

› Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege:
Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen

› Critical comment on nursing expert standards:
Meeting challenges to improve quality

MITGLIEDER DES FACHBEREICHS PFLEGE UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG
 DES DEUTSCHEN NETZWERKES EVIDENZBASIERTE MEDIZIN*

Seit einigen Jahren gibt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Expertenstandards zu ausgewählten Schwerpunkten pflegerischen Handelns heraus. Diese werden von Expertenarbeitsgruppen auf der Grundlage wissenschaftlicher Literatur entwickelt, anschließend im Austausch mit der Fachöffentlichkeit konsentiert und danach modellhaft implementiert. Die Standards sollen dazu beitragen, ein allgemein anerkanntes Qualitätsniveau in der Pflege zu sichern. In diesem Sinne werden sie bereits als Maßstab für Qualitätsprüfungen und juristische Urteilsfindungen herangezogen. Umso wichtiger ist es, dass sie selbst anerkannten Kriterien genügen.

Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) haben die Standards daher in einer Stellungnahme einer kritischen Prüfung unterzogen. Als diskussionswürdig kristallisierten sich hierbei besonders folgende Aspekte heraus: die Definition und Abgrenzung des Begriffes „Expertenstandard“, die Berücksichtigung international anerkannter Kriterien für die Entwicklung von Leitlinien und die Transparenz der Methodik, die Fundierung und Differenzierung der Empfehlungen, der Zugang zu den Standards, Hilfen für die Implementierung, mögliche Interessenkonflikte der Autoren sowie die regelmäßige Überprüfung der Standards. Die Stellungnahme der DNEbM-Mitglieder soll Grundlage für einen Diskurs über die weitere Entwicklung von begründeten und nachvollziehbaren Qualitätsniveaus für die Pflege in Deutschland sein.

Schlüsselwörter: *Expertenstandards, Praxisleitlinien, evidenzbasierte Praxis, Stellungnahme*

The German network for the development of quality in nursing (DNQP) has published so called nursing „expert standards“ on selected nursing issues. These are developed by expert working groups based on the current evidence, subsequently consented, and implemented exemplarily. The standards aim at securing a generally accepted quality level in nursing. Accordingly, they are already consulted as yardstick for quality inspections and legal judgement identification, making it even more important that they meet recognized criteria.

Therefore, members of the nursing section of the German network for evidence-based medicine (DNEbM) critically appraised the standards. Aspects worth being discussed are: definition of the term „expert standard“, consideration of internationally recognized criteria for the development of guidelines and transparency of methodology, professional foundation and differentiation of recommendations, access to the standards, implementation tools, authors' possible conflicts of interest, as well as regular revision of the standards. This statement intends to be the basis for a discussion on the future development of justified and comprehensible quality levels in nursing in Germany.

Key words: *practice guidelines, nursing, evidence-based medicine, editorial*

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) gibt seit einigen Jahren zu ausgewählten Problembereichen pflegerischen Handelns sogenannte Nationale Expertenstandards heraus. Bearbeitet wurden bislang die Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung. Weitere Standards sind angekündigt oder in Vorbereitung.

Die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deut-

schen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) stehen der Entwicklung von allgemein gültigen Qualitätsniveaus in der Pflege selbstverständlich positiv gegenüber. Systematisch entwickelte und transparente Handlungsempfehlungen, die auf dem besten wissenschaftlichen Beweis basieren und sorgfältig auf die nationalen Bedingungen abgestimmt sind, stellen eine große Chance für die Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Da die Expertenstandards offensichtlich von Überprüfungsgremien (Medizini-

scher Dienst der Krankenversicherung [MDK], Heimaufsicht) zur Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung sowie zur juristischen Urteilsbildung herangezogen werden, von Pflegeeinrichtungen aufwändig implementiert und vielerorts kostenpflichtig verbreitet werden, müssen sie einer kritischen Betrachtung standhalten. Insbesondere ist

* Dr. Gabriele Meyer, Almuth Berg, Sascha Köpke, Steffen Fleischer, Gero Langer, Karl Reif, Christian Wylegalla, Prof. Dr. Johann Behrens

nach ihrer Zuverlässigkeit und inhaltlichen Gültigkeit aus wissenschaftlicher Sicht zu fragen.

Sinnstiftende Begriffsbildung oder undurchsichtige Wortneuschöpfung?

Gerade vor dem Hintergrund des bekannten uneinheitlichen Verständnisses und Gebrauchs der Begriffe Standard, Leitlinie und Richtlinie (Bartholomeyczik 2002, Trede 1997) fehlt eine eindeutige Klärung des Ausdrucks „Expertenstandard“ sowie, damit verbunden, eine Erläuterung des Anliegens dieses Instruments. Beides wäre in den Standards selbst zu erwarten oder innerhalb eines begleitenden Methodenpapiers. Das unveröffentlichte Definitionspapier des Lenkungsausschusses des DNQP (2000) ist nicht ausreichend. Seine Existenz ist weder auf der Homepage des DNQP noch im ersten Standard der Reihe erwähnt.

Sinnvollerweise sollten Expertenstandards in einem Methodenpapier gegenüber Leitlinien abgegrenzt werden, nicht zwangsläufig gegenüber medizinischen, sondern vielmehr gegenüber pflegerischen Leitlinien (Practice Guidelines). Da sich das DNQP begriffsstiftend auf die American Nurses Association (ANA) bezieht, müsste notwendigerweise eine Bezugnahme auf die ANA erfolgen. Der ANA zufolge beinhalten „Standards of Clinical Nursing Practice“ zum einen „Standards of Care“, zum anderen „Standards of Professional Performance“. Sie stehen in einem engen Zusammenhang mit Aussagen zur Berufsethik („Code for Nurses“) und werden als professionelles Rahmenwerk verstanden (Beispiele: Havins 1999, ASPSN 2005). Demgegenüber werden „Practice Guidelines“ definiert als: „A process of client care management for nursing diagnoses with recommended interventions to accomplish desired client outcomes for a specific cluster of phenomena within a nursing specialty. These guidelines are established by research and/or professional consensus by practitioners in the specialty“ (Field/Lohr 1992, S. 50). Aus den Expertenstandards geht eine solche Abgrenzung nicht hervor. Obwohl sie, trotz entsprechender Ansätze, explizit nicht als Praxisleitlinien betrachtet werden sollen, werden sie – ungeachtet des Definitionspapiers des DNQP-Lenkungsausschusses (DNQP 2000) – (implizit) Leitlinien gleichgesetzt, zum Beispiel

im Dekubitusprophylaxestandard (DNQP 2004a). Das Lenkungsausschuss-Mitglied Elsbernd (2005) stellt medizinische Leitlinien und Pflegestandards auf eine Stufe. Beide sollen „auf der Basis von gesicherten Erkenntnissen und/oder des Konsenses von wissenschaftlicher und praktischer Medizin/Pflege Handlungskorridore benennen, die ein am internationalen Stand orientiertes Qualitätsniveau sicherstellen.“

Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass die vorliegenden Expertenstandards auf der Grundlage ihres Inhalts und ihrer Methodik eingruppiert werden müssen. Danach beurteilt, sind sie dem Bereich der Praxisleitlinien zuzuordnen (Bölicke 2001). Solange die Expertenstandards sich nicht auf die Vorgabe bzw. Beschreibung eines Qualitätsniveaus im Sinne der ANA beschränken und in Literaturanalysen bereits konkrete Vorgehensweisen aufzeigen, sind sie nicht „Standards of Care“, sondern „Practice Guidelines“. Als Beispiel hierfür sei das Ergebniskriterium Nr. 2 im Standard „Schmerzmanagement in der Pflege“ genannt, das durch den Zusatz: „Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala“ (DNQP 2004b, S. 17) bereits so differenziert operationalisiert wurde, wie es einer Leitlinien entspricht.

Die qualitative Bewertung der Expertenstandards muss sich somit nach den Kriterien für die Bewertung von Leitlinienqualität richten. Eine nachträgliche Distanzierung des DNQP von Praxisleitlinien wäre fragwürdig. Erstens bilden diese ein – wenn nicht sogar *das* – Fundament für die Evidenzbasierung der auf betrieblicher Ebene eingesetzten Maßnahmen und Instrumente zur Qualitätsentwicklung. Zweitens werden die Expertenstandards von der Pflege und ihren Überprüfungsgruppen ohnehin bereits als Praxisleitlinien aufgefasst oder sogar als noch verbindlicher, als es diese sind. Weit verbreitet ist die irrtümliche Vorstellung, dass das Einhalten von Leitlinien von Haftungsansprüchen befreit (Behrens 2003, Behrens/Langer 2004, S. 216).

Internationale Qualitätsstandards nicht bindend?

Da die Expertenstandards einen bedeutenden Einfluss auf die deutsche Pflege haben und als Leitlinien interpretiert und angewandt werden, müssen sie auf verlässlichen wissenschaftlichen Ergebnissen basieren sowie systematisch entwi-

ckelt, transparent und nachvollziehbar beschrieben sein. Eine allen Expertenstandards zugrunde liegende Verfahrensregelung wäre zu erwarten, die Ausdruck der national und international weit fortgeschrittenen Diskussion über die Förderung der Leitlinienqualität ist. Zu nennen seien zum Beispiel die Kriterien gemäß den Bewertungsinstrumenten AGREE (AGREE Collaboration 2003) oder DELBI (AWMF/ÄZQ 2005). Diesen Qualitätskriterien werden die Expertenstandards aber weitgehend nicht gerecht, was sich unter anderem auch darin zeigt, dass die schriftliche Darstellung nicht transparent ist und sich Methodik und Ergebnisse nur unzureichend nachvollziehen lassen. Hilfsmittel für die klinische Entscheidungsfindung wie Evidenzstufen („Levels of Evidence“) und Empfehlungsgrade („Grades of Recommendation“) oder klinische Algorithmen werden nicht benutzt. In der zweiten und erweiterten Auflage des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wird erstmals der Versuch unternommen, die wissenschaftliche Stärke der Aussagen anhand einer Graduierung von A bis C kenntlich zu machen (DNQP 2004a, S. 74).

Manchmal wird für die Expertenstandards in Anspruch genommen, dass sie nach den Methoden der evidenzbasierten Pflege erstellt sind (Bartholomeyczik 2005). Tatsächlich sind nur wenige Teilnehmer der bisherigen Expertenarbeitsgruppen ausgewiesene Vertreter der evidenzbasierten Pflege gewesen. Es kann somit unterstellt werden, dass das Ausmaß der Evidenzfundierung von einzelnen, in den Methoden der evidenzbasierten Pflege kundigen Vertretern abhängt. Das DNQP sieht keine strukturierte Unterweisung der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe in den Arbeitstechniken der evidenzbasierten Pflege vor. Eine solche wäre jedoch als Mindestqualifikationsniveau unabdinglich.

Uneindeutige Empfehlungen – Einführung von Maßnahmen fragwürdigen Nutzens

Uneindeutig formulierte Empfehlungen können zur Einführung ineffektiver bzw. nicht gesicherter diagnostischer und therapeutischer Interventionen führen (Woolf et al. 1999). Das Beispiel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe unterstreicht diese Feststellung.

Sowohl in der ersten Auflage als auch in der 2004 herausgegebenen Auflage dieses Standards heißt es, dass „der Einsatz einer bestimmten Risikoskala [...] nicht empfohlen [wird], da diese nur teilweise wissenschaftlich belegte Aussagen zulässt. [...] Die am besten untersuchten Skalen sind die Bradenskala und, gefolgt mit großem Abstand, die Norton- und die Waterlowskala.“ (DNQP 2002, S. 35; DNQP 2004a, S. 40). Die Konsequenzen dieser Aussage zeigen sich im Bericht über die modellhafte Implementierung des Expertenstandards in 16 Praxiszentren. Mehr als 50 Prozent der befragten Pflegekräfte hatten eine Fortbildung zum Thema Anwendung einer Risikoskala in Anspruch genommen (DNQP 2002, S. 90). Bei etwa 80 Prozent der mehr als 500 einbezogenen Patienten bzw. Bewohner war das Dekubitusrisiko anhand einer Skala eingeschätzt worden (ebd., S. 85). Die Risikoskalen werden von der Praxis somit dankbar aufgenommen und aufwändig implementiert.

In der zweiten Auflage des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe findet sich eine umfangreiche Literaturlanalyse zu den Risikoskalen. Ihr ist zu entnehmen, dass es den ausgewerteten Studien zur Bestimmung der Genauigkeit der Skalen an methodischer Zuverlässigkeit mangelt, da sie wesentlichen methodischen Gütekriterien für Diagnostik- und Screeningstudien nicht genügen. Die Skalen weisen eine unzureichende Testgüte auf, das heißt, sie sind nicht in der Lage, präzise zwischen dekubitusgefährdeten und nicht dekubitusgefährdeten Personen zu unterscheiden. Ihr Nutzen für die Dekubitusprophylaxe ist unbekannt. Ein entsprechender Nachweis im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien steht noch aus (DNQP 2004a, S. 75–83).

Dennoch wird im Expertenstandard der Einsatz einer standardisierten Risikoeinschätzung empfohlen. Von der Benutzung der Risikoskalen wird nicht explizit abgeraten. Fehlte in der ersten Auflage noch eine Begründung dafür, begründen die Verfasser in der zweiten Auflage ihre Empfehlung damit, dass diese Instrumente als Hilfsmittel zu verstehen seien, welche die Aufmerksamkeit Pflegenden für die Dekubitusrisikofaktoren erhöhten (ebd., S. 83). Diese Aussage ist nicht durch adäquate wissenschaftliche Studien gestützt. So klingt es denn auch in der Begründung an, wenn dort von „dürftiger Evidenzlage“ gesprochen wird (ebd., S. 83). Die Empfehlung basiert auf

einem Expertenkonsens, was für den Anwender bedeutet, dass es gegenwärtig keine wissenschaftlich begründete Vorgehensweise gibt. Pflegeeinrichtungen könnten sich somit ohne Not von der Einführung einer Dekubitusrisikoskala distanzieren.

Die bisher verfügbare wissenschaftliche Beweislage lässt zumindest den Schluss zu, dass die Skalen ungenügend genau sind und der Nutzen für die Patienten und Bewohner nicht abzusehen ist (Schlömer 2003, Schlömer/Meyer 2003). Der betriebene Aufwand für die Schulung und die Einführung der Skalen ist kalkulierbar, der fehlende Nutzen der Skalenanwendung absehbar, ein Schaden kann nur vermutet werden.

Einer für alle – Musketierethos für unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse?

Die in den Expertenstandards vorgegebenen Qualitätsniveaus gelten überwiegend für alle Versorgungsbereiche und ziehen gerade deshalb eine gewisse Problematik nach sich. Entgegen der postulierten Anpassung des professionellen Leistungsniveaus an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen (DNQP 2000) werden die adressierten Patienten und Anwender in den verschiedenen Bereichen der Pflege wenig differenziert betrachtet. Für einige Fragestellungen mag eine solche Differenzierung nicht zwingend erforderlich sein, für einige wäre sie jedoch im Sinne des übergeordneten Ziels, die gute klinische Praxis zu fördern, unabdingbar. So kann beispielsweise in der häuslichen Pflege ein an den Maßstäben stationärer Gesundheitsversorgung ausgerichtetes Qualitätsniveau weder immer machbar noch immer sinnvoll sein. Um eine möglichst hohe Leitlinienwirksamkeit zu erreichen, sollte allerdings nicht nur genau geprüft werden, inwieweit die Fragestellungen, sondern auch, inwieweit die Studienergebnisse von einem Kontext auf einen anderen übertragen werden können.

Monoprofessionelle Standards für multiprofessionelle Themen?

Ein „Experte“ muss zur Berufsgruppe der Pflegenden gehören, um als Mitglied der Expertenarbeitsgruppe an der Er-

stellung eines Standards mitwirken zu können. Die Standards werden somit monoprofessionell entwickelt. In einigen bisherigen Expertenarbeitsgruppen war zusätzlich ein Mitarbeiter einer Verbraucherzentrale zugegen, der die Interessen der Patienten und Bewohner vertreten sollte.

Alle bislang bearbeiteten Themen zeichnen sich durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Handlungsbezüge aus. Selbstverständlich kommt der Pflege in der Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie im Entlassungs- und Schmerzmanagement eine exponierte Stellung zu. Wie das Beispiel der Sturzprophylaxe zeigt, versprechen jedoch gerade multiprofessionelle Interventionsprogramme den größten Nutzen (Gillespie et al. 2003). Für einen monoprofessionell entwickelten Standard sind Akzeptanzprobleme bei den beteiligten Berufsgruppen zu befürchten. Warum sollte für andere in die Versorgungsprozesse involvierte Berufsgruppen bindend sein, was allein von Vertretern der Pflege entwickelt worden ist? An medizinische Leitlinien wird seit langem die Forderung gestellt, dass alle Akteure des jeweiligen Problemfeldes in die Erstellung der Leitlinie einbezogen werden, um das berufsgruppenübergreifende Zusammenspiel zu garantieren und um den unterschiedlichen Perspektiven auf das Versorgungsproblem gerecht zu werden (AWMF/ÄZQ 2005). Die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen und, damit verbunden, der implizite Anspruch, alleinige Definitionsbefugnis für das in Frage stehende Versorgungsproblem zu haben, ist sicher ein gut gemeinter Versuch, berufliche Identität für die Pflege zu fördern. Dennoch ist zu befürchten, dass der Umsetzbarkeit damit Grenzen gesetzt sind, welche die Wirksamkeit der Expertenstandards erheblich zu schmälern vermögen.

Uneingeschränkter und kostenloser Zugang?

Der kostenlose und uneingeschränkte Zugang zu den Expertenstandards wäre eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Verbreitung. Die Standards können aber nur gegen ein Entgelt von EUR 16,- bis 19,- käuflich erworben werden. Da es sich bei ihnen um Produkte eines mit öffentlichen Geldern geförderten Projektes handelt (Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), ist nicht nachzuvollziehen, warum

sie der Öffentlichkeit nicht kostenlos, zum Beispiel als Online-Ressource, zugänglich gemacht werden.

Der Experte als Unternehmer?

Im Zuge ihrer Verbreitung sind die Expertenstandards inzwischen Gegenstand einer beachtlichen Vermarktung geworden. Allerorts werden zum Teil kostenintensive Fortbildungen zum Umgang mit ihnen und Kurse zum Erwerb phantasiereich klingender Qualifikationsprofile wie etwa „Pflegeexperte Sturzprophylaxe“ angeboten. Es verwundert, wenn an der Erstellung der Standards beteiligte Experten freiberuflich an deren Verbreitung verdienen. Ein angemessenes Honorar für Vortragstätigkeit soll den Experten natürlich nicht in Abrede gestellt werden. Das DNQP ist jedoch gefragt, den potenziellen Interessenkonflikt der Experten zu benennen und eventuell sogar Personen mit offensichtlich vorhandenem Interessenkonflikt vom Erstellungsprozess auszuschließen.

Interessenkonflikte von Autoren medizinischer Leitlinien sind gut dokumentiert (Choudhry et al. 2002). Erst kürzlich meldete die renommierte Zeitschrift „Nature“, dass mehr als ein Drittel von fast 700 befragten Leitlinienautoren (freiwillig)angaben, finanzielle Verbindungen zur Pharmaindustrie zu haben (Taylor/ Giles 2005). Mögen auch Industriekontakte für die Pflege bislang wenig bedeutsam und die Interessenkonflikte der Autoren der Expertenstandards auch nicht annähernd so problematisch sein wie die von Autoren medizinischer Leitlinien, so ist das DNQP dennoch gefordert, die Transparenz ihrer Expertenstandards auch dahingehend zu garantieren. Schließlich beschränken sich Interessenkonflikte, wie oben gezeigt, nicht nur auf Industriekontakte.

Implementierungshilfen für die Praxis

Leitlinien können nur wirksam sein, wenn sie in die pflegerische Praxis eingeführt werden. Bereits bei der exemplarischen Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe wurden verschiedene Schwierigkeiten und Hürden sichtbar, die selbst innerhalb dieses intensiv begleiteten Projektes nur schwer zu überwinden waren. Als Gründe hierfür wurden unter anderem der

Anspruch des Expertenstandards, alle Pflegeeinrichtungen zu bedienen, der strenge formale Aufbau auf der Grundlage der drei Standardebenen (Struktur, Prozess und Ergebnis) sowie die „als sehr abstrakt empfundenen Formulierungen der Inhalte“ angeführt (DNQP 2004a, S. 101 ff.).

International werden die Entwicklung und Bereitstellung von Implementierungshilfen in Form von Leitfäden und Dokumentationsvorlagen sowie strukturierte Schulungsprogramme als wichtige Maßnahmen für die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien angesehen (National Institute for Clinical Excellence 2004). So wird die Bereitstellung von unterstützenden Instrumenten und Materialien auch von Instrumenten zur Bewertung der Leitlinienqualität als ein Indikator erfasst (AWMF/ÄZQ 2005). Für die Expertenstandards wurde auf eine begleitende Entwicklung von Implementierungshilfen verzichtet. Die daraus erwachsende Gefahr der

unsystematischen und verzerrten Implementierung zeigt sich deutlich am Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP 2005).

Seit seiner Veröffentlichung steht interessierten Einrichtungen ein umfassendes Angebot an Fortbildungsveranstaltungen und Schulungen hierzu zur Verfügung. Diese werden teilweise von Mitgliedern der Expertengruppe, aber auch von anderen „Experten“ angeboten. Allein die Dauer der Veranstaltungen, die von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen reicht, weist darauf hin, dass die Angebote sehr unterschiedlich sein müssen. Eigenen Beobachtungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zufolge wird der Expertenstandard vielfältig interpretiert. Zum Beispiel wird die im Standard aufgeführte Liste an Sturzrisikofaktoren von den Einrichtungen mehrheitlich zur Checkliste umfunktioniert. Einige Einrichtungen haben ihrer Checkliste sogar ein Scoring-System hinzugefügt, um die Sturzgefähr-



12. Interdisziplinärer Pflegekongress

Der Treffpunkt für alle Gesundheitsberufe

Fortbildung [PLUS]

Der Tag für das Praxisteam

15. bis 17. März 2006 • Hotel Hilton Dresden

Kongress-Informationen
 Telefon 030 / 20 45 40 3
www.heilberufe-kongress.de
Info@heilberufe-kongress.de

Heilberufe

dung der Bewohner quantifizieren zu können. Dieses Vorgehen widerspricht der Empfehlung im Expertenstandard. Daran zeigt sich deutlich das Problem fehlender Implementierungshilfen für die Praxis. Die Hilfe kommt allerdings von anderswo, wenn diese sogenannte Sturzrisikofaktor-Checkliste durch Hersteller von Standarddokumentationssystemen in ein neues Formblatt gefasst wird, in dessen Benutzung Pflegende in Fortbildungsveranstaltungen geschult werden.



Literatur

AGREE COLLABORATION: *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project*. Quality & safety in health care, 12 (2003) 1 : 18–23

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGICAL NURSES (ASPSN). <http://www.aspsn.org/AB-OUT/standards/default.html>, Zugriff am 14. November 2005

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF)/ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN (ÄZQ): *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99 (2005) 8 : 471–492

BARTHOLOMEYCZIK, S.: *Sinn und Unsinn von Pflegestandards*. Heilberufe, 54 (2002) 5 : 12–16

BARTHOLOMEYCZIK, S.: *Einige Anmerkungen zu Standards in der Pflege*. Dr. med. Mabuse, 30 (2005) 154 : 20–25

BEHRENS, J.: *Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenz-basierte professionelle Praxis – Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“* (Zfs 4/2002). Zeitschrift für Soziologie, 32 (2003) 3 : 262–269

BEHRENS, J./LANGER, G.: *Evidence-based Nursing*. Huber, Bern, 2004

BÖLICKE, C.: *Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen*. Pflege aktuell, 55 (2001) 2 : 96–99

CHOUHRY, N.K./STELFOX, H.T./DETSKY, A.S.: *Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry*. Journal of the American Medical Association, 287 (2002) 5 : 612–617

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: *Der Lenkungsausschuss. Definitionspapier zu Pflegestandards/Leitlinien: Definition und Funktion*. Unveröffentlichtes Papier. Osnabrück, 2000

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück, 2002

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.): *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück, 2004a, 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002)

Die Fluktuation des Wissensstandes – fehlende zeitliche Gültigkeit der Expertenstandards

Gerade bei Themen wie Sturzprophylaxe wächst der Bestand an wissenschaftlicher Literatur rasant. Interventionen, die heute als wirksam gepriesen werden, gelten morgen für bestimmte Zielgruppen als nicht mehr gesichert oder gar kontraindiziert. Eine regelmäßige Aktualisierung

von Leitlinien bzw. Standards ist somit unverzichtbar. Bislang ist unklar, welche die am besten geeignete Vorgehensweise ist. Einige Fachgesellschaften definieren im Vorfeld einen zum Beispiel zweijährigen Überarbeitungsrhythmus, andere legen fest, bei Vorliegen neuer Informationen eine Aktualisierung vorzunehmen. Für die zweite Vorgehensweise sind meist keine eindeutigen Entscheidungskriterien definiert. Pragmatisch orientierte Empfehlungen für eine angemessene Aktualisierung von Leitlinien sind jedoch verfügbar (Shekelle et al. 2001).

In den Expertenstandards ist bisher nicht kenntlich gemacht, wann mit einer Aktualisierung zu rechnen ist, das heißt, welchen Geltungszeitraum die Handlungsempfehlungen haben. Liegt dann wie im Falle des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (DNQP 2004a) eine überarbeitete Fassung vor, müsste diese wieder kostenpflichtig erworben werden.

Einladung zum Diskurs

Das DNQP hat mit den Expertenstandards die Diskussion über die Qualitätssicherung in der Pflege vorangetrieben und standardisierte Handlungsempfehlungen für die deutsche Pflege diskursfähig gemacht. Inwieweit durch Einführung der Standards jedoch tatsächlich die patienten- bzw. bewohnerrelevanten Ergebnisse verbessert werden, ist unbekannt. Die Evaluation der modellhaften Implementierung der Expertenstandards beschränkt sich auf die Struktur- und Prozessebene.

Die kritische Auseinandersetzung mit dem Prozess und den Methoden der Entwicklung und Verbreitung der Expertenstandards sowie mit deren Praxisimplementierung weist auf bedeutende Unzulänglichkeiten hin. Es stellt sich die Frage, wie in Deutschland die Zukunft der „Pflegeleitlinienkultur“ aussehen soll. Die Expertenstandards wurden bislang weitgehend unkritisch von der Pflegepraxis und den Akteuren im Gesundheitswesen aufgenommen. Die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des DNEbM laden mit dieser Stellungnahme zur kritischen Auseinandersetzung ein und freuen sich auf einen lebhaften Diskurs. <<

DEUTSCHES NETZWERK QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*. Osnabrück, 2005

ELSBERND, A.: *Expertenstandards: Bedeutung für die Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Referat: TU Berlin (2005). http://www.bks.tu-berlin.de/WS0405/9_Elsbernd.pdf, Zugriff am 2. Dezember 2005

FIELD, M.J./LOHR, K.N. (ED.): *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 1992

GILLESPIE, L.D./GILLESPIE, W.J./ROBERTSON, M.C./LAMB, S.E./CUMMING, R.G./ROWE, B.H.: *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Database Syst Rev (2003) 4 : CD000340

HAVINS, W.E.: *Nevada nurses legal handbook. Chapter 3: Professional regulation of nursing*. 1999. <http://www.whavins.com/nnlh3.htm>, Zugriff am 14. November 2005

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE: *Supporting the implementation of NICE guidance*. 2004. http://www.nice.org.uk/pdf/Supporting_Implementation_Plan.pdf, Zugriff am 14. November 2005

SCHLÖMER, G.: *Dekubitusrisikoskalen als Screeninginstrumente – Ein systematischer Überblick externer Evidenz*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 97 (2003) 1 : 33–46

SCHLÖMER, G./MEYER, G.: *Dekubitusrisiko: Wie präzise sind etablierte Skalen?* Pflegezeitschrift, 56 (2003) 2 : 134–137

SHEKELLE, P./ECCLES, M.P./GRIMSHAW, J.M./WOOLF, S.H.: *When should clinical guidelines be updated?* British Medical Journal, 323 (2001) 7305 : 155–157

TAYLOR, R./GILES, J.: *Cash interests taint drug advice*. Nature, 437 (2005) 7062 : 1070–1071

TREDE, I.: *Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards*. Pflege, 10 (1997) 5 : 262–272

WOOLF, S.H./GROL, R./HUTCHINSON, A./ECCLES, M./GRIMSHAW, J.: *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. British Medical Journal, 318 (1999) 7182 : 527–530

Autorenkontakt:

Für die Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des DNEbM: **Gabriele.Meyer@uni-hamburg.de**