

Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der
modellhaften Implementierung zum

Expertenstandard
Entlassungsmanagement in der Pflege

2004

7 Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege

Martin Moers und Doris Schiemann

7.1 Konzept der Implementierung

Primäres Ziel der wissenschaftlich begleiteten modellhaften Implementierung des Expertenstandards ist die Überprüfung der Praxistauglichkeit von Standard und Audit-Instrument. Darüber hinaus soll Aufschluss darüber gewonnen werden, welche Voraussetzungen für die Einführung und Verstetigung des Expertenstandards in der Pflegepraxis bedeutsam sind. Eine weitere Zielsetzung besteht darin, mit Hilfe des Implementierungsprojektes die Akzeptanz und Verbreitung des Expertenstandards zu forcieren.

Das im Pilotprojekt (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) in engem Austausch mit den beteiligten 16 Praxiseinrichtungen entwickelte und erfolgreich erprobte Implementierungskonzept (Schiemann/Moers 2004, S. 103ff) beinhaltet

- Kriterien zur Auswahl der zu beteiligenden Einrichtungen,
- das Programm der fachlichen Beratung und wissenschaftlichen Begleitung während des Projektes und
- das Phasenmodell zur Standardeinführung in den Modellpflegeeinheiten.

Dieses Konzept hat sich bei der modellhaften Implementierung des zweiten Expertenstandards ebenfalls gut bewährt. Die folgende Abbildung zeigt die im Pilotprojekt erprobten Standardeinführungsphasen. Sie fanden auch in diesem Folgeprojekt Anwendung, wohlwissend, dass sich der vorgegebene zeitliche Ablauf der einzelnen Phasen in der Praxis nicht immer realisieren lässt.

Phasen des Implementierungsprojekts: Zeitumfang 6 Monate

Phase 1 Fortbildungen zu den Themen „Qualitätsentwicklung in der Pflege“ und „Entlassungsmanagement“ (4 Wochen)

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten „Kickoff-Veranstaltungen“ zu Beginn des Projektes im Januar und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards im April für folgende Adressaten angeboten werden: Pflgeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegemanagerin auf der Abteilungs- und Betriebsebene, Pflegeüberleitungsfachkraft sowie interessierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sind dem jeweiligen Bedarf des Pflgeteams anzupassen. Es ist vorhersehbar, dass in nahezu allen Einrichtungen zum Thema „initiales und differenziertes Assessment“ und „Beratung/Schulung“ Fortbildungsbedarf bestehen wird.

Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflgeteams der Modellpflegeeinheit eine drei- bis sechsköpfige Arbeitsgruppe bilden. Der Auftrag der Arbeitsgruppe besteht vorrangig in der Vor- und Nachbereitung der einzelnen Schritte der Standardeinführung sowie der Verbreitung der Arbeitsgruppen-Ergebnisse innerhalb des gesamten Pflgeteams. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sollte der Projektbeauftragte zur Verfügung stehen.

Phase 2 Anpassung des Expertenstandards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe der Modellpflegeeinheit (8 Wochen)

Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf der Zielgruppe darf das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht unterschritten werden. Wichtig ist außerdem, dass die Kernaussage der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleibt. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar.

Phase 3 Einführung/Anwendung des Expertenstandards (8 Wochen)

Um den Beginn der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine zweite „Kickoff“-Veranstaltung angeboten werden.

Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (4 Wochen)

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte, einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung der Mitglieder des Projektteams anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Abb. 11

7.2 Auswahl der Einrichtungen

Da sich der Expertenstandard primär an Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, sowie Fach- und Rehabilitationskliniken richtet (s. Präambel S. 46) bestand seitens des DNQP großes Interesse daran, ein breites Spektrum dieser stationären Gesundheitseinrichtungen an der modellhaften Implementierung zu beteiligen. Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, Einrichtungen mit direkter Überleitungsform (durch Pflegefachkräfte in der Pflegeeinheit) und mit indirekter Überleitungsform (durch zentral angesiedelte Pflegeüberleitungskräfte) etwa gleichgewichtig einzubeziehen.

Wie beim ersten Expertenstandard wurde im Anschluss an die Konsensus-Konferenz zur Selbstmeldung aufgerufen. Teilnahmeinteressierte Einrichtungen sollten folgende Kriterien erfüllen:

- Hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische Anwendung und Dokumentation der Pflegeprozessmethode).
- Kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung) und internes Qualitätsmanagement betriebsweit.
- Einrichtung einer eigenständigen Projektleitung für den Implementierungszeitraum.
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in der/den Modellpflegeeinheit/en.
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Die teilnehmenden Einrichtungen konnten aus 39 qualifizierten Bewerbungen ausgewählt werden. Dabei kann von einer gewissen Positivauswahl ausgegangen werden. Dieses Vorgehen entspricht dem Ziel der modellhaften Implementierung, die grundsätzliche Praxistauglichkeit des Expertenstandards einschließlich der Auditinstrumente zu überprüfen. Die endgültige Auswahl von 20 Einrichtungen erfolgte unter Gesichtspunkten der regionalen Verteilung und der Berücksichtigung unterschiedlicher Fachrichtungen/Patientenzielgruppen und Versorgungsstufen.

Teilgenommen haben letztendlich 19 Einrichtungen: sechs Krankenhäuser der Maximalversorgung, fünf Einrichtungen der Regelversorgung, vier Universitätskliniken, zwei Fachkliniken für Psychiatrie, eine Fachklinik für Rehabilitation und eine Fachklinik für Kinderheilkunde. Eine Einrichtung musste ihre Teilnahme nach vier Wochen beenden, weil der ärztliche Dienst für die im Expertenstandard vorgesehene Kooperation nicht gewonnen werden konnte.

Die regionale Verteilung der beteiligten Einrichtungen zeigt einen Schwerpunkt im Westen, Mitte und Süden der Republik, der hohe Norden und die neuen Bundesländer sind nicht vertreten. Allerdings befinden sich die Einrichtungen in den bevölkerungsreichsten Regionen, so dass die Lücken das Gesamtergebnis nicht schmälern sollten.

Kooperationspartner des Implementierungsprojektes

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum

Pflegedirektorin: Jutta Bretfeld

Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerwirtin Christiane Knecht

Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Pflegedirektorin: Hedwig Francois-Kettner

Projektbeauftragte: Iris Bredfeldt-Zerler

Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf

Pflegedirektor: Joachim Weigand

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Sibylle Reick

Herz-Jesu-Krankenhaus, Münster-Hiltrup

Pflegedienstleitung: Sr. M. Margret MSc

Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerpädagoge (FH) Martin Klein

Klinikum Darmstadt

Pflegedirektorin: Vera Lux

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Jutta Löhr-Stankowski

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

Pflegedirektor: Martin Wilhelm

Projektbeauftragte: Dipl.-Soz. Christa Flerchinger, Jörg Vath

Klinikum der Stadt Ludwigshafen, Ludwigshafen

Pflegedirektorin: Käte Harms

Projektbeauftragte: Marion Maasch

Klinikum Kassel, Kassel

Pflegedirektorin: Dipl.-Kff. Irmgard Glockenstein

Projektbeauftragte: Pflegerwirtin Janet Peters-Alt, Kora Schwank

Klinikum Mannheim gGmbH, Mannheim

Pflegedirektor: Hagen Kern

Projektbeauftragte: Marlene Walter MScN

Klinikum Nürnberg

Pflegedienstleitung: Krankenhausbetriebswirtin Ankica Krizanovic

Projektbeauftragte: Steffi Frenzel

Krankenanstalten Gilead gGmbH, Bielefeld

Kommissarisches Pflegemanagement: Petra Krause

Projektbeauftragter: Dr. rer. medic. Michael Schulz

Krankenhaus Hetzelstift, Neustadt/Weinstraße

Pflegedirektor: Dipl.-Pflegerwirt Dirk Schmidt

Projektbeauftragte: Sonja Wittner

Medical Park Bad Rodach, Bad Rodach

Pflegedienstleiterin: Cornelia Schreiner

Projektbeauftragte: Annegret Lochner

Paracelsusklinik, Osnabrück

Pflegedienstleiter: Dipl.-Pfleger Martin Herbes
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Maike Higgen

Städt. Klinikum Braunschweig, Braunschweig

Pflegedirektor: Ulrich Heller
Projektbeauftragte: Taina Viala

Unfallkrankenhaus Berlin

Pflegedirektor: Matthias Witt
Projektbeauftragte: Eva Moltmann

Vestische Kinder- u. Jugendklinik, Datteln

Pflegedienstleiterin: Ingrid Schwegmann
Projektbeauftragter: Berthold Freitag

Vivantes Auguste Viktoria Klinikum

Pflegedirektorin: Ingrid Neuke

Vivantes Pflege und Beteiligungsmanagement, Berlin

Direktorin: Dipl.-Kff. Franziska Mecke
Projektbeauftragte: Susanne Lemoine

Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Lengerich

Leitende Pflegekraft: Dipl.-Pflegerin Mechthild Bischof
Projektbeauftragter: Dipl.-Pfleger Stephan Bögershausen

Abb. 12

7.3 Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitung

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams bestanden in der

- Planung und Steuerung des Projektverlaufs sowie der Beratung der Projektbeauftragten;
- Überarbeitung des im Pilotprojekt entwickelten Erhebungsinstrumentes zur Erfassung relevanter Rahmendaten der Praxiseinrichtungen und zum jeweiligen Projektverlauf. Das Instrument ist an dem vierphasigen Konzept der Implementierung orientiert und steht den Einrichtungen als EDV-gestütztes Online-Dokument zur Verfügung;
- Entwicklung eines Audit-Instrumentes zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in engem Austausch mit den Projektbeteiligten in den Praxiseinrichtungen. Dies geschieht auf der Grundlage des im Pilotprojekt erprobten Rahmenkonzeptes (Moers, M.; Schiemann, D. & Fierdag, A. 2004, S. 93 - 100). Eine vorläufige Version des Audit-Instrumentes steht den Einrichtungen seit Januar 2003 für eigene Pretests zur Verfügung.
- Auswertung und Berichterstattung auf der Grundlage der erhobenen Daten im Rahmen der Projektverlaufs-Dokumentation, des Audits und der Projektveranstaltungen.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte im Rahmen von drei ganztägigen Projektveranstaltungen. Eine vierte abschließende Veranstaltung diente der Präsentation und Diskussion der Evaluationsergebnisse aus den Praxiseinrichtungen. Hervorzuheben ist, dass sich alle Einrichtungen an der Projektverlaufs-Dokumentation und der Standard-Evaluation (Audit) beteiligt haben. Die Projektdaten lagen im Juli 2003 vor und wurden vollständig in die Auswertung und Ergebnisdarstellung aufgenommen.

7.4 Ergebnisse zum Projektverlauf

7.4.1 Zeitrahmen

Allen beteiligten Einrichtungen ist es gelungen, den Zeitrahmen von sechs Monaten (Januar bis Juni 2003) für die Einführung des Expertenstandards einzuhalten. Im Unterschied zum Pilotprojekt verfügten die Einrichtungen dieses Mal über eine zweimonatige Vorbereitungszeit. Dieser Vorlauf kam insbesondere der ersten Projektphase „Fortbildung“ zugute. Wie im Pilotprojekt gab es in jeder Einrichtungen mehr oder weniger große Zeitverschiebungen zwischen den einzelnen Projektphasen, z. B. die Erweiterung des Zeitraums für das abschließende Audit zu Lasten der vorhergehenden Phasen, um in die Nähe des angestrebten Samples von 40 Patienten mit poststationärem Pflege- und Betreuungsbedarf zu kommen. Die Modifikationen des zeitlichen Ablaufs hatten keine erkennbaren Auswirkungen auf den Projekterfolg.

7.4.2 Strukturdaten der Modellpflegeeinheiten

Bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten waren neben dem Entwicklungsstand der Pflege und der Motivation der Pflegeteams insbesondere auch die Patientenzielgruppe des Expertenstandards ausschlaggebend. Für die modellhafte Anwendung und Überprüfung des Standards musste gewährleistet sein, dass bei einem hohen Anteil der Patienten der zu beteiligenden Pflegeeinheiten poststationärer Pflege- und Betreuungsbedarf zu erwarten ist.

Fachliche Ausrichtungen

Das Spektrum der ausgewählten Modellpflegeeinheiten umfasste knapp 60 Pflegeeinheiten mit breitgefächertem fachlicher Ausrichtung. Mit Abstand am stärksten vertreten waren Pflegeeinheiten mit Ausrichtungen im Bereich Innere Medizin, gefolgt von Pflegeeinheiten mit Ausrichtungen in der Allgemein- und Unfall-Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Onkologie, Strahlentherapie, Neonatologie und allgemeiner Pädiatrie.

Anzahl der Behandlungsplätze und durchschnittliche Verweildauer

In den 15 Krankenhäusern/Universitätskliniken differierte die Zahl der Behandlungsplätze in den beteiligten Pflegeeinheiten pro Einrichtung zwischen 30 und 80. In den Fachkliniken verfügten die beteiligten Pflegeeinheiten/Abteilungen in drei Einrichtungen jeweils über 38, 60 und 78 Behandlungsplätze, während in einer Einrichtung alle Abteilungen mit insgesamt 394 Behandlungsplätzen in das Projekt einbezogen waren. Es handelt sich um eine Rehabilitationsklinik mit relativ kleiner Patientenzielgruppe für den Expertenstandard Entlassungsmanagement.

Die Daten zur durchschnittlichen Verweildauer weisen in den beteiligten Modellpflegeeinheiten aufgrund der breitgefächerten fachlichen Ausrichtung eine große Spannweite auf. Sie differiert zwischen durchschnittlich 3 Tagen in einer Universitätsklinik (Kardiologie) und 66 Tagen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte).

Personalausstattung

Die vorliegenden Daten zur quantitativen Personalausstattung der beteiligten Pflegeeinheiten während des Implementierungszeitraums geben lediglich Auskunft über die Relation von (Soll-)Behandlungsplätzen und Vollzeitstellen im Pflegedienst. Daraus lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Personalbesetzung ableiten, weil die patientenbezogenen Leistungsdaten, wie Mitternachtsbelegung und Einstufungen zur Pflegebedürftigkeit, nicht berücksichtigt werden konnten.

Der Personalschlüssel in den beteiligten Modellpflegeeinheiten (18 Einrichtungen hatten hierzu Daten geliefert) lag bei durchschnittlich 0,52 Pflegefachkräften pro Patient. Nicht eingerechnet wurden hierbei die Personalstellen für Pflegehelfer und sonstige Hilfskräfte in der Pflege. Die Spannweite reichte von 1,67 Pflegefachkräften/Patient in einer Fachklinik für Kinderheilkunde bis 0,14 in einer Rehabilitationsklinik.

Aus dem vorhandenen Datenmaterial lassen sich klare Rückschlüsse auf die Relation von Pflegefach- zu Pflegehilfskräften in den Modellpflegeeinheiten ziehen. Die Auswertung zeigt, dass der Anteil an Pflegefachpersonal in fünf Einrichtungen 100 Prozent beträgt, gefolgt von zehn Einrichtungen, deren Quote zwischen 90 bis 100 Prozent liegt. In den übrigen vier Einrichtungen bewegte sich der Anteil zwischen 70 und 90 Prozent. Diese überwiegend hohe Quote an Pflegefachpersonal in den Modellpflegeeinheiten wurde in ähnlicher Ausprägung auch im Pilotprojekt festgestellt. Dort allerdings nur bezogen auf den Krankenhausbereich.

Weitere Hinweise auf die Personalqualifikation lassen sich aus den Angaben zu den Pflegeorganisationsformen in den Modellpflegeeinheiten ableiten. Denen zu Folge wird in allen beteiligten Pflegeeinheiten ein personenorientiertes Pflegesystem praktiziert: In vierzehn

Pflegeeinheiten ist Bereichspflege und in den Übrigen entweder Gruppen-, Zimmerpflege oder Primary Nursing eingeführt. Diese Pflegesysteme sind Voraussetzung für eine individuelle, systematische Patientenversorgung und setzen eine hohe Personalqualifikation voraus.

Erfahrungshintergrund mit systematischer Qualitätsentwicklung

Anders als im Pilotprojekt verfügten nahezu alle beteiligten Einrichtungen (18 von 19 – im Pilotprojekt war es nur die Hälfte) sowohl über einschlägige Erfahrungen mit der Anwendung systematischer Qualitätsentwicklungs-Verfahren als auch über eine geeignete Infrastruktur zur Durchführung von Qualitätsprojekten. So war in drei Einrichtungen bereits ein betriebsweites Qualitätsmanagement-Programm eingeführt, in vier Einrichtungen lagen umfassende Erfahrungen mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung vor und insgesamt zehn Einrichtungen gaben an, mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (teilweise einrichtungswest) zu arbeiten. Hier sei angemerkt, dass allein fünf dieser Einrichtungen bereits am Pilotprojekt beteiligt waren.

Von diesen 18 Einrichtungen mit Erfahrungen auf dem Gebiet systematischer Qualitätsentwicklung wurden darüber hinaus noch weitere parallelaufende Aktivitäten zur Verbesserung der Pflegequalität angegeben. Es handelte sich überwiegend um Projekte zur Systematisierung der Pflegepraxis mit den Themenschwerpunkten: Optimierung von Pflegeprozessmethode und Pflegedokumentation, Einführung der Pflegevisite, Entwicklung von Praxisstandards und Handlungsrichtlinien sowie auch pflegetherapeutischer Konzepte. Ohne Zweifel waren die bereits vor Projektbeginn vorhandenen Kompetenzen der beteiligten Projektverantwortlichen und Pflegeteams auf dem Gebiet Qualitätsentwicklung/-management, eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Einführung des sehr komplexen Expertenstandards Entlassungsmanagement.

7.4.3 Phase 1: Fortbildung

Aufgrund des zweimonatigen Vorlaufs war es den meisten Projektverantwortlichen möglich, in den beteiligten Pflegeteams bereits vor Projektbeginn eine Befragung zum Fortbildungsbedarf vorzunehmen, um ein gezieltes Veranstaltungsprogramm anbieten zu können. Der Fortbildungsbedarf erwies sich insgesamt als hoch, nur in einer Einrichtung wurde im Rahmen dieser Personalbefragung kein Bedarf ermittelt. Die große Bandbreite der nachgefragten Themen entsprach der inhaltlichen Komplexität des Expertenstandards. Es handelte sich vorrangig um die folgenden Themen: „Assessment(instrumente)“, „Beratung von Patienten und Angehörigen“, „Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen“, „Gesetzliche Grundlagen“, „Poststationäre Versorgungseinrichtungen“, „Ablauf und

Koordination der Entlassung“, „Aufgabenprofile angrenzender Dienste/Berufsgruppen“. Eingefordert wurde von den Pflgeteams außerdem eine gründliche Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard selbst.

Den Angaben der Einrichtungen ist zu entnehmen, dass zu einem großen Teil der nachgefragten Themen bereits während der ersten drei Projektmonate Fortbildungsveranstaltungen angeboten wurden. In den meisten Einrichtungen standen mehrere Termine zur Auswahl, um möglichst allen Projektbeteiligten eine Teilnahme zu ermöglichen. Dennoch war es auch in diesem zweiten Implementierungsprojekt trotz Vorbereitungszeit nicht möglich, den bestehenden Fortbildungsbedarf während des Projektzeitraums vollständig abzubauen (s. a. die Ergebnisse des Audits, S. 137). Vorrangiger Grund hierfür war in einigen Einrichtungen die begrenzte Möglichkeiten der Personalfreistellung aufgrund knapper personeller Ressourcen, während in fast allen Einrichtungen nicht nur zu Beginn, sondern insbesondere auch in der zweiten Projekthälfte noch Fortbildungsbedarf in größerem Umfang identifiziert wurde.

Der zeitliche Umfang der Fortbildungsmaßnahmen umfasste in den Projekteinrichtungen durchschnittlich 116,4 Stunden pro Einrichtung. Die Spannweite hierbei war erstaunlich groß und reichte einrichtungsweit von insgesamt 14 bis 630 Stunden. Rechnet man die Gesamtstundenzahl für Fortbildung auf die Anzahl der am Projekt beteiligten Mitarbeiter um, ergibt sich folgendes Bild: Der Minimalwert lag bei 0,23 Stunden und der höchste Wert bei 39,38 Stunden und im Durchschnitt bei 3,65 Stunden pro Mitarbeiter.

Interessant ist die Aufschlüsselung in Anspruch genommener Fortbildungen entsprechend dem praktizierten Organisationsmodell des Entlassungsmanagements. Auffällig ist, dass in den Einrichtungen mit indirektem Entlassungsmanagement der Aufwand für Fortbildungen vier Mal höher lag, als in den Einrichtungen mit der Organisationsform der direkten Entlassung.

Dass die Teilnahmequote an den angebotenen Fortbildungsveranstaltungen insgesamt hoch war, lässt sich dem abschließenden Audit entnehmen (s. S. 140). Die Projektverlaufs-Dokumentation weist jedoch auch hier auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den Einrichtungen hin: Bezogen auf die Gesamtzahl der Veranstaltungen in den einzelnen Einrichtungen konnte eine Spannweite von 12 bis 163 Teilnehmern ermittelt werden, während die durchschnittliche Teilnahmequote bei 47 lag. Auffällige Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Fach- und Reha-Kliniken bestanden in diesem Kontext nicht. Es konnte aber festgestellt werden, dass Einrichtungen mit hoher Teilnahmequote in der Regel über differenziertere und umfangreichere Fortbildungsangebote verfügten als diejenigen mit geringer Quote.

Die Ergebnisse zu den Fortbildungsaktivitäten der Projekteinrichtungen müssen im Hinblick auf die dargelegten Unterschiede wohl kaum überraschen. Schließlich waren auch die Vorerfahrungen zur Patientenentlassung in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich.

7.4.4 Phase 2: Standardanpassung

Die Projektsteuerung und -begleitung der zweiten bis vierten Implementierungsphase wurde in allen Einrichtungen von einer Arbeitsgruppe übernommen. Dies geschah in engem Austausch mit den übrigen Projektbeteiligten (Mitgliedern der beteiligten Pflegeteams, Kooperationspartner aus anderen Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen).

Die Bildung der Arbeitsgruppen erfolgte in der Mehrzahl der Einrichtungen zu Projektbeginn, initiiert durch die Pflegeleitung/-direktion oder die Projektbeauftragten. Zu den Mitgliedern gehörten in jeder Einrichtung ein bis vier Vertreter der pflegerischen Stationsleitungen, in der Mehrzahl der Einrichtungen mindestens eine Pflegefachkraft, mindestens ein Vertreter aus dem ärztlichen Dienst und dem Sozialdienst und in fünf Einrichtungen zusätzlich ein Qualitätsmanagement-Beauftragter. Die Anzahl der Arbeitsgruppen-Mitglieder bewegte sich zwischen 7 und 13 Mitglieder. Dass zur modellhaften Implementierung dieses Expertenstandards in den meisten Fällen interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet wurden, hat sich auf den Projektverlauf in den betreffenden Einrichtungen überwiegend positiv ausgewirkt. Das gilt insbesondere für die Entwicklung gemeinsam abgestimmter Verfahrensregelungen für die berufs- und einrichtungsübergreifende Kooperationen im Rahmen der Patientenentlassung. Von zentraler Bedeutung für die Standardumsetzung war hier die Autorisierung der Pflegefachkräfte zur Koordination des Entlassungsmangements.

Die Standardanpassung stellte die meisten Einrichtungen erwartungsgemäß vor hohe Anforderungen, weil im Hinblick auf die o. g. Verfahrensregelungen, die erforderlichen Instrumente für das initiale und differenzierte Assessment, die Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen, die neue Rolle der Pflegefachkräfte als Koordinatoren im Rahmen der Patientenentlassung, die Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen - die Aufzählung ließe sich noch um weitere wichtige Punkte fortsetzen - häufig noch wenig eigenes Erfahrungspotential vorlag und entsprechend umfangreiche Entwicklungs- und Überzeugungsarbeit von den Projektbeauftragten innerhalb der Arbeitsgruppen und der beteiligten Pflegeteams zu leisten war. In zwölf Einrichtungen wurden teilweise umfangreiche Anpassungen vorgenommen, in sieben Einrichtungen wurde der Expertenstandard unverändert übernommen.

Die Anpassungen erfolgten überwiegend in der Form, dass die als zu abstrakt empfundenen Standardaussagen weiter konkretisiert oder operationalisiert und gelegentlich auch dem Sprachgebrauch der Modellpflegeeinheiten angepasst wurden. Dies geschah ohne Veränderung der im Standard getroffenen Kernaussagen. Einige Arbeitsgruppen entwickelten darüber hinaus zu einzelnen Kriterien detaillierte Gestaltungshinweise (z. B. in Form von Dokumentationen), Ablaufdiagrammen, Organigrammen, Checklisten oder Handlungsrichtlinien.

Der in dieser Projektphase erhobene Zeitaufwand lag für die Projektbeauftragten zwischen 4 bis 146 Stunden, im Durchschnitt waren es 40 Stunden. Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppen wurden jeweils zwischen 2 und 77 Stunden investiert, durchschnittlich waren es 21 Stunden. Insgesamt ist festzustellen, dass der zeitliche Aufwand für die Standardanpassung sehr hoch war und dass in dieser Phase in der Mehrzahl der Einrichtungen eine Reihe von Problemen zu lösen waren, die aufgrund der Heterogenität der Projektbeteiligten (z. B. unterschiedliche Berufsgruppen, häufig mehrere Pflegeeinheiten, Beteiligung externer Versorgungseinrichtungen) deutlich komplexer waren als im Pilotprojekt. Schwierigkeiten bereitete in einigen Einrichtungen z. B. die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, angefangen von der zeitlichen Koordination der Treffen über inhaltliche Diskrepanzen zu einzelnen Standardaussagen bis hin zu allgemeinen Kommunikationsstörungen und Schnittstellenunsicherheiten. Einzelne Einrichtungen hatten auch mit anfänglichen Vorbehalten gegenüber dem Standard zu kämpfen, weil in den beteiligten Pflegeteams Mehrbelastungen durch den Zuwachs an Arbeitsaufgaben und Verantwortung befürchtet wurden.

7.4.5 Phase 3: Einführung des Expertenstandards

In allen Einrichtungen gab es einen offiziellen Starttermin für den Beginn der Standardeinführung und in der Mehrzahl der Einrichtungen standen den Modellpflegeeinheiten für diese Projektphase mindestens vier Wochen Einführungszeit zur Verfügung, bevor mit dem Audit begonnen wurde. Anders als im Implementierungskonzept vorgesehen, hatten einige Einrichtungen den Zeitraum für das Audit nach vorne ausgeweitet, um das angestrebte Sample von 40 Patienten erreichen zu können. In zwei Einrichtungen führten Personalausfälle zu größeren zeitlichen Verzögerungen, so dass die dritte und vierte Phase in den letzten vier Projektwochen parallel verlaufen sind.

Der Projektverlaufsdokumentation ist zu entnehmen, dass zu Beginn dieser Projektphase in der Hälfte aller Einrichtungen ein bis zwei Einführungsveranstaltungen oder eigens dafür anberaumte Besprechungen stattgefunden haben, zu denen in der Regel alle

Projektbeteiligten aus dem Pflegedienst, teilweise auch die Stationsärzte sowie Kooperationspartner aus anderen Berufsgruppen eingeladen waren. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde die einrichtungsinterne Version des Expertenstandards einschließlich der spezifischen Assessment-, Planungs- und Evaluationsinstrumente vorgestellt und Wandzeitungen und Materialien zur weiteren Information und Schulung zur Verfügung gestellt. Angesichts des vorab erkennbaren hohen Anleitungs- und Unterstützungsbedarfs fanden in nahezu allen Einrichtungen mit Einführung des Standards begleitende Fortbildungen und Face-to-Face-Anleitungen statt. In zwei Einrichtungen wurden zusätzlich noch Fallbesprechungen durch Projektbeauftragte und Arbeitsgruppen-Mitglieder angeboten. Hervorzuheben ist, dass in nahezu allen Einrichtungen sorgfältige Vorbereitungen und Begleitmaßnahmen zur Standardeinführung getroffen wurden. Dennoch war der zusätzliche Zeitaufwand für die beteiligten Projektakteure deutlich geringer als in der Anpassungsphase. Für die Projektverantwortlichen differierte der Zeitaufwand in dieser Phase zwischen 2 und 15 Stunden, durchschnittlich waren es 8 Stunden. Für die Arbeitsgruppen-Mitglieder wurde eine Spannbreite von 2 bis 28 Stunden und ein Durchschnitt von 12,5 Stunden ermittelt. Die zu bewältigenden Probleme waren zum großen Teil identisch mit denen in der Anpassungsphase, immerhin gaben zwei Einrichtungen an, dass bei Ihnen keinerlei Probleme aufgetreten sind. Insgesamt wurden Projektverlauf und -ergebnis unter Hervorhebung der hohen Motivation der Projektbeteiligten in den Modelleinheiten und der bereits erzielten Erfolge bei der Standardumsetzung von den Einrichtungen als positiv und gelungen bezeichnet.

Das Fazit der Standardeinführung ist, dass es den beteiligten Pflgeteams in allen Projekteinrichtungen gelungen ist, den Expertenstandard vollständig anzuwenden und seine Praxistauglichkeit damit generell unter Beweis zu stellen. Damit ist nicht gesagt, dass im Rahmen des Audits zu allen Standardkriterien auch bereits das angestrebte Qualitätsniveau erreicht werden konnte. Im Hinblick auf den relativ kurzen Implementierungszeitraum sind die Ergebnisse durchaus akzeptabel.

7.4.6 Phase 4: Das Audit

7.4.6.1 Stichprobe und erhebungspraktisches Vorgehen

Teilgenommen haben insgesamt 19 Einrichtungen. Die Datenerhebung wurde in sieben Einrichtungen von den Projektverantwortlichen alleine, in weiteren sieben Einrichtungen mit Unterstützung durchgeführt. In fünf Einrichtungen wurde das Audit von anderen Personen durchgeführt (z. B. Qualitätsmanagement-Beauftragter, Stationsleitung). In keinem Fall waren die verantwortlichen Pflegekräfte oder die Überleitungsexpertinnen an der Durchführung des Audits beteiligt, da eine Selbstbewertung nicht vorgesehen war.

Vorgesehen war, in einem Zeitraum von vier Wochen je Einrichtung 40 Patienten mit komplexem Entlassungsmanagement zu erfassen. Dieses Ziel konnte nicht ganz erreicht werden. Es wurden insgesamt 574 Patienten auditiert. Das entspricht einem Durchschnitt von 30 Patienten pro Einrichtung. Drei Einrichtungen konnten nur weniger als 20 Patienten auditieren, sechs Einrichtungen 40 und mehr, zehn Einrichtungen lagen zwischen 20 und 40 Patienten. Die niedrigste Anzahl war 12, die höchste 45 Patienten.

Die geringeren Fallzahlen pro Einrichtung hängen offenbar damit zusammen, dass der poststationäre Versorgungsbedarf nicht unmittelbar offensichtlich ist. Sechs Einrichtungen berichteten explizit, dass weniger Patienten auditiert werden konnten als erwartet. Viele Einrichtungen hatten bereits im Vorfeld die Zahl der an der modellhaften Implementierung teilnehmenden Pflegeeinheiten auf zwei oder sogar drei erhöht, dennoch kam es zu einem erhöhten Aufwand an durchzuforderten Patientenakten. Es wurden insgesamt 3.063 Patientenakten gesichtet. Damit lag bei ca. 19 % der Fälle poststationärer Versorgungsbedarf vor.

Der gesamte Zeitaufwand für das Audit wird im Durchschnitt mit 48 Minuten pro Patient angegeben. Drei Einrichtungen berichten über einen Aufwand von zwei Stunden und mehr, fünf Einrichtungen melden 30 Minuten und weniger pro Patient. Pro Einrichtung bedeutet das im Durchschnitt ca. 23 Stunden für das gesamte Audit. Der erforderliche Aufwand an Absprachen war hoch, da jedes Audit zwei Erhebungszeitpunkte vorsah. Generell waren Kommunikationsprobleme die größte Schwierigkeit während des Audits. So berichten immerhin sechs Einrichtungen darüber, dass Patienten, die in das Audit-Verfahren einbezogen waren, kurzfristig ohne Benachrichtigung entlassen wurden. Dementsprechend war es teilweise schwierig, die Patienten - wie vorgesehen - 24 Stunden vor Entlassung nach dem erlebten Stand der Vorbereitungen zu befragen.

Die Personalbefragung ergab folgendes Bild. Insgesamt gingen 398 ausgefüllte Fragebögen ein. Nur drei Einrichtungen haben die Zahl der ausgegebenen Fragebögen angegeben, so dass sich die Rücklaufquote nicht errechnen lässt. Im Durchschnitt haben 21 Pflegekräfte pro Einrichtung an der Befragung teilgenommen. Die Spannweite liegt zwischen 8 und 43 Teilnehmern.

7.4.6.2 Einrichtungsbezogene Auditergebnisse

Von den Einrichtungen waren mehrere Strukturkriterien zu erfüllen. Es mussten eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassungsmanagement sowie geeignete Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen (S1a). Die Pflegefachkräfte mussten zur Koordination des Entlassungsprozesses sowie zur abschließenden Evaluation befähigt und autorisiert sein (S4 und S6). Diese Kriterien stellen notwendige Voraussetzungen für die Einführung des Expertenstandards dar. Ihre Erfüllung wurde von 18 Einrichtungen bestätigt, wobei zwei Einrichtungen das Recht, die abschließende Evaluation durchzuführen, auf die Stationsleitung beschränkten. Eine Einrichtung verneinte dieses Kriterium.

7.4.6.3 Patientenbezogene Audit-Ergebnisse

Im folgenden werden die patientenbezogenen Ergebnisse im Überblick dargestellt. Dabei werden für jedes Kriterium die Zahl der von den Auditoren „nicht anwendbar“ eingestuft Fälle von der Gesamtzahl $n = 574$ abgezogen. Anschließend wird auf jedes Ergebniskriterium des Standards differenziert eingegangen.

- Im Bereich Assessment und Entlassungsplanung finden sich hohe Werte: 93,7 % für initiales und 83,6 % für differenziertes Assessment sowie 86,4 % für individuelle Entlassungsplanung sprechen eine deutliche Sprache, auch wenn es noch Verbesserungspotential gibt.
- Die institutions- bzw. berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit funktioniert in den Kernbereichen sehr gut: 94,3 % für die Abstimmung mit den intern beteiligten Berufsgruppen und 90,1 % für die externe Abstimmung sind erstaunlich hohe Werte. Deutlich niedriger fällt das Angebot einer Pflegeübergabe am Bett an die weiterversorgende Einrichtung mit 55,6 % aus. Hier besteht erhebliches Entwicklungspotential.

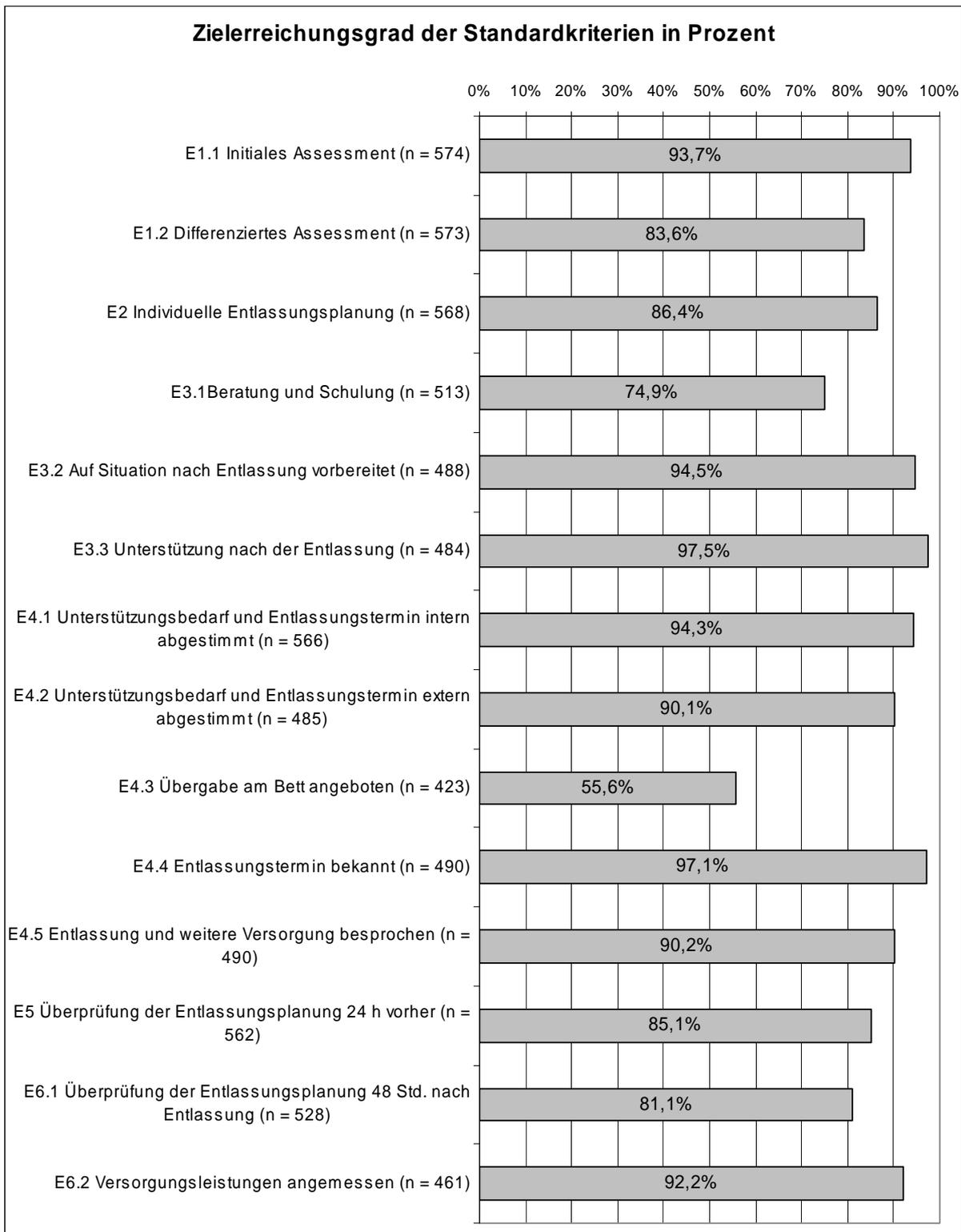


Abb. 13

- Bei Information, Beratung, Schulung und Vorbereitung von Patienten und Angehörigen auf die Entlassung geben diese selbst hohe Werte an: 94,5 % für Vorbereitung auf die Situation nach der Entlassung, 97,5 % für das Wissen, wer sie nach der Entlassung unterstützt, 97,1 % für das Kennen des Entlassungstermins und 90,2 % geben an, dass mit ihnen ein Gespräch über die Entlassung und die weitere Versorgung geführt wurde. Demgegenüber fällt die in der Dokumentation erhobene Zahl von in 74,9 % der Fälle durchgeführter Beratungen und Schulungen deutlich ab. Dies kann auf mangelnde Dokumentation stattgefundener Schulungen und Beratungen oder auf eine nicht dokumentierte Anzahl informeller Beratungs- und Vorbereitungsgespräche zurückzuführen sein.
- Auch die Evaluation der Entlassungsplanung zeigt insgesamt hohe Werte. 85,1 % für die Überprüfung 24 Stunden vor der Entlassung und 81,1 % für die Evaluation 48 Stunden nach der Entlassung. Hier waren größere Probleme erwartet worden, da dies in der bisherigen Praxis nur selten üblich war. Nicht überraschend ist daher, dass hier mehrfach von hohem Aufwand für die telephonischen Nachfragen nach der Entlassung berichtet wird. Die Selbsteinschätzung der Befragten (Patienten, Angehörige oder weiterversorgende Einrichtung), nach der zu 92,2 % die Versorgungsleistungen angemessen waren, ist ebenfalls überraschend hoch.

E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarf liegt vor.

Bei diesem Kriterium werden das initiale und das differenzierte Assessment unterschieden. Beim initialen Assessment soll anhand einrichtungsintern bestimmter Einschätzungskriterien festgestellt werden, ob erwartbar poststationärer Versorgungsbedarf besteht. Dieses Kriterium wird mit 93,7 % in hohem Maße erfüllt (E1.1). Acht Einrichtungen erreichen 100 %, vier Einrichtungen liegen zwischen 90 und 97 %, sechs Einrichtungen zwischen 80 % und 90 % und eine bei 73,3 %. In den Kommentaren wird eine Verlegung innerhalb des Hauses von Pflegeeinheiten, die nicht am Implementierungsprojekt teilnahmen, mehrfach als Grund für eine fehlende Ersteinschätzung angegeben.

Das differenzierte Assessment dient der genauen Bestimmung des Bedarfs von Patienten und Angehörigen mit Blick auf die poststationäre Versorgung (E1.2). Dazu sollten spezifische Assessment-Instrumente eingesetzt werden. Im Projektverlauf war mehrfach über Schwierigkeiten bei der Auswahl von und der Schulung mit spezifischen Assessment-instrumenten berichtet worden. Folgende Instrumente wurden benutzt (Mehrfachnennungen kamen vor):

Instrument	Anzahl der Einrichtungen
Hauseigenes Instrument	7
Functional Independence Measure (FIM)	4
Barthel Index	3
Nursing Need Assessment Instrument (NNAI)	2
NOSGER	2
Kurzeinschätzungsbogen MDK	1
Pflegeüberleitungsbogen	1
Nicht angegeben	1

Abb. 14: Verwendete Assessment-Instrumente

Angesichts der Innovation, die für die meisten Pflegekräften mit der Benutzung eines spezifischen Einschätzungsinstrumentes verbunden ist, stellt der Wert von 83,6 % einen recht hohen Zielerreichungsgrad dar (Zum Vergleich: Der entsprechende Wert lag bei der Benutzung einer Risikoskala zur Einschätzung des Dekubitusrisiko bei 80,2 %). Allerdings ist die Spannbreite hier deutlich größer und die Streuung deutlich breiter als beim initialen Assessment. Sie reicht von 38,1 % bis 100 %. Eine Einschränkung wurde von vier Projektbeauftragten geäußert: Sie wiesen darauf hin, dass die Qualität des differenzierten Assessments zu Wünschen ließe und die Kriterienerfüllung vor allem formal gewertet wurde.

E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.

Der Zielerreichungsgrad beträgt 86,4 % (E2). Vier Einrichtungen erreichten 100 %, fünf kamen auf 90 bis 99 %, sieben lagen zwischen 80 % bis 90 %, zwei bei ca. 70 % und eine bei 14,3 %. Das bedeutet, dass die meisten Einrichtungen sehr dicht beieinander liegen und das Kriterium hochprozentig erfüllen, während es zwei schwächere Ergebnisse und einen regelrechten Ausfall gibt. Die kritischen Äußerungen der vier Projektbeauftragten zum differenzierten Assessment gelten auch für die Qualität der Entlassungsplanung. Ein Zitat aus der Prozessdokumentation soll dies verdeutlichen: „Es liegen nicht bei 84 % konkrete Handlungsergebnisse vor, sondern ein teilweise mehr oder weniger unvollständiger Entlassungsplanungsbogen in der Patientenakte“. Hier liegen sicherlich Verbesserungspotentiale und auch weiterer Schulungsbedarf. Gleichwohl bedeutet das Ergebnis, dass äußerst wichtige Schritte auf dem Weg zur geplanten Entlassung getan wurden und viele Pflegekräfte mehr als bisher den Blick über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinaus richten.

E3 Patienten und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

Beratung und Schulung sind in 74,9 % der Fälle dokumentiert (E3.1). Für die 25,1 %, denen keine Schulung und Beratung angeboten wurde - das sind immerhin 129 Patienten - wurde häufig im Kommentar angegeben, dass kognitive Einschränkungen oder akute Erkrankungen vorlagen und die Angehörigen nicht zu erreichen waren. Die Streuung der Ergebnisse zeigt eine gewisse Teilung der Einrichtungen. Während neun Einrichtungen 80 % bis 100 % und sechs 60 % bis 80 % erreichen, liegen vier Einrichtungen zwischen 36,4 % und 57,9 %. Das heißt, dass einige Bereiche hier deutlichen Entwicklungsbedarf haben, wie sich auch im Fortbildungsbedarf zu diesem Thema zeigt. Ebenso wird von einigen Projektbeauftragten angemerkt, dass die Dokumentation durchgeführter Schulungen noch längst nicht gängige Praxis ist. Auch die deutlich positiven Einschätzungen der Patienten deuten darauf hin, dass auf die häusliche Situation vorbereitende Gespräche meist geführt werden. Offen bleibt nur, inwiefern sie geplant waren und dokumentiert wurden.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung zu diesem Thema fallen deutlich günstiger aus. 94,5 % fühlen sich auf die Situation nach der Entlassung vorbereitet (E3.2) und 97,5 % wissen, wer ihnen nach der Entlassung Unterstützung leisten wird (E3.3). Nur eine Einrichtung liegt mit 71,4 % bzw. 84,6 % deutlich unter diesem Wert. Es ist also ein äußerst positives Ergebnis zu verzeichnen. Man kann methodenkritisch einwenden, dass die geäußerte Zufriedenheit von Patienten stets sehr hoch ist, da sie sich der Einrichtung verpflichtet fühlen oder bei negativen Äußerungen Sanktionen befürchten. Ebenso wirkt die Tatsache des Audit selbst positiv auf die Zufriedenheit der Patienten, wie folgendes Zitat aus der Prozessdokumentation zeigt: „Viele haben sich über das Interview und das Interesse, wie es nach der Entlassung weitergeht, gefreut.“ Die Zahl der Patienten, die nicht befragt werden konnten, liegt bei ca. 15 %. Bei den einzelnen Items waren das zwischen 84 und 90 Patienten. Die Gründe, die aus den Audit-Kommentaren hervorgehen sind entweder unangekündigte Entlassungen oder kognitive Probleme der Patienten sowie die Nicht-Erreichbarkeit ihrer Angehörigen.

E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.

Beginnen wir mit der Patientenbefragung. Der Entlassungstermin war 97,1 % der Patienten bekannt (E4.4). Die Streuung ist gering. Neun Einrichtungen erreichen 100 %, nur zwei Einrichtungen liegen knapp unter 90 % (E4.5). Auch das zeitnahe Gespräch einer Pflegekraft

über die anstehende Entlassung und die weitere Versorgung wird von immerhin 90,2 % der Patienten bestätigt. Bei diesem Item ist die Streuung etwas breiter. So erreichen fünf Einrichtungen 100 %, zehn Einrichtungen liegen zwischen 80 bis 100 %, während eine bei 78,9 % und zwei Einrichtungen deutlich niedriger bei 46,7 % und 38,5 % liegen. Die insgesamt sehr hohe Kriterienerfüllung dieser beiden Fragen zur Versorgungskontinuität weist deutlich auf gezielte pflegerische Entlassungsvorbereitungen hin.

Die Abstimmung mit den intern beteiligten Berufsgruppen über Unterstützungsbedarf und Entlassungstermin (E4.1) fällt ebenfalls positiv aus. 94,3 % des befragten Pflegepersonals bestätigten dies. Alle Einrichtungen liegen dicht beieinander, es gibt nur einen „Ausreißer“ mit 59,1 %. Die wenigen negativen Fälle sind auf kurzfristige Entlassung zurück zu führen, wie den Kommentaren zu entnehmen ist.

Die entsprechende Abstimmung mit externen Berufsgruppen und Einrichtungen wird mit 90,1 % etwas niedriger, aber immer noch sehr hoch angegeben. Fast alle Einrichtungen liegen zwischen 80 bis 100 %, nur zwei mit 62,5 % bzw. 50 % deutlich darunter. Erwähnenswert ist, dass hier die Zahl der Patienten, auf die dieses Kriterium nicht anwendbar war, mit ca. 15 % recht hoch ist. In den Kommentaren wurde als überwiegender Grund angegeben, dass die Angehörigen die Versorgung übernehmen und daher mit keiner externen Einrichtung kooperiert werden musste.

Deutlich anders sieht die Situation bei der Frage nach dem Angebot einer Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten aus (E4.3). Dies wurde von den Pflegekräfte nur in 55,6 % der Fälle bestätigt. Die Streuung der Einzelergebnisse ist groß. Je eine Einrichtung erreichen 0 % bzw. 100 %. Insgesamt liegen neun Einrichtungen unter 50 %, vier bei 50 % – 80 % und sechs über 80 %. Ebenso fällt auf, dass in ca. 26 % der Fälle dieses Kriterium nicht anwendbar war – der niedrigste Einzelwert für die Anwendbarkeit eines Kriteriums im gesamten Audit. In den Kommentaren wird dies meist damit erklärt, dass die Angehörigen die Versorgung übernehmen und kein Pflegedienst eingeschaltet war. In geringerem Umfang wird auch die Verlegung in andere stationäre Einrichtungen als Grund genannt.

Gleichwohl ist die Kriterienerfüllung bei den anwendbaren Fällen zu diesem Item die mit Abstand niedrigste des gesamten Audit. Hieran wird deutlich, dass eine aktive Überwindung der Schnittstelle stationär/ambulant auch im Pflegebereich in den meisten Einrichtungen noch entwicklungsfähig ist. Dabei dürfen die strukturellen Schwierigkeiten nicht außer Acht gelassen werden. So werden ambulanten Pflegediensten oder auch stationären Einrichtungen der Altenhilfe solche Übergabegespräche vor Ort von den Kranken- und Pflegekassen nicht vergütet.

Zusätzlich schlagen wir hier eine Ergänzung zur Version des Audit-Instrumentes, das im Implementierungsprojekt verwendet wurde, vor. Wir fragen im Patienten-Erhebungsbogen unter Punkt 4.6 ausdrücklich danach, ob die Angehörigen, die die weitere Versorgung ganz oder teilweise selbst übernehmen, also pflegende Angehörige sind, sich ausreichend auf die Situation nach der Entlassung vorbereitet fühlen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Einbeziehung der Angehörigen im Audit angemessen erfasst wird.

E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.

Mit diesem Kriterium soll insbesondere gemessen werden, ob die Entlassung sich geplant und systematisch am Zustand des Patienten orientiert. Gefragt wurde, ob spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durchgeführt wurde. Dies wird in 85,1 % der Fälle bestätigt. 16 Einrichtungen liegen zwischen 80 % bis 100 %, während drei mit 69,2 %, 47,6 % und 31,7 % deutlich abfallen. Von diesen Einrichtungen, die allesamt mit direktem Entlassungsmanagement arbeiten, wird in den Kommentaren erwähnt, dass vermutlich mehr an Überprüfung der Entlassungsvorbereitung stattfindet, dies jedoch nicht dokumentiert würde.

E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten

Die flächendeckende Überprüfung des Entlassungsmanagements nach der Entlassung stellt für die meisten beteiligten Einrichtungen eine Innovation dar. Auf die Frage, ob innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung die Umsetzung der Entlassungsplanung überprüft wurde, konnte in 81,1 % der Fälle mit ja geantwortet werden (E6.1). Die Zahl der nicht anwendbaren Fälle ist mit 8 % (46 Patienten) recht niedrig. In den meisten Fällen handelte es sich laut Kommentar um Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht erreicht wurden, während die Nein-Antworten meist darauf zurückgeführt wurden, dass – so ein Zitat aus der Prozessdokumentation – „die Auseinandersetzung der Mitarbeiter mit diesem Kriterium ... noch fehlt.“

In der differenzierten Betrachtung zeigt sich eine Teilung der Ergebnisse. Elf Einrichtungen liegen bei 80 % bis 100 %, vier bei 60 % bis 80 % und vier bei 40 % bis 60 %. Das bedeutet, dass viele Einrichtungen diese Qualitätsentwicklung „überraschend problemlos“ bewerkstelligen konnten, wie mehrere Kommentare in der Prozessdokumentation zeigen, während es bei einigen Einrichtungen deutlichen oder sogar erheblichen Entwicklungsbedarf bei diesem Thema gibt.

Bei der Frage danach, ob die Versorgungsleistungen aus Sicht der Befragten angemessen waren (E6.2), steigt die Quote der Fälle, auf die das Kriterium nicht anwendbar war, auf knapp 20 % (113 Patienten). Ein Teil dieser Zahl klärt sich mit den Ausfällen aus E6.1: wer nicht erreicht wurde, konnte auch keine Meinung äußern. Der andere Teil der Nichtanwendbarkeit wird aus den Kommentaren nicht recht deutlich. In einigen Fällen wird vermerkt, dass die Befragten keine Meinung äußerten, wobei auch kognitive Probleme vermutet wurden.

Das Kriterium selbst wird zu 92,8 % als erfüllt angegeben. Gründe für Unzufriedenheit der 36 Nein-Stimmen waren

- nicht ausreichende hauswirtschaftliche Versorgung (2x)
- fehlende Informationen (2x)
- Hilfsmittel nicht geliefert (2x)
- frühzeitige Entlassung,
- keine Information des ambulanten Pflegedienstes
- fehlender Arztbrief
- Transport nicht wie besprochen durchgeführt
- Schmerzen verschlimmern sich
- mangelhafte Einstellung des Blutzuckers
- Probleme mit Tabletten
- Patient fühlt sich im Heim unterfordert und unglücklich
- Keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Die „Mängelliste“ ist aus dem Grunde so ausführlich dargelegt, um zu zeigen, dass Patienten und Angehörige durchaus spezifische Kritik äußern. Auch wenn man, wie bei dem Kriterium E3.2 und E3.3, eine Tendenz zu positiv gefärbten Aussagen unterstellt und die Zahl der nicht erreichten Patienten berücksichtigt, bleibt die Zahl von 425 zufriedenen Befragten in jedem Fall ein sehr deutliches Ergebnis. In der Prozessdokumentation wird von mehreren Einrichtungen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass poststationäre Einrichtungen, Patienten und Angehörige die vermehrten Informationen und die verbesserten Kontakte begrüßen und davon profitieren.

7.4.6.4 Personalbezogene Auditergebnisse

An der Befragung hatten 398 Pflegefachkräfte teilgenommen. Ca. 92 % der Angaben zu den einzelnen Fragen waren gültig (Spannbreite von 86,6 % bis 98,0 %). Zwei Einrichtungen gaben an, dass von Pflegefachkräften Kritik an den Formulierungen des Fragebogens geäußert wurde. Fachsprachliche Formulierungen wie Audit oder Edukation galten als unverständlich. Da die Verzerrung der Ergebnisse dennoch gering ist, wird auf die Darstellung der ungültigen Stimmen im weiteren verzichtet.

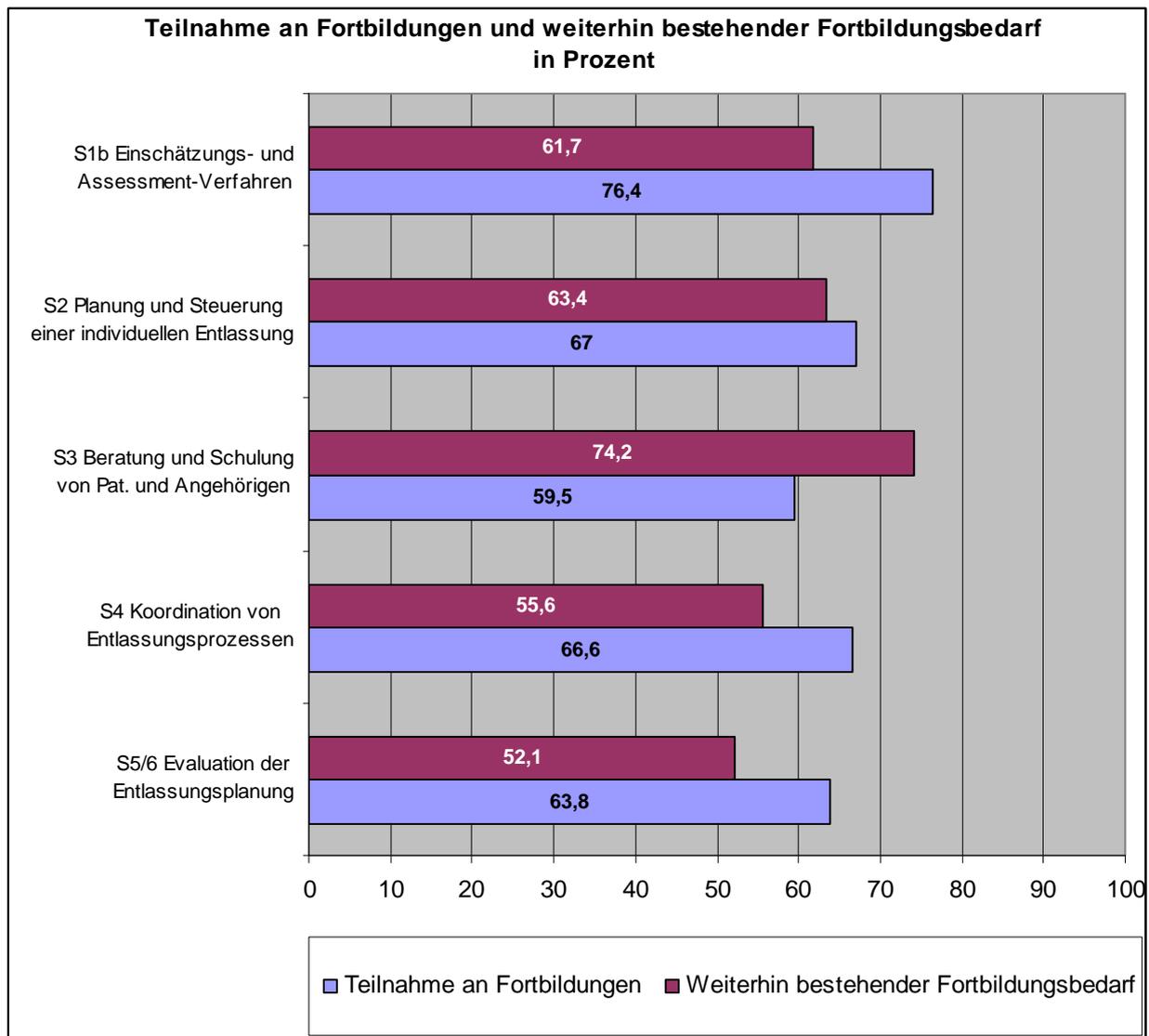


Abb. 15

An Fortbildungen zu den Themen des Entlassungsmanagements haben in den letzten 24 Monaten insgesamt knapp 67 % der Befragten teilgenommen. Die Spannweite reichte je nach Fortbildungsthema von 59,5 % bis 76,4 %. Einerseits könnte die hohe Teilnahme mit dem größeren Innovationspotential des Themas erklärt werden, andererseits wird aus der Prozessdokumentation ein hohes Maß an Fortbildungsangebot ersichtlich. Die höchste Teilnahme wird mit 76,4 % bei Schulungen zu Assessment-Instrumenten verzeichnet, die niedrigste mit 59,5 % bei Fortbildung zu Schulung und Beratung. Diese Zahlen entsprechen den Angaben der Prozessdokumentationen über das Fortbildungsangebot.

Auch der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf ist erheblich. 62 % der Befragten konstatieren diesen Bedarf. Die Spannweite reicht von 52,1 % bis 74,2 % je nach Fortbildungsthema. Der niedrigste Fortbildungsbedarf wird bei dem Thema Evaluation der Entlassungsplanung gesehen, der höchste beim Thema Schulung und Beratung. Bei diesem Kriterium wird der Fortbildungsbedarf mit 74,2 % sogar höher eingeschätzt als die Teilnahme an Fortbildungen mit 59,5 % gewesen ist. Das deutet darauf hin, dass den Pflegefachkräften im Projektverlauf ihre Defizite deutlicher wurden bzw. dass das Angebot an Fortbildung zu diesem Thema zu gering bemessen war. Zu den einzelnen Themen stellt sich die Situation wie folgt dar:

S1b Fortbildung zu Einschätzungskriterien und Assessment-Verfahren

Die mit 76,4 % sehr hohe Teilnahme deutet auf zweierlei hin: zum einen auf die gute Vorbereitung der Einführung des Expertenstandards auf der Angebotsseite der Fortbildung, zum anderen auf den hohen Fortbildungsbedarf. Der Umgang mit spezifischen Assessment-Instrumenten und -verfahren ist in der deutschen Pflegepraxis nach wie vor gewöhnungsbedürftig. Das zeigt auch der mit 61,7 % immer noch erhebliche weiter bestehende Fortbildungsbedarf.

14 Einrichtungen liegen bei der Teilnahme über 60 %, nur fünf darunter. Bei vier der fünf Einrichtungen mit niedriger Teilnahme liegt der angemeldete Fortbildungsbedarf deutlich über dem Durchschnitt. Das weist darauf hin, dass dort Bedarf und Angebot im Vorfeld zu gering kalkuliert waren. Beim angemeldeten Fortbildungsbedarf ist die Spannweite sehr groß. Sie reicht von 11,8 % bis 100 %. Dies weist auf unterschiedliche Bedingungen in den Einrichtungen hin.

S2 Fortbildung zu Planung und Steuerung einer individuellen Entlassung

Auch die Kenntnis der Versorgungsstrukturen einer Region gehört nicht zum Routinewissen einer Pflegefachkraft. Die entsprechende Teilnahme lag bei 67 %, der weiterhin bestehende Bedarf immerhin noch bei 63,4 %.

Bei der Teilnahme lagen zehn Einrichtungen über 60 %, sechs unter 50 %. Bei fünf von diesen sechs Einrichtungen wurde der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf mit Werten zwischen 84 % bis 92,9 %, also weit über dem Durchschnitt dieses Items, angegeben. Auch hier korreliert knappes Angebot im Vorfeld mit hohem Bedarf nach Einführung des Expertenstandards. Der Bedarf wird insgesamt meist hoch eingeschätzt: 13 Einrichtungen geben mehr als 60 % Fortbildungsbedarf an.

S3 Fortbildung zu Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen

Die Gesamtübersicht zeigte bereits, dass dies das einzige Item war, bei dem der weiterhin bestehende Bedarf höher eingeschätzt wurde als die Zahl der durchgeführten Fortbildungen. Die entsprechenden Werte waren 59,5 % und 74,2 %.

Betrachtet man wiederum die sechs Einrichtungen mit den niedrigsten Werten durchgeführter Fortbildungen (27,3 % bis 41,7 %) so weisen fünf davon beim weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf höhere Werte als der Durchschnitt auf (75 % bis 100 %). Allerdings ist der Abstand nicht so deutlich wie beim vorigen Item (S2). 15 Einrichtungen geben einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf von mehr als 50 % an. Das weist auf den Entwicklungsbedarf bei diesem Thema insgesamt hin.

S4 Fortbildung zu Koordination von Entlassungsprozessen

Koordinationsaufgaben gehören generell zu den Handlungsrouninen von Pflegefachkräften. Daher scheint die mit 66,6 % recht hohe Teilnahme an Fortbildungen und der mit 55,6 % immer noch beachtliche Fortbildungsbedarf darauf hinzudeuten, dass die Koordination von Entlassungsprozessen eine komplexe Aufgabe darstellt.

14 Einrichtungen liegen bei über 50 % in der Teilnahme (50 % bis 94,4 %). Vier Einrichtungen liegen unter 40 % (20 % bis 33,3 %). Auch hier ist es so, dass bei drei dieser vier Einrichtungen der angemeldete Fortbildungsbedarf deutliche über dem Durchschnitt liegt (85,7 % bis 91,3 %). Die große Nachfrage verweist auf eine gewisse Knappheit im Angebot bei diesen Einrichtungen.

S5/S6 Fortbildung zur Evaluation der Entlassungsplanung

Mit Blick auf die Kompetenz der Pflegefachkräfte kommt diesem Item eine gewisse Querschnittsfunktion zu: alle Maßnahmen des Entlassungsmanagements zur Herstellung eines häuslichen oder anderweitig poststationären Versorgungsarrangements sollen auf ihre Angemessenheit hin beurteilt werden. Die Teilnahme betrug 63,8 %, der weiterhin bestehende Bedarf 52,1 %. Die Werte liegen etwas niedriger, aber im Verhältnis von Teilnahme und Bedarf vergleichbar mit den Items zur Entlassungsplanung, -steuerung und -koordination.

Die Spannweite ist recht groß. Sie geht bei der Teilnahme von 21,1 % bis 100 % und beim Bedarf von 0 % bis 90 %. Fünf Einrichtungen liegen bei der Teilnahme unter 50 %. Vier dieser Einrichtungen verzeichnen mit 66,7 % bis 90 % einen Bedarf an Fortbildungen, der weit über dem Durchschnitt liegt. Auch hier scheint die Angebotsseite entwicklungsfähig.

7.4.6.5 Verhältnis von indirektem zu direktem Entlassungsmanagement

Bei der Qualität des Entlassungsmanagement ist nach den Ergebnissen dieses Audit kein deutlicher Rückschluss auf die Organisationsform möglich. Unsere Stichprobe lässt sich teilen in 9 Einrichtungen mit 276 auditierten Patienten, die spezialisierte Fachkräfte für das Entlassungsmanagement einsetzen – zwei Einrichtungen ausschließlich und sieben in Kombination mit den verantwortlichen Pflegekräften vor Ort - und 10 Einrichtungen mit 298 Patienten, die direktes Entlassungsmanagement durch die verantwortlichen Pflegekräfte ohne die Einschaltung einer spezialisierten Fachkraft betreiben. Die Einrichtungen sind also zahlenmäßig und in der Größenordnung des Audit vergleichbar.

Einrichtungen mit Pflegeexperten liegen in sieben Items leicht höher und in fünf Items leicht niedriger als Einrichtungen ohne Experten. In zwei Items ist ein deutlicher Unterschied - das heißt mehr als 10 % - zugunsten der Pflegeexperten zu sehen (E3.1 Schulung/Beratung und E5 Überprüfung 24 Stunden vor Entlassung). Beide Standardkriterien entsprechen explizit der Aufgabenstellung von spezialisierten Fachkräften für Entlassung. Ihre Durchführung, zumindest aber ihre Dokumentation wird durch den Einsatz von spezialisierten Fachkräften für Entlassung offenbar verbessert. Eine methodische Einschränkung muss allerdings gemacht werden: Es wurde bei den patientenbezogenen Audits nicht explizit erhoben, ob eine spezialisierte Fachkraft oder die zuständige Pflegekraft das Entlassungsmanagement durchgeführt hat.

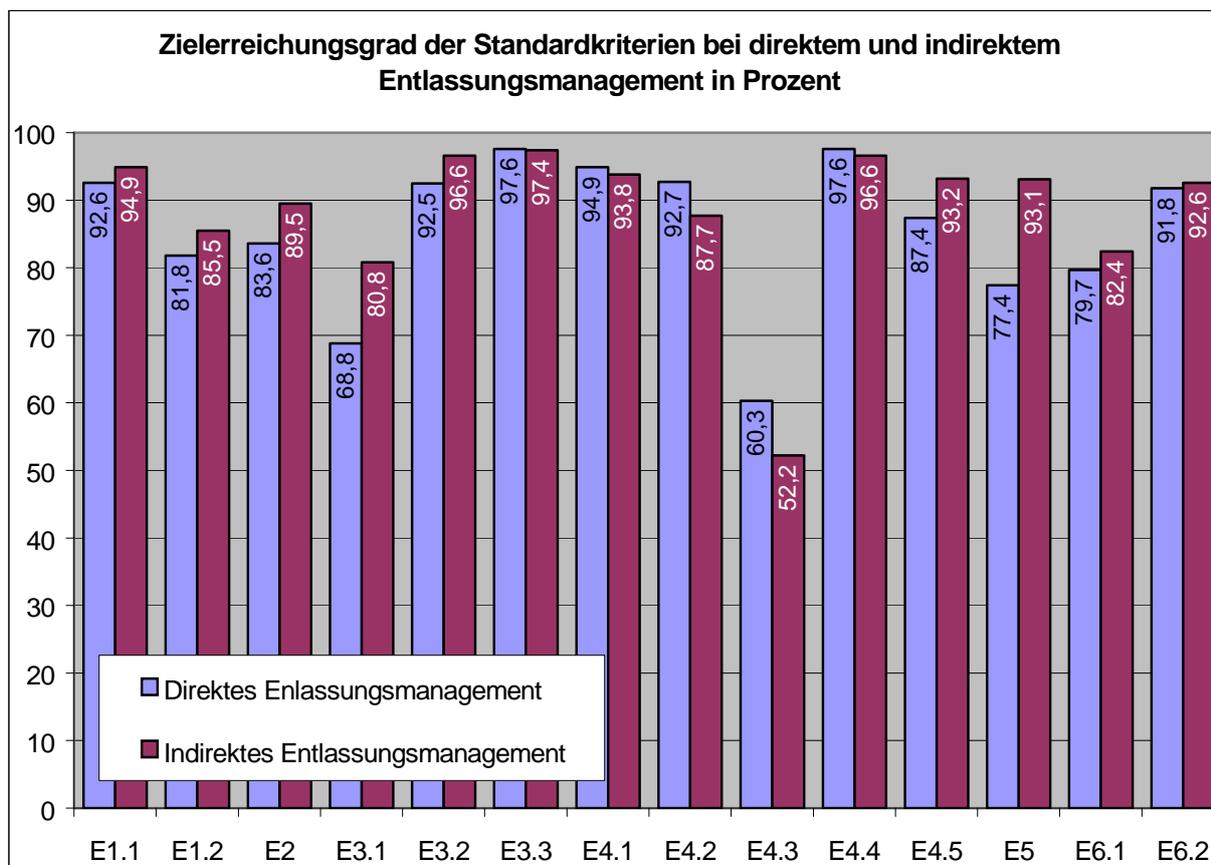


Abb. 16: Direktes Entlassungsmanagement n = 298, indirektes Entlassungsmanagement und Mischform aus direktem und indirektem Entlassungsmanagement n = 276

Diese Zahlen bestätigen also - bei aller gebotenen Zurückhaltung angesichts der nur beschränkten Aussagekraft - die Aussage der vorliegenden Literaturstudie, dass „eine gewisse, allerdings eher geringe Evidenz positiver Effekte eines auf dem Einsatz von Pflegeexperten beruhenden Entlassungsmanagements“ vorliegt (Dangel/Wingefeld, Kap. 5.4.1).

7.4.6.6 Zusammenfassende Einschätzung zum Audit-Instrument

Folgende Punkte des Audits erscheinen bei der Einführung des Expertenstandards wesentlich.

- Das Audit-Instrument hat sich erneut bewährt.
- Die Zahl von 40 auditierten Patienten pro Einrichtung konnte nicht ganz erreicht werden, der Durchschnittswert lag bei 30. Bei künftigen Audits könnte die Zahl der

Pflegeeinheiten, die in das Audit einbezogen werden vergrößert werden. Bei Folgeaudits könnte mit kleineren Zahlen gearbeitet werden.

- Der organisatorische Aufwand des Audits ist beträchtlich, da zwei Erhebungszeitpunkte notwendig sind. Genaue Absprachen im Vorfeld zur Vermeidung von Kommunikationsproblemen sind zu empfehlen.
- Die Einführung der Nachfrage 48 Stunden nach Entlassung erwies sich als unerwartet problemlos. Dieses Verfahren sollte unbedingt beibehalten werden, da es einen Frühindikator für Probleme im Entlassungsmanagement darstellt: Nehmen die Beschwerden von Patienten, Angehörigen und weiterversorgenden Einrichtungen zu, kann unmittelbar reagiert werden.
- Hervorzuheben ist das große Angebot an Fortbildung im Vorfeld der Einführung. Gleichwohl weist der sehr große weiterhin bestehende Bedarf auf bestehenden Entwicklungsbedarf in der Kompetenz der Pflegefachkräfte hin.

7.5 Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Implementierungsprojekt

Das Implementierungsprojekt ist aus Sicht des wissenschaftlichen Teams und der Projektbeauftragten in den Kooperationseinrichtungen (s. S. 119) überraschend positiv verlaufen. Im Vorfeld waren ein höheres Maß an Irritationen und Reibungen erwartet worden, da das Arbeitsfeld des Entlassungsmanagements multidisziplinär angelegt ist und in solchen Arbeitsfeldern häufig Kommunikations- und Kooperationsprobleme zu beobachten sind. In allen Einrichtungen ist es den Projektverantwortlichen gelungen - teilweise mit sehr großem persönlichen und zeitlichen Einsatz - die beteiligten Akteure an einen Tisch zu bringen und sie für einen Paradigmawechsel bei der Patientenentlassung zu gewinnen. Das geschah in der Mehrzahl der Einrichtungen nicht ohne Reibungsverluste (s. Ergebnisse zum Projektverlauf: 7.4), dennoch konnte das innovative Potenzial des Expertenstandards und des dazu gehörenden Audit-Instruments in den Kooperationseinrichtungen mit beachtlichem Erfolg realisiert werden:

- Pflegefachkräfte haben die Koordinierungsfunktion für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement übernommen.
- Patienten und Angehörige sind in ihrer selbstverantwortlichen Rolle gestärkt worden.
- Die Zusammenarbeit mit weiter betreuenden Einrichtungen nimmt einen größeren Stellenwert ein.
- Die poststationäre Evaluation der Patientenentlassung hat sich als machbar und sinnvoll erwiesen und ist auf durchweg positive Resonanz der externen Ansprechpartner gestoßen.

- Das Audit-Instrument ist praxistauglich und stellt ein zuverlässiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung dar. Die Anwendung dieses Instrumentes lohnt sich. Es macht den Erfolg der pflegerischen Arbeit im Rahmen der Standardeinführung sichtbar und liefert zuverlässige Daten für notwendige Weiterentwicklungen. Bei den Pflegekräften in den Modellstationen hat das Audit-Verfahren durchweg große Akzeptanz gefunden, weil es für sie viel mehr als Wertschätzung ihrer Arbeit denn als Kontrolle verstanden wird.

Die Eignung der direkten Form des Entlassungsmanagement durch die verantwortlichen Pflegekräfte in den Stationen oder der indirekten Form durch spezialisierte Fachkräfte stellt sich nach den Daten des Audits nicht als Alternative. Beide Formen sind mögliche Optionen. Allerdings geht aus der Projektdokumentation und dem personalbezogenen Audit hervor, dass der Unterstützungsbedarf der Pflegekräfte in den Modellstationen im Rahmen des direkten Entlassungsmanagement beträchtlich war. Das heißt, dass in jedem Fall Unterstützung durch Pflegeexperten erforderlich ist. Das gilt für die Umsetzung der einzelnen Einführungsphasen ebenso wie für die konkrete Gestaltung des Entlassungsmanagements. Die weitere Arbeit mit Expertenstandards wird durch den Erfolg des zweiten Implementierungsprojekts erheblich gestützt. Das im Pilotprojekt zum Thema Dekubitusprophylaxe erprobte qualitätsmethodische Vorgehen der Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards hat sich im Folgeprojekt ein weiteres Mal sehr gut bewährt und wird daher in dieser Form auch für die nächsten Themen Anwendung finden.

Die im Rahmen der bundesweiten modellhaften Einführung von zwei Expertenstandards gewonnenen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass eine geeignete Infrastruktur für Qualitätsentwicklung in der Pflege erforderlich ist, um einen Expertenstandard erfolgreich implementieren zu können. Aufgrund der in den Implementierungsprojekten erworbenen Erkenntnisse werden folgende Anforderungen an Praxiseinrichtungen als notwendig erachtet (vgl. Schieman/Moers 2004, 123-130):

- Grundlegend für das Gelingen der Einführung ist die aktive Übernahme der *Verantwortung für die Rahmenbedingungen durch das Management* der Einrichtung. Insbesondere müssen die personellen und zeitlichen Ressourcen für Fortbildung und Einführungsprozess bereitgestellt werden können.
- Notwendig ist eine weit entwickelte *Systematisierung der pflegerischen Arbeit*. Insbesondere die Pflegeprozessmethode einschließlich der Dokumentation sollte sich auf einem hohen Stand befinden.
- Ideal ist das Vorhandensein der *Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung*, da mittels dieser sowohl eine flächendeckende als auch zeitstabile Einführung eines

Expertenstandards möglich ist, also die Verstetigung von positiven Projektergebnissen optimiert werden kann.

- Für die Implementierung von Expertenstandards sollten unbedingt Projektbeauftragte benannt werden. Als Projektbeauftragte kommen nur Mitarbeiterinnen mit großer Erfahrung in Qualitäts- und Pflegeentwicklung einschließlich der erforderlichen Projektmanagement-Kompetenz in Frage. Ideal erscheinen für diese Aufgabe pflegewissenschaftlich qualifizierte Expertinnen.
- Die Einrichtung von Arbeitsgruppen ist für den Projekterfolg ebenso bedeutend wie die Benennung von Projektbeauftragten. Aufgrund ihrer wichtigen Multiplikatorenfunktion benötigen die Arbeitsgruppen-Mitglieder zeitliche Ressourcen,
 - a) um sich für diese Funktion qualifizieren können und
 - b) zur Beratung und Anleitung von Kollegen.
- Die jeweils themenspezifischen Fortbildungen müssen möglichst nah am Ort des Handlungsvollzuges geschehen und die Arbeitsgruppen-Mitglieder explizit einbinden. Weiterhin ist darauf zu achten, dass die Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig angeboten werden, um für die Einführung des Expertenstandard wirksam werden zu können.
- Das Vorgehen in der Einführung selbst sollte sich nach den vier Phasen des Implementierungskonzeptes richten (s. Kap. 7.1): Fortbildung, Standardanpassung, -einführung und Audit.. Dabei ist darauf zu achten, dass der Einführungsprozess in einem überschaubaren Zeitraum erfolgt, um das Interesse und die Motivation der jeweiligen Pflegeteams auf einem hohen Niveau halten zu können.

Literatur

Moers, M., Schiemann, D. & Fierdag, A.: Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP, S. 93-100

Royal College of Nursing/Society of Paediatric Nursing (Hrsg.): Standards of Care for Paediatric Nursing. Harrow, Scutari Press, 1994

Schiemann, D. und Moers, M.: Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP, S. 101-122

Schiemann, D. und Moers, M.: Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand – Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP, S. 123-131