

# 1 Qualitätsentwicklung in der Pflege – eine Standortbestimmung

*Andreas Büscher*

Intention dieses ersten Kapitels ist es, aus der Perspektive wissenschaftlich fundierter Methoden und Instrumente zur systematischen und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in der Pflege einen Blick auf Diskussionen zur Pflegequalität in der Vergangenheit und der Gegenwart zu werfen, einen Ausblick auf mögliche zukünftige Fragen zu geben und somit eine Standortbestimmung zur Qualitätsentwicklung in der Pflege zu ermöglichen. Der inhaltliche Schwerpunkt des Buches liegt dabei auf den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als einem Basisinstrument, von dem eine große Ausstrahlung in andere Bereiche der Qualitäts- und Pflegeentwicklung zu verzeichnen ist. Das Selbstverständnis unserer Standortbestimmung speist sich aus der inzwischen mehr als 30-jährigen Netzwerkarbeit, in deren Rahmen es gelungen ist, auf dem Gebiet der Standardentwicklung internationalen Niveau zu erreichen.

Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen als diskrete Methode der Steuerung von Prozessen schreitet einerseits von seinen Ursprüngen der schlichten (aber keineswegs

trivialen) Qualitätssicherung fort zur einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung und -steuerung, was in der Folge Fragen nach geeigneten Verfahren und Strukturen für ein wirksames, berufsübergreifendes Qualitätsmanagement aufwirft. Auf der anderen Seite haben externe Qualitätssicherung und -prüfung in der Folge gesetzlicher Regelungen zugenommen und beanspruchen erhebliche Ressourcen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Hier stellen sich Fragen nach einer sinnvollen Verknüpfung beider Bereiche.

Die angesprochenen Methoden und Instrumente werden in der Arbeit des DNQP genutzt und entsprechend kann auf zahlreiche Ergebnisse und Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die wir in diesem Band zusammengetragen und für Synthesen aus unterschiedlichen Perspektiven aufbereitet haben. Im Sinne einer – acht Jahre nach der letzten Auflage – erneuten Zwischenbilanz benennen die Autorinnen und Autoren darüber hinaus weiteren Entwicklungsbedarf. Wir hoffen, damit die Debatte über zukünftige Schritte und Wege der Qualitätsentwicklung weiter anzuregen.

## 1.1 DNQP – eine Erfolgsgeschichte

Blicken wir zu Beginn zurück auf die von allen Akteurinnen und Akteuren des DNQP und den zahlreichen Netzwerker\*innen in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

geleistete Arbeit der letzten 30 Jahre. Es handelt sich dabei zweifellos um eine Erfolgsgeschichte, die darauf beruht, dass die Arbeit mit Expertenstandards zum Motor

der pflegerischen Qualitätsentwicklung gemacht werden konnte. In die Wiege gelegt ist es der Qualitätsarbeit zunächst einmal nicht, entstand sie doch aus der betriebswirtschaftlichen Überlegung, wie man Mitarbeiter\*innen zu erhöhter Leistungsdichte bringen kann, ohne die Qualität der Produkte oder Dienstleistungen zu gefährden. Man wollte zunächst reine Qualitätssicherung, verstanden als Minimierung von Fehlern, betreiben. Erst später entwickelten sich weitergehende Ansätze eines integrierten Qualitätsmanagements (siehe dazu Dahlgard & Schiemann, 1996). In der Medizin gesellte sich seit den 1990er Jahren die Bewegung zur Evidenzbasierung hinzu, die zunehmend in die Entwicklung zahlreicher Leitlinien einmündete. Diese mussten sich jedoch vielfach mit Widerständen aus den eigenen Reihen auseinandersetzen, da sich sowohl die niedergelassenen Ärzt\*innen als auch die leitenden Krankenhausärzt\*innen in ihrer professionellen Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sahen (siehe dazu z.B. Ollenschläger et al., 2005). Mittlerweile wird die durch die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) koordinierte Leitlinienentwicklung jedoch weitgehend akzeptiert und erfährt durch die Förderung der Leitlinienentwicklung über den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine finanzielle Unterstützung.

In der bundesdeutschen Pflege gab und gibt es aufgrund eines gegenüber der Medizin niedrigen Professionalisierungsgrades häufig keine differenzierte Beschreibung der Leistungen und Prozesse, der dazu notwendigen Strukturen und der angestrebten Ergebnisse. Daher stieß die vom Oxford Institute des Royal College of Nursing Anfang der 1990er Jahre ausgehende Initiative für ein europäisches Qualitätsnetzwerk (EuroQUAN), mit forschungsgestützten Pflegestandards, Auditinstrumenten und durch die Anwendung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (SQE) (► Kap. 2) einen

Paradigmenwechsel auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung in der Pflege herbeizuführen, alsbald auf reges Interesse in den sich nach europäischem Vorbild bildenden nationalen Netzwerken, so auch des DNQP. Das Erfolgskonzept beruht also nicht nur darauf, pflegerische Risiken inhaltlich zu bearbeiten und das zusammengefasste Wissen in Qualitätsinstrumente wie Praxis- oder Expertenstandards zu übersetzen, sondern dieses Wissen auch an den Ort des Handlungsvollzugs zu bringen und handlungswirksam werden zu lassen, kurz: zu implementieren. Durch das in den Expertenstandards per Konsensuskonferenz durch die Berufsgruppe vereinbarte hohe Niveau pflegerischer Leistung löst deren gezielte Implementierung in der Regel einen hohen Fortbildungsbedarf aus und führt bei der Einführung zu innovativem, patient\*innenorientiertem Handeln und messbarer Pflegeentwicklung. Darüber hinaus vermitteln sie der Berufsgruppe größere Handlungssicherheit und auch ein stärkeres Gefühl beruflicher Autonomie, da die Expertenstandards aus der Berufsgruppe selbst stammen und die Selbstbestimmung über die Inhalte pflegerischer Arbeit einen weiteren Schritt im langfristigen Professionalisierungsprozess ausmacht.

Nach unserem Kenntnisstand ist das DNQP das einzige Netzwerk, das auf europäischer Ebene seit den Entwicklungen in EUROQUAN in den 1990er Jahren nach wie vor existiert. Zwar gibt es in der bundesdeutschen Pflegelandschaft erhebliche Professionalisierungs- und infrastrukturelle Rückstände hinsichtlich der Qualifizierung in der Pflege, der Möglichkeiten systematischer Pflegeforschung und Wissenschaftsentwicklung sowie der Ausprägung neuer und moderner pflegerischer Rollen, im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung in der Pflege besteht jedoch seit 30 Jahren eine sehr hohe Kontinuität und darüber auch Konsistenz. Das DNQP gewährleistet seit langem eine professionsgesteuerte Quali-

tätsentwicklung. Diese Entwicklung ist für sich genommen bereits als bemerkenswert und als Erfolg anzusehen. Angesichts einer insgesamt nur geringen und seit 2010 vollständig fehlenden Förderung der Arbeit des DNQP ist diese Entwicklung als noch bedeutsamer einzuschätzen. Sie ist nicht zuletzt das Resultat der Netzwerkstrukturen des DNQP und der vielen Personen und Organisationen, die darin substantielle Beiträge zur Qualitätsentwicklung in der Pflege leisten.

Bei der Implementierung von Expertenstandards haben diese Personen und Organisationen Hervorragendes geleistet. Sie haben die Chance gesehen, unter den zunehmend restriktiven Bedingungen eines wettbewerbsorientierten Gesundheitswesens damit weiterhin Pflegeentwicklung betreiben zu können, die sonst vielfach unterblei-

ben würde. Eine ungebundene, allein nach pflegewissenschaftlich und pflegerisch inhaltlichen Gesichtspunkten betriebene partizipative Pflegeentwicklung findet bedauerlicherweise zurzeit nur noch punktuell institutionelle Förderung, während die Qualitätsarbeit aufgrund gesundheitspolitischer, rechtlicher und wettbewerblicher Rahmenbedingungen größere Spielräume bietet. Durch die Bündelung des Wissens aus Forschung und Praxisexpertise in den Expertenstandards und dessen systematischen Transfers in die Praxis konnte für die Professionalisierung der Pflege Erhebliches geleistet werden: Die eigenständige Wissensbasis der Pflege wird deutlich, und das systematische Arbeiten auf der Grundlage der Pflegeprozessmethode wird gestärkt, indem alle Schritte der Pflegeprozessmethode themenspezifisch mit Inhalt gefüllt werden.

## 1.2 Auseinandersetzungen um Expertenstandards

Neben aller Zustimmung zu den Expertenstandards und der Arbeit des DNQP gab und gibt es auch kritische Stimmen sowohl grundsätzlich zu den Expertenstandards als auch zu den Wirkungen und Folgen ihrer Implementierung. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht begrüßen wir diese ausdrücklich, da Kritik den Kern des wissenschaftlichen Diskurses bildet, der zur Weiterentwicklung der Disziplin führt. Wir greifen im Folgenden einige Aspekte dieses Diskurses auf und setzen uns damit auseinander.

### 1.2.1 Wissenschaftlichkeit

Lange Zeit wurde kritisiert, dass Expertenstandards mit zu wenig wissenschaftlicher Genauigkeit erarbeitet seien – so Vertreter\*en

innen einer evidenzbasierten Praxis. Einigkeit bestand bei allen an der Diskussion Beteiligten, dass das beste verfügbare Wissen Grundlage des Wissenstransfers in der Pflege sein soll. Auch das DNQP möchte das Wissen mit der größtmöglichen Evidenz in die Praxis bringen. Differenzen gab es jedoch in der Frage, welches dieses Wissen sei. Im naturwissenschaftlich-positivistischen Denken werden bei der Bewertung des Wissens Forschungsergebnisse mit experimentellen oder statistischen Designs sowie deren Synthese in Übersichtsarbeiten, die dieser methodischen Vorgabe folgen, an die Spitze einer Evidenzhierarchie gestellt (dazu z.B. Balthem et al., 2011). Dies geht u.E. mit der Gefahr einer Engführung einher, gegen die wir zu bedenken geben, dass gerade in der interaktionsreichen Pflegepraxis zahlreiche Forschungsfragen gerade auch zur Patient\*en

innen- und Nutzer\*innenperspektive nur mit Designs der subjektorientierten Rekonstruktion von Bedeutungen des Erlebens und des sozialen Handelns bearbeitet werden können. Ebenso fehlt es der rein an methodischer Bewertung von Interventionsforschung interessierten Bewegung der evidenzbasierten Praxis an Möglichkeiten der und Interesse an Theoriebildung. Diese stellt jedoch eine wesentliche Orientierungsgrundlage für Pflegeentwicklung dar (vgl. Moers et al., 2011). Hinzu kommt, dass nach wie vor in vielen pflegerischen Handlungsfeldern wenig Evidenz für Interventionen vorliegt. Mit Blick auf die Pflegepraxis erscheint es gleichwohl unumgänglich, zu den großen pflegerischen Risiken auch dann Expertenstandards zu entwickeln, wenn keine eindeutige Evidenz im Sinne der oben genannten Evidenzhierarchie vorliegt, da Pflegefachpersonen Handlungssicherheit für die tägliche Arbeit unter Handlungsdruck benötigen. Bei der Entwicklung der Expertenstandards wird deshalb kein Wissenstyp ausgeschlossen, wobei im Fall vorliegender Evidenz die Kriterienebenen der Expertenstandards auf Basis vorhandener Evidenz formuliert werden.

Neben der Frage des Vorliegens ausreichender Evidenz zu unterschiedlichen Fragen in der Pflegepraxis ist auch die Frage der Eindeutigkeit der Evidenz von Bedeutung. Dies soll am Beispiel des Expertenstandards »Sturzprophylaxe« verdeutlicht werden, der erstmals im Jahr 2013 und zum zweiten Mal 2022 aktualisiert wurde (DNQP, 2013; DNQP, 2022a). Die jeweils für die Aktualisierungen durchgeführten Literaturstudien haben einen erheblichen Umfang gehabt. Die umfangreichen Studienergebnisse bieten ein sehr eindrückliches Bild, um welches komplexes und von zahlreichen Faktoren beeinflusstes Geschehen es sich bei Stürzen handelt. Trotz der Vielzahl an Studien bestehen jedoch weiterhin große Forschungslücken im Bereich der Interventionsforschung zu dieser Thematik. Das heißt, die

Empfehlungen der Expert\*innenarbeitsgruppe zur Formulierung der Standardkriterien zu den einzelnen Maßnahmen der Sturzprophylaxe, konnten nicht ausschließlich aus Studienergebnissen abgeleitet werden, sondern bedurften zusätzlich des gebündelten Fachwissens der Expert\*innenarbeitsgruppe.

Für die Praxis verweist das Missverhältnis zwischen der Vielzahl an Studien und der nicht vorhandenen Klarheit hinsichtlich einzelfallbezogener Wirksamkeit von Maßnahmen, auf ein auch in anderen Zusammenhängen anzutreffendes Phänomen: die Bedeutung der fachlich begründeten Entscheidungsfindung im Einzelfall. Professionelles Handeln in der Pflege zeichnet sich, wie auch in anderen Gesundheitsberufen, dadurch aus, dass umfangreiches Regelwissen, das aus unterschiedlichen Quellen stammen kann, auf einen Einzelfall bezogen werden muss. Das Regelwissen zur Sturzprophylaxe ist in den jeweiligen Literaturstudien zur Aktualisierung, in den Kriterien des Expertenstandards und erläuternd in den Kommentierungen, zusammengefasst und ausgeführt. Es trägt dazu bei, Pflegefachpersonen in der Praxis einen Rahmen vorzugeben, in dem sie sich bei Entscheidungen in der Pflege einzelner Personen und der Begründung ihrer Vorschläge diesen gegenüber bewegen können. Ausgangspunkt der zu leistenden Interventionen ist jedoch immer der individuelle Fall. Daher ist stets eine begründete Einschätzung dieses Falls notwendig, aus der dann Maßnahmen abgeleitet, mit den Adressat\*innen der Maßnahme vereinbart und dann durchgeführt werden.

### 1.2.2 Technokratische Normierung durch Expertenstandards

Aus einer anderen Richtung wurde kritisiert, dass Expertenstandards zu viele technokratische Normierungen mit sich brächten – so Vertreter\*innen der Kritischen Theorie. Diese Diskussion stellt sich völlig anders dar. Die Art der Expertise oder Frage nach geeigneten Forschungsdesigns spielt hier gar keine Rolle und theoretisches Denken wird explizit begrüßt und einbezogen. Entscheidend sind für Vertreter\*innen der Kritischen Theorie allein die gesellschaftlichen Folgen. Beispielhaft sei hier auszugsweise die Position des Kollegen Friesacher zitiert, die sich explizit auf andere Instrumente und Methoden bezieht, jedoch ohne Zweifel auch auf Instrumente der Qualitätsentwicklung gemünzt ist:

»(Mit) Case Management und dem Pflegeprozess sollen auf allen Ebenen optimierte Abläufe und Strategien implementiert werden. Die Steuerungsinstrumente folgen dabei der Theorie der Kybernetik mit ihren Grundbegriffen der Steuerung, Kontrolle, Information und System. Diese aus einem mathematisch-technizistischen Zusammenhang stammende Großtheorie restrukturiert die sozialen Bereiche und lebt in den neoliberalen Gouvernmentalitätspraktiken fort. Damit diese ›Kybernetisierung des Menschen‹ gelingen kann, muss das Humane transformiert werden in die Sprache der Technik.« (Friesacher, 2011, S. 380)

»Der systemisch-kybernetische Ansatz des Pflegeprozesses und seine technokratische Passung in die bestehende Praxis lassen die Rede von selbstbestimmten, die Ziele der Pflege aushandelnden Nutzerinnen als absurd erscheinen [...].« (a. a. O., S. 381)

Im Falle einer technokratischen Verwendung der angesprochenen Instrumente und Methoden ist die Kritik nachvollziehbar, und der Einfluss von Herrschaftstechnologien auf die Pflegeentwicklung sollte unbedingt kritisch hinterfragt werden. Eine kritische Sicht auf die Bedingungen und Er-

gebnisse des Wissenstransfers hat dabei bereits eine lange Tradition in der Soziologie (vgl. Beck & Bonß, 1989) – eine Diskussion, die auch für die Pflege nutzbar gemacht wurde (vgl. Schaeffer, 2006). Die Intentionen der Pflegeprozessmethode als Problemlösungs- und Beziehungsprozess sind im Kern jedoch andere, als Friesacher konstatiert. Für die Expertenstandards, die ein möglichst hohes und dabei immer auch personenorientiertes Niveau der pflegerischen Versorgung anstreben, stellt der angemessene Einsatz der Pflegeprozessmethode eine Voraussetzung dar. Es geht bei beiden Instrumenten und Methoden um die maximale Einbeziehung und Förderung der Interessen der Nutzer\*innen. Daher spielt bei den Empfehlungen der Expertenstandards die Nutzer\*innenperspektive und die entsprechende subjektorientierte Forschung eine erhebliche Rolle, auch wenn bisweilen die durch Interventionsforschung gestützte Evidenz noch schwach ist.

Den Nutzer\*innen von Pflegeleistungen einschließlich ihrer Angehörigen wird zunächst einmal in allen Expertenstandards ausführliche Information, Anleitung, Schulung und Beratung zu den für sie relevanten Fragen angeboten. Dies macht ihre Einbeziehung in Aushandlungsprozesse erst möglich, da sonst Wissensgrundlagen fehlen würden und Alternativen oft nicht bekannt sind, z. B. welche Entlastungsmöglichkeiten pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, um ein stabiles häusliches Pflegearrangement zu erreichen. Die Wünsche und Ziele der Nutzerinnen, die so auf der Basis von angemessener Aufklärung erkundet werden, stellen – wie bereits ausgeführt – eine wesentliche Grundlage für fallangemessene pflegerische Vorschläge dar. In diesem Beispiel wäre die Frage, welche Versorgungsform, ob zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung, angestrebt werden soll und welche Hilfen jeweils erforderlich wären. Ein weiterer Punkt verdient Beachtung in der Diskussion um Per-

sonenorientierung: Alle Expertenstandards zielen darauf ab, die Ressourcen der in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigten Nutzer\*innen zu stärken und eigenständiges Handeln zu fördern. Das gilt für die Bewegungsförderung zur Dekubitusprophylaxe, die sichere Mobilität zur Sturzprophylaxe, den begleiteten Toilettengang zur Kontinenzförderung, das individuell angepasste Angebot von Speisen und Getränken oder das angemessene Schmerzmanagement, um Eigenaktivität überhaupt erst zu ermöglichen. Das alles sind noch keine individuellen Ziele der Nutzer\*innen, aber erst bei einer personenorientierten Pflege auf diesem Niveau werden Nutzer\*innen in die Lage versetzt, Ziele zu entwickeln und zu artikulieren.

Nicht verschwiegen werden soll an dieser Stelle, dass es im Rahmen der Ökonomisierung und Wettbewerbsorientierung des Gesundheitswesens – wie aller anderen wichtigen Lebensbereiche auch – durchaus zu einem Diktat der Kostenrationalität kommt, welches Entwicklungsspielräume und auch Professionalisierungsbemühungen der Pfl-

ge untergräbt. Insofern ist Friesachers Befund, dass es aufgrund ökonomischer Rahmenbedingungen zu »Entfremdungen, Transformationen und Umkodierungen« (Friesacher, 2011, S. 374) für alle Beteiligten kommt, durchaus zuzustimmen. Doch auch dann gilt, dass erst durch die in den Expertenstandards vorgenommene, fachlich von der Berufsgruppe selbst verantwortete Leistungsbeschreibung benennbar, messbar und nachvollziehbar wird, was denn unter Kosteneinsparungszwang und Personalabbau Notwendiges nicht mehr getan wird, aber getan werden müsste. Insofern stellen Instrumente der Qualitätsentwicklung wie die Expertenstandards auch eine Rückfallposition für eine nutzer\*innenorientierte Qualitätssicherung dar, da das Niveau der in Frage stehenden Leistung aus fachlicher Sicht nicht unterschritten werden darf. Für die entsprechenden strukturellen Bedingungen zu sorgen, stellt eine nicht hintergehbare Aufgabe des Managements jeder Einrichtung dar.

### 1.3 Wirksamkeit von Expertenstandards

Eine sowohl pflegewissenschaftlich (Meyer & Köpke, 2006) wie auch zum Teil pflegepolitisch geäußerte Kritik an den Expertenstandards war der fehlende Wirksamkeitsnachweis. Gemeint war damit die Frage, ob die Anwendung oder Nutzung eines Expertenstandards tatsächlich messbar dazu führt, dass sich die Ergebnisqualität auf Seiten der Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf verbessert. Eingang gefunden hat diese Diskussion auch in die mittlerweile wieder abgeschafften Bestimmungen nach § 113a SGB XI zur Entwicklung und verpflichtenden Nutzung von Expertenstandards durch Pflegeeinrichtungen

und -dienste im Rahmen der Pflegeversicherung. Der einzige in diesem Rahmen entwickelte Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege wurde einer Wirksamkeitsuntersuchung unterzogen, bei der herauskam, dass der Expertenstandard nicht wirksam ist (Universität Bremen, 2016). Die Gesamtdiskussion zur Frage der Wirksamkeit wurde jedoch sehr verkürzt geführt. Die Frage, ob tatsächlich das Instrument Expertenstandard, die organisationalen Bedingungen in Pflegediensten und -einrichtungen, die Strategie zur Einführung des Expertenstandards oder andere Faktoren zu diesem Ergebnis bei-

getragen haben, wurde nicht diskutiert und die Tatsache, dass der Expertenstandard in einigen Einrichtungen durchaus zu guten Ergebnissen geführt hat, weitgehend ignoriert. Der Lenkungsausschuss des DNQP hat sich in diesem Zusammenhang ausführlicher mit der Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards befasst und seine Überlegungen publiziert (Bartholomeyczik et al., 2019).

In dem Beitrag wird als Voraussetzung für die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Instrument Expertenstandard sowie der ihm zugrundeliegenden Programmatik in Sinne einer Programmtheorie gefordert. Unter einer Programmtheorie werden Annahmen über die Zusammenhänge der Teile einer Intervention bzw. eines Programms und ihrer beabsichtigten Wirkung beschrieben (Rossi et al. 2004). Die Programmtheorie soll erklären, warum und in welchen Zusammenhängen ein Programm/eine Intervention auf bestimmte Ergebnisse wirkt. Die Identifikation einer Programmtheorie oder gar ihre Entwicklung ist ein wichtiger Baustein in der wissenschaftlichen Evaluation (u.a. Stockmann & Meyer, 2014; von Werthern, 2020).

Bei den Expertenstandards des DNQP handelt es sich nicht um eine einzelne Intervention, die nur in einem Sinne und in einer Form angewandt werden kann und bei der danach geschaut werden kann, ob und wenn ja, welche Wirkung sie gehabt hat. Stattdessen bestehen Expertenstandards aus verschiedenen Facetten, die auf einer abstrakten Ebene das professionelle Leistungsniveau der Pflege zu ausgewählten Themen beschreiben, welches durch unterschiedliche Maßnahmen und Interventionen erreicht werden soll. Zum Programm der Expertenstandards gehört der immer gleiche, einerseits an den Schritten des Pflegeprozesses, andererseits an den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ori-

entierter Aufbau. Eine erste Konkretisierung der Intention erfolgt in der Präambel, die Aussagen zur grundlegenden Ausrichtung und den Zielgruppen des Expertenstandards enthält sowie in der Zielsetzung und Begründung. Die zweite Konkretisierung erfolgt in den einzelnen Kriterien des Expertenstandards und den darauf bezogenen Kommentierungen, die Hinweise enthalten, wie die abstrakt formulierten Kriterien in unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis genutzt werden können. Nicht zuletzt erfolgt eine Konkretisierung bei der Implementierung eines Expertenstandards im Hinblick auf die Vorgehensweisen und Voraussetzungen in den implementierenden Einrichtungen.

Für die Evaluation der Wirksamkeit von Expertenstandards vermag eine rein am Ergebnis orientierte summative Evaluation zwar Auskunft darüber zu geben, ob ein Ziel erreicht wurde, wie dieses Ziel oder warum es nicht erreicht wurde, bleibt jedoch verborgen (Bartholomeyczik et al., 2019). Die Berücksichtigung vieler Einflussgrößen und die Erklärung, warum und wie Ziele erreicht wurden, sind jedoch von hoher Bedeutung für die Arbeit mit Expertenstandards, nicht zuletzt, um der vielfach vorhandenen Fehleinschätzung einer einfachen linearen Beziehung zwischen Planung, Implementierung und Ergebnis zu begegnen (vgl. Doppler, 2002). Stattdessen können Gründe für ein Ge- oder Misslingen einer Implementierung nur ermittelt werden, wenn die Evaluation der Komplexität des Instruments Rechnung trägt. Um komplexe Einflussgrößen möglichst hinreichend in den Blick nehmen zu können, haben Höhmann & Bartholomeyczik (2013) sieben Ebenen der Effektmessung im Rahmen von Evaluationen zur Wirksamkeit von Interventionen vorgeschlagen:

- Inputs: aufgewendete Mittel, Personal, Zeit;

- Programmtaktivitäten: Umsetzung des Programms, Anzahl der Maßnahmen, Veranstaltungen;
- Teilnahme: Anzahl, Merkmale, Art der Beteiligung von Zielgruppen;
- Reaktionen: Einschätzung des Programms durch Beteiligte;
- Veränderungen von Wissen und Einstellungen bei den Beteiligten;
- Veränderungen von Handeln: neue Handlungsweisen oder-abläufe;
- Gesamtwirkungen: Einwirkungen auf Gesamtproblem, Nebenwirkungen, soziale/ökonomische Wirkungen/Folgen.

Die besondere Herausforderung besteht darin, die Erkenntnisse zu den einzelnen Ebenen zusammenzuführen und zu interpretieren, weil nur die Gesamtbetrachtung wirkliche Aussagen über die Wirksamkeit von Expertenstandards erlaubt. Einzelergebnisse erlauben Aussagen über Teilaspekte. Da jedoch davon ausgegangen werden kann, dass die Arbeit mit Expertenstandards auf unterschiedlichen Ebenen Wirkungen erzeugt, bedarf es für die Gesamteinschätzung dieser Wirkungen einer umfassenderen Betrachtungsweise und Analyse.

Diese kurze Übersicht zur Evaluation der Wirksamkeit von Expertenstandards verdeutlicht ihre Komplexität. Sie zeigt auch die Problematik, die bei der verpflichtenden Einführung von Expertenstandards (oder anderer Qualitätsinstrumente) entsteht, wie sie durch den mittlerweile wieder abgeschafften § 113a SGB XI vorgesehen war. Die gesetzliche Bestimmung bedeutete, dass alle

Pflegedienste und -richtungen unter Androhung von Sanktionen verpflichtet werden, einen Expertenstandard einzuführen. Dabei entsteht eine vollkommen unübersichtliche und heterogene Anzahl möglicher Ausgangskonstellationen, vor deren Hintergrund die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards sehr fragwürdig erscheint. Die durchgeführte Untersuchung (Universität Bremen, 2016) sagt aus, dass bei Bewohner\*innen der beteiligten Pflegeeinrichtungen keine signifikanten Verbesserungen der Mobilität eingetreten sind. Ob dieses Ergebnis auf die Wirksamkeit von Expertenstandards zurückzuführen, Gegenstand unterschiedlicher Ausgangsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen oder anderer Aspekte ist, lässt sich nicht mit Gewissheit sagen. Nicht diskutiert wurde das Ergebnis, dass die Umsetzung des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in einigen Einrichtungen zu positiven Ergebnissen geführt hat und in anderen nicht. Angesichts der kurz skizzierten Programmttheorie der Expertenstandards war dieses Ergebnis eher wahrscheinlich und ist keinesfalls überraschend, weil Ausgangssituation und Organisationsbedingungen und -kulturen in Pflegeeinrichtungen unterschiedlich sind. Als Fazit aus dieser Auseinandersetzung lässt sich ziehen, dass Untersuchungen zur Wirksamkeit von Expertenstandards ausdrücklich wünschenswert sind, in ihrer Anlage jedoch der Komplexität des Gegenstands auch gerecht werden müssen.

### 1.4 Gesundheitsökonomische Betrachtung

Die beiden vorherigen Auflagen dieses Buches enthielten ein eigenes Kapitel zur Frage der gesundheitsökonomischen Evaluation

von Expertenstandards (Wolke, 2017). Reinhold Wolke von der Hochschule Esslingen ist darin der grundsätzlichen Frage nachge-

gangen, wie eine solche Evaluation angelegt sein müsste und konnte eigene Beispiele für gesundheitsökonomische Evaluationen aufzeigen. Da seit dem Erscheinen der zweiten Auflage dieses Buches keine weiteren gesundheitsökonomischen Evaluationen durchgeführt wurden und die im Kapitel berichteten Erkenntnisse mittlerweile recht lange zurückliegen, haben wir uns in Rücksprache mit dem Autor dafür entschieden, auf ein eigenes Kapitel zu verzichten, möchten aber die grundlegenden Fragen der gesundheitsökonomischen Evaluation hier zusammenfassen. Wir verstehen sie als Motivation und Aufforderung, weitere Untersuchungen in diesem Sinne durchzuführen.

Wolke (2017, S. 133) führt aus, dass durch gesundheitsökonomische Evaluationen wissenschaftlich begründete Entscheidungshilfen für die Entscheidungsträger zur Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen bereitgestellt werden sollen (Schulenburg et al., 2007, Icks et al., 2010). Das Ziel ist die Steigerung der Kosten-Effektivität (Godfrey, 2004). Dabei wird zwischen der gesundheitsbezogenen – medizinischen und pflegerischen – Betrachtung des Nutzens auf der einen Seite und der Bewertung des Nutzens aus Patient\*innenperspektive auf der anderen Seite unterschieden. Während in der gesundheitsbezogenen Nutzenbewertung vorwiegend klinische Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit einer Intervention einbezogen werden, muss der Patient\*innennutzen im Ideal unter Alltagsbedingungen erfasst und bewertet werden (Schulenburg et al., 2007). Allerdings gilt es zu beachten, dass neben der wirtschaftlichen Bewertung von Leistungen auch in der Pflege in unserer Gesellschaft gleichrangig weitere wichtige Prinzipien gelten, zum Beispiel das Gleichheitsgebot beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, das Gebot zur Hilfe in Notfällen sowie Unterstützung in Fällen, bei denen keine Alternative zur Verfügung steht (Schulenburg et al., 2007).

Weiter legt Wolke (2017, S. 133) dar, »[...] dass der Ausgangspunkt der Überlegungen zur Gestaltung einer ökonomischen Evaluation [...], neben der Frage nach dem Gegenstand der Evaluation, die Klärung der Perspektive der Evaluation [ist]«. Die Wahl der Studienperspektive gilt als die grundlegende Entscheidung, die zu Beginn einer Analyse von Kostenwirkungen getroffen werden muss (Godfrey, 2004). Die meisten internationalen Leitlinien schreiben hierfür eine gesellschaftliche bzw. gesamtwirtschaftliche Perspektive vor. Folglich sind dann alle Kosten zu erfassen, unabhängig davon, wer, oder welche Institution, sie innerhalb der Gesellschaft trägt (Schulenburg et al., 2007). Daneben kann aber in Abhängigkeit von der Fragestellung der Untersuchung auch die Perspektive der Kostenträger, der Leistungserbringer oder der Patient\*innen angenommen werden.

Als Kosten werden im Rahmen gesundheitsökonomischer Evaluationen die monetär bewerteten Ressourcenverbräuche bezeichnet (Icks et al., 2010). Es geht darum, alle relevanten Kosten und Kostenersparnisse, die durch die zu bewertende Intervention generiert werden, zu erfassen. Unterschieden werden direkte und indirekte Kosten. Laut Wolke (2017) handelt es sich bei direkten Kosten im Zusammenhang mit den Expertenstandards in Anlehnung an Greiner (2007) beispielsweise um:

- Kosten, die durch die Einführung und Umsetzung des Expertenstandards entstehen (z.B. Personalkosten, Schulungskosten);
- Kosten, die aufgrund von Informationen verursacht werden, die den beteiligten Personen mit der Einführung des Expertenstandards zur Verfügung stehen (z.B. Kosten für zusätzliche Arztvisiten, Krankenhausaufenthalte); und
- Kosten, die durch Behandlungen von Nebenwirkungen entstehen, die aufgrund

der evaluierten Gesundheitsleistung auftreten.

Mit indirekten Kosten sind mittelbar entstehende Kosten gemeint, zum Beispiel durch krankheits- und interventionsbedingten Arbeitsausfall (Arbeitsunfähigkeitstage). Ferner sollten neben tangiblen (monetär erfassbaren) Kosten auch intangible (monetär nicht erfassbare) Kosten, wie beispielsweise Schmerz oder Freude, erhoben werden (Greiner, 1999).

Auch zur Bewertung des Nutzens sollen grundsätzlich alle relevanten Nutzenarten erfasst werden. Dabei kann prinzipiell ebenfalls zwischen tangiblen und intangiblen Nutzen differenziert werden.

»Von tangiblen Nutzen spricht man, wenn diese direkt mit einem kardinalen oder ordinalen Maß messbar sind, beispielsweise die Reduktion der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Dekubitus. Für die Pflege können, in Anlehnung an Wingefeld et al. (2011), als Ergebnisse der pflegerischen Versorgung messbare Veränderungen des Gesundheitszustandes, der Wahrnehmung und des Erlebens der Pflegebedürftigen umschrieben werden, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Als intangibler Nutzen werden Aspekte beschrieben, [...] die zunächst nicht direkt messbar sind, sondern die erst mit einem zusätzlichen Instrument in ein auswertbares Nutzenmaß transformiert werden müssen, wie Schmerzreduktion oder Lebensqualität.« (Wolke 2017, S. 137/138).

Mögliche Kriterien zur Bewertung des Nutzens finden sich in § 35b SGB V. Auch wenn sie dort auf die Evaluation von Arzneimitteln bezogen sind, lassen sie sich auch auf andere Aspekte der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung beziehen:

- die Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- die Verkürzung der Krankheitsdauer,
- die Verlängerung der Lebensdauer,
- die Verringerung der Nebenwirkungen und

- die Verbesserung der Lebensqualität.

Wolke (2017) hat einleitend zu seinem Beitrag dargelegt, dass es insgesamt nur wenige Arbeiten gibt, in denen neben der Wirksamkeit von Expertenstandards unter Alltagsbedingungen auch ökonomische Gesichtspunkte betrachtet werden. Dies führt dazu, dass vielfach unklar bleibt, welcher Aufwand mit der Umsetzung eines Expertenstandards verbunden ist und in welchem Verhältnis die erreichten Ergebnisse zum tatsächlichen Aufwand stehen. Die vorliegenden Erkenntnisse fasst er differenziert nach unterschiedlichen Ansätzen zur gesundheitsökonomischen Evaluation zusammen. Er differenziert in

- Krankheitskostenanalysen,
- Kosten-Wirksamkeits-Analyse,
- Kosten-Nutzwert-Analyse und
- Kosten-Nutzen-Analyse.

Krankheitskostenanalysen werden durchgeführt, um Hinweise auf die mit der Ausbreitung und Behandlung von Krankheiten entstehenden Kosten zu erhalten. Auf den ersten Blick ist die Krankheitskostenanalyse im Zusammenhang mit Expertenstandards nur bedingt geeignet, da dabei weder Therapien verglichen noch Kosten und Nutzen in ein Verhältnis gesetzt werden. Allerdings könnten Krankheitskostenanalysen für die Pflege etwa die Kosten von Dekubitalulcera, die Kosten von Stürzen, die Kosten der Inkontinenz oder die Kosten von Mangelernährung zum Inhalt haben und auf diese Weise die ökonomische Relevanz dieser Themen verdeutlicht werden.

Anteile einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse, bei der den Kosten ein Nutzen gegenübergestellt wird, finden sich in eigenen Untersuchungen von Wolke zum Expertenstandard »Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« (Wolke & Allgeier, 2012). Dabei wurde festgestellt, dass das Ri-