

Expertenstandards in der Pflege

Vorgehensweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Nutzen für die Praxis

Martin Moers, Doris Schiemann

■ Die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) haben in den vergangenen vier Jahren eine erhebliche Wirkung auf die Pflege entfaltet. In diesem Beitrag der Heidelberger Fachtagung des DV Pflegewissenschaft im September 2003 werden die Schritte der Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards beschrieben sowie der Nutzen für die Pflegepraxis erörtert.

■ The national expert-standards of the German network for quality-development in nursing (DNQP) have created a considerable impact on nursing during the last four years. This paper of the Heidelberg-Congress of DV Pflegewissenschaft in September 2003 describes the steps of developing, consenting and implementing of national expert-standards as well as their benefit for nursing practice.

Einleitung

Pflegestandards sind ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege mit einschließt. Standards müssen innovative und komplexe Inhalte transportieren, eignen sich also für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil. Sie sind daher nicht mit Handlungsrichtlinien (procedures) zu verwechseln, die auf die genaue Beschreibung von Handlungsabläufen, technische Anweisungen oder Anweisungen zur Hygiene ausgerichtet sind (Schiemann 1993).

Pflegestandards können auf unterschiedlichen Ebenen erstellt werden, auf institutioneller, regionaler oder nationaler Ebene. Auch Praxisstandards auf institutioneller oder regionaler Ebene sollten wissenschaftlich fundiert sein. Nationale Expertenstandards müssen ein hohes Maß an wissenschaftlicher Fundierung aufweisen und darüber hinaus konsensfähig sein. Wegen des hohen Aufwandes für die Erstellung von Expertenstandards sollen sie zu den epidemiologisch und gesundheitspolitisch vorrangigen Risiken und Themen erstellt werden. Der nachweisbare Nutzen von Expertenstandards besteht zum einen in der orientierungsgebenden Funktion für die Pflegepraxis, zum anderen spielen sie eine bedeutende Rolle beim notwendigen Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat sich bei der *Entwicklung und Konsentierung* von Expertenstandards auf internationale Vorbilder gestützt, bei der *Implementierung* mussten eigene, neue Wege gegangen werden. Mit der modellhaften Implementierung jedes Expertenstandards in 15–20 Gesundheitseinrichtungen einschließlich eines umfangreichen Qualitätsaudits konnte das DNQP den Theorie-Praxis-Transfer erheblich weiterentwickeln und damit über den Anschluss an die internationale Qualitätsentwicklung hinaus sogar Impulse setzen (Schiemann/Moers 2002a). Im Jahre 1999 wurde der erste nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe entwickelt, im März 2000 konsentiert und von Mai bis Oktober 2000 modellhaft implementiert. Inzwischen sind mit demselben Verfahren die Themen Entlassungsmanagement (Konsensuskonferenz Oktober 2002) und Schmerzmanagement (Konsensuskonferenz Oktober 2003) bearbeitet worden. Für das Thema Sturzprophylaxe ist die Konsensuskonferenz für Oktober 2004 geplant. Die Arbeit des DNQP wird vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung gefördert. Das DNQP kooperiert in seiner Arbeit eng mit dem Deutschen Pflegerat (DPR), der berufspolitischen Dachorganisation der Pflegeverbände.

Die Entwicklung von Expertenstandards

Für die Entwicklung von Expertenstandards hat der Netzwerk-Lenkungsaus-

schuss einen Leitfaden erarbeitet. Kern des Konzepts ist eine Arbeitsteilung zwischen dem wissenschaftlichen Team des DNQP, angesiedelt an der FH Osnabrück, das für methodische Fragen verantwortlich ist, und der an einer wissenschaftlichen Einrichtung angesiedelten Expertenarbeitsgruppe, die für die inhaltlichen Aussagen zum jeweiligen Thema zuständig ist. Zu jedem Standardthema wird gesondert eine Expertenarbeitsgruppe zusammengesetzt. Zunächst wird vom Lenkungsausschuss des DNQP eine Person mit ausgewiesener Fachexpertise zur Leitung bestimmt. Gemeinsam werden dann 8–12 Mitglieder für die Expertenarbeitsgruppe gesucht. Dabei wird auf eine gleichgewichtige Zusammensetzung von Fachexperten aus Pflegewissenschaft und Pflegepraxis geachtet. Ebenso werden frühzeitig Patientenvertreter und Verbraucherschutzorganisationen eingebunden. Unterstützt wird die Arbeit der Experten von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin, die für inhaltliche Fragen zuständig ist und der Experten-AG zuarbeitet, sowie einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin für Methodenfragen, die zum wissenschaftlichen Team des DNQP in Osnabrück gehört und die Verbindung zwischen DNQP und Experten-AG herstellt (Schiemann/Moers 2002b).

Die Experten-AG verschafft sich durch eine aktuelle, international und national durchgeführte Literaturstudie den Überblick über den Stand wissenschaftlicher Evidenz zum Thema. Dabei wird insbesondere die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse überprüft und bewertet. Grund-

sätzlich werden die Prinzipien der Evidenzbasierung berücksichtigt. Aus methodologischer Sicht gilt es, ein wesentliches Merkmal der Themen von Expertenstandards zu berücksichtigen: Die Inhalte der Expertenstandards beziehen sich auf komplexe, interaktionsreiche Handlungen. Daher ist es nur in seltenen Fällen möglich, einzelne Variablen so zu isolieren, dass zu ihnen randomisierte, kontrollierte Studien erstellt werden können, die in der Evidenzhierarchie an erster Stelle stehen. Meist ist die Literaturlage gemischt und es liegen Ergebnisse zu unterschiedlichen Teilaspekten des jeweiligen Pflegehandelns, die dann von den Experten in einer Gesamtschau gewichtet und bewertet werden müssen (zur Diskussion der Evidenzbasierung vgl. Winzenfeld in diesem Band).

Die wissenschaftliche Evidenz des Expertenstandards setzt sich dementsprechend aus den vorhandenen Forschungsergebnissen sowie der Experteneinschätzung zusammen, wenn nicht auf eindeutige Literaturergebnisse zurückgegriffen werden kann. So ist es beispielsweise bei der Dekubitusprophylaxe nicht möglich gewesen, eine bestimmte Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos zu empfehlen, da keine der Skalen ausreichend zuverlässig ist (vgl. DNQP 2002, Panfil 2004). Gleichwohl kam die Experten-AG in Übereinstimmung mit den vorliegenden Forschungsergebnissen zu der Empfehlung, eine der vorliegenden Risikoskalen zu benutzen. Die Einschätzungsskala soll nicht die Expertise der Pflegekraft ersetzen, vielmehr soll ihr Einsatz die Aufmerksamkeit für das Problem erhöhen und die Einschätzung der Pflegekraft ergänzen.

Zugleich mit der Diskussion der Literaturstudie berät die Experten-AG über die wesentlichen Inhalte des zu erstellenden Expertenstandard, wie beispielsweise die Einschätzung eines Risikos oder die Beratung und Schulung von Patienten oder Angehörigen zu einem spezifischen Thema. Die Inhalte werden jeweils zu einem Standardkriterium umgearbeitet. Dabei wird jeder Inhalt in ein Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterium aufgeteilt, das so formuliert ist, dass es in einem Audit überprüfbar ist. Bei diesem Prozess wird die Experten-AG vom wissenschaftlichen Team des DNQP methodisch beraten und personell unterstützt. Der Entwurf des Standards wird abschließend mit dem Len-

kungsausschuss des DNQP abgestimmt. Der gesamte Entwicklungsprozess dauert ca. ein Jahr.

Die Durchführung von Konsensuskonferenzen

Das DNQP konnte bei der Entwicklung seines Konsentierungs-Verfahrens auf methodische Erfahrungen des Nationalen Instituts zur Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (CBO) der Niederlande zurückgreifen (Bours et al. 2000). Die wesentlichen Schritte des Verfahrens sind:

a) Einbeziehung der Fachöffentlichkeit

Mit einer frühzeitigen Information der Fachöffentlichkeit über Themen und Termine von Konsensuskonferenzen stellt das DNQP sicher, dass interessierte Fachvertreter/innen und Institutionen aus den Pflegeberufen ausreichenden Vorlauf haben, ihre Mitwirkung zu planen und sich anzumelden. Das gilt im Übrigen nicht nur für die Konsensuskonferenzen, sondern auch für eine Beteiligung an der wissenschaftlich begleiteten modellhaften Implementierung der konsentierten Expertenstandards in ambulanten und stationären Gesundheits- und Altenhilfeeinrichtungen, in deren Rahmen die Praxistauglichkeit der Expertenstandards überprüft wird. Die ersten Konferenz-Ankündigungen erfolgen daher etwa zwölf und die Versendung der Konferenz-Programme etwa sechs Monate vor der Konferenz. Darüber hinaus werden bestimmte Gruppen gezielt eingeladen. Dies sind:

- Personen aus Pflegepraxis und -wissenschaft mit besonderer Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards
- Angehörige anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens mit besonderer Fachexpertise zum Thema des Expertenstandards
- Vertreter/innen aus Spitzenorganisationen und Verbänden des Gesundheitswesens.

Die Teilnehmer/innen aus Pflegepraxis und -wissenschaft werden als Diskutant/innen und die Vertreter/innen der anderen beiden Gruppen als Beobachter/innen eingeladen. Letztere werden gebeten, aus

ihrer fachlichen Sicht, bzw. für ihre Organisation oder ihren Verband zum Ende der Konferenz eine Stellungnahme abzugeben.

b) Vorbereitung der Konferenz-Teilnehmer/-innen

An alle angemeldeten Teilnehmer/innen wird etwa vier Wochen vor der Konsensuskonferenz ein umfangreicher Arbeitstext versandt. Dieser enthält u. a. den Expertenstandard-Entwurf mit Präambel und die Literaturstudie zum Standardthema.

c) Konferenzverlauf und Konsentierung des Expertenstandards

Die Konsensuskonferenz gliedert sich in drei Abschnitte:

- Die einführenden Referate zur gesundheitspolitischen und pflegeepidemiologischen Relevanz des Themas sowie zum Vorgehen bei der Entwicklung des vorliegenden Expertenstandard-Entwurfs.
- Die Vorstellung, Erörterung und Konsentierung des Expertenstandard-Entwurfs. In der Annahme, dass sich die Mehrzahl der Konferenz-Teilnehmer/-innen vorab dezidiert mit den Inhalten des Standard-Entwurfs auseinandergesetzt hat, wird die Vorstellung der Standardaussagen zugunsten einer ausführlicheren Fachdiskussion mit den Konferenz-Teilnehmer/-innen kurz gehalten. Alle Kriterienebenen des Standard-Entwurfs, bestehend aus je einem Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterium, werden von Mitgliedern der Experten-Arbeitsgruppe in einem Zeitrahmen von ca. fünf Minuten vorgestellt und wissenschaftlich begründet. Zu jeder Kriterienebene erfolgt ein etwa fünfzehnminütiger pflegewissenschaftlicher Fachdiskurs, in dessen Rahmen bestätigende oder abweichende Auffassungen von den Diskutant/innen dargelegt und erörtert werden, um abschließend den Übereinstimmungsgrad zu der jeweiligen Standardaussage feststellen zu können.

Der gesamte Konsentierungs-Vorgang wird auf Tonband aufgezeichnet und die Diskussionsbeiträge werden zusätzlich protokolliert. Die Protokolle stellen eine wichtige Grundlage für eine erste Zusammenfassung der Ergebnisse zum Ende der Veranstaltung dar.

- Die Stellungnahmen zum Verlauf und zu den Ergebnissen der Konsensuskonferenz

renz durch Vertreter/-innen von Spitzenorganisationen und Verbänden des Gesundheitswesens sowie durch Fachexpert/-innen anderer Gesundheitsberufe.

d) Auswertung der Konferenz-ergebnisse und Erarbeitung einer abschließenden Version des Expertenstandards

Die protokollierten und in Auszügen verschrifteten Tonbandaufzeichnungen der Konferenz werden in einer abschließenden Sitzung der Experten-Arbeitsgruppe ausgewertet und fließen in die abschließende Version des Expertenstandards ein. Nach Abstimmung der Änderungen mit dem Lenkungsausschuss des DNQP wird der Expertenstandard einschließlich der Kommentierungen zu den einzelnen Kriterienebenen vom DNQP veröffentlicht. Eine weitere Veröffentlichung zum Expertenstandard erfolgt nach Auswertung der Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards (Schiemann 2003).

Die modellhafte Implementierung der Expertenstandards

Nach der Konferenz wird der Expertenstandard mit wissenschaftlicher Begleitung in 15 bis 20 Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe über einen Zeitraum von sechs Monaten modellhaft eingeführt, um Aufschluss über die Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Expertenstandards gewinnen zu können. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Voraussetzungen für seine Einführung und Verstetigung in der Pflegepraxis bedeutsam sind. Die Implementierungsphase schließt mit einem Qualitätsaudit in allen beteiligten Gesundheitseinrichtungen ab. Die Gesundheitseinrichtungen, die Interesse an einer Teilnahme am Implementierungsprojekt zeigen, müssen bestimmte Kriterien erfüllen, wie beispielsweise die Erfahrung mit Methoden der Qualitätsentwicklung, die betriebsweite und Berufsgruppen übergreifende Akzeptanz der Standardaussagen, die Bereitstellung von personellen und zeitlichen Ressourcen für die Durchführung des Implementierungsprojektes und des abschließenden Audit.

Für die Implementierung der Expertenstandards wurde ein eigenes Konzept entwickelt, das aus vier Phasen besteht:

Phase 1 – Fortbildungen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und zu den Kriterienebenen des jeweiligen Expertenstandards

Empfohlen wird eine Kickoff-Veranstaltung mit allen beteiligten Berufsgruppen. Der Fortbildungsbedarf in den Einrichtungen ist generell hoch. Daher sind eine frühzeitige Planung und ein großzügiges Angebot an Fortbildungsveranstaltungen empfehlenswert. Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflgeteams der Modellpflegeeinheit eine drei- bis sechsköpfige Arbeitsgruppe bilden, die für die Vorbereitung der einzelnen Schritte der Standardeinführung und für deren Verbreitung im gesamten Team verantwortlich sind. Für die Moderation der Arbeitsgruppe sollte ein Projektbeauftragter zur Verfügung stehen.

Phase 2 – Anpassung des Expertenstandards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe der Modellpflegeeinheit

Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf einer Zielgruppe bzw. die spezifischen Bedingungen einer Organisation darf das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandard nicht unterschritten werden. Die Kernaussagen der Kriterien müssen daher unverändert bleiben.

Phase 3 – Einführung und Anwendung des Expertenstandards

Um den Beginn der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine 2. Kickoff-Veranstaltung angeboten werden. Die Standardeinführung muss mit viel Aufmerksamkeit für den Anleitungsbedarf und die Akzeptanz der Pflegefachkräfte vor Ort durchgeführt werden. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind unabdingbar.

Phase 4 – Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziele und Vorgehensweisen erhalten, um Interesse und aktive Teilnahme des Pflgeteams anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Während des Projektes finden vier ganztägige Treffen aller Projektbeauftragten mit

der wissenschaftlichen Begleitung durch das DNQP in Osnabrück statt. Dabei werden alle Projektschritte vorbereitet, diskutiert und gemeinsam gesteuert.

Gesundheitseinrichtungen, die über Erfahrungen mit der Methode der stationsgebundenen Qualitätssicherung verfügen – in der Praxis sind dies meist Krankenhäuser – haben den großen Vorteil, dass das Pflegepersonal zu weiten Teilen über die erforderlichen methodischen Kompetenzen verfügt, weil die vier Schritte der Standardeinführung gleichzeitig auch Teil des Qualitätszyklus bei der stationsgebundenen Methode sind. Ein weiterer Vorteil ist in dem Vorhandensein einer geeigneten Infrastruktur für ein solches Vorhaben zu sehen. Hier sind vor allem die internen Prozessbegleiter/-innen zu nennen, zu deren regulären Aufgaben neben der Moderation auch die Unterstützung der Arbeitsgruppen bei allen Schritten des Qualitätszyklus einschließlich des Audit gehören (Schiemann/Moers 2002c).

Die letzte Phase des Implementierungsprojektes stellt die Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument dar. Ziel ist, auf jeder Modellpflegeeinheit 40 Patienten zu auditieren. Beim Audit wird regelmäßig auf drei Datenquellen zurückgegriffen: die Dokumentation, die Patientenbefragung sowie die Personalbefragung. Alle Kriterienebenen des Expertenstandards werden überprüft. Durchgeführt wird das Audit von der Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten, die nicht auf der Modellpflegeeinheit eingesetzt sind, um eine Selbstbewertung auszuschließen. Die Daten werden von den teilnehmenden Einrichtungen für den internen Gebrauch zusammengeführt. Daran schließen sich eine Analyse der Schwächen, ein Änderungsplan und ein erneutes internes Audit mit dem Ziel an, den Expertenstandard auf einem zufrieden stellenden Qualitätsniveau eingeführt zu haben.

Die Daten des ursprünglichen Audit aller teilnehmenden Einrichtungen werden anonymisiert zusammengeführt und vom DNQP veröffentlicht. Die beiden vorliegenden Audits (Schiemann/Moers 2002c, Moers/Schiemann 2004) zeigen eine hohe Akzeptanz des Audit durch die Pflegekräfte. Generell wird ein Audit als Aufwertung und sichtbar machen der pflegerischen Arbeit empfunden. Ebenso bemer-

kenswert ist die hohe Zahl der auditierten Patienten: Bundesweit waren es bei der Dekubitusprophylaxe 574 und beim Entlassungsmanagement 567 Patienten. Das stellt für Maßnahmen der internen Qualitätssicherung eine beachtliche Größenordnung dar.

Der Nutzen von Expertenstandards für die Pflegepraxis

Gesundheitspolitisch und pflegewissenschaftlich wird zunehmend gefordert, dass sich Pflegehandeln auf die beste vorhandene Evidenz stützen soll. Die Vorstellung, jede Pflegekraft könnte selbst bei einem auftretenden Pflegeproblem die vorhandene Literatur – sei es auch nur in Form einer Internetrecherche – auf Evidenz durchforsten und so ihre Praxisentscheidungen evidenzbasiert fällen, wie von Vertretern des Evidence-Based-Nursing zum Teil empfohlen wird, ist von den Bedingungen der Praxis weit entfernt. Für den Theorie-Praxis-Transfer sind explizite Methoden und Instrumente notwendig. Expertenstandards haben sich als ausgezeichnete Instrumente der Verbreitung evidenter, handlungsrelevanten Wissens erwiesen. Der Nutzen von Expertenstandards liegt dabei auf unterschiedlichen Ebenen:

- Expertenstandards dienen der Professionalisierung der Pflege, weil deren Inhalte vom Beruf selbst definiert werden und zugleich gesundheitspolitisch deutlich wird, dass sich Pflegewissenschaft und -praxis der Verpflichtung zur angemessenen Versorgung der Bevölkerung stellen. Damit werden jedoch auch die Bedingungen deutlich, die zur Einlösung dieser Verpflichtung erfüllt werden müssen.

- Mit Expertenstandards gelingt es der Pflege, sich in der interdisziplinären Qualitätsdiskussion zu positionieren.

- Die Einführung von Expertenstandards fördert zugleich die Einführung von Methoden der internen Qualitätsentwicklung in Gesundheitseinrichtungen und damit das Qualitätsmanagement insgesamt.

- Expertenstandards stellen der Praxis evidenzbasiertes und handlungsrelevantes Wissen zu wichtigen Risiken und Handlungsbereichen der Pflege zur Verfügung.

- Die Einführung von Expertenstandards fördert den Theorie-Praxis-Transfer und sorgt damit nicht nur für die Qualitätsentwicklung in der Praxis, sondern schafft auch die notwendige Verbindung von Pflegewissenschaft und -praxis. Die Vermittlungsfunktion von pflegewissenschaftlich qualifizierten Pflegeexperten kann dabei nicht hoch genug eingeschätzt werden.

- Die Implementierung von Expertenstandards bietet den Pflegekräften praxisrelevante Fortbildung und Anleitung vor Ort. Sie optimiert den ansonsten oft mühsamen Transfer von Fortbildungswissen in die Praxis.

- Die Einführung von Expertenstandards erhöht die Patientenorientierung der Pflege und die Einbeziehung der Angehörigen.

- Das Qualitätsaudit ermöglicht die weitere Qualitätsentwicklung vor Ort. Darüber hinaus machen die Ergebnisse des Audit die pflegerische Arbeit sichtbar und erhöhen die Zufriedenheit von Patienten und Pflegekräften.

- Nicht zuletzt ergibt sich eine Ausstrahlung vom Niveau und von der Arbeitsweise der Expertenstandards auf andere Themen. Der Einsatz von Assessmentverfahren, die Einbeziehung von Patienten und Angehörigen sowie deren Schulung und Beratung und die Evaluation der Pflegeergebnisse werden über das jeweilige Standardthema hinaus zur Richtschnur für pflegerisches Handeln.

Literatur

- Bours, G./Halfens, R./Joosten, K. (2000): Landelijk Prevalentie Onderzoek Dekubitus. Resultaten derde jaarlijkse meting 2000. Projektbericht Universität Maastricht
- DNQP (Hrsg.) (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück
- Moers M./Schiemann D. (2004): Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück
- Panfil, E.-M. (2004): Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos. In: Pflege Aktuell, 56. Jg., Nr. 1, S. 14–19
- Schiemann, D. (1993): Qualitätssicherung in der Krankenpflege. In: Bundesministerium für Gesundheit und Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit (Hrsg.): Förderung der medizinischen Qualitätssicherung. Bonn: Eigenverlag, S. 25–34
- Schiemann, D. (2003): Konsensus-Konferenzen in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Arbeitstexte zur 3. Konsensus-Konferenz in der Pflege – Thema: Schmerzmanagement. Osnabrück, S. 11–13
- Schiemann, D./Moers, M. (2002a): Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Igl, G./Schiemann, D./Gerste, B./Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, S. 205–225
- Schiemann, D./Moers, M. (2002b): Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand – Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück, S. 93–101
- Schiemann, D./Moers, M. (2002c): Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück, S. 71–92