

G. Meyer  
S. Köpke

## Expertenstandards in der Pflege

### Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen?

#### The German nursing expert standards: Powerful instruments to improve nursing practice or of doubtful benefit?

► **Zusammenfassung** Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege gibt seit einigen Jahren so genannte Nationale Expertenstandards zu ausgewählten Problemfeldern pflegerischen Handelns heraus. Die Expertenstandards werden aufwän-

dig in die Pflegepraxis eingeführt, von Überprüfungs-gremien zur Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung herangezogen und zur juristischen Urteilsbildung bemüht. Wissenschaftsbasierten Qualitätskriterien für Leitlinien entsprechen sie bislang nicht. Ihnen fehlt es an rigorosen Entwicklungsmethoden, transparenter Berichterstattung und Nachvollziehbarkeit. Hilfen zur strukturierten Implementierung der Expertenstandards werden nicht angeboten. Die mangelnde Eindeutigkeit der Empfehlungen bietet diverse Interpretationsmöglichkeiten. Der Nutzen der Expertenstandards ist bislang nicht belegt.

Für die Entwicklung zukünftiger Pflegeleitlinien ist zu fordern, dass sie den international gültigen Qualitätskriterien Rechnung tragen.

#### ► **Schlüsselwörter**

Expertenstandards in der Pflege – Praxisleitlinien – Evidenzbasierte Pflege

► **Summary** The German Network for the Development of Quality in Nursing has published so-called “National Expert Standards” on selected nursing issues. These are sumptuously implemented into nursing practice, used by health authorities to evaluate the quality of nursing care and also for legal judgement. Evidence-based quality criteria for practice guidelines are currently not met. The expert standards lack rigorous methods for development, transparent reporting and clarity. Implementation tools to allow structured implementation are not provided. Vague recommendations offer various possibilities of interpretation. Effectiveness of the expert standards has not yet been proven. Future nursing guidelines should take into account international quality criteria.

#### ► **Key words**

Practice guidelines – nursing – evidence-based medicine

Eingegangen: 15. März 2006  
Akzeptiert: 19. April 2006

Dr. phil. Gabriele Meyer (✉)  
Sascha Köpke  
Universität Hamburg  
MIN-Fakultät  
Fachwissenschaft Gesundheit  
Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg, Germany  
Tel.: 040/4 28 38-72 30  
Fax: 040/4 28 38-37 32  
E-Mail: Gabriele.Meyer@uni-hamburg.de

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) legt seit einigen Jahren zu ausgewählten Problembereichen pflegerischen Handelns so genannte Nationale Expertenstandards vor. Bearbeitet wurden bislang die Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmer-

zen, Sturzprophylaxe und Förderung der Harnkontinenz. Weitere Standards befinden sich in Vorbereitung (<http://www.dnqp.de>). Unter dem Begriff Expertenstandard versteht das DNQP ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle (...) einschließt“

[10]. Die Expertenstandards intendieren, ein nationales Qualitätsniveau für alle Pflegeeinrichtungen zu definieren. Neben den ärztlichen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, die in Deutschland eine lange Tradition haben, liegen nunmehr Einrichtungs- und regional übergreifende Handlungsempfehlungen für die Pflege vor. Die Entwicklung von Leitlinien bzw. Standards für die Pflege ist politisch gewollt und von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder als Ziel für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen gefordert [13]. Das DNQP hat diesen politischen Impuls aufgegriffen. Zweifelsohne haben die Expertenstandards standardisierte Handlungsempfehlungen für die Pflege in Deutschland diskursfähig gemacht.

Die Expertenstandards schreiben eine wahre Erfolgsgeschichte. Um sie herum hat sich eine extensive Vermarktung entsponnen: Allorts werden Fortbildungen zum Umgang mit den Standards und Kurse zu fantasievoll klingenden beruflichen Qualifikationsprofilen wie zum „Pflegeexperten Sturzprophylaxe“ angeboten. Durch den Verkauf der Expertenstandard-Hefte hat das DNQP bereits 200 000 Euro verdient [19]. Die Standards werden von der Pflegepraxis aufwändig implementiert. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zieht sie zur Beurteilung der pflegerischen Versorgungsqualität heran [21]. Juristen bemühen sie zur pflegfachlichen Urteilsbildung und bezeichnen sie gar als vorweg genommene Sachverständigengutachten [4].

Gerade ihre unkritische Rezeption im Praxisfeld und der Implementierungsdruck, der von Meinungsbildnern ausgeübt wird, provoziert die Frage nach ihrer wissenschaftlich-methodischen Zuverlässigkeit und inhaltlichen Gültigkeit. Handelt es sich tatsächlich um Instrumente, die eine reale Verbesserung der Pflegepraxis in Aussicht stellen? Oder beanspruchen sie finanzielle und personelle Ressourcen bei nicht absehbarem Nutzen?

### Fernab internationaler Qualitätsstandards

Der vom DNQP geprägte Neologismus Expertenstandard wird an anderer Stelle ausführlich kritisch diskutiert [22]. Die Expertenstandards weisen trotz anders lautender Bekundung des DNQP [10] die Merkmale einer Praxisleitlinie auf und werden in der Pflegepraxis auch wie Leitlinien gehandelt [22]. Aus diesem Grund müssen sie auch einer Überprüfung anhand Wissenschafts-basierter Qualitätskriterien für Leitlinien standhalten.

In den letzten Jahren wurde in mehreren empirischen Forschungsarbeiten die mangelnde Qualität und Transparenz der Berichterstattung medizinischer

Leitlinien belegt [15, 28]. Auf Grundlage dieser Analysen wurden strukturelle und prozessuale Qualitätsindikatoren für Leitlinien entwickelt. Barrieren der Umsetzbarkeit wurden identifiziert und Disseminierungs- und Implementierungsstrategien entwickelt [16]. Ähnlich dem CONSORT-Statement für randomisiert-kontrollierte Studien [6] und dem QUOROM-Statement für systematische Übersichtsarbeiten [23] wurde für Leitlinien die so genannte COGS-Checkliste [30] entwickelt. Das Guidelines International Network (GIN) bemüht sich um die Zusammenführung internationaler Leitlinienaktivitäten. Auch Pflegegremien wie das britische Royal College of Nursing sind im GIN vertreten, nicht jedoch das DNQP (<http://www.g-i-n.net>). Für die Leitlinienentwicklung in Deutschland wurde kürzlich als Weiterentwicklung der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) vorgelegt. Die 29 DELBI-Kriterien richten sich u. a. an Leitlinienentwickler und intendieren, die strukturierte und strikte Entwicklungsmethodik von Leitlinien zu begünstigen [1].

Die internationalen und nationalen methodischen Bemühungen wurden vom DNQP in den Expertenstandards bislang nicht erkennbar umgesetzt. Im vorliegenden Beitrag wird diese Feststellung anhand von Beispielen aus den Expertenstandards für Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe illustriert.

### Monoprofessionelle Entwicklung in multiprofessionellen Bezügen

An medizinische Leitlinien wird die Forderung gestellt, dass alle Akteure des in Frage stehenden Problemfeldes in die Erstellung der Leitlinie einzubeziehen sind. Ziel ist es, das berufsgruppenübergreifende Zusammenspiel zu garantieren und den unterschiedlichen Perspektiven auf das Versorgungsproblem gerecht zu werden [1]. Die Expertenstandards hingegen werden monoprofessionell entwickelt. Die Beteiligung anderer Berufsgruppen ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Diese Abgrenzung ist sicher ein gut gemeinter Versuch, berufliche Identität und Professionalisierung in der Pflege zu fördern. Für einen monoprofessionell entwickelten Standard sind jedoch 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 wurde? Zudem zeichnen sich alle bislang in den Expertenstandards bearbeiteten Themen durch interdisziplinäre Handlungsbezüge aus. Ohne Frage kommt der Pflege in der Dekubitus- und Sturzprophylaxe eine herausragende Stellung zu. Doch sind

es bei diesen komplexen Versorgungsproblemen gerade die interdisziplinären Ansätze, die die höchste Wirksamkeit versprechen. In der Sturzprophylaxe z.B. sind dies komplexe, multiprofessionelle Interventionen, an denen neben der Pflege Physiotherapeuten, Ärzte und andere Berufsgruppen beteiligt sind [14].

Das DNQP hat eine öffentliche Rückkoppelung im Erstellungsprozess der Expertenstandards vorgesehen. Im Rahmen einer Konsensuskonferenz haben Vertreter aus der Pflege, anderer Berufsgruppen und der Politik Gelegenheit, ihre Stellungnahme zum Standardentwurf abzugeben. In welcher Form und welchem Ausmaß diese Anmerkungen jedoch Eingang in die endgültige Form der Expertenstandards erhalten, bleibt nur dem DNQP bekannt und wird in der endgültigen Fassung der Standards nur marginal diskutiert.

### Mangelnde methodische Exaktheit

Den Expertenstandards mangelt es an einer detaillierten Schilderung der methodischen Vorgehensweise. Ein andernorts publiziertes Methodenpapier des DNQP steht aus. Im Expertenstandard Sturzprophylaxe werden die Methoden auf nicht einmal zwei Seiten abgehandelt [9]. Die dort angegebene Vorgehensweise bei der Suche in medizinisch-pflegerischen Datenbanken folgt nicht publizierten validierten Suchstrategien [17, 18, 24]. Die Vollständigkeit der Literaturübersicht ist nicht garantiert. So wurden z. B. auch Instrumente zur Einschätzung des Sturzrisikos übersehen [12, 27]. Diese wären bei Benutzung adäquater Suchbegriffe für diagnostische Studien und für Studien zur Vorhersage klinischer Ereignisse identifizierbar gewesen (z. B. anhand des validierten Suchmodus Clinical Queries in PubMed). Die Kriterien, anhand derer die Literatur gesichtet wurde, sind nicht dargelegt. Die als relevant erachteten Erfolgsparameter sind nicht explizit definiert. Anerkannte Instrumente zur Beurteilung der internen und externen Validität der Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten [5, 6, 23] wurden nicht herangezogen. Die Auswahl der Literatur und die methodische Angemessenheit der referierten Studien bleiben somit nebulös.

Wie nahezu alle Leitlinien gehen auch die Expertenstandards über die wissenschaftliche Beweislage hinaus. Für klinisch relevante Problembereiche müssen in Leitlinien oftmals trotz fehlender externer Evidenz Empfehlungen getroffen werden. In der internationalen methodologischen Diskussion um Leitlinien wird gefordert, die Konsensfindung explizit methodisch zu strukturieren und transparent Bericht zu erstatten [26]. Wie die Konsensus-basierten Emp-

fehlungen zustande kommen, ist für den Rezipienten der Expertenstandards nicht nachvollziehbar. Sind es einige dominante Gruppenmitglieder, die die Empfehlung herbeigeführt haben? Oder basiert die Empfehlung auf einem intensiven, paritätischen Diskurs?

Ein international akzeptierter Qualitätsindikator für die Glaubwürdigkeit von Leitlinien ist die Designierung der Interessenskonflikte der Mitglieder der Entwicklungsgruppe [1, 30]. Die Problematik der Interessenkonflikte von Autoren medizinischer Leitlinien ist hinreichend dokumentiert [7]. Erst kürzlich erschien ein Bericht, demzufolge mehr als ein Drittel von fast 700 befragten Leitlinienautoren (freiwillig) angaben, finanzielle Verbindungen zur Pharmaindustrie zu haben [32]. Das DNQP verzichtet auf eine Darlegung möglicher Interessenskonflikte. Auch wenn Industriekontakte für die Pflege bislang wenig bedeutsam sind und die Interessenkonflikte der Autoren der Expertenstandards nicht annähernd so problematisch sein mögen wie die von Autoren medizinischer Leitlinien, ist das DNQP dennoch gefordert, die Transparenz der Expertenstandards auch dahingehend zu garantieren. Schließlich beschränken sich Interessenkonflikte nicht nur auf Industriekontakte, sondern können durch diverse berufliche und private Interessen bzw. Verbindungen entstehen [1].

Den Expertenstandards ist nicht zu entnehmen, welchen Geltungszeitraum sie haben. Die regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien ist unverzichtbar. Gerade Themen wie Sturzprophylaxe sind viel beforscht und der wissenschaftliche Korpus ist kaum zu überschauen. Einen allgemein akzeptierten Konsens zur Vorgehensweise bei der Aktualisierung von Leitlinien gibt es nicht. Einige Fachgesellschaften definieren im Vorfeld einen beispielsweise zweijährigen Überarbeitungsrhythmus, andere bestimmen, bei Vorliegen neuer, relevanter Informationen eine Aktualisierung vornehmen zu wollen. Für letztere Strategie sind meist keine eindeutigen Entscheidungskriterien definiert. Pragmatisch orientierte Empfehlungen für eine angemessene Aktualisierung von Leitlinien sind verfügbar [29].

Für die Expertenstandards wird postuliert, dass sie nach den Methoden der evidenzbasierten Pflege erstellt seien [3]. Tatsächlich haben sich nur wenige Teilnehmer der bisherigen Expertenarbeitsgruppen als Vertreter der evidenzbasierten Pflege ausgewiesen. Das DNQP sieht keine strukturierte Unterweisung der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe in den Arbeitstechniken der evidenzbasierten Pflege vor. Eine solche wäre jedoch als Mindestqualifikationsniveau unabdinglich. Es kann somit unterstellt werden, dass das Ausmaß der Evidenzbasierung von einzelnen, in den Methoden der evidenzbasierten Pflege kundigen Vertretern und deren Engagement abhängt.

## Mangelnde Nutzerfreundlichkeit und Umsetzbarkeit

Als Informationsquelle über konkret zu erwartende Wirksamkeit und fehlende Wirksamkeit präventiver und therapeutischer Maßnahmen sind die Expertenstandards nicht geeignet. Unerwünschte Wirkungen und finanzielle Implikationen der empfohlenen Maßnahmen werden durchgehend nicht diskutiert. Im Expertenstandard Sturzprophylaxe werden Wirksamkeiten überwiegend narrativ umschrieben z. B. als signifikante Sturzreduktion oder als Senkung der Sturzrate. An wenigen Stellen werden jedoch auch relative Risikoreduktionen kommuniziert, z. B. als durchschnittliche Senkung des Sturzrisikos um 22% bei Gabe von Vitamin D. Die Verwirrung dürfte für den Leser perfekt sein, wenn an anderer Stelle die absolute Risikoreduktion kommuniziert wird, wie im Falle der 3,5% Risikoreduktion für hüftgelenksnahe Frakturen durch ein strukturiertes Hüftprotector-Interventionsprogramm [9]. Zu fordern wäre die einheitliche und objektive Darstellung der Effektgrößen aus Therapiestudien als absolute Risikoreduktion mit Vertrauensintervall und Number Needed to Treat. Vorschläge zur Aufbereitung von Informationen aus wissenschaftlichen Studien zur Kommunikation mit Verbrauchern und wissenschaftlich nicht oder wenig Gebildeten wurden unterbreitet [11, 31].

Dem Rezipienten des Expertenstandards wurden bislang keine Hilfsmittel für die klinische Entscheidungsfindung angeboten wie Evidenzstufen („Levels of Evidence“) und Empfehlungsgrade („Grades of Recommendation“). Ein methodisch weit gediehenes Verfahren zur Graduierung der Stärke des wissenschaftlichen Beweises wurde von der GRADE Working Group vorgeschlagen. Die mit GRADE abgeleiteten Empfehlungsgrade berücksichtigen den Nutzen und Schaden, die Qualität der Evidenz und die Angemessenheit der Intervention [2]. In der aktualisierten Auflage des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wird erstmals der Versuch unternommen, die wissenschaftliche Stärke der Aussagen anhand der von der Agency for Health Care Policy and Research vorgeschlagenen Graduierung von A bis C kenntlich zu machen. Die Empfehlungsgrade bereiten dem DNQP sichtlich Unbehagen, denn es heißt, dass diese sich an einem naturwissenschaftlichen Wissenschaftsverständnis orientieren würden. Die Pflegeforschung hingegen hätte oftmals andere Fragen, die sich nicht mit experimentellen Designs beantworten ließen. Aber „im Zeitalter von evidenzbasierter Pflege und Medizin“ wolle man sich nicht verschließen [8].

## Fehlende Verbindlichkeit der Empfehlungen

Schwammig formulierte Empfehlungen können zur Einführung nicht gesicherter diagnostischer und therapeutischer Interventionen führen [33]. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe illustriert diesen Befund. Im Standard wird richtigerweise konstatiert, dass für die Instrumente zur Einschätzung des Dekubitusrisikos durchgehend eine unzureichende Testgüte belegt ist, und der Nachweis ihres klinischen Nutzens aussteht. Dennoch wird eine standardisierte Risikoeinschätzung empfohlen, nicht explizit von der Benutzung einer Risikoskala abgeraten und missverständlich formuliert, dass die Bradenskala, die Nortonskala und die Waterlowskala am besten untersucht seien. Der Bericht über die modellhafte Implementierung des Expertenstandards in 16 Praxiszentren zeigt dann auch, dass die Risikoskalen von der Praxis dankbar aufgenommen und aufwändig implementiert werden. Mehr als 50% der befragten Pflegekräfte hatten an einer Fortbildung zum Thema Anwendung einer Risikoskala teilgenommen, etwa 80% der mehr als 500 einbezogenen Patienten bzw. Bewohner waren anhand einer Skala auf ihr Dekubitusrisiko eingeschätzt worden [8]. Der betriebene Aufwand für die Schulung und die Einführung der Skalen ist kalkulierbar, der fehlende Nutzen der Skalenanwendung absehbar, der Schaden kann nur vermutet werden.

Eigenen Beobachtungen in Alten- und Pflegeheimen zu Folge bieten die Expertenstandards vielfältigen Interpretationsspielraum. Zum Beispiel wird die im Expertenstandard Sturzprophylaxe aufgeführte Liste der Sturzrisikofaktoren von den Einrichtungen mehrheitlich zur Checkliste umfunktioniert. Einige Einrichtungen haben dieser Checkliste sogar ein Scoring hinzugefügt, um die Sturzgefährdung der Bewohner quantifizieren zu können. Der kürzlich vorgelegte Evaluationsbericht der modellhaften Implementierung des Standards [9] belegt, dass die Risikofaktortabelle als Einschätzungsinstrument benutzt wird. Dieses Vorgehen ist nicht intendiert, mangels klarer Empfehlungen und fehlender Implementierungshilfen jedoch nachvollziehbar. Die Bereitstellung von Leitfäden, Dokumentationsvorlagen und strukturierten Schulungsprogrammen wird international als unabdinglich für die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien angesehen [1, 25]. Für die Expertenstandards liegen keine begleitenden Implementierungshilfen vor.

## Möglicher fehlender Nutzen für die Pflegepraxis

Die modellhafte Evaluation der Expertenstandards erfolgt ausschließlich auf der Struktur- und Prozessebene und bewegt sich somit auf einer Surrogat-

Ebene. Es wird davon ausgegangen, dass es bei Implementierung der Empfehlungen in die bestehenden Pflegestrukturen zu einer Verbesserung der Patienten- bzw. Bewohner-relevanten Ergebnisse kommt. Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Prävention von Stürzen in Alten- und Pflegeheimen [20] lässt erheblichen Zweifel aufkommen an der Wirksamkeit und Sicherheit niederschwelliger Interventionen ohne intensive externe Unterstützung und Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen. Bei durchgehend guter Umsetzung der Wissenschafts-basierten Empfehlungen zur Sturzprophylaxe in den Interventionsheimen konnte in dieser Studie keine Reduktion der Stürze und Sturz bedingten Verletzungen erreicht werden. Im Gegenteil: Die Interventionsgruppe war signifikant im Nachteil (56% Personen mit mindestens einem Sturzereignis im Vergleich zu 43% in der Kontrollgruppe). Möglicherweise hat die Einführung eines sturzpräventiven Programms bei unveränderten pflegerischen Ressourcen bzw. gleich bleibendem Personalschlüssel zu einer Benachteiligung in den Standardversorgungsbereichen geführt. Die Erhöhung der Mobilität der Bewohner könnte ebenfalls zu dem erhöhten Sturzrisiko beigetragen haben.

Die Expertenstandards intendieren analog zu dieser randomisiert-kontrollierten Studie die Steigerung des Bewusstseins für das Pflegeproblem und die Einführung von zusätzlichen Interventionen in die bestehenden Pflegestrukturen. Es kann nicht als selbstverständlich angenommen werden, dass die erfolgreiche Implementierung zu einer günstigen Beeinflussung der Patienten- bzw. Bewohner-relevanten Ergebnisse führt.

## Schlussfolgerung

Die Expertenstandards in der Pflege entsprechen nicht den international geltenden Wissenschafts-basierten Qualitätskriterien für Leitlinien. Ihnen fehlt es an rigorosen Entwicklungsmethoden, transparenter Berichterstattung und Nachvollziehbarkeit. Dies ist umso bedauerlicher, da sich die Pflege in der Ent-

wicklung ihrer Leitlinien auf das methodische Repertoire zur Entwicklung medizinischer Leitlinien stützen könnte. Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Expertenstandards anachronistische Schriften, nahezu Relikte aus einem frühen Leitlinienentwicklungszeitalter. Ihr Nutzen für die Pflegepraxis ist unklar. Klar ist hingegen, dass die Expertenstandards mit Druck und ressourcenaufwändig in den Pflegeeinrichtungen in Deutschland implementiert werden. In Anbetracht ihrer methodischen Mängel ist es unverständlich, warum sie wie heilige Schriften der Pflege gehandelt werden und ihre Nichtbeachtung negative Konsequenzen in Aussicht stellt.

Wie ist es mit der Zukunft der Pflegeleitlinien in Deutschland bestellt? Diese Frage ist vornehmlich politischer Natur. Sollen Pflegeleitlinien weiterhin im Rahmen Drittmittel-geförderter Projekte erstellt werden und von der methodischen Expertise des Projekt-bearbeitenden Zentrums abhängig sein? Oder darf die Pflege auf ein dauerhaftes Gremium hoffen, das ein verbindliches Methodenrepertoire zur Erstellung, Verbreitung und Implementierung von Pflegeleitlinien festlegt und sich um internationale Vernetzung bemüht?

## Kernaussagen

- Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege haben standardisierte Handlungsempfehlungen für die Pflege in Deutschland diskursfähig gemacht.
- International gültigen Wissenschafts-basierten Kriterien für Leitlinien genügen die Expertenstandards derzeit nicht.
- Ihnen mangelt es an Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nutzerfreundlichkeit.
- Die wissenschaftlich-methodische Zuverlässigkeit und inhaltliche Gültigkeit der Expertenstandards ist zweifelhaft.
- Der Nutzen der Expertenstandards im Sinne einer Verbesserung der Patienten- bzw. Bewohner-relevanten klinischen Ergebnisse ist bisher nicht belegt.

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2005) Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 99:471–492
2. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Br Med J* 328:149 (online version)
3. Bartholomeyczik S (2005) Einige Anmerkungen zu Standards in der Pflege. *Dr. med. Mabuse* 30:20–25
4. Böhme H (2000) Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. *Pro Alter* 3:55–56
5. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, Moher D, Rennie D, de Vet HC, Lijmer JG (2003) The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 138:W1–12
6. Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG (2004) CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. *Br Med J* 328:702–708
7. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS (2002) Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 287:612–617
8. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung, 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002), Osnabrück
9. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung, Osnabrück
10. Elsbernd A (2005) Expertenstandards: Bedeutung für die Qualitätsentwicklung in der Pflege. Vortrag, TU Berlin, [http://www.bks.tu-berlin.de/WS0405/9\\_Elsbernd.pdf](http://www.bks.tu-berlin.de/WS0405/9_Elsbernd.pdf), Zugriff am 12. März 2006
11. Fahey T, Griffiths S, Peters TJ (1995) Evidence based purchasing: under-standing results of clinical trials and systematic reviews. *Br Med J* 311:1056–1059
12. Forrester DA, McCabe-Bender J, Tiedeken K (1999) Fall risk assessment of hospitalized adults and follow-up study. *J Nurses Staff Dev* 15:251–258
13. Gesundheitsministerkonferenz (1999) Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier, <http://www.gesetzeskunde.de/Rechtsalmanach/Gesundheitswesen/gesundheitsministerkonferenz.htm>, Zugriff am 12. April 2006
14. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH (2003) Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD000340
15. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A (2000) Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 355:103–106
16. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 8:iii–iv, 1–72
17. Haynes RB, McKibbon KA, Wilczynski NL, Walter SD, Werre SR (2005) Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of treatment from Medline: analytical survey. *Br Med J* 330:1179 (online version)
18. Haynes RB, Wilczynski NC for the Hedges Team (2004) Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of diagnosis from MEDLINE: analytical survey. *Br Med J* 328:1040 (online version)
19. Informationsdienst Wissenschaft (2005), <http://idw-online.de/pages/de/news136254>, Zugriff am 12. März 2006
20. Kerse N, Butler M, Robinson E, Robinson E, Todd M (2004) Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 52:524–531
21. Medizinischer Dienst der Krankenkassenversicherung (2005) MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege, <http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/3135383b06b264c9c12570de005366ba?OpenDocument>, Zugriff am 12. März 2006
22. Mitglieder des Fachbereichs Pflege und Gesundheitsförderung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (2006) Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. *Pflege Z* 59:34–38
23. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF (1999) Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet* 354:1896–1900
24. Montori VM, Wilczynski NL, Morgan D, Haynes RB, Hedges Team (2005) Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey. *Br Med J* 330:68 (online version)
25. National Institute for Clinical Excellence. Supporting the Implementation of NICE Guidance (2004), [http://www.nice.org.uk/pdf/Supporting\\_Implementation\\_Plan.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/Supporting_Implementation_Plan.pdf), Zugriff am 12. März 2006
26. Raine R, Sanderson C, Black N (2005) Developing clinical guideline: a challenge to current methods. *Br Med J* 331:631–633
27. Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L (2003) Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clin Exp Res* 15:142–147
28. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J (1999) Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 281:1900–1905
29. Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH (2001) When should clinical guidelines be updated? *Br Med J* 323:155–157
30. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM (2003) Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med* 139:493–498
31. Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I (2005) Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 99:343–351
32. Taylor R, Giles J (2005) Cash interests taint drug advice. *Nature* 437:1070–1071
33. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J (1999) Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Br Med J* 318:527–530