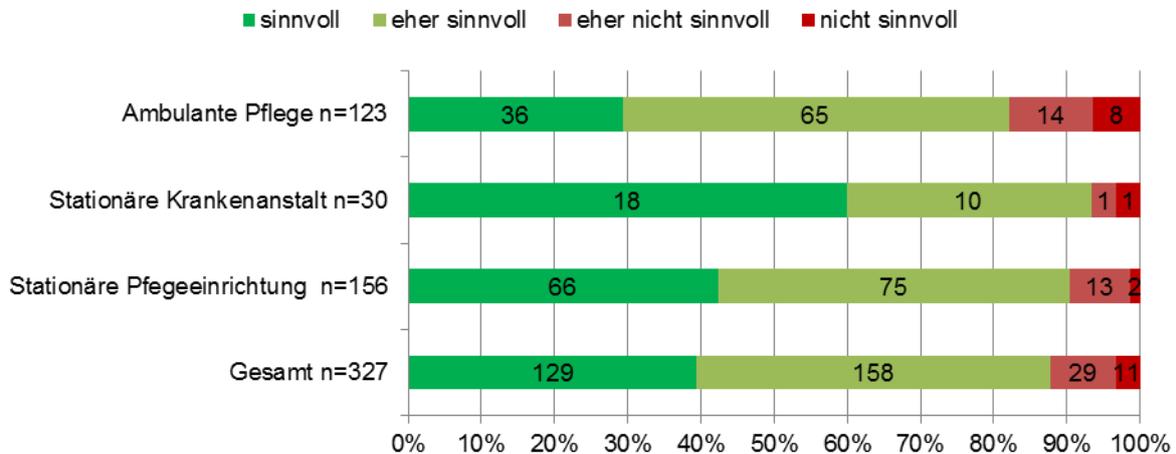


Abbildung 40: Einschätzung dazu, wie sinnvoll die Befragten die Anwendung der Expertenstandards der DNQP finden (unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt)

9.18 Frage 10: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation im pflegerischen Alltag in Hinblick auf die Dekubitusprophylaxe Ihrer Meinung nach verändert?

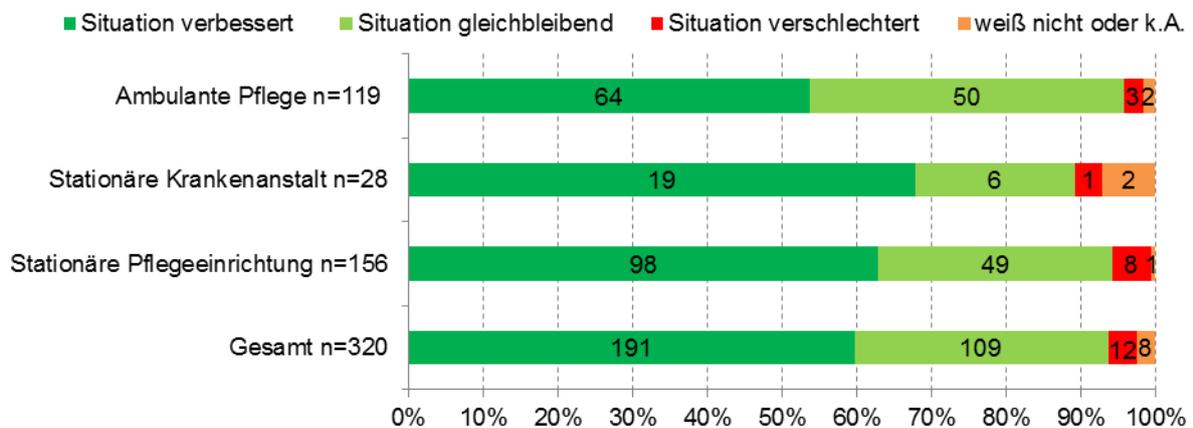
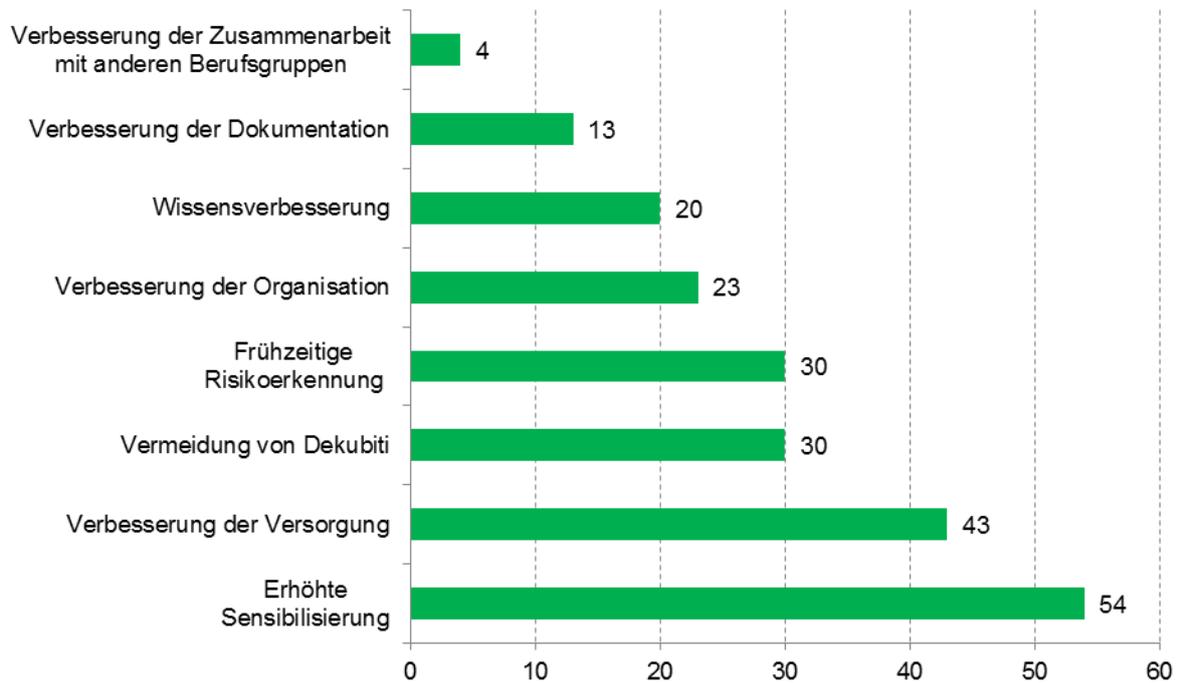


Abbildung 41: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Dekubitusprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

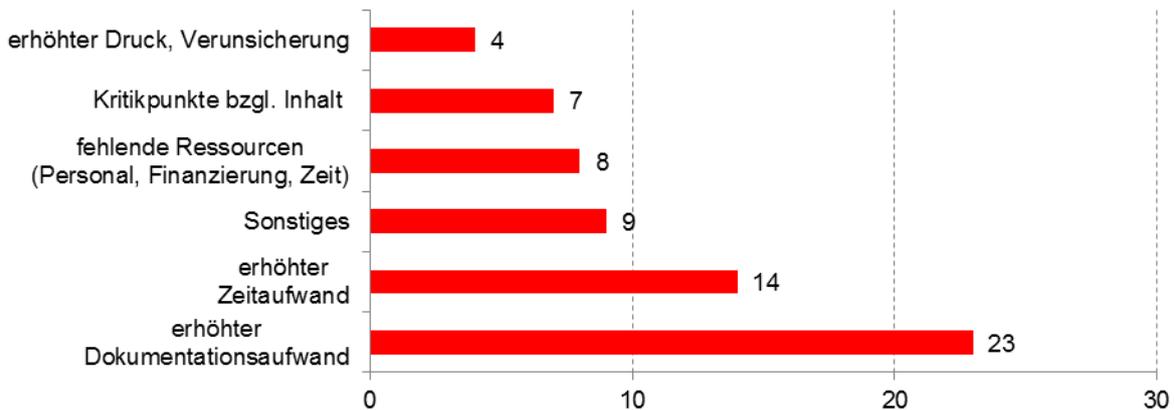
9.18.1 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 217

Abbildung 42: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe

9.18.2 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 65

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleichgeblieben ist.

Abbildung 43: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Dekubitusprophylaxe

9.19 Frage 11: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation im pflegerischen Alltag bei der Patientenentlassung verändert (Entlassungsmanagement)?

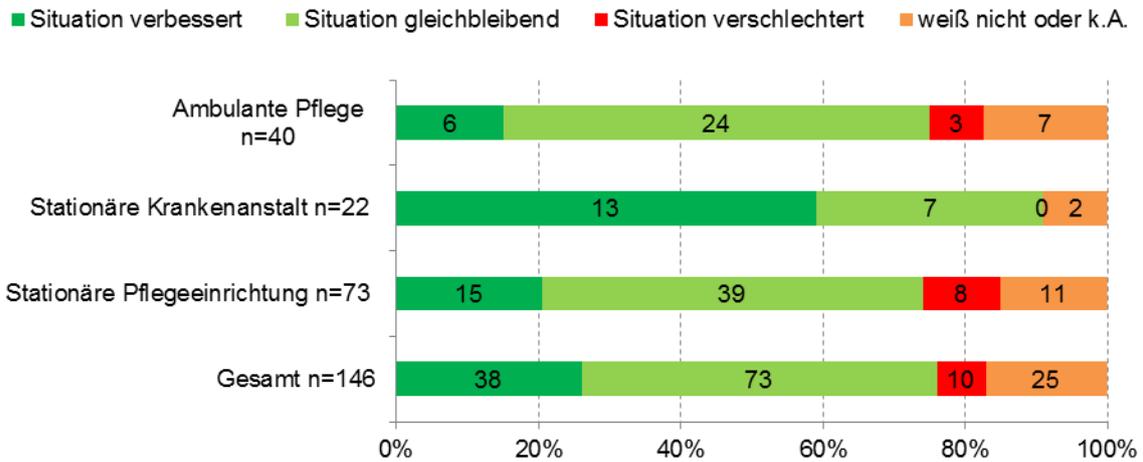
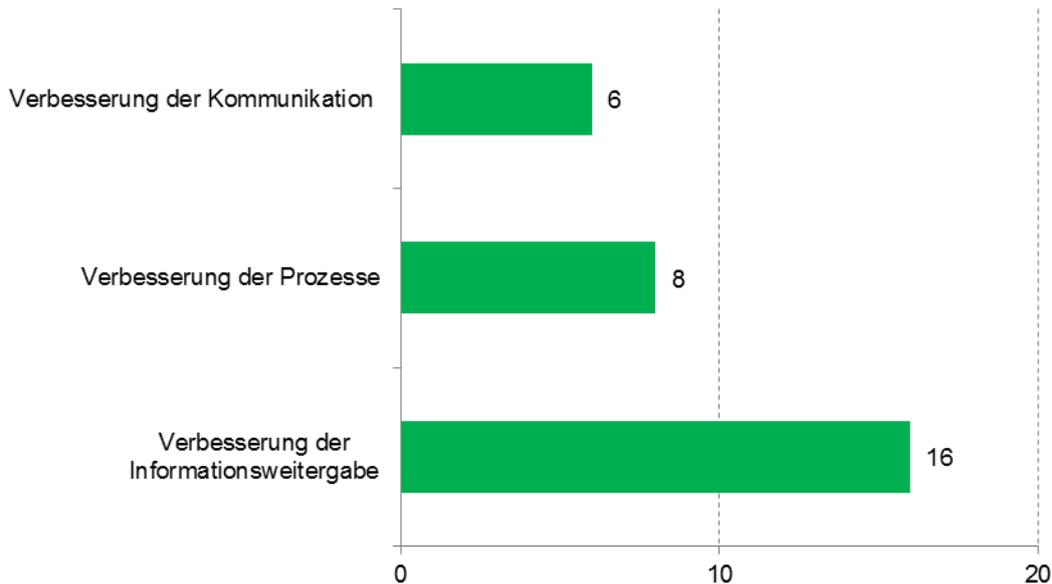


Abbildung 44: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Entlassungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.19.1 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 30

Abbildung 45: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement

9.19.2 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 20

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist.

Abbildung 46: Gruppierete Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Entlassungsmanagement

9.20 Frage 12: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich eines angemessenen Schmerzmanagements verändert?

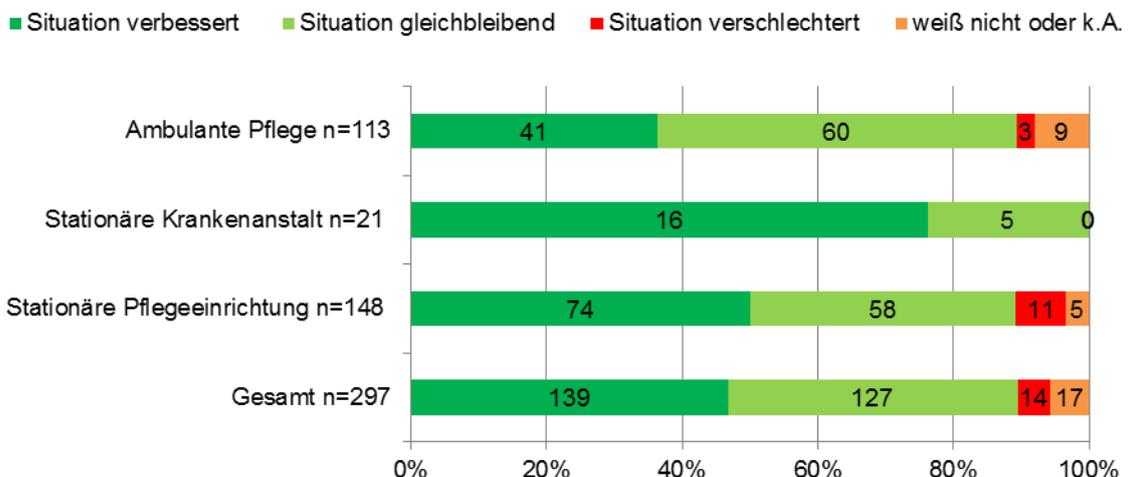
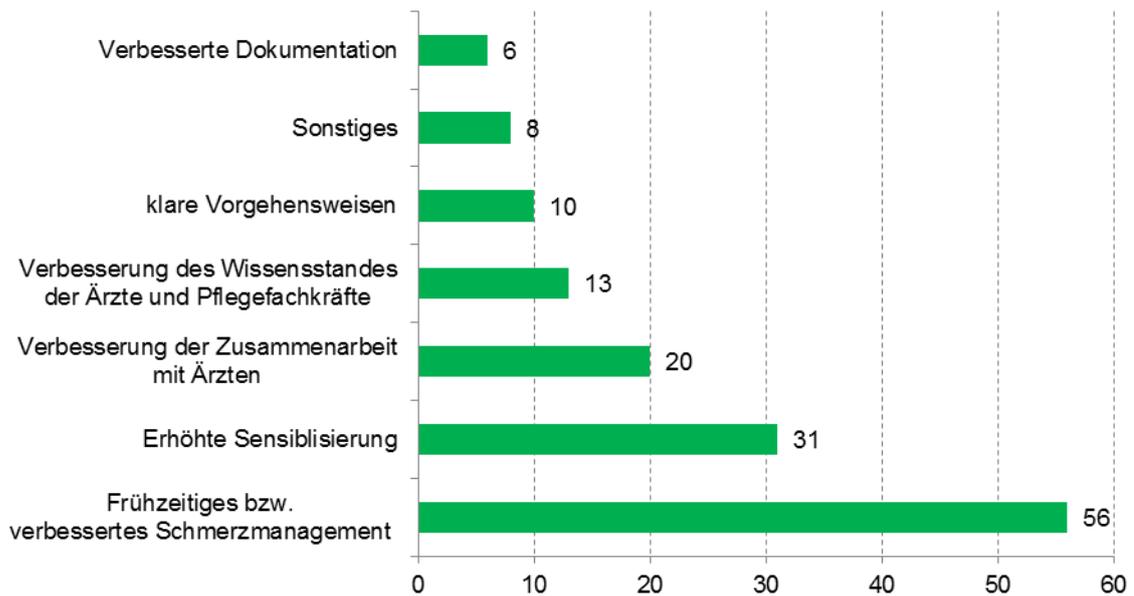


Abbildung 47: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Schmerzmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

9.20.1 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 144

Abbildung 48: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement

9.20.2 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 58

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist.

Abbildung 49: Gruppierte Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Schmerzmanagement

9.21 Frage 13: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich der Sturzprophylaxe verändert?

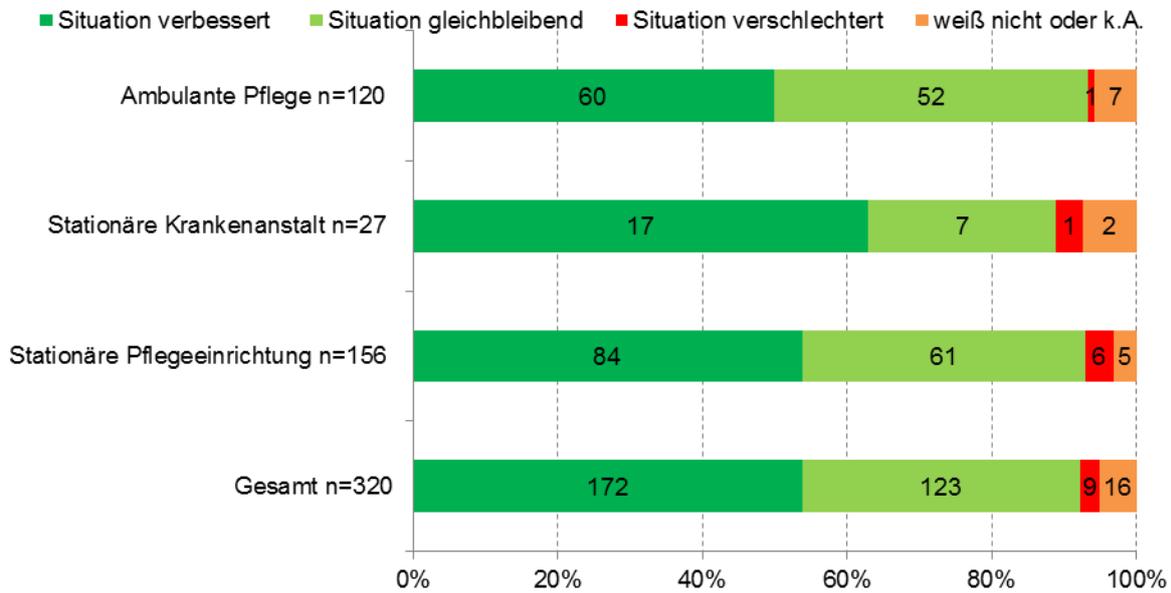
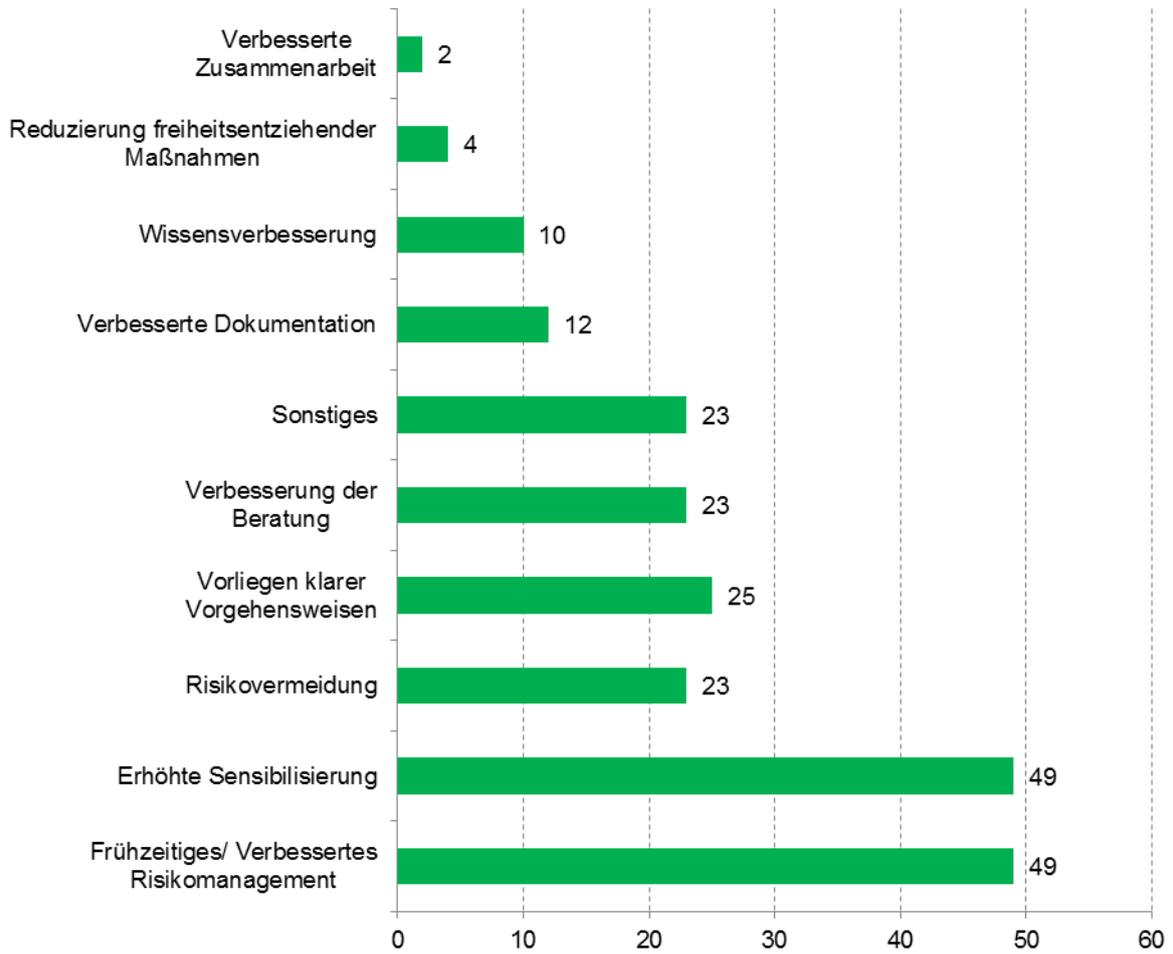


Abbildung 50: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Sturzprophylaxe unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

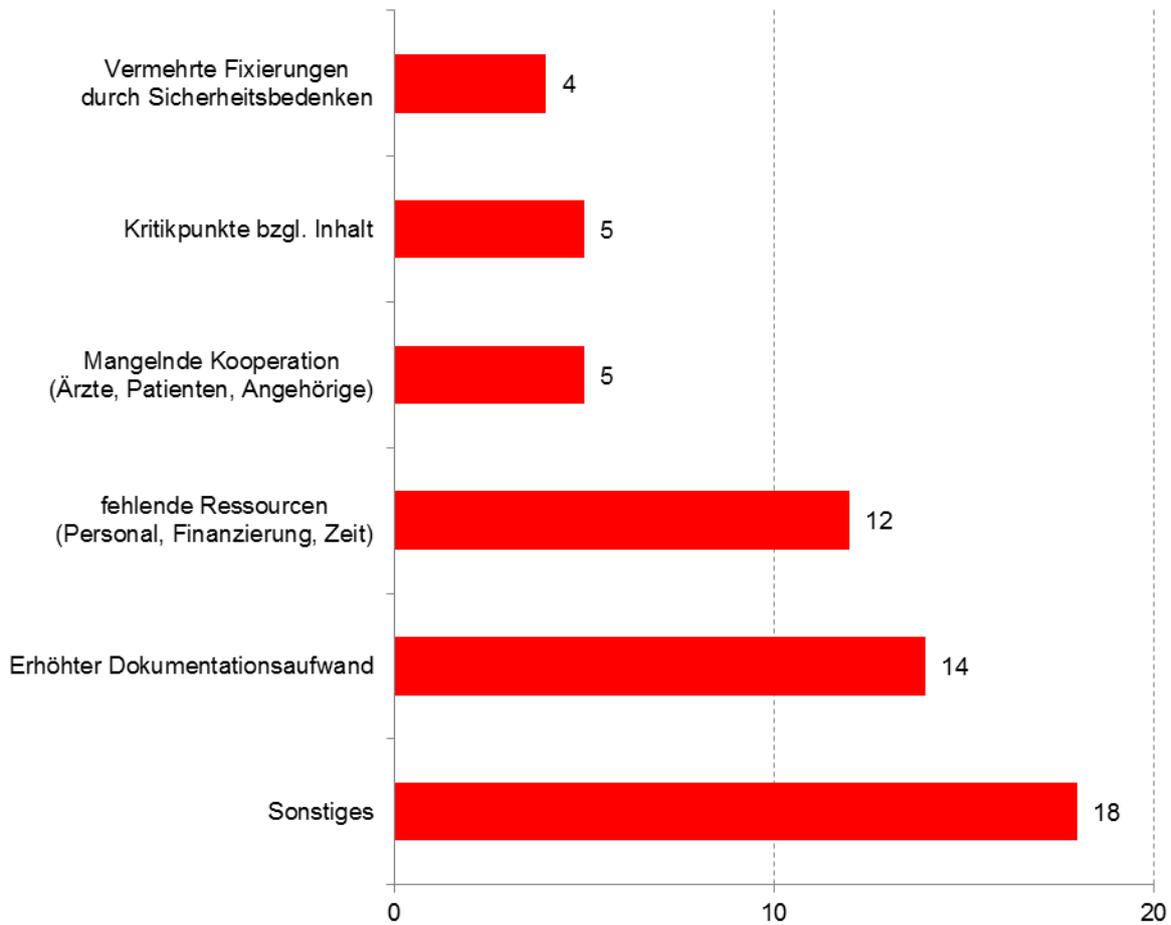
9.21.1 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 220

Abbildung 51: Gruppierete Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe

9.21.2 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 58

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe setzen sich aus allen Angaben zusammen, d. h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist.

Abbildung 52: Gruppierete Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Sturzprophylaxe

9.22 Frage 14: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich des Erkennens von Harninkontinenz verändert?

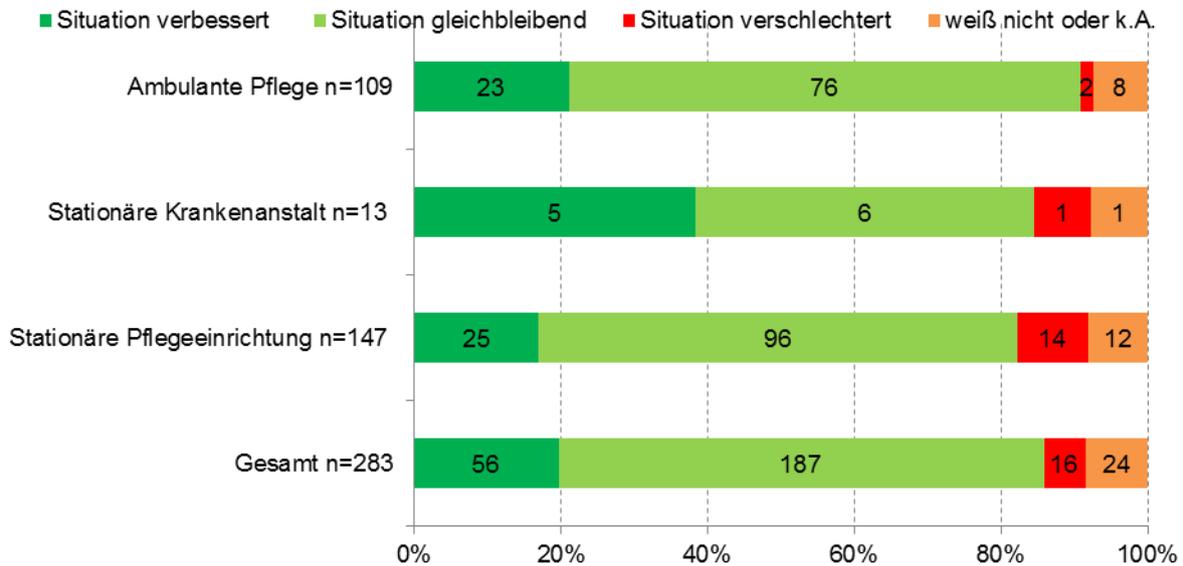
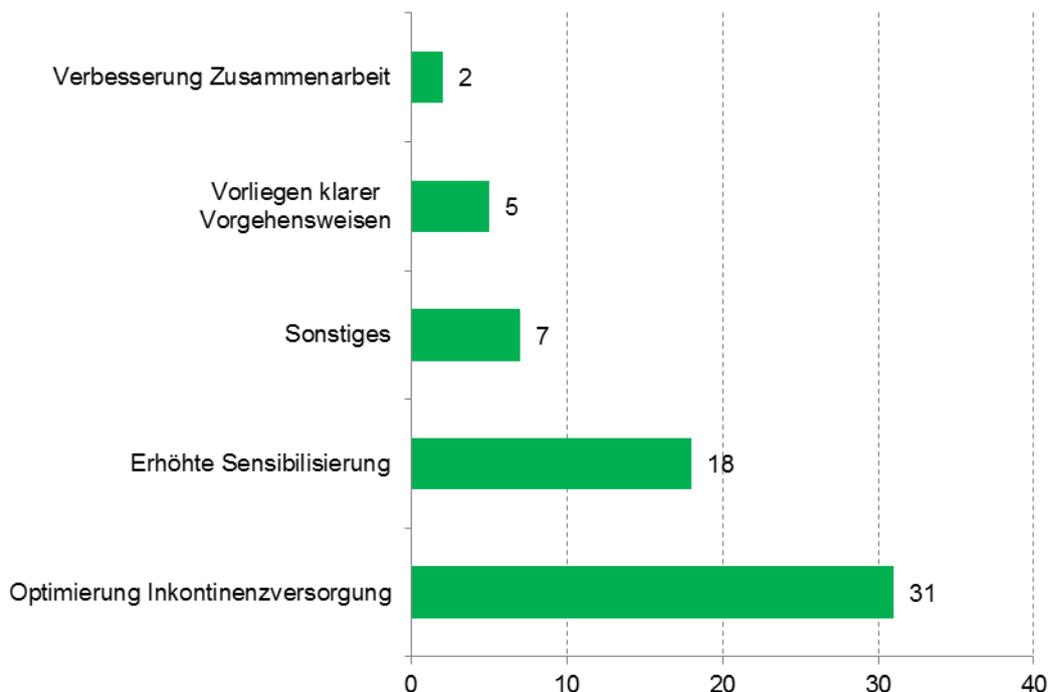


Abbildung 53: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Harnkontinenz unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

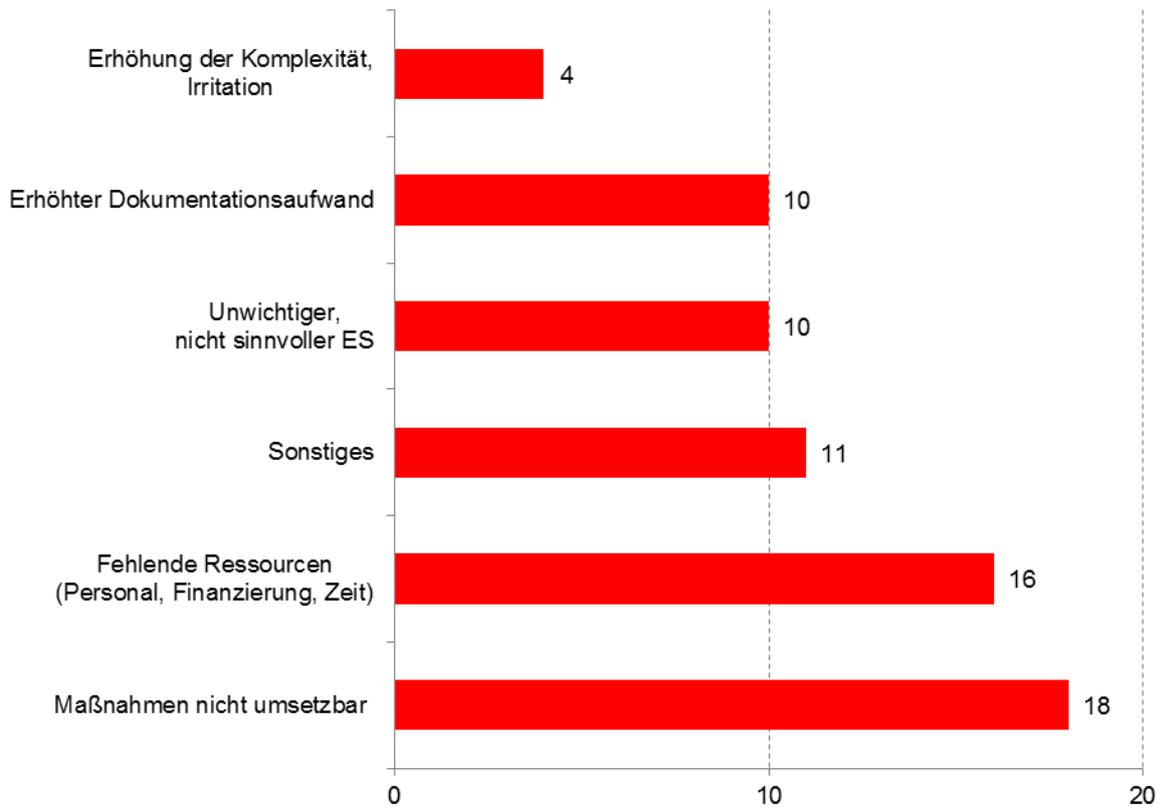
9.22.1 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 63

Abbildung 54: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz

9.22.2 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 69

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist.

Abbildung 55: Gruppierete Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Harnkontinenz

9.23 Frage 15: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich der Pflege von chronischen Wunden verändert?

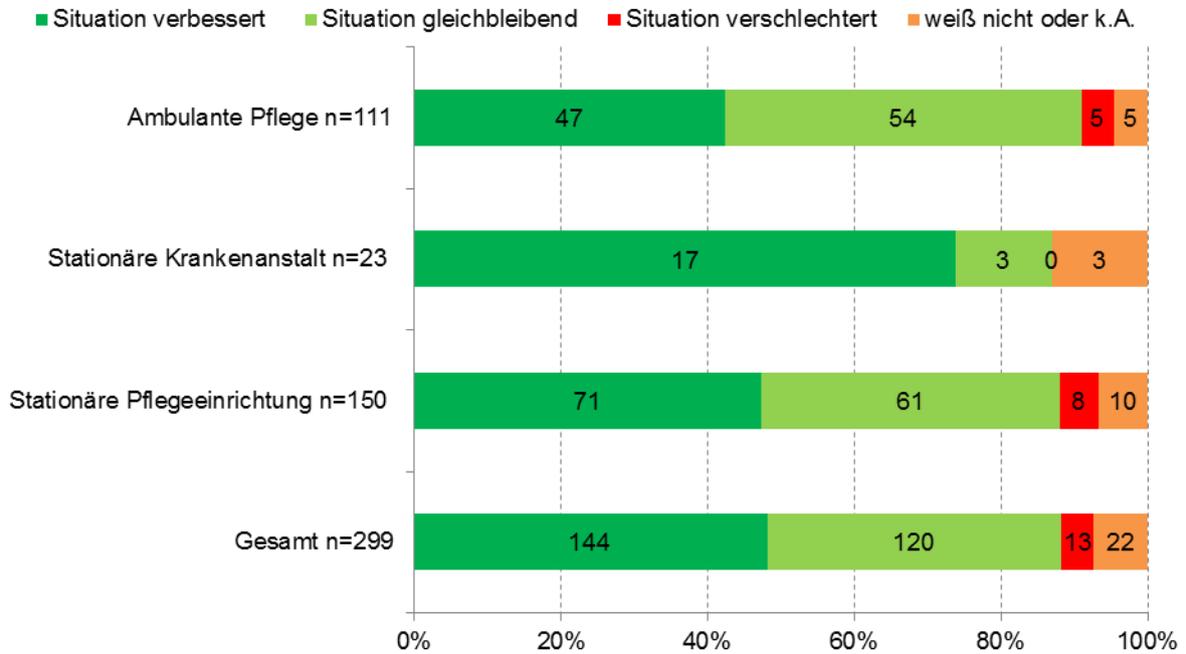
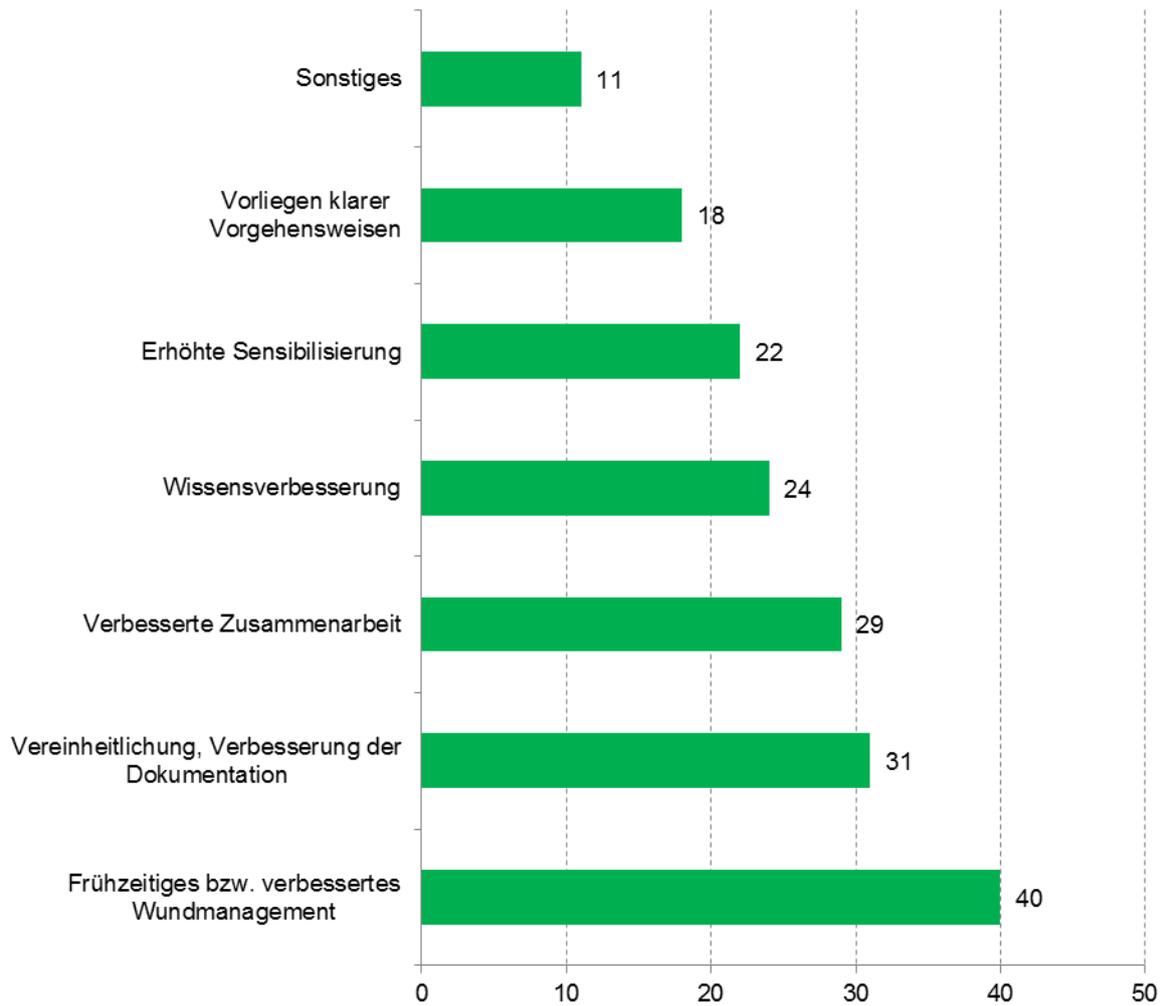


Abbildung 56: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES chronische Wunden unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

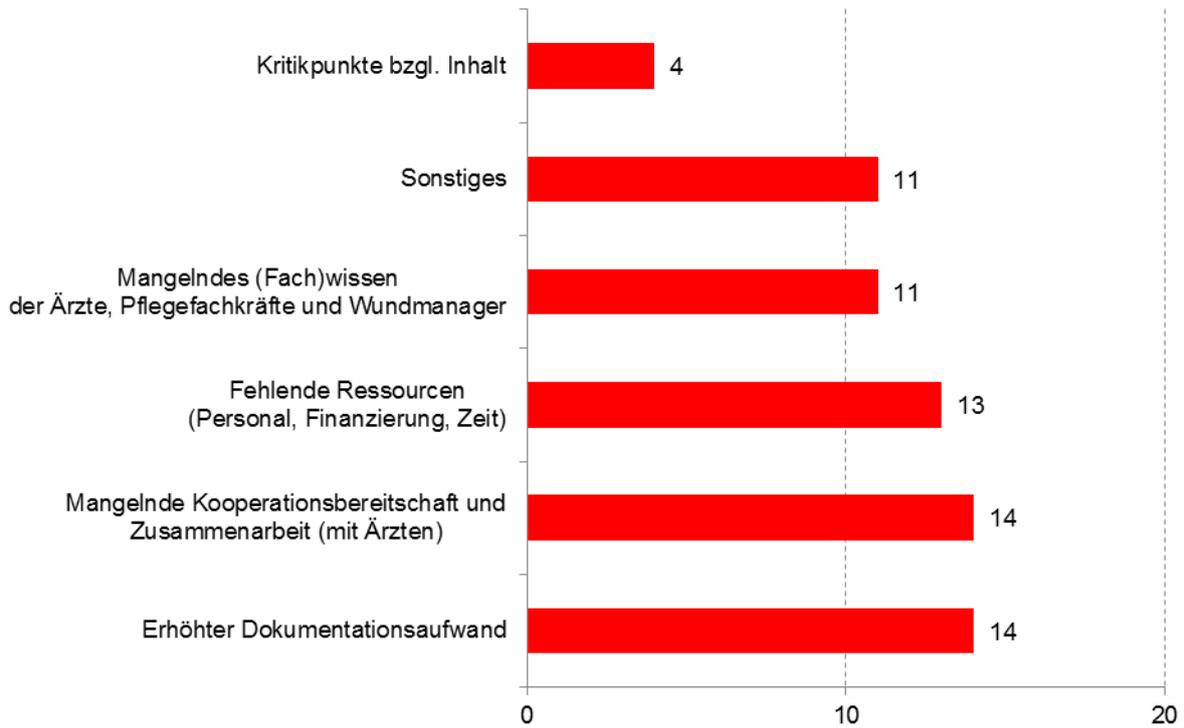
9.23.1 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES chronische Wunden in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 175

Abbildung 57: Gruppierete Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES chronische Wunden

9.23.2 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES chronische Wunden in der Praxis verschlechtert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 67

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES chronische Wunden setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist.

Abbildung 58: Gruppierete Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES chronische Wunden

9.24 Frage 16: Wie hat sich durch die Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP die Situation hinsichtlich des Ernährungsmanagement verändert?

■ Situation verbessert ■ Situation gleichbleibend ■ Situation verschlechtert ■ weiß nicht oder k.A.

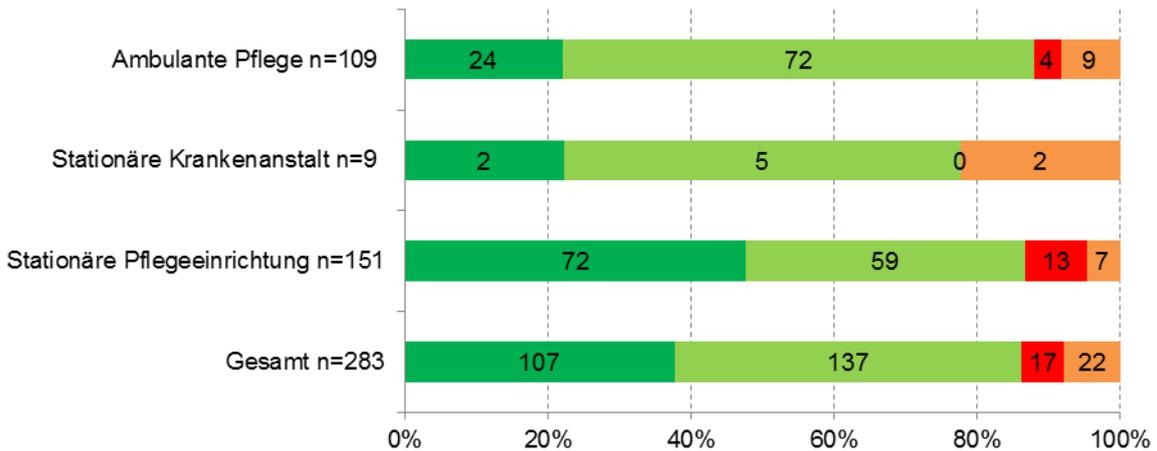
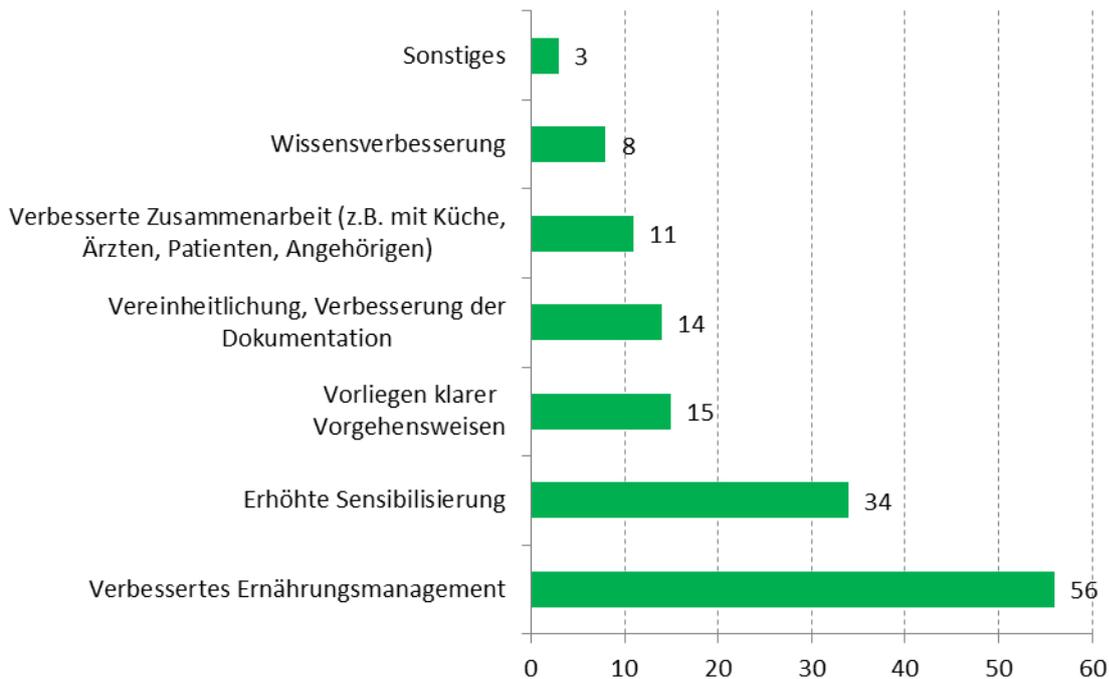


Abbildung 59: Veränderung der Situation durch die Anwendung des ES Ernährungsmanagement unterteilt nach Art der Einrichtung und gesamt

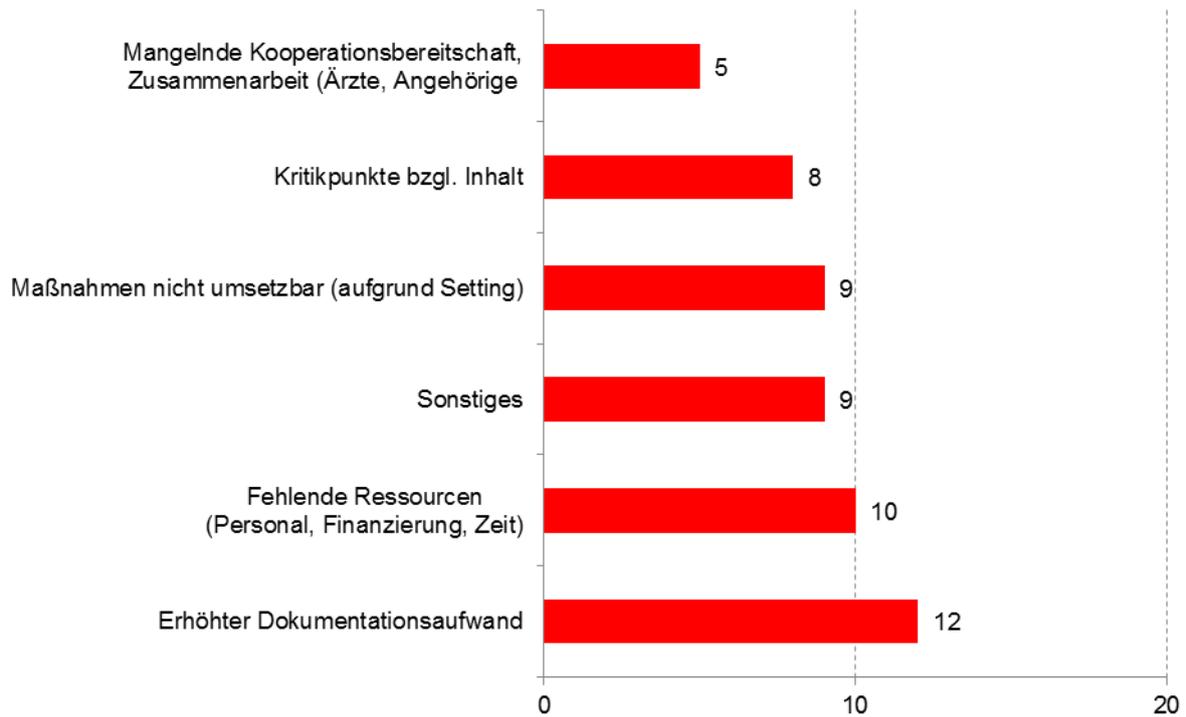
9.24.1 Gruppierte Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement in der Praxis verbessert hat



Mehrfachnennungen möglich, n = 141

Abbildung 60: Gruppierte Nennungen zur Verbesserung der Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement

9.24.2 Gruppierete Nennungen inwiefern sich die Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement in der Praxis verschlechtert hat



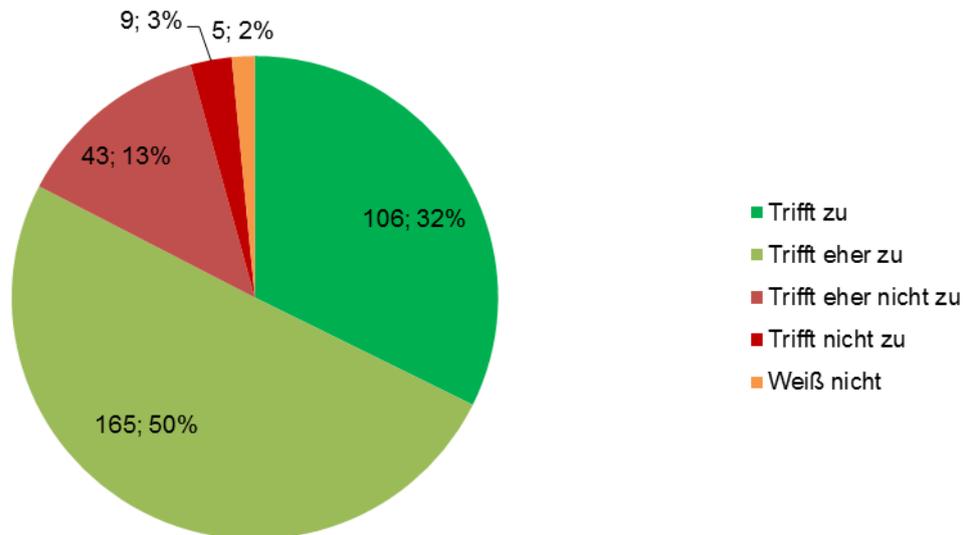
Mehrfachnennungen möglich, n = 53

Die gruppierten Nennungen bzgl. der Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement setzen sich aus allen Angaben zusammen, d.h. es werden auch Antworten jener inkludiert, die angegeben haben, dass sich die Situation durch die ES gesamt betrachtet verbessert oder verschlechtert hat bzw. gleich geblieben ist

Abbildung 61: Gruppierete Nennungen zur Verschlechterung der Situation nach Einführung des ES Ernährungsmanagement

9.25 Frage 17: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu den empfohlenen Standardkriterien in den evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“:

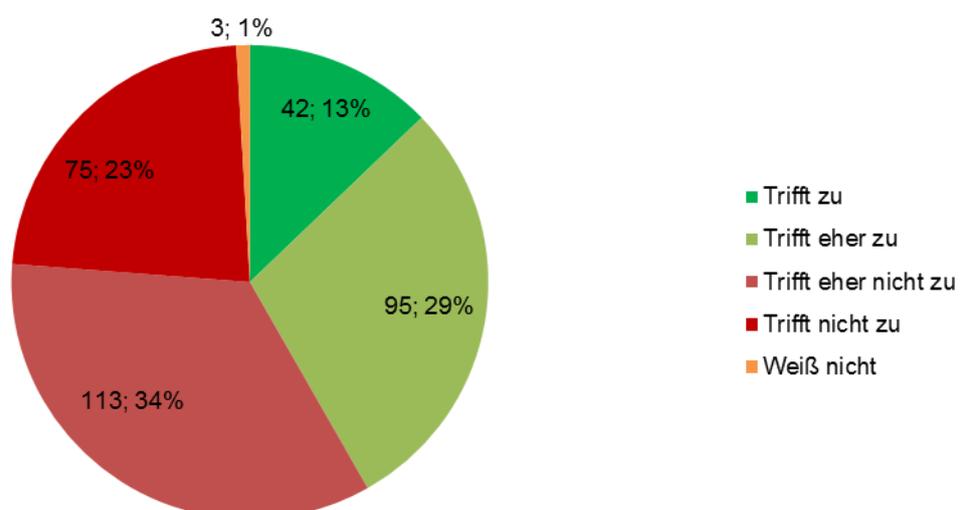
9.25.1 Die empfohlenen Standardkriterien sind geeignet, die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern



n = 328

Abbildung 62: Eignung der empfohlenen Standardkriterien zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten

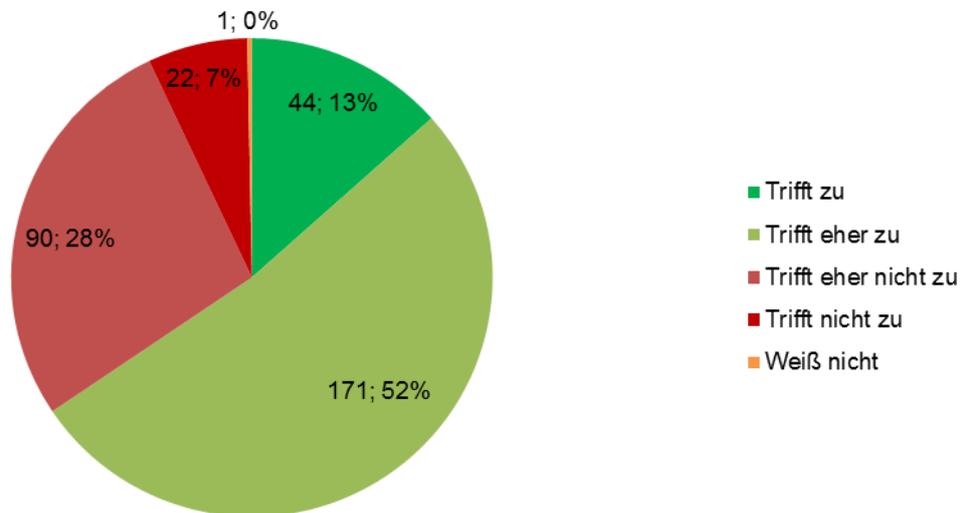
9.25.2 Der Einsatz der empfohlenen Standardkriterien ist in der Praxis nicht geeignet, da die Pflege auf individuelle Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt sein muss



n = 328

Abbildung 63: Eignung der empfohlenen Standardkriterien in Hinblick auf die Abstimmung der Pflege auf individuelle Bedürfnisse des einzelnen Patienten

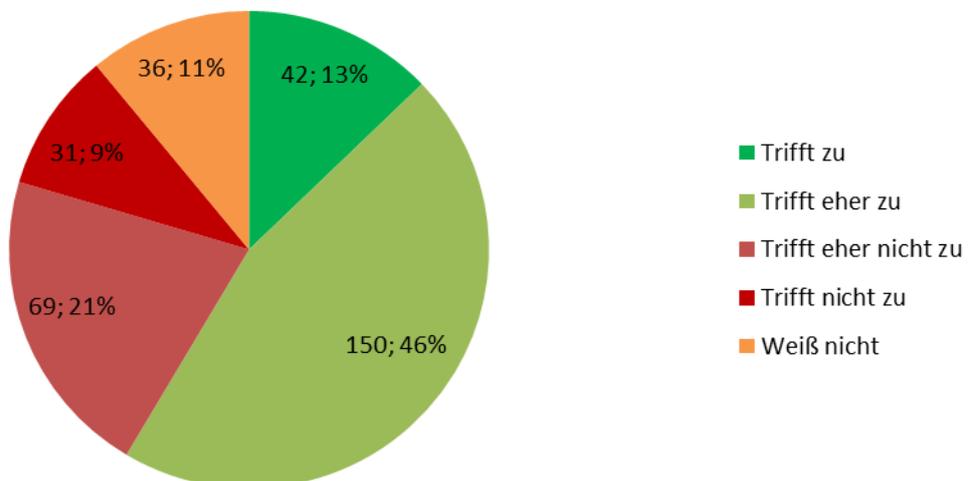
9.25.3 Die empfohlenen Standardkriterien sind im pflegerischen Alltag gut anwendbar...



n = 328

Abbildung 64: Anwendbarkeit der empfohlenen Standardkriterien im pflegerischen Alltag

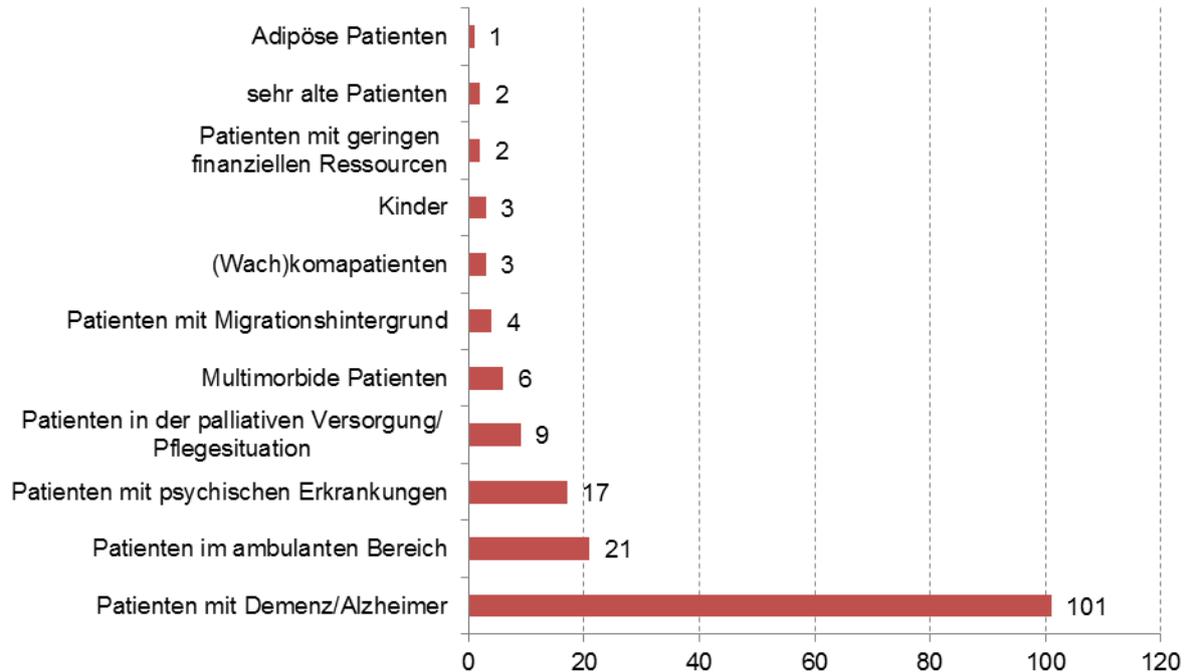
9.25.4 Von den Patienten wird die Anwendung der empfohlenen Standardkriterien positiv aufgenommen



n = 328

Abbildung 65: Positive Aufnahme von den Patienten in Hinblick auf die angewandten Standardkriterien

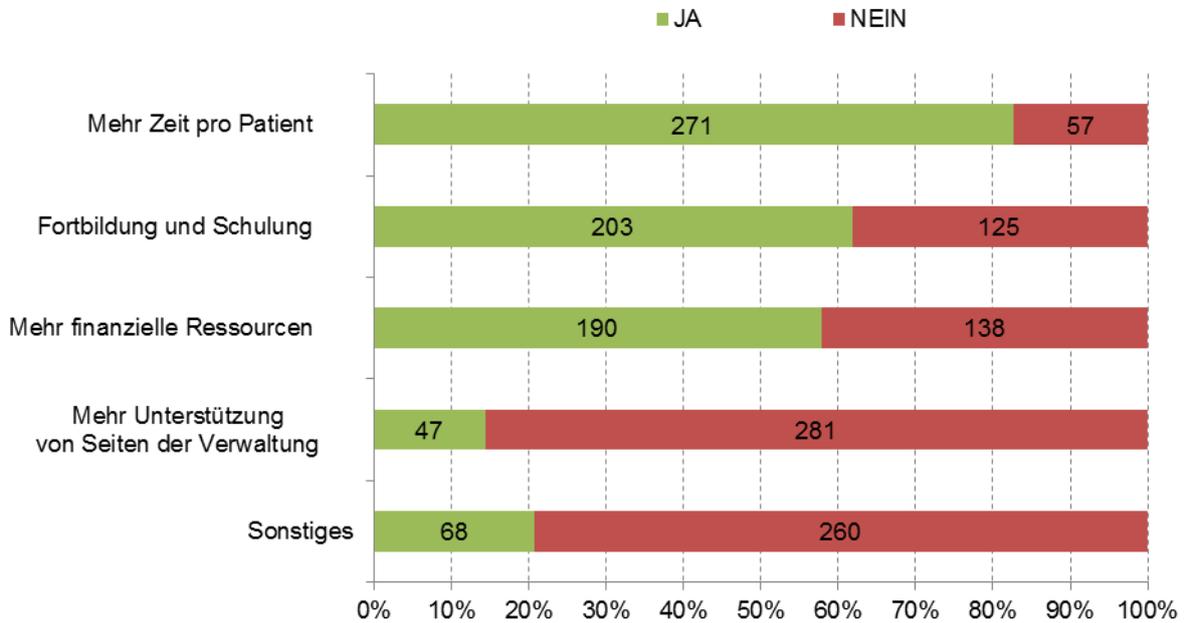
9.26 Frage 18: Gibt es bei bestimmten Patientengruppen Probleme bei der Anwendung der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP bzw. der darin empfohlenen Standardkriterien?



Mehrfachnennungen möglich, n = 220

Abbildung 66: Problematische Anwendung der ES bei Patientengruppen

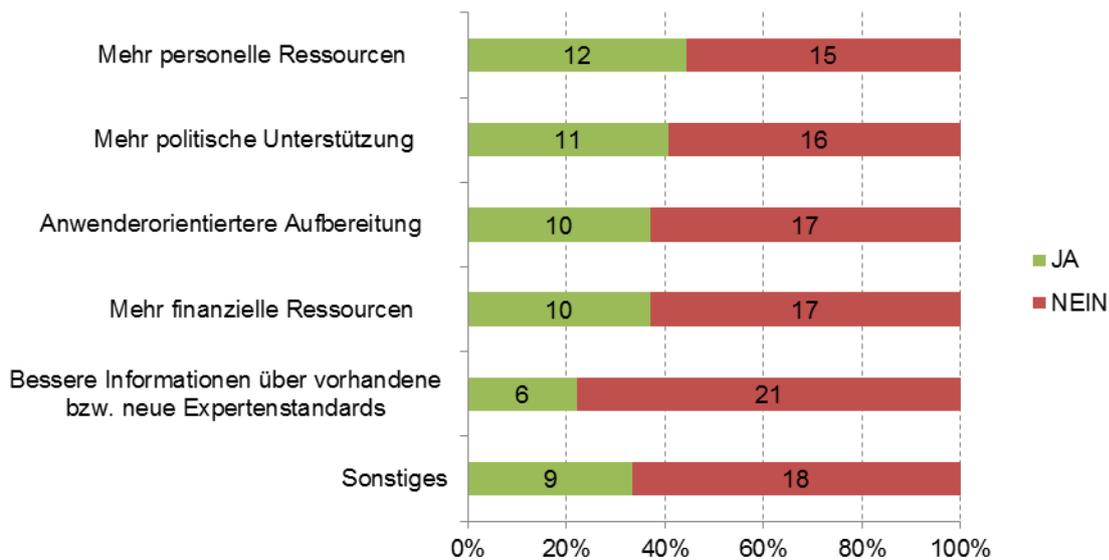
9.27 Frage 19: Um die empfohlenen Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in meinem Arbeitsbereich besser und gezielter anwenden zu können, benötige ich...



Mehrfachnennungen möglich, n=328

Abbildung 67: Benötigte Faktoren zur besseren und gezielteren Anwendung der empfohlenen Standardkriterien

9.28 Frage 20: Was benötigen Sie, um die empfohlenen Standardkriterien der evidenzbasierten Expertenstandards des DNQP in Ihrem Arbeitsbereich anwenden zu können?



Mehrfachnennungen möglich, n=27

Abbildung 68: Benötigte Faktoren um die empfohlenen Standardkriterien grundsätzlich anwenden zu können

9.29 Frage 21: Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

Anmerkungen zum FB

- Frage 6 ließ sich nicht am Dienstcomputer beantworten!
- Wie lange geht dieser Studie und wie werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt.
- Fragebogen Ihrerseits zu umfangreich
- Eine Frage bei dem Fragebogen hat nicht reagiert.
- Die Compliance der Teammitglieder ist bei der Umsetzung auch ein wichtiges Thema... Das fehlt mir hier.

Anmerkung zum Expertenstandard

- die Sprache der Expertenstandards ist sehr wissenschaftlich;
- Standards in verständlicher Sprache und nicht in abgehobenen Formulierungen bei denen man am Schluß nicht mehr weiß was am Anfang stand
- Standards sollten besser lesbar sein. Formulierungen sind umständlich ausgedrückt.
- die Expertenstandards sind kompliziert aufgebaut und nicht für jede Pflegekraft verständlich

Ausrichtung

- Ich finde die Expertenstandard für die stationären Pflegeeinrichtungen nicht immer geeignet.
- Standards sind gut, aber nicht immer 1 zu 1 in die Praxis umsetzbar. Bei Personalknappheit, aufgrund von hohen Krankheitsausfällen, sind Standards nicht effektiv umsetzbar.
- Die Standards sind zu sehr auf den stationären Bereich ausgerichtet! Im ambulanten Bereich werden die Standards zwar auch eingeführt, aber Papier ist ja bekanntlich geduldig.
- Die Expertenstandard müssen von der Altenpflege umgearbeitet werden, da sie so zum Teil nicht anwendbar sind

Probleme

- Personal und Zeit fehlt.
- Standards sind gut, aber nicht immer 1 zu 1 in die Praxis umsetzbar. Bei Personalknappheit, aufgrund von hohen Krankheitsausfällen, sind Standards nicht effektiv umsetzbar.
- Standards sind wichtig, aber die Zeit und Finanzierung wird bei der Vergütung in keinsten Weise berücksichtigt.
- alles sehr aufwendig und zeitlich kaum umzusetzen!
- es ist einfach eine Zumutung für die angestellten im ambulanten Pflegedienst, wir haben immer weniger Zeit für die Patienten da wir zu 50 Prozent nur noch mit Dokumentation beschäftigt sind
- "Die Umsetzung der Expertenstandards fließt täglich in die Arbeit eines qualifizierten Pflegedienstes ein.
- Die Pflicht zur Dokumentation bis zum Umfallen ist aber sehr schwer umzusetzen und erfordert Zeiten, die den Kunden eigentlich zugute kommen sollten."
- "Warum muss jeder ambulante Dienst seine Dokumente selbst erstellen (das Rad neu erfinden) und bei der nächsten MDK Prüfung legt der Prüfer die Kriterien ganz anders aus als der Prüfer das Jahr vorher."
- "die Standards ansich sind sehr informativ, als Informationslektüre für alle Mitarbeiter geeignet.
- In der ambulanten Pflege alle Standards mit Dokumentation anzuwenden ist utopisch, bzw. nicht zielführend. "
- Die Vorrangigkeit der pflegefachlichen Bewertung ist zu begrüßen. Jedoch ist das Personal nicht immer dazu in der Lage, eine fachliche Einschätzung abzugeben bzw. auch dazu zu stehen.
- Im großen und Ganzen wurde die Pflege entsprechend der Kriterien bereits schon früher durchgeführt, die Expertenstandards haben vor allem den Dokumentationsaufwand erhöht.

- "Grundsätzlich stand und steht unsrer Einrichtung den Expertenstandards sehr positiv gegenüber. Wir sehen die Bemühungen die Versorgungsqualität der Patienten zu verbessern.
- Leider sind selbst wir jetzt am Ende der Fahnenstange angekommen, da der Pflegenotstand, immer mehr zu versorgende Patienten und die Unterfinanzierung der erbrachten Leistungen die ambulanten Pflegedienste ganz stark betreffen. Die Expertenstandards (für deren Entwicklung ja viele finanzielle Mittel gebunden werden) können nur umgesetzt werden wenn sie ebenso verpflichtende Richtlinie enthalten wie das Ganze finanziert werden muss und was andere Berufsgruppen (in der ambulanten Pflege vor allem die Ärzte und Kranken-bzw. Pflegekassen) tun müssen, damit eine Verbesserung gelingt und die Kriterien umgesetzt werden können. Zur Zeit erhöht jeder Expertenstandard den Druck auf die verbleibenden engagierten Pflegekräfte, denn diese wissen bei uns durch Schulung und Verfahrensanweisungen genau was von ihnen erwartet wird und welche vorweggenommene Gutachten im Zweifelsfall bestehen. Dies führt zu Burn-out etc. Was den Pflegenotstand noch vergrößert. Wir tun uns von Seiten der Pflegedienstleitung und Qualitätsbeauftragten sehr schwer einzelne Expertenstandards umzusetzen. Unsere Pflegekräfte beraten und beraten, was sehr zeitintensiv ist und in keine Weise refinanziert wird, das Ergebnis ist niederschmetternd und demotivierend. Einerseits weil die Ärzte nicht mitmachen, andererseits weil die Patienten und Angehörige die viele Beratung als Bevormundung/Einmischung sehen oder gar keine Angehörigen mehr vor Ort sind, die man beraten kann und die Haushaltshilfe schlecht deutsch spricht. Auch kann es nicht angehen dass wir alle Vierteljahr die neuen Haushaltskräfte beraten etc. So sieht es in der Realität aus. Der Expertenstandard „Chronische Wunden“ bringt selbst uns an unsere Grenzen. Zwei Jahre haben wir nun versucht die hohen Anforderungen zu erfüllen, unsrer Wundexpertinnen haben ihr bestes gegeben, es ist in der ambulanten Pflege nicht umzusetzen. Bei uns müssen alle Fachkräfte die angeordneten Verbände durchführen, die Wundexpertinnen werden bei Problemen hinzugezogen. Ein extra Besuch um die hohen Standardkriterien zu erfüllen ist finanziell nicht drin. Die Experten müssen sich einmal die Finanzierung der Leistungen ansehen und überlegen was ein Pflegedienst dafür realistisch leisten kann. Bei 6,88 Euro pro Verbandwechsel inklusive Kompressen und Pflaster, das wir schon mitbringen müssen, bleibt kein Spielraum für die hohen Standardkriterien. In welcher Zeit müsste eine Pflegefachkraft diesen Verbandwechsel durchführen, damit er Kostendeckend ist? Ganz zu schweigen von dem geforderten Assessment! In dieser Zeit schafft es die Fachkraft gerade mal die Wohnung zu betreten und den Patienten zu begrüßen! Oder wie wenig müsste die Fachkraft verdienen, damit dies kostendeckend ist??? Wünschenswert wäre, dass die Experten endlich an die Politik gehen und dieses Missverhältnis zwischen Anspruch und Möglichkeiten klären. Wir versuchen vor Ort unser Bestes, benötigen dafür aber mehr Unterstützung, keine neuen Expertenstandards die die Ansprüche und den Druck noch mehr erhöhen. Wir haben die Expertenstandards, dank unseres Personals bestmöglich umgesetzt, trotzdem erwarten wir jährlich mit Bedenken die MDK Überprüfung. Wohlwissend, dass hier unserer Meinung nach etwas im Wandel ist: Einzelverhandlungen stehen an – je schlechter die MDK Note des einzelnen Dienstes, je geringer die Leistungserstattung durch die Kassen mit Hinweis auf die nicht erfüllten oder nur teils erfüllten Expertenstandards!!! Ist dies den Experten bewusst??? Wir sind sehr an einer kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung interessiert, aber nicht nur auf dem Papier!!! Das Ganze muss umgesetzt werden können. Deshalb weigern wir uns auch einfach nur alles zu dokumentieren, wie es viele uns bekannte Einrichtungen tun, um „ihre Ruhe und eine gute MDK Note“ zu haben. Dies kann und darf nicht sein!"

Positive Veränderungen

- Die Standards waren und sind ein Meilenstein in der qualitativen Versorgung der Bewohner, aber auch entscheidend für unsere Berufsgruppe!!!
- Ich begrüße die Expertenstandards in der Pflege. Sie stellen wissenschaftliche Erkenntnisse dar, geben Handlungssicherheit und somit tragen sie zur Aufwertung des Pflegeberufs bei.
- Die Expertenstandards sind oraxistauglich und bieten eine hervorragende pflegerische, wissenschaftliche Grundlage.
- Wir sind im Haus soweit ,wir auditieren auch mit den Unterlagen

Vorschläge zur Veränderung

- Wir brauchen Pflegekammern, um den Durchdringungsgrad pflegewissenschaftlicher Expertise zu erhöhen.
- Die Verbesserung der Netzwerke für die Behandlung und Betreuung des Kunden. Mehr Kompetenz für die Pflege.
- Ich wünsche mir auch Expertenstandards zu anderen wichtigen Bereichen, z.B. zum Wohnen oder der Selbstbestimmung.
- Das gesamte Thema pflegewissenschaftliches Arbeiten am Bett sollte eine höhere Priorität vor allem auch bei den Politikern erhalten, die ja auch die Patienten von morgen sind.
- Mehr Informationen, die auch die Patienten verstehen wären nicht schlecht.
- Dringend muss sich die Politik um die Pflege kümmern, wir stehen mitten im Notstand. Der Stellschlüssel muss angehoben werden, dieser hat sich bestimmt seit 20 Jahren nicht mehr verändert, dafür aber die Belastungen in der Pflege!!!!!!!!!!!!
- Die Pflegestandards müssten über diese Berufsgruppe hinaus auch für andere bekannt gemacht werden (Arztpraxen, Therapeuten)
- Die Dokumentationsflut muss eingedämmt werden!!! Eine Frage bei dem Fragebogen hat nicht reagiert. Wie die Expertenstandards bei uns wirken.
- Finde die Expertenstandards sind unerlässlich für die Professionalisierung der Pflegeberufe
- Dringende Entlastung der in der Pflege Tätigen durch die Schaffung menschlicher Rahmenbedingungen für beide, Bewohner und Personal! Der Gesetzgeber muss langsam mal raus aus dem Schneckenhaus.
- Die Dokumentation sollte trotz allem reduziert werden. Die Zeit dafür fließt nicht in den Verhandlungen über die Pflegestufe mit ein
- Die Krankenkassen sollen sich da nicht aus der Verpflichtung ziehen. Lehnen Notwendiges zu häufig ab
- Ich wünschte mir, dass diese Untersuchung dazu beitragen wird, dass es sich rumspricht, dass Pflegekräfte, trotz widriger Umstände (schlechte Rahmenbedingungen), Menschen professionell und mit Herz optimal versorgen wollen. :-)
- EBN gesetzlich verankern
- Pflegeschlüssel müsste erhöht werden (um das alles umzusetzen), bessere Bezahlung
- "Die Umfrage trifft den Kern der Probleme in keinster Weise.
- Seit Jahren werden am grünen Tisch der Wissenschaft Standards gesetzt, für die es in der praktischen Umsetzung keine Ressourcen gibt."
- bitte noch ein halbes Jahr Pause bis zur Veröffentlichung des nächsten Exp.standards, damit genügend Zeit zur sicheren Umsetzung und Anleitung aller an der Pflege Beteiligten (ungelernte Pflegekräfte) ist
- Oftmal gibt es nur EMPFEHLUNGEN WAS MAN NICHT TUN SOLL- ALLERDINGS DANN KEINE KONKRETEN VORSCHLÄGE WIE DER STANDARD ANGEWENDET WERDEN SOLL.
- Die Expertenstandards lassen noch zu viele Interpretationen zu. Gefahr der Missinterpretation.
- Interventionsebenen priorisieren d.h. was kann die Pflegekraft konkret tun
- wir brauchen für die Basis geeignete Schulungsunterlagen im Anhang zu den Standards, praxistauglich für ambulante und stationäre Pflege
- ständige Überarbeitungen der Standards ohne konkrete Verbesserungen oder Maßnahmen bzw. Handlungsanleitung für die Pflege ist nicht nötig
- Durch eine individuelle ausführliche Pflegeplanung würden sich einige Formulare der Standards reduzieren lassen.
- Weiterentwicklungen/Überarbeitungen der Standards zeitnah offiziell bekannt geben.

- Mehr Pflegepersonal zur Umsetzung und Überprüfung der Wirksamkeit der Standards. Wenige bürokratischen Arbeiten in der Pflege mehr Bewohne bezogene Arbeit.
- In die Arbeitsgruppen welche die Standards evaluieren auch die entsprächeneden Menschen die im Alltag damit umgehen mit ein bezihen und nicht nur Menschen die von der Praxis keine Ahnung haben.
- bei konsequenter anwendung der Expertenstandards könnte m. E. auf Pflegeplanung und Erstellen einer Tagesstruktur für die Pflege verzichtet werden

9.30 Frage 22: Sind Sie an einer Teilnahme an einem geplanten Workshop in Köln zur Diskussion der Fragebogenergebnisse interessiert?

Tabelle 35: Interesse an Teilnahme an einem geplanten Workshop in Köln zur Diskussion der Fragebogenergebnisse

	Anzahl Nennungen
Interesse an Workshop-Teilnahme	42
Möglicherweise Interesse an Workshop-Teilnahme, weitere Information erbeten	74
Kein Interesse an Workshop-Teilnahme	150
Weitere Information zu HTA-Bericht erbeten	87
K. A.	5
Summe	358

K. A. = keine Antwort

Angang D

Ergebnisse der Gruppendiskussion zu zukünftigen Herausforderungen bei Implementierung und Anwendung der Expertenstandards in der ambulanten und stationären Pflege

Herausforderung: Zusammenarbeit mit Ärzten, Akzeptanz der Ärzte Analog dazu die Herausforderung Engagement und Zusammenarbeit Verwaltung
Ist-Stand: Expertenstandards sind in Ärzteschaft nicht/wenig bekannt Strukturelles Problem der beteiligten Berufsgruppen, das durch Einführung/Anwendung der Expertenstandards sichtbar wird aber nicht zwingend durch Expertenstandards hervorgerufen wird Ärzte sehen Pflegefachkräfte vielfach als Hilfspersonal
Hinderliche und förderliche Faktoren: Hierarchie und sektorale Trennungen Juristische Verantwortung liegt bei den Ärzten Falsche finanzielle Anreize (z. B. ist Pflege im DRG-System nicht (ausreichend) abgebildet) Ressourcenmangel auch bei Ärzten Unterschiedlicher Stand an Fachwissen (Bereitschaft, besten Stand des Wissens anzuwenden) Unterschiedliche Sozialisation zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal (ICH versus WIR), schichtspezifische Unterschiede, kulturelle Unterschiede (Arzt = Retter des Lebens; Pflegepersonal= erhält die Lebensqualität)
Soll-Stand: Bereitschaft der Ärzte in pflegerischen Bereichen zu kooperieren und die Expertise des Pflegepersonals anzuerkennen Analyse der Berufsgruppenproblematik unterteilt nach Expertenstandards
Lösungsvorschläge: Professionelleres und selbstbewussteres Auftreten der Pflegefachkräfte bei Vermittlung der Inhalte und in der Zusammenarbeit mit den Ärzten (Umkehrung der Unselbstständigkeit in Selbstständigkeit des Pflegepersonals) Wege finden, um Ärzten zu vermitteln, dass es Expertenstandards gibt Kommunikative und personelle Struktur von Seiten der Pflege schaffen (wer kommuniziert mit den Ärzten und in welcher Form) Arbeitsabläufe Arzt/Pflegefachkräfte aufeinander abstimmen Festlegen der Arbeitsabläufe und Verantwortungsbereiche

Herausforderung: Theorie/Praxis-Transfer (Fortbildungen, Schulungen)
Ist-Stand: Expertenstandards sind zu wissenschaftlich formuliert, nicht verständlich für die breite Masse der Pflegefachkräfte; eine Laienanpassung würde jedoch zu einer Disqualifizierung der Pflegewissenschaften führen, ein Ansatzpunkt ist daher die schulische Ausbildung Aufnahme der Expertenstandards ist im Curriculum vorgesehen Unterricht erfolgt in Berufsschulen oft durch Lehrende, die nicht aus dem Pflegebereich kommen
Hinderliche und förderliche Faktoren: Fehlende Struktur in den Einrichtungen (das erlernte Wissen verschwindet wieder, wenn es im Alltag nicht angewandt werden kann) Fehlende finanzielle und personelle Ressourcen Reduzierung der Expertenstandards auf die Kriterien, die vom MDK überprüft werden Unterschiedliche Sprache bzw. Sprachverständnis zwischen Pflegeschülern und Praktikern in der Pflege Widersprüche zwischen Organisationsstrukturen und Autonomie Leistungszulagen sind Widerspruch zum Qualitätsanspruch
Soll-Stand: Zielgruppenspezifische Vermittlung der Expertenstandards Zielgruppenspezifischere Formulierung der Expertenstandards, kompatible Sprache Expertenstandards als systematischen Prozess vermitteln Autonomiestärkung (schon in der Ausbildung)
Lösungsvorschläge: Professionalisierung und Einbettung in den Organisationsstrukturen Systematisches Innovationsmanagement (z. B. Monitoring, Begleitung der Mitarbeiter, Einsatz von Multiplikatoren) um neu geschulte Kompetenzen zu bündeln und optimal umsetzen zu können Finanzierung einer Einrichtungsstelle bzw. im Qualitätsmanagement Vermittlung der Ergebnisse der Expertenstandards an die Mitarbeiter Konzept zur Umsetzung der Pflege bzw. Beachtung der Implementierungsmaßnahmen innerhalb der Expertenstandards Konkrete und einheitliche Berücksichtigung der Expertenstandards in der Ausbildung Bessere Abstimmung zwischen den Pflegeschulen und Einrichtungen

Herausforderung: Politische Unterstützung
<p>Ist-Stand: Keine politische Unterstützung vorhanden (Politik entzieht sich der Verantwortung, die Selbstverwaltung stößt an ihre Grenzen, Gefahr einer Monopolmacht der Kassen) Widerspruchssituation zwischen Gesetz und Rahmenbedingungen in der Praxis (z.B. Finanzierungssysteme, Hierarchien, Ausbildungssysteme) Kein Monitoring für gute Pflege Keine gesetzliche Verankerung der Pflege</p>
<p>Hinderliche und förderliche Faktoren: Finanzierung der Entwicklung der ES Widersprüchliche Rahmenbedingungen (Regeltreue muss aufgebrochen werden, Kompetenzen und Autonomie der Pflegefachkräfte müssen gestärkt werden, Stichwort: Ambiguitätstoleranz) Messung von Outcomes in der Pflege schwierig Begriff der Pflegebedürftigkeit</p>
<p>Soll-Stand: Autonomie, Eigeninitiative der Pflegefachkräfte stärken Mit widersprüchlichen Anforderungen umgehen können Träger unterstützen die Pflegefachkräfte Führungskräfte/Träger nehmen Aufsichtspflicht/Verantwortung wahr Monitoring von Pflegeproblemen, Ableitung von Lösungen</p>
<p>Lösungsvorschläge: Intelligentes Umgehen mit Expertenstandards Strukturierte Interessenvertretung in der Pflege - z.B. Pflegekammer?!, den Pflegefachkräften eine Stimme geben, Wahrnehmung Mitentscheidungsrecht der Pflege (umgesetzt durch strukturierte Interessenvertretung) Professionalisierung, bessere Grundqualifikation für Pflegefachkräfte Tarifliche Position schaffen für gut ausgebildete Pflegefachkräfte</p>
Herausforderung: ausreichende zeitliche Ressourcen
<p>Ist-Stand: Eng mit Dokumentationsaufwand verknüpft Wissenstand ist sehr hoch Beschreibung umfassender Pflegemaßnahmen, Soll-Situation schwer umzusetzen Wenig Zeit für Pflege der Patienten Hoher Zeitaufwand für Beratung der Patienten</p>
<p>Hinderliche und förderliche Faktoren: Unklar, wer für Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zahlen soll, was ist der Preis für die Leistung, was ist es der Gesellschaft wert?</p>
<p>Soll-Stand: Re-Finanzierung des gestiegenen Arbeitsaufwandes, der dadurch entsteht, dass Maßnahmen nach dem aktuellen Wissensstand der Pflege durchgeführt werden (wie in den Expertenstandards dargestellt) Genügend Ressourcen bei Einführung der Expertenstandards zur Verfügung stellen Synergieeffekte nutzen, Entlastung bei nachfolgenden Expertenstandards</p>
<p>Lösungsvorschläge: Investitionen in zeitliche und finanzielle Ressourcen tätigen Kosten-Nutzen-Analyse zur Klärung der Variablen Für den ambulanten Bereich die Abrechnung nach § 45 in allen Einrichtungen ermöglichen (Beratung/Schulung) Alltagsberatung abrechenbar gestalten über Pflegekassen</p>
Herausforderung: Ausreichende finanzielle Ressourcen
<p>Ist-Stand: Darstellung der Pflegemaßnahmen im DRG-System Unterschiedliche Finanzierung der Pflegemaßnahmen</p>
<p>Hinderliche und förderliche Faktoren: Es ist schwierig, die Leistung in der Pflege messbar zu machen Verschiedene Kostenträger Unterschiedliche Ansätze bei Betreuung Unterschiedliche Anreizsysteme</p>
<p>Soll-Stand: -</p>
<p>Lösungsvorschläge: Vereinheitlichte Kostenstruktur</p>

Herausforderung: Dokumentationsaufwand verringern
<p>Ist-Stand: Die Pflege erfolgt nach dem aktuellen Wissensstand, die Dokumentation ist generell sehr aufwändig und daher nicht zwingend im Zusammenhang mit den Expertenstandards Großer Markt mit Dokumentations-Software und EDV-Anwendungen</p>
<p>Hinderliche und förderliche Faktoren: Wechselnde Begrifflichkeiten daher unterschiedliche Auslegung und Verständnis Schwierig Dokumentation optimal in Ablauf einzubauen Einrichtungen haben ev. bislang keine Skalen (z.B. zur Risikoeinschätzung) verwendet Politische Einflüsse auf Praxis</p>
<p>Soll-Stand: Professionelle Anamnese Notwendigkeit/Wichtigkeit/Anwendung/Durchführung der Dokumentation sollen den Mitarbeitern in Schulungen vermittelt werden Sinnvolle Dokumentation der Risikobereiche Funktionierenden Transfer von der Schulung in die Praxis sicherstellen</p>
<p>Lösungsvorschläge: Einheitliche Begrifflichkeiten in den Expertenstandards Initiale Erfassung vereinheitlichen für alle ES Bestehende Anleitungen zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands heranziehen (z. B: Ombudsfrau Reduzierung Dokumentationsaufwand) – Endbürokratisierung der Pflege</p>

Herausforderung: Krankenkassen / Pflegekassen
<p>Ist-Stand: Prüfsystematik berücksichtigt nicht den aktuellen Pflegestand SGB V und SGB XI werden im ambulanten Sektor isoliert betrachtet; im stationären Sektor zusammen betrachtet → Re-Finanzierung</p>
<p>Hinderliche und förderliche Faktoren: -</p>
<p>Soll-Stand: Verantwortung übernehmen für Umsetzung der Expertenstandards, strukturelle Qualitätsprüfungen und -weiterentwicklung Regelung der Verantwortlichkeiten? Re-Finanzierung sicherstellen</p>
<p>Lösungsvorschläge: Präzisierung für ambulante Pflege in den Expertenstandards Unterstützung der Einrichtungen bei der Bereitstellung erforderlicher Strukturen</p>

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.