

Referat: TU Berlin, 26. Januar 2005, 17.00 – 19.00 Uhr (40 min.)

Prof. Dr. Astrid Elsbernd

Thema: Expertenstandards: Bedeutung für die Qualitätsentwicklung in der Pflege

Neue Akzente in der Qualitätsdiskussion: Ergebnisorientierung und Evidenzbasierung

„Wandel im Gesundheitswesen“ – das sind Schlagworte, die schon lange kein Vertrauen mehr in Entwicklung und Reformprozesse auslösen, sondern vielmehr Spiegelbild einer traurigen Wahrheit zu sein scheinen: Politisch gesehen, stehen wir scheinbar hilflos vor den immensen Problemen im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Dabei stehen die Diskussionen um Finanzierung und Verteilung (auf die Sektoren) noch immer im Mittelpunkt. Die Auseinandersetzung mit der Qualität von Gesundheitsleistungen wurde zwar bereits in den frühen 1990er Jahren eingeleitet. Mittlerweile dürfen wir davon ausgehen, dass alle Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen sich aktiv mit dem Thema „Qualitätsentwicklung“ auseinandersetzen. Aber: Interessant ist, dass die Aktivitäten im Wesentlichen im Zusammenhang mit Zertifizierungsverfahren stehen und deutliche Betonungen auf der Struktur- und in Teilen auch auf der Prozessqualität liegen. Diese Qualitätsdimensionen sind unbestritten wichtig, jedoch wissen wir heute, dass die kundenbezogene Ergebnisqualität nicht zwingend durch Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität zu erzielen ist. Angemessene Qualität für Patient/innen, Bewohner/innen oder Klienten/innen zu erzielen, hängt vielmehr ab von den inhaltlichen Konzepten rund um die Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung und selbstredend auch von der Qualifikation der Mitarbeiter/innen, die die Konzepte entwickeln und umsetzen müssen. International gesehen gibt es einen deutlichen Trend hin zur stärkeren Fokussierung des Gesundheitszustandes der Patient/innen oder Bewohner/innen, deren Befindlichkeiten und auch Bewertungen der angebotenen Gesundheitsleistungen. Dabei wurde der Wert des Outcome als eigentliches valides Kriterium für Effektivität und Qualität in der medizinischen Versorgung bereits in den 1960er Jahren erkannt (Simoes et al 2004, 86). Diese Perspektive und Konzentration auf Gesundheitsergebnisse bei den Patient/innen oder Bewohner/innen und deren gesundheitlichen Genesungsprozess setzt auch in Deutschland neue Akzente in der Qualitätsdiskussion.

Eine weitere Entwicklung beeinflusst die Qualitätsdiskussion ebenfalls bereits einige Jahre. Das Stichwort „Evidenzbasierung“ verweist auf die Notwendigkeit, Gesundheitsleistungen am Wissensstand der jeweiligen Disziplin zu orientieren. Dabei nimmt die medizinische Wissenschaft sicherlich eine „Vorreiterrolle“ ein, denn die Diskussionen und Entwicklungen im Rahmen der „*evidence-based Medicine*“ zeigen, dass Ergebnisqualität vor allem davon abhängt, ob diejenigen Verfahren angewandt werden, die wissenschaftlich nachweislich auch einen intendierten (Gesundheits-)Effekt haben (vgl. Lauterbach & Schrappe 2004, 60 ff.). Die Pflegewissenschaft hat international gesehen relativ früh an diesen Ent-

wicklungen partizipiert und beforscht seit den 1990er Jahren gezielt Pflegeinterventionen und überprüft deren Wirksamkeit. In diesem Zusammenhang hat das *NHS (National Health Service, Großbritannien)* beispielsweise eine Broschüre herausgegeben, die den Pflegenden die Bedeutung evidenzbasierter Pflege verdeutlicht und Wege zur Implementierung beschreibt (NHS 1995). Die deutsche Pflegewissenschaft folgt diesem Weg ebenfalls und versucht mit den noch immer begrenzten Ressourcen in der Forschung, zentrale Pflegeinterventionen zu beforschen und den internationalen Erkenntnisstand zu den jeweiligen Themen gezielt aufzuarbeiten. Die Bedeutung von *evidence-based Nursing* drücken Behrens und Langer mit folgenden Worten treffend aus:

„*Evidence-based Nursing* ist etwas Selbstverständliches, was all unsere Klienten und Patienten erwarten, nämlich die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis unter Einbezug des theoretischen Wissens und der praktischen Erfahrung der Pflegenden, der Vorstellung des Patienten und der vorhandenen Ressourcen.“ (Behrens & Langer 2004, 15)

In Zusammenhang mit einer konsequenteren Orientierung an abgesichertem Wissen kommt dem Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung (DNQP) eine hohe Bedeutung zu, denn früh engagierte sich das DNQP dafür, dass die Pflegenden im Rahmen ihrer Praxisstandardentwicklung sowohl den Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnis beachten, als auch das für sie realistisch zu erreichende Qualitätsniveau bewerten und beschreiben.

Qualitätsentwicklung in der Pflege: Interne und externe Qualitätsstrategien

Das DNQP hat Mitte der 1990er Jahre die Verbreitung interner Qualitätsentwicklungsverfahren insbesondere aus den Niederlanden und Großbritannien vorangebracht und mit der Methode der sogenannten „Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung“ den Einrichtungen ein Verfahren eröffnet, das eine systematische Orientierung des pflegerischen Handelns an dem sogenannten „State of Art“ ermöglicht (vgl. Dahlgaard & Schiemann 1996; Schiemann & Moers 2004). Unter dem Stichwort „Standardentwicklung in der Pflege“ haben innovative Gesundheitseinrichtungen in den 1990er Jahren begonnen, ihr Qualitätsniveau zu zentralen, für Patient/innen oder Bewohner/innen relevanten Qualitätsfragen systematisch zu beschreiben und weiter zu entwickeln. Die systematische Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen birgt jedoch (und das möchte ich vorab bemerken) viele Schwierigkeiten, die nicht (nur) methodisch zu beherrschen sind. Ein zentrales Problem ist die Analyse des wissenschaftlichen Stands zu einer Fragestellung. Die deutsche/deutschsprachige Pflegewissenschaft hat noch immer einen enormen Entwicklungsrückstand gegenüber der internationalen Pflegewissenschaft aufzuholen und deshalb ist verständlich, dass viele Fragestellungen nur mit Hilfe internationaler pflegewissenschaftlicher Analysen und Studien zu beantworten sind. Und an diesen Erkenntnisse kann man nicht einfach partizipieren, denn es bedarf einiger wissenschaftlicher Fähigkeiten und

auch einer strukturellen Unterstützung, um dieses vorhandene Wissen zu nutzen. Die Einrichtungen, die die Methode der stationsbezogenen Qualitätsentwicklung verwenden, wissen um diese Problematik. So ist verständlich, dass sie bei der Formulierung des Qualitätsniveaus oftmals auf weniger abgesichertes Wissen zurückgreifen und so systematisch potentielle Qualitätseinbußen in Kauf nehmen müssen. Eine weitere Problematik besteht in dem bekannten Bildungsdefizit von Pflegenden in Deutschland. Noch immer ist die bundesdeutsche Pflege weit entfernt von einer Akademisierung der Ausbildung (so wie es in anderen Ländern selbstverständlich ist). Pflegende in Deutschland erwerben im Rahmen ihrer Ausbildung regelmäßig nicht das Wissen, das erforderlich ist, um einerseits Fragen und Vorgehensweisen der praktischen Pflege theoretisch zu begründen und abzusichern, und um andererseits die wissenschaftlichen Erkenntnisse in praktisches Handeln umzusetzen (vgl. Schiemann & Moers 2004, 118 ff.). So gesehen, stehen die Pflegenden vor enormen Herausforderungen, die sich nur zu einem gewissen Umfang in der Praxis selbst lösen lassen. Für mich ist es vor diesem Hintergrund überaus verständlich, dass wir seit über 10 Jahren Verfahren zur internen pflegerischen Qualitätsentwicklung kennen und deren Verbreitung in der Praxis vorantreiben und dennoch feststellen müssen, dass bislang nur ein kleiner Teil der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen diese Verfahren tatsächlich nutzt bzw. umsetzt.

Und hier stehen wir vor einem Dilemma: Wer sein Qualitätsniveau nicht beschreiben kann, der kann es nicht systematisch weiterentwickeln, kann es nicht einmal erfassen, messen und bewerten. Medizinische Leitlinien und pflegerische Standards sind zur Zeit die anerkanntesten Instrumente zur Qualitätsbeschreibung und -entwicklung. Es steht außer Frage, dass wir mit diesen Instrumenten arbeiten müssen, um inhaltliche Festlegungen vorzunehmen und transparent zu machen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in der Medizin nicht darüber diskutiert wird, ob Leitlinien benötigt werden, sondern eher, wie und von wem Leitlinien festgelegt und autorisiert werden. Interessant ist auch, dass in der medizinischen Wissenschaft eher auf externe und zentrale Leitlinienentwicklung gesetzt wird und die Umsetzung dieser Leitlinien in der Praxis wenig problematisiert werden. Die Pflege hat in Deutschland eine ganz andere und nicht akademische Tradition!

Standardentwicklung in der Pflege: Expertenstandards und Praxisstandards

Insbesondere in den 1980er Jahren versuchte die deutsche Pflegepraxis ihre Vorgehensweisen abzustimmen und zu vereinheitlichen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, der Erkenntnis, dass sich in der Praxis Vorgehensweisen entwickelt hatten, die weder begründbar, noch vergleichbar waren. Scheinbar jede Pflegekraft hatte ihre eigenen fachlichen Überzeugungen und Vorgehensweisen. Um hier neue Wege einzuschlagen, setzte

das Pflegemanagement auf „Vereinheitlichung“ und zwar auf Vereinheitlichung von Arbeitsschritten. In dieser Denktradition tauchte Mitte der 1980er Jahre die Begriffe „Standard“ und „Standardisierung“ auf und wurde zunächst in einem alltagssprachlichen Sinn verwandt: Standards wurden als Vereinheitlichungen von Arbeitsabläufen betrachtet. Früh regte sich zu Recht Kritik, denn die Pflegenden erkannten, dass durch eine Überbetonung der Vereinheitlichung von Arbeitsschritten eine individualisierte Pflege nur schwer durchzuführen ist. Mit dem Missverständnis, dass Standards Vereinheitlichung von Arbeitsschritten und Handlungsabläufen sind, müssen wir noch immer leben und es ausräumen. Pflegestandards sind vielmehr Qualitätsniveaufestlegungen, was in der folgenden Definition, die sich an die gängigen internationalen Definitionen anschließt, ausgedrückt wird:

„Pflegestandards sind ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle diese Pflege mit einschließt.“(DNQP 2000, 1)

Dem Begriff des Standards ist der Begriff der Verfahrensanweisung oder auch der Richtlinie abzugrenzen:

„Richtlinien (*procedures*) sind demgegenüber knappe Arbeitsablaufbeschreibungen, technische Anweisungen oder auch Anweisungen zur Hygiene.“(DNQP 2000, 2)

Standards werden für zentrale Qualitätsfragen formuliert (ca. 10 – höchstens 15 Standards pro Einrichtung) und beschreiben anhand von Kriterien die Qualitätsdimensionen „Strukturqualität“, „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“. Bei den Pflegestandards unterscheidet man zwischen den sogenannten Expertenstandards und den Praxisstandards. Richtlinien oder auch Verfahrensanweisungen werden in der Pflege für Bereiche vorgenommen, in denen gezielt Arbeitsschritte genau vorgeschrieben und Abweichungen ausgeschlossen werden sollen. Dies kann z. B. in Risikobereichen wie z. B. Hygiene sinnvoll sein (z. B. bei Desinfektionen, Notfallplänen usw.) oder in komplexen oder seltener auftretende Arbeitsabläufe (z. B. spezifische Notfallsituationen).

Expertenstandards legen ein Qualitätsniveau fest, das wissenschaftlich begründet ist und den sogenannten „State of Art“, den aktuellen Stand der Wissenschaft der Disziplin „Pflege“ beschreibt und nach außen dokumentiert. Expertenstandards werden von Fachpersonen entwickelt, von Fachpersonen, die eine ausgewiesene, z. B. durch Veröffentlichungen oder Forschungsarbeiten dokumentierte Fachexpertise zu dem jeweiligen Thema besitzen. Expertenstandards sind Instrumente der nationalen Qualitätsentwicklung und sollen das Qualitätsniveau zu zentralen Problemen der Pflege einrichtungsübergreifend festlegen und nach außen, z. B. für Patient/innen oder Bewohner/innen oder auch Kostenträger, dokumentieren. Expertenstandards müssen kontinuierlich in Bezug auf ihre

wissenschaftlich belegte Richtigkeit evaluiert und aktualisiert werden. Zusammenfassen möchte ich hier die Position des ICN (*International Council of Nursing*) wiedergeben: Das ICN (*International Council of Nursing*) sieht die zentralen Funktionen von Expertenstandards darin, dass

- berufliche Tätigkeiten und Verantwortungen definiert werden,
- Impulse für Innovation und Veränderung erfolgen,
- ein einheitliches Niveau der Berufsausübung, berufliche Identität und Beweglichkeit gefördert werden, und dass
- sie eine wichtige Voraussetzung für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen darstellen.

(vgl. Abschlussbericht des Deutschen Netzwerks für QE in der Pflege 2002, 8)

Die Entwicklung der Expertenstandards in Deutschland ist den Aktivitäten des DNQP zu verdanken, das bereits Ende der 1990er Jahren diese neue fachliche Entwicklung engagiert und mit Unterstützung der Pflegeverbände, vielen Einrichtungen der Pflegepraxis und einer Vielzahl namenhafter Pflegewissenschaftler/innen vorangebracht hat. Glücklicherweise zeichnete sich Ende der 1990er Jahre parallel auch eine weitere, für die Pflege sehr positive Entwicklung in der Gesundheitspolitik, genauer gesagt in der strategischen Ausrichtung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder ab. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat 1996 und 1999 Entschließungspapiere verabschiedet, welche die, in der Pflege bereits eingeleiteten Strategien zur Qualitätsentwicklung deutlich unterstützen. In dem Entschließungspapier „Gewährleistung einer systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen“, das 1996 in Cottbus verabschiedet worden ist, wurden die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und die Fachverbände der Pflege (*und der medizinischen Fachberufe*) aufgefordert,

„konsensfähige Standards und Leitlinien sowie wissenschaftlich begründete Qualitätsindikatoren und Qualitätskriterien zu deren Bewertung in methodisch angemessener Form“

zu erarbeiten.

Diese Forderung wurde 1999 von der GMK mit dem Papier „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ deutlich unterstrichen. In dem Papier wird festgeschrieben, dass

„bis zum 1.1.2005 ärztliche Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik und Behandlung von 10 prioritären Krankheiten von den Spitzenorganisationen anzuerkennen sind. Im gleichen Zeitraum sollen sich Diagnostik und Behandlung dieser Krankheiten möglichst weitgehend an den so anerkannten ärztlichen Leitlinien bzw. Pflegestandards orientieren.“

In der anschließenden Begründung heißt es, dass zwar bereits eine Vielzahl von Leitlinien und Pflegestandards entwickelt wurden, sie jedoch bislang nicht durch die Spitzenorganisationen anerkannt worden sind. Daher sollen ärztliche Leitlinien und Pflegestandards auf

der Basis von gesicherten Erkenntnissen und/oder des Konsenses von wissenschaftlicher und praktischer Medizin/Pflege Handlungskorridore nennen, die ein am internationalen Stand orientiertes Qualitätsniveau sicherstellen. Die ärztlichen Leitlinien und Pflegestandards sollen soweit wie möglich die Prinzipien der Evidenz-basierten und somit der wissenschaftlich abgesicherten Medizin und Pflege berücksichtigen. Die Spitzenorganisationen sollen exemplarisch die Umsetzung sowie die Wirkung und Folgen der ärztlichen Leitlinien und Pflegestandards evaluieren und deren regelmäßige Fortschreibung sicherstellen.

Die Entwicklung von Expertenstandards stellte das DNQP damals vor eine große Herausforderung. Glücklicherweise konnten wir das BMG davon überzeugen, dass wir ein erfolgversprechendes Unternehmen planen, das in anderen Länder, zum Beispiel in den Niederlanden, bereits erprobt worden ist. Folgende Expertenstandards sind und werden bis 2006 erarbeitet:

1. Dekubitusprophylaxe (2000 – 2002; bereits in Teilen der Praxis implementiert)
2. Entlassungsmanagement (2001 – 2003) (Konsensuskonferenz im September 2002; Implementierungsprojekt Dezember 2002 – Juni 2003)
3. Schmerzmanagement (2002 – 2004, Konsensuskonferenz Oktober 2003)
4. Sturzprophylaxe (2003 – 2005, Konsensuskonferenz 13. Oktober 2004)
5. Kontinenzförderung (2004 – 2006, Konsensuskonferenz 12. Oktober 2005)

Praxisstandards demgegenüber sind Instrumente der betrieblichen und internen Qualitätsentwicklung. Dieses Instrument ist aus dem Wissen heraus entstanden, dass das Qualitätsniveau in Einrichtungen oftmals nicht so hoch ist, wie es in der Pflegewissenschaft formuliert wird. Diese Tatsache hängt mit vielen Ursachen zusammen wie z. B.: Das Wissen zu einem Qualitätsthema oder -problem ist für die Pflegenden nicht zugänglich oder bewertbar (z. B. keine Bibliothek vorhanden, keine Literatur zum Thema vorhanden oder erhältlich, sich widersprechende Aussagen in der Literatur, keine Kenntnisse, wie mit sich widersprechenden Aussagen umgegangen werden sollte, Zeitmangel zur intensiven fachlichen Auseinandersetzung, usw.) Um nun das Qualitätsniveau in der Praxis zu erhöhen, greift man seit einigen Jahren auf Erfahrungen aus dem angelsächsischen Bereich oder auch aus den Niederlanden zurück, die nämlich Methoden entwickelt haben, mittels derer sich das Qualitätsniveau der pflegerischen Leistung langfristig Schritt für Schritt erhöhen lässt. Die Methoden der „stationsgebundenen Qualitätssicherung“ oder auch der sogenannten „uni-based-Method“ sind Verfahren, die systematisch die Qualität der pflegerischen Leistung verbessern und dabei immer zuerst Bezug zum aktuellen, in der Einrichtung vorfindbarem Niveau nehmen und dieses Niveau schrittweise erhöhen, und zwar in realistischen Schritten! Es kann also sein, dass eine Einrichtung nach einer dieser Methoden einen Praxisstandard formuliert, der ein Niveau anstrebt, das unter dem

Niveau einer anderen Einrichtung liegt. Wenn eine Einrichtung realistischerweise erst dieses Niveau erreichen kann, so wird nach dieser Methode auch nur dieses Niveau festgehalten und erst im nächsten Schritt, bei einer erneuten Überarbeitung, wieder erhöht. Praxisstandards beschreiben demnach ein Niveau, das von der jeweiligen Einrichtung realistischerweise erreicht werden kann.

Expertenstandards und Praxisstandards sind also keine Instrumente zur Vereinheitlichung von Arbeitsschritten oder Vorgehensweisen, sondern Instrumente zur „Festlegung eines einheitlichen Qualitätsniveaus auf nationaler oder betrieblicher Ebene!

Bedeutung der Expertenstandards für die nationale und betriebliche Qualitätsentwicklung in der Pflege

Expertenstandard bedeuten in mehrerlei Hinsicht einen deutlich und nachhaltigen Fortschritt und sind ein notwendiger Entwicklungsschritt für die bundesdeutsche Pflege!

1) Expertenstandards bedeuten Fortschritt auf betrieblicher Ebene

Die Erfahrungen beim Einsatz der bewährten Methode der stationsgebundenen Qualitätsentwicklung und die damit verbundene Erarbeitung von Praxisstandards zeigen deutliche Schwierigkeiten, die nicht durch ein Beherrschen der Methode zu lösen sind. Die Praktiker/innen stehen vor der anspruchsvollen Aufgabe, wissenschaftliche Erkenntnisse zu einem Thema zu recherchieren, zu verstehen und zu bewerten und dann in Aussagen (Kriterien) umzusetzen. Das ist eine überaus schwierige und komplexe Aufgabe, insbesondere vor dem Hintergrund, dass noch immer mehr Erkenntnisse aus dem angloamerikanischen Raum verfügbar sind und damit auch eine Sprachbarriere implizieren. Folgende Unterstützung bieten die Expertenstandards für die betriebliche Pflegepraxis und deren Qualitätsentwicklung:

1. Verdeutlichen des Aufbaus und erforderlichen Niveaus von Standards

Die Praktiker/innen können in Deutschland regelmäßig nur auf sehr wenige Praxisstandards zurückgreifen, die ihnen als geeignete, weil fachlich und methodisch richtige Beispielvorgabe dienen können. Allein schon vor diesem Hintergrund stellen die Expertenstandards eine sehr gute Unterstützung dar: Die Praktiker/innen lernen Struktur, Aufbau und Art der Erarbeitung von Standards kennen. Aus meiner Erfahrung ist dieser Gewinn an Wissen um Aufbau und Abstraktionsgrad bei der Kriterienformulierung eine deutliche Hilfe. In diesem Zusammenhang darf sicherlich auch hervorgehoben werden, dass die differenzierten Literaturanalysen, die Bestandteil der Expertenstandards sind, den Praktiker/innen nicht nur aufzeigen, welchen Umfang

die aktuellen (internationalen) Erkenntnisse zum jeweiligen Thema haben, sondern auch, wie solche Erkenntnisse abgewogen und bewertet werden können.

2. Festlegung und Begründung des Qualitätsniveaus

Für viele Pflegenden ist nicht nur das systematische Vorgehen in der Qualitätsentwicklung neu, sondern auch das konsequente Hinterfragen, ob pflegerisches Handeln begründet und theoretisch zu rechtfertigen ist. Die Expertenstandards zeigen bezogen auf das jeweilige Thema den Stand des pflegefachlichen Wissens auf und leiten daraus Prinzipien für pflegerisches Handeln ab. Praktiker/innen erkennen so, dass einerseits doch eine beträchtliche Anzahl pflegewissenschaftlicher Literatur zu einem Thema existieren kann und dass sich vor diesem Hintergrund Praxisprobleme fundiert lösen lassen. Und sie lernen, dass es zu Themen mehrere wissenschaftliche Meinungen gibt und es überaus schwierig sein kann, zwischen diesen verschiedenen Positionen eine sinnvolle eigene Positionierung vorzunehmen. Einige Passagen in den Expertenstandards zeigen deutlich, dass es Fragen gibt, zu deren Beantwortung Pflegewissenschaftler/innen herangezogen werden müssen. Und genau bei diesen Fragen ist es ein deutlicher Vorteil, wenn die Praxis auf Standards zurückgreifen kann, die Bewertungsprozesse von Pflegewissenschaftler/innen beinhalten und so ein hohes wissenschaftliches und damit begründetes Niveau erreichen.

Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen: Die Verwendung von sogenannten Screeningverfahren wird in der Praxis intensiv diskutiert. Screeningverfahren sollen ein Risiko verlässlich anzeigen, damit ohne Zeitverzögerung entschieden werden kann, ob beispielsweise eine (aufwändige) Prophylaxe notwendig ist oder nicht. In der Literatur werden einige Screeningverfahren zum Beispiel zu den Themen „Dekubitus“ oder „Sturz“ diskutiert und empfohlen. Für die Praktiker/innen ist es aber nahezu unmöglich zu bewerten, welche Instrumente tatsächlich verlässlich sind. Das Verwenden aber von nicht verlässlichen Instrumenten ist selbstverständlich sehr gefährlich. In den Expertenarbeitsgruppen werden insbesondere solche Themen stellvertretend für die Praxis diskutiert und gelöst. Gerade bei derart zentralen Themen ist es sinnvoll und auch notwendig, dass die Praktiker/innen auf die Expertenstandards zurückgreifen können und sich damit nicht selbst in fachliche Diskussionen geben, die sie auf diesem hohen wissenschaftlich erforderlichen Niveau potentiell fachlich nicht beherrschen.

In diesem Zusammenhang wird für mich immer deutlicher, dass wir insgesamt zu den zentralen pflegerelevanten Qualitätsthemen Expertenstandards benötigen, die das fachliche Niveau der Pflegepraxis an dem Stand der Wissenschaft ausrichten. Die Erfahrungen mit den bereits in vielen Einrichtungen implementierten Experten-

standards zeigen, dass die Praxis diese Standards sehr gut übernehmen können. In diesem Prozess müssen Operationalisierungen vorgenommen werden, die für die Praxis weitaus einfacher sind, als die Entwicklung eigener Praxisstandards. Beispielsweise können die Einrichtungen Assessmentverfahren entwickeln, wenn sie wissen, welche Aspekte mindestens im Verfahren beachtet werden müssen. So gesehen gibt es mittlerweile einige Einrichtungen, die sich an das Thema „Standardentwicklung“ ausschließlich über die Expertenstandards heranarbeiten und mit diesem Wissen eher in die Lage versetzt werden, notwendige Praxisstandards selbstständig zu entwickeln.

3. Hilfestellung für die Evaluierung des bestehenden Qualitätsniveaus

Qualität kann sich nur entwickeln, wenn die Qualität auch regelmäßig gemessen und bewertet wird. Diese einfache Tatsache ist zwar lange bekannt, aber bislang fehlen die Instrumente zur Messung. Mit den Expertenstandards werden für ausgewählte Qualitätsbereiche nicht nur die Qualitätsniveaus beschrieben, sondern die Kriterien sind so formuliert, dass sie auch überprüfbar sind. Ein weiterer Bestandteil der Expertenstandards sind die sogenannten Auditinstrumente, die einfach aufgebaut sind und den Praktiker/innen ermöglichen, eigene Qualitätserhebungen durchzuführen. So werden die Pflegenden mit einem Instrument bekannt gemacht, das unverzichtbar ist für eine qualitative Weiterentwicklung. Der Schwerpunkt in den Auditinstrumenten liegt jeweils auf den Ergebniskriterien und spricht somit auch die patienten- bzw. bewohnerbezogene Ergebnisqualität an. Die Lerneffekte für die Praxis liegen damit nicht nur auf der sogenannten Instrumentenebene, sondern vielmehr in der Erkenntnis über die selbst produzierte Leistung. Diese Perspektive ist von zentraler Bedeutung will man zukünftig Patienten- oder Bewohnerbewertung Aufmerksamkeit schenken und die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen.

4. Argumentation gegenüber Dritten/Begründung des festgelegten Qualitätsniveaus

Diskussionen über die finanzielle Ausstattung der Einrichtungen werden trotz zunehmender Finanzpauschalisierungen ein zentraler Bestandteil der betrieblichen Auseinandersetzung um Verteilung von Ressourcen bleiben. Wir wissen, dass diese Diskussionen eigentlich zunächst auf der Ebene des angestrebten Leistungsniveaus geführt werden müssten, denn Effizienz kann nur bestimmt werden, wenn das Leistungsniveau festgelegt und transparent beschrieben ist. Leider werden Verhandlungen zur Zeit keineswegs in dieser Intention geführt, ganz im Gegenteil: Man kann sich nicht dem Eindruck verwehren, dass zwar alle die Qualität der Leistungen betonen und fordern, jedoch die Diskussionen um Kosten nicht daran festmachen wollen. Einschlägige Juristen wie beispielsweise Böhme haben bereits nach Erarbeitung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ darauf hingewiesen, dass es

sich bei den Expertenstandards um vorweggenommene Sachverständigengutachten handelt und somit die Einrichtungen gezwungen sind, sich diesem Niveau, eben dem sogenannten „State of Art“, anzuschließen (vgl. Pro Alter 2000). Das hat auch der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) erkannt, der die bereits erarbeiteten Expertenstandards als Qualitätsniveauvorgabe begreift und die Einrichtungen ausdrücklich auffordert, die Expertenstandards zu nutzen. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Positionen zukünftig in den Verhandlungen um Leistungen und Kosten niederschlagen und die Pflege adäquater finanziell ausgestattet wird.

2) Expertenstandards bedeuten Fortschritt auf nationaler Ebene

Expertenstandards haben die Pflege in der übergeordneten nationalen Diskussion über die Qualität von Gesundheitsleistungen weiter vorangebracht. Zum einen möchte ich hervorheben, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch die finanzielle und ideelle Unterstützung ein deutliches Votum für die Entwicklung von Expertenstandards gegeben und damit die Entschlüsse der Gesundheitsministerkonferenzen unterstrichen hat. Zur Zeit finden Verhandlungen über die Finanzierung weiterer Expertenstandards in der Pflege statt.

Die Gesundheitspolitik versucht seit Jahren die politische Position der Verbraucherschutz- und Patientenverbände zu stärken und Mitsprache- und Entscheidungsmitwirkungsrechte zu erweitern. Bei den Expertenstandards werden Vertreter/innen der oben genannten Verbände aktiv in die Erarbeitung mit einbezogen. Damit öffnet die Pflege die Diskussion um die Qualität von Pflegeleistungen und schafft die notwendige Leistungstransparenz für diese Diskussion. In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine sehr erfreuliche Entwicklung hinweisen: Die Patientenverbände sind zur Zeit damit beschäftigt, eine Informationsbroschüre zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ zu arbeiten. Diese Informationen werden mit dem DNQP abgestimmt, um der Gefahr vorzubeugen, dass möglicherweise das fachliche Niveau durch alltagsprachliche Ausdrücke verändert werden kann. Aus meiner Sicht ist das ein bedeutsamer Schritt zur Demokratisierung des Gesundheitssystems: Aktive Beteiligung politischer Vertreter/innen der Verbraucherschutz- und Patientenverbände setzt voraus, dass Gesundheitsleistungen transparent und verständlich diskutiert werden.

Aber auch eine andere, überaus wegweisende Entwicklung konnte durch die Expertenstandards vorangebracht werden: Die externe Qualitätsentwicklung, die durch die Vorgabe von Indikatoren ein Monitoring von zentralen Qualitätsthemen voranbringt, gewinnt an Bedeutung. Die BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH) erarbeitet und aktualisiert jährlich Qualitätsindikatoren, um medizinische und pflegerische Qualität in

Krankenhäusern sichtbar zu machen. Die Indikatorenentwicklung ist eine überaus komplexe und fachlich schwierige Aufgabe, die für den Bereich der Pflege nur deshalb so zügig angegangen werden konnte, weil Expertenstandards vorliegen. Die Themen „Dekubitusprophylaxe“ und zukünftig auch „Sturzprophylaxe“, „Schmerzmanagement“ und „Entlassungsmanagement“ werden, teilweise interdisziplinär, bearbeitet und mit Indikatoren zur Qualitätsmessung versehen. Die aktive Beteiligung der Berufsgruppe Pflege bei der BQS ist von zentraler Bedeutung, denn die externe Qualitätsentwicklung wird (wie in anderen Ländern auch) zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Wirkungen der externen Qualitätssicherung auf die interne Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern sind bereits heute gut nachvollziehbar. Zukünftig werden die Gesundheitseinrichtungen die Aufgabe bewältigen müssen, die Prozesse, die durch die externe Qualitätsentwicklung ausgelöst werden, mit der internen Qualitätsentwicklung zu synchronisieren. Auch vor diesem Hintergrund ist eine Orientierung der internen Qualitätsentwicklung an den Expertenstandards überaus sinnvoll.

3) Expertenstandards bedeuten Fortschritt auf wissenschaftlicher Ebene

Die Themen für die Expertenstandards sind nicht zufällig ausgewählt worden! Bei der Festlegung der Themen im Jahr 1998 hat sich der Lenkungsausschuss des DNQP an Literaturrecherchen zu den zur Auswahl stehenden Themen orientiert. Schnell zeichnete es sich ab, dass es nicht zu allen relevanten Themen einen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gibt, der es erlauben würde, Kriterien in den drei Qualitätsdimensionen festzulegen. Deutlich wurde, dass die Pflegewissenschaft in einigen für die Praxis relevanten Bereichen national wie international noch immer nicht über ausreichend wissenschaftlich abgestützte Erkenntnisse verfügt. Themen, die einem niedrigen Evidenzgrad (IV = Expertenmeinung, ohne das Vorliegen von Studien) bezüglich der vorliegenden Erkenntnisse haben, eignen sich noch nicht für die Entwicklung von Expertenstandards (z. B. zu dem Thema Ernährung und Mangelernährung). Interessant ist, dass durch die Entwicklung der Expertenstandards auch aufgezeigt wurde, in welcher Form wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen müssen, um in die Praxis transferiert werden zu können. Wir sehen, dass die Expertenstandards (Pflege-)Forschung initiieren. Zugleich sehe ich aber auch mit Sorge, dass die Pflegewissenschaft Zeit braucht, entstehenden Forschungsergebnisse einer wissenschaftlichen Bearbeitung und Bewertung zu unterziehen und in Form von sogenannten „Systematischen *Reviews*“ und „Metaanalysen“ aufzuarbeiten, um für die Pflegenden aufzuzeigen, welche Ergebnisse vergleichbar, abgesichert oder gar widersprüchlich sind. Wir befinden uns in diesem in Deutschland zur Zeit auf einem guten, wenn auch noch immer schmalen Weg. Ich freue mich, dass zu einigen Themen, wie beispielsweise zum Thema „Sturzprophylaxe“, Pflegewissenschaftler/innen ihre Forschungsarbeiten intensiv voranbringen und so die Grundsteine für die weitere inhaltliche Entwicklung legen.

Ich möchte an dieser Stelle im übrigen auch darauf hinweisen, dass die Expertenstandards regelmäßig auf ihre wissenschaftliche Aktualität und Aussagekraft hin überprüft werden müssen. Leider kämpfen wir vom DNQP zur Zeit noch mit den Finanzierungsschwierigkeiten in diesem Bereich, doch ist es uns gelungen, den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ bereits einmal zu aktualisieren und diese aktualisierte Fassung auch zu veröffentlichen. Die Veröffentlichungszahlen zeigen nebenbei bemerkt, die ungebrochen hohe positive Resonanz der Praxis (z. B. Dekubitusstandard/alle Auflagen: rund 17.000 verkaufte Exemplare!).

Ausblick

Die Entwicklung der Expertenstandards setzt die richtigen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Pflege. Als Pflegewissenschaftlerin freue ich mich insbesondere darüber, dass in der Pflege eine inhaltliche Diskussionen geführt wird. Für die Patient/innen oder Bewohner/innen ist es von entscheidender Bedeutung, ob die inhaltliche Ausrichtung pflegerischer Arbeit sinnvoll, systematisch und begründet ist. Meine kritische Analyse möchte ich genau an diesem Punkt eröffnen: Natürlich sind Expertenstandards keine „Allheilmittel“! Sie müssen in die Gesamtkonzeption pflegerischer Arbeit eingebunden werden. Allgemein muss deutlich werden, dass Instrumente alleine nicht ausreichen für ein qualitativ hochwertiges Pflegeniveau. Vielmehr müssen die Instrumente in einen sinnvollen konzeptuellen Rahmen für die jeweilige Praxis gebracht werden. Die An- und Einbindung in einrichtungs- oder zielgruppenspezifische Pflegekonzepte ist zwingend notwendig, wenn die Wirkung der Instrumente nachhaltig sein soll. Den Prozessen der Konzeptentwicklung wird meines Erachtens in der Praxis aber auch in der Wissenschaft noch immer zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dies erkennt man allein daran, dass es kaum Praxiskonzeptionen zu den jeweiligen Themen gibt und in der Fachliteratur die Erarbeitung von Konzepten kaum bis gar nicht beschrieben wird und so davon ausgegangen werden muss, dass das hierfür erforderliche Wissen noch gar nicht zur Verfügung steht. Die Expertenstandard treffen somit auf eine Pflegepraxis, die in verschiedener Hinsicht „Nachholbedarfe“ hat:

- Umgang und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- Auf- und Ausbau eines internen fachbezogenen systematischen Qualitätsentwicklungsprozesses (Entwicklung von Praxisstandards),
- Entwicklung und Nutzung von Instrumenten (z. B. Assessmentinstrumente, Evaluationinstrumente),
- Entwicklung und Einführung von Pflegekonzepten und
- differenzierte Qualifizierung von Pflegenden, Pflegemanager/innen und Pflegepädagog/innen.

Die hier kritisch formulierten Anforderungen machen deutlich, dass Expertenstandards eingebunden sein sollten in unterschiedliche inhaltliche Qualitätsstrategien, die sich bestenfalls ergänzen und unterstützen. Die Frage „Wo fängt man in der Praxis an?“ scheint mir zwar nicht unwichtig, jedoch auch nicht pauschal beantwortbar. Meine Erfahrung ist, dass eine Auseinandersetzung mit den Expertenstandards regelmäßig viele Fragen in der Praxis auslösen, die mit den oben identifizierten Bereichen zentral zusammenhängen. Meine Erfahrung zeigt mir auch, dass die Einrichtungen oftmals einen schwer mit anderen Einrichtungen zu vergleichenden Entwicklungsstand haben. Deshalb ist es wichtig, dass das Pflegemanagement sehr genau überdenkt, welche Entwicklungen nötig und möglich sind. Und ich möchte abschließend eine Warnung aussprechen: Sollte eine Einrichtung grundsätzliche Probleme im inhaltlichen Pflegeleistungsprofil haben (z. B. es findet keine grundsätzliche Assessment und Bewerten von Pflegebedarfen statt), so kann der Weg überaus schwierig, vielleicht sogar gefährlich werden. Die Pflegenden müssen auf ihren fachlichen Entwicklungswegen sorgfältig begleitet und geführt werden. Das ist eine Managementaufgabe, die fachlich ernst genommen werden muss. Es ist sicherlich problematisch, wenn die Pflegenden Instrumente nicht in ihrer Intention verstehen und vielleicht auch nicht die zum Verstehen der Instrumente erforderliche Bildungszeit bekommen. Dann werden Entwicklungen nicht getragen, vielleicht sogar torpediert und sind wahrscheinlich nicht nachhaltig genug. Diese Schwierigkeiten kennen wir bereits in der Pflege: Einige Entwicklungen wurden zu schnell, zu unsystematisch, zu unbegleitet (durch Führung und Bildung) und zu unabgestimmt bezogen auf die Gesamtentwicklungsbedarfe in der jeweiligen Pflegepraxis vorgenommen. Das können wir uns zukünftig genauso wenig leisten wie Pflegeleistungen, die sich nicht am Stand der Wissenschaft orientieren und damit nicht begründet und effektiv sind.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Astrid Elsbernd
Hochschule für Sozialwesen Esslingen
Flandernstr. 101
73732 Esslingen

Literatur**BQS (2003)**

Qualität sichtbar machen
Eigenverlag, Düsseldorf

Behrens, J. und Langer, G. (2004)

Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft
Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Dahlgaard, K. und Schiemann, D. (1996)

Abschlußbericht: Qualitätsentwicklung in der Pflege
Band 79 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit
Nomos Verlag, Baden-Baden

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2000)

Sonderdruck. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
Eigendruck Fachhochschule Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2002)

Sonderdruck. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
Eigendruck Fachhochschule Osnabrück

Elsbernd, Astrid (2003)

Praxisnaher Expertenstandard
In Pflege Aktuell, 9, 442 – 445

Francois-Kettner, H. (2003)

Wissenschaft & Praxis gehen Hand in Hand
in: Pflege Aktuell, 214 – 218

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (1996, 1999)

Entschließungspapiere Trier und Cottbus
www.gmkonline.de

Giebing, H. und Francois-Kettner, H. und Roes, M. und Marr, H. (1999)

Pflegerische Qualitätssicherung
Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Lauterbach, K. W. und Schrappe, M. (2004)

Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine
Schattauer Verlag, Stuttgart, New York

Lenkungsausschuss des DNQP (2000)

Definitionspapier zu Pflegestandards/Leitlinien: Definition und Funktion
Eigendruck DNQP, Osnabrück

National Health Service (NHS CYMRU Wales) (1995)

Evidence Based Practice: The Challenge For Nursing, Midwifery And Health
Visiting
Welsh Office, Cardiff

Pro Alter (2000)

„Sämtliche Aussagen sind auf den therapeutischen Erfolg überprüft worden“.
Prof. Dr. Doris Schiemann zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
in: pro Alter, 3 : 5254

Pro Alter (2000)

„Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten“. Rechts-
experte Böhme zur Verbindlichkeit der Anti-Dekubitus-Leitlinie.

in: pro Alter; 3 : 55 – 56

Roes, M. und Francois-Kettner, H. und Schmäzle, G. und Lehmann, Th. (2000)

MUM – ein Qualitätsprogramm zum Anfassen

Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Sowinski, CH. (2002)

„Endlich Schluss mit Mythen und Ritualen bei der Dekubitusprophylaxe“

in: Pro Alter, 1 : 21 – 27

Schiemman, D. und Moers, M. (2004)

Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode
der stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege

Eigendruck DNQP/FH Osnabrück, Osnabrück

Simoës, E. und Boukamp, K. und Mayer, E. D. und Schmahl, F. W. (2004)

Qualitätsmessung im Gesundheitswesen – Indikatoren und Outcome-Betrachtung

In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 39, 2, 86 – 94