

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

# Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Ergebnisse der  
modellhaften Implementierung zum

## **Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**

**2007**

## **5 Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**

Martin Moers, Doris Schiemann und Heiko Stehling

### **5.1 Konzept der Implementierung**

Die Fragestellung der modellhaften Implementierung ist die nach der Akzeptanz und Praxis-tauglichkeit des Expertenstandards in verschiedenen Praxisfeldern des Gesundheitswesens. Zudem gibt die wissenschaftlich begleitete Implementierung durch die Auswertung der einzelnen Implementierungsphasen und der Ergebnisse des abschließenden Audits Hinweise über den Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf den Einführungsprozess und seine Ergebnisse.

Das im Austausch mit Praxiseinrichtungen entwickelte und bereits vierfach erfolgreich angewendete Konzept der Implementierung hat sich erneut bewährt. Es beinhaltet

- ein kriteriengeleitetes Auswahlverfahren der Einrichtungen, um eine ausgewogene Verteilung von Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu erreichen (vgl. Kap. 5.2, S. 129),
- das Programm der fachlichen Beratung und wissenschaftlichen Begleitung während des Projektes und
- das Phasenmodell zur Standardeinführung in den Modellpflegeeinheiten.

Für die modellhafte Implementierung ist ein zeitlicher Rahmen von sechs Monaten vorgesehen. Das Phasenmodell bietet eine wichtige Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Standardeinführung. Es wurde in Anlehnung an den Qualitätszyklus entwickelt. Dieser ist zentraler Bestandteil der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die über Erfahrungen mit dieser Methode verfügen, haben den Vorteil, dass das Pflegepersonal zu weiten Teilen mit den erforderlichen methodischen Kompetenzen vertraut ist (Schiemann & Moers 2004). Eine detaillierte Darstellung des Phasenmodells findet sich in der Abbildung 3.

## **Phasen des Implementierungsprojekts: Zeitumfang 6 Monate**

### **Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. 4 Wochen)**

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten „Kick-off“ Veranstaltungen zu Beginn des Projektes und zu Beginn der Einführung und Anwendung des Expertenstandards für folgende Adressaten angeboten werden: Pflorgeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegeleitung auf der Abteilungs- und Betriebsebene, sowie interessierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe, insbesondere der Medizin.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sind dem jeweiligen Bedarf des Pflorgeteams anzupassen. Es ist vorhersehbar, dass in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu den Themen Assessment und Beratung/Schulung bestehen wird. Es empfiehlt sich, frühzeitig gezielte Abfragen zum Fortbildungsbedarf bei den Pflorgeteams der Modellpflegeeinheiten durchzuführen.

Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflorgeteams der Modellpflegeeinheiten 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 Pflorgeteams. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sollte der oder die Projektbeauftragte zur Verfügung stehen. Es empfiehlt sich, dass die Leitungsebene der Modellpflegeeinheit in der AG vertreten ist, um bei organisatorischen Fragen für kurze Dienstwege sorgen zu können.

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

Vor der Standardanpassung verschafft sich die Arbeitsgruppe zunächst in einer Ist-Analyse einen möglichst systematischen Überblick über den Entwicklungsstand der Pflegeeinheit in Bezug auf das Standardthema. Dabei wird auch der Bedarf an Anpassungen ermittelt. Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf der Zielgruppe darf das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht unterschritten werden. Wichtig ist daher, dass die Kernaussagen der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleiben. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Auditergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar, in wie weit das angestrebte Qualitätsniveau erreicht werden konnte. Empfohlen werden Konkretisierungen immer dann, wenn besondere Bedingungen einer Zielgruppe oder Arbeitsabläufe einer Pflegeeinheit berücksichtigt werden müssen, wie z. B. Zuständigkeiten oder geeignete Zeitpunkte für Assessments.

### **Phase 3 Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. 8 Wochen)**

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

den Pflegefachkräften Gelegenheit zu angeleiteter und supervidierter Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte gegeben werden. Ebenso ist eine Prozessbegleitung für Rückfragen und Feedback zu gewährleisten. Die Standardeinführung muss mit viel Aufmerksamkeit für den Anleitungsbedarf und die Akzeptanz der Pflegefachkräfte vor Ort durchgeführt werden. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind unverzichtbar.

#### **Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (ca. 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 des Pflegeteams der Modellpflegeeinheit anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen. Die angestrebte Stichprobe liegt bei 40 Patienten und Bewohnern in vier Wochen, die von dem jeweiligen Qualitätsrisiko betroffen sind, auf die der jeweilige Expertenstandard also anwendbar ist. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit bzw. -einheiten in den Krankenhäusern mit ihren kurzen Verweildauern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patienten betreut wird, bei denen das entsprechende Qualitätsrisiko vorliegt. Mit Blick auf die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe kann dem gegenüber leichter geplant werden, eine Modellpflegeeinheit mit nur so vielen Bewohnerplätzen vorzusehen, dass 40 Bewohner mit dem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Für die ambulante Pflege gilt mit Berücksichtigung der unterschiedlichen Organisationsformen Entsprechendes.

#### **Abb. 3: Phasen des Implementierungsprojekts**

Die Faktoren, die einen Einfluss auf den Implementierungsprozess haben, sind vielschichtig und reichen von der Größe der jeweiligen Einrichtung und vorhandenen Erfahrungen mit qualitätsfördernden Maßnahmen über die zugrunde liegende Motivation zur Einführung eines Expertenstandards bis hin zur Häufigkeit des Auftretens des jeweiligen Qualitätsproblems, in diesem Fall der Kontinenzproblematik. Bei der Kontinenzförderung ist deutlich geworden, dass zur Umsetzung der Standardkriterien in Krankenhäusern, stationären Altenhilfeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden mussten, um den spezifischen Gegebenheiten wie z. B. Behandlungsziele, kurze Verweildauern oder notwendige Einbeziehung von Angehörigen zur Ermöglichung unverzüglicher Hilfeleistung Rechnung tragen zu können. Für die modellhafte Implementierung hat es sich daher als hilfreich erwiesen, erneut wie schon im vorangegangenen Projekt zur Sturzprophylaxe, auf eine ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten zurückgreifen zu können.

Im vorliegenden Projekt konnten nahezu alle Einrichtungen die Projektschritte bei angemessener zeitlicher Reihenfolge in dem vorgesehenen Zeitrahmen von sechs Monaten bewältigen. Dabei sind alle Einrichtungen dem Konzept gefolgt und haben ihm eine gute Anwendbarkeit bescheinigt.

## 5.2 Auswahl der Einrichtungen

Bei der Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen wurde eine ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten (Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ambulante Pflegedienste) angestrebt. Berücksichtigung fanden außerdem Gesichtspunkte regionaler Verteilung, unterschiedlicher Fachbereiche, Patienten- und Bewohnergruppen und Versorgungsstufen.

Für die Auswahl der Einrichtungen waren folgende Strukturkriterien von maßgeblicher Bedeutung:

- Hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode),
- Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung),
- das Vorhandensein oder der Aufbau eines betriebesweiten Qualitätsmanagements
- Eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum,
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in der oder den Modellpflegeeinheiten und
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Insgesamt haben sich im Vorfeld der modellhaften Implementierung 42 Einrichtungen mit qualifizierten Unterlagen um eine Teilnahme beworben. Die Zahl von 25 teilnehmenden Einrichtungen konnte wie beim Vorgängerprojekt zur Sturzprophylaxe von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung erneut bewältigt werden. Sie stellt jedoch gleichwohl eine Obergrenze dar. Die einzelnen Kooperationspartner des Implementierungsprojektes sind in Abbildung 4 aufgelistet.

### Kooperationspartner des Implementierungsprojekts

#### **Altenheim Darmstadt**

Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerin Inka Kinsberger  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Sabine Müller

#### **Bethesda Geriatrische Klinik Ulm gGmbH**

Pflegedienstleitung: Sieglinde Ulrich  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Monika König

#### **Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft, Haus St. Franziskus, Langenfeld**

Pflegedienstleitung: Renate Muchowski  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegemanagerin Claudia Calero

#### **Caritas Seniorenservice West-Münsterland, Lüdinghausen**

Pflegedienstleitung: Martina Brexler  
Projektbeauftragter: Winfried Brosch, MPH

**Diakonie in Düsseldorf, Leben im Alter, Zentrum Golzheim**

Pflegedienstleitung: Ingrid Ljubisic  
Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic

**DRK Pflegedienste Herzogtum Lauenburg gGmbH, Berkenthin**

Pflegedienstleitung: Franziska Wiechner  
Projektbeauftragte: Elisabeth Bartsch; Kati Gottschling, MA

**Ev. Diakoniestation Villingen-Schwenningen**

Geschäftsführung: Daniel Engelberg  
Projektbeauftragte: Elvira Kohler

**Ev. Johanneswerk e. V., Haus Stephanus, Herford**

Verantwortliche Pflegefachkraft: Renate Corazza  
Wohnbereichsleitung: Thomas Schwebel  
Projektbeauftragte: Heike Twelsiek

**Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart**

Pflegedienstleitung: Radegunde Möhle  
Pflegedirektorin (kommissarisch): Christel Idler  
Projektbeauftragte: Sabine Podewski

**Klinikum Braunschweig gGmbH**

Pflegedirektor: Ulrich Heller  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Heike Stöter

**Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main**

Pflegedirektor: Martin Wilhelm  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Claudia Haupt

**Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH**

Pflegedirektorin: Käthe Harms  
Projektbeauftragte: Claudia Schwartz

**Klinikum Links der Weser**

Pflegerische Geschäftsführung: Angela Dick  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Christiane Hahn, MPH; Doris Scholt

**Klinikum Nürnberg**

Klinikpflegedienstleitung: Ankica Krizanovic  
Projektbeauftragte: Steffi Frenzel

**Medizinische Hochschule Hannover**

Geschäftsführung Krankenpflege: Iris Meyenburg-Altswarg  
Projektbeauftragte: Sarafina Skelo

**Pflegen und Wohnen „Die Oberaltenallee“, Hamburg**

Einrichtungsleitung: Dipl.-Pfleger Frank Haesloop  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Antje Meyer

**Pflegezentrum Käferberg, Zürich**

Pflegedienstleiterin: Claudia Jann

Projektbeauftragte: Heidi Sommer

**Professor König Heim, DRK Hildesheim**

Pflegedienstleitung: Martin Fischer

Projektbeauftragte: Jutta Keuneke

**Städt. Pflegeheime Esslingen**

Pflegedienstleitung: Barbara Deuschle

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Regine Leinweber

**Stiftungsklinikum Mittelrhein, Seniorenhaus Heilig Geist, Boppard**

Pflegedienstleitung: Heike Achenbach

Projektbeauftragte: Tanja Vogt

**Unfallkrankenhaus Berlin**

Pflegedirektor: Dipl.-Kfm. Matthias Witt

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Kirsten Neumann

**Universitätsklinikum Essen**

Pflegedienstleitung: Irene Maier

Projektbeauftragte: Birgit Lottko

**Universitätsklinikum Jena**

Direktor des Pflegedienstes: Joerg-Dieter Storsberg

Projektbeauftragter: Stefan Reithofer

**Vitanas GmbH + Co. Kg aA, Seniorenzentrum Märkisches Viertel, Berlin**

Pflegedienstleitung: Eva Holtmann, Joachim Müller

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Kathrin Schlegel

**Volkshilfe Steiermark, Graz**

Pflegedienstleitung: Mag. Brigitte Schaffrath

Projektbeauftragte: Gabriele Kroboth

**Abb.: 4:** Kooperationspartner des Implementierungsprojektes

### 5.3 Wissenschaftliche Projektbegleitung

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams bestanden in der

- Planung und Steuerung des Projektverlaufs sowie der Beratung der Projektbeauftragten. In diesem Kontext wurde beispielsweise über das Vorgehen bei der Einschätzung des Kontinenzrisikos und über Fragen zu Maßnahmen der Kontinenzförderung diskutiert und der Austausch zwischen den teilnehmenden Einrichtungen organisiert;

- Weiterentwicklung des Erhebungsinstrumentes zur Erfassung der relevanten Rahmen-  
daten der Praxiseinrichtungen, des Projektverlaufs, der hemmenden und fördernden  
Bedingungen der Implementierung sowie der Akzeptanz des Expertenstandards. Das  
Instrument ist an dem vierphasigen Konzept der Implementierung orientiert und stand  
den Einrichtungen als Online-Dokument zur Verfügung;
- Entwicklung eines Audit-Instruments zum Expertenstandard Förderung der Harnkonti-  
nenz in engem Austausch mit den Projektbeauftragten. Das Instrument wurde auf  
Grundlage des mehrfach erprobten Rahmenkonzeptes entworfen und stand den Ein-  
richtungen frühzeitig für eigene Pretests zur Verfügung. Diese wurden vielfach genutzt  
und das Instrument konnte aufgrund der Diskussionen bei den Projektveranstaltungen  
präzisiert werden;
- Auswertung und Berichterstattung auf der Grundlage der im Rahmen der Projektveran-  
staltungen, der Projektverlaufs-Dokumentation und des Audits erhobenen Daten.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte in vier  
ganztägigen Veranstaltungen in Osnabrück. Dabei hat sich bewährt, den ersten Termin vor  
den Projektstart (Januar 2006) zu legen und damit Zeit für die notwendigen Vorbereitungen  
einzuräumen. Die abschließende Veranstaltung im Juli 2006 diente der internen Präsentation  
und Diskussion der Evaluationsergebnisse zum Projektverlauf und den Audits in den Praxis-  
einrichtungen.

## 5.4 Ergebnisse zum Projektverlauf

### 5.4.1 Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen

#### *Art der Einrichtung und fachliche Ausrichtung*

An der modellhaften Implementierung des Standards waren insgesamt 25 Einrichtungen  
beteiligt: 10 Einrichtungen der stationären Altenhilfe, vier ambulante Pflegedienste und 11  
Krankenhäuser. Darunter befanden sich ein ambulanter Pflegedienst aus Österreich und  
eine stationäre Pflegeeinrichtung aus der deutschsprachigen Schweiz.

Die zehn Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* hatten zwischen 79 und 283 Bewohner-  
plätze. Als Modellpflegeeinheiten wurden zwischen einem und vier Wohnbereiche ausge-  
wählt, am häufigsten wurde der Standard in zwei Wohnbereichen eingeführt. Die Gesamt-  
zahl der Bewohnerplätze lag im Projektzeitraum zwischen 40 und 102, durchschnittlich wa-  
ren es etwa 64 Bewohnerplätze. Als Pflegeorganisationsform wurde überwiegend Gruppen-  
und Bereichspflege angegeben, in einer Einrichtung war Primary Nursing eingeführt.

In den vier *ambulanten Pflegediensten* wurde der Standard flächendeckend eingeführt. Drei  
der vier beteiligten Dienste betreuten im Projektzeitraum zwischen 106 und 270 Patienten.  
Der österreichische Pflegedienst mit 3000 Patienten hat den Standard einrichtungsweit in  
allen angeschlossenen Sozialstationen eingeführt und fiel damit aus dem Konzept der mo-  
dellhaften Implementierung heraus, das eine Einführung auf überschaubaren Pflegeeinheiten  
vorsieht. Er wurde deshalb in der Auswertung immer dann nicht berücksichtigt, wenn dies zu



Verzerrungen im Gesamtergebnis geführt hätte. Dies ist an den jeweiligen Berichtsstellen gesondert vermerkt.

Unter den *Krankenhäusern* waren neun Häuser der Maximalversorgung, ein auf Geriatrie spezialisiertes Haus der Grundversorgung und eines der Regelversorgung. Die Größe der Krankenhäuser variierte zwischen 90 und 1478 Betten, die Mehrzahl der Häuser hatte mehr als 1000 Betten. Unabhängig von der Größe der Einrichtung entschieden sich die Krankenhäuser für ein bis fünf Modellpflegeeinheiten, am häufigsten wurden drei Stationen gewählt. Die Anzahl der Betten lag im Projektzeitraum zwischen 28 und 145. In zehn Einrichtungen war die Pflege der Patienten nach dem Bereichspflegesystem organisiert, in einer Einrichtung wurde Primary Nursing praktiziert. Zu den beteiligten Fachrichtungen zählten Chirurgie, Nephrologie/Urologie, Gynäkologie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Geriatrie. Fünf Einrichtungen haben den Standard in einer Fachabteilung eingeführt, die weiteren auf mehreren Abteilungen oder auf Abteilungen mit mehreren Fachrichtungen. Die Verweildauer lag zwischen fünf (Nephrologie und Gynäkologie) und 20 (Geriatrie), im Durchschnitt bei 8,9 Tagen.

#### *Personalausstattung*

In den Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* lag der Personalschlüssel bei 5,7 Bewohnern pro Pflegefachkraft (gemeint sind im Folgenden immer Vollzeitstellen). Die Werte bewegten sich zwischen 2,6 und 10,5. Die Fachkraftquote, definiert als das Verhältnis von Pflegefachkräften und geringer qualifizierten Pflegekräften, lag in allen Einrichtungen bei mindestens 50% und höchstens 63% und im Durchschnitt bei 56,2%.

Bei den drei bundesdeutschen *ambulanten Pflegediensten* lag die Fachkraftquote im Durchschnitt bei 66,5% und das Verhältnis von Patienten zu Pflegefachkräften zwischen 7,8 und 12,6 und im Durchschnitt bei 10,1 Patienten pro Pflegefachkraft. Der österreichische Dienst ist mit den anderen strukturell nicht vergleichbar. Da hier die Pflegefachkräfte hauptsächlich die medizinisch-pflegerischen Leistungen übernehmen und im Bereich der pflegerischen Versorgung eher steuernde und organisatorische Aufgaben gegenüber den zahlreichen Hilfskräften wahrnehmen, sind Fachkraftquote und Personalschlüssel vergleichsweise gering.

In den *Krankenhäusern* lag der Personalschlüssel, hier definiert als das Verhältnis von Behandlungsplätzen zu Pflegefachkräften, zwischen 1,7 und 2,9 und im Durchschnitt bei 2,1 Behandlungsplätzen pro Pflegefachkraft.

#### *Erfahrungen mit qualitätsfördernden und -sichernden Maßnahmen*

Alle teilnehmenden Einrichtungen haben bereits Erfahrung in der Durchführung von qualitätsfördernden und -sichernden Maßnahmen. Mit Ausnahme von zwei Einrichtungen wurden bereits ein oder mehrere Expertenstandards eingeführt, darüber hinaus kommen in sieben Einrichtungen hauseigene Pflegestandards zur Anwendung. Zwei Einrichtungen verfügen über Erfahrungen in der Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. In zwölf Einrichtungen sind Qualitätszirkel tätig, acht Einrichtungen sind zertifiziert. Da-

neben existieren in allen Einrichtungen weitere Maßnahmen und Projekte, die der Qualitätsentwicklung und -sicherung dienen, wie zum Beispiel Qualitätsmanagement-Systeme, Beschwerde- und Fehlermanagement, Behandlungspfade, Multiplikatorensysteme etc. Alle Maßnahmen geben Hinweise darauf, dass die Einrichtungen über Qualitätsmanagementstrukturen verfügen, die die Einführung des Standards erleichtern.

#### **5.4.2 Zeitrahmen**

Für die vier Phasen der Implementierung des Expertenstandards stand den Einrichtungen insgesamt ein Zeitrahmen von sechs Monaten zur Verfügung (Januar 2006 - Juli 2006). Allen teilnehmenden Einrichtungen war es möglich, den Standard innerhalb dieses Rahmens zu implementieren und das abschließende Audit durchzuführen. Bei einigen Krankenhäusern gab es in der Umsetzung zeitliche Verzögerungen aufgrund geringerer Fallzahlen als erwartet und auch extrem kurzer Verweildauern, so dass zum Berichtszeitpunkt weitere Anpassungserfordernisse absehbar waren. Die Gestaltung bedarfsgerechter Fortbildungsveranstaltungen, Einführung des Standards und Durchführung des Audits wurden von den Projektbeauftragten wegen der Komplexität des Standards übereinstimmend als zeitintensive Aufgaben beschrieben.

#### **5.4.3 Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard**

##### *Bildung einer Arbeitsgruppe*

Mit Beginn des Implementierungsprozesses wurden in allen Einrichtungen frühzeitig Arbeitsgruppen gebildet, deren Aufgabe es war, die einzelnen Implementierungsschritte inhaltlich und strukturell zu begleiten und den Pflegeteams auf den Modellpflegeeinheiten als Ansprechpartner und Multiplikatoren zur Seite zu stehen. Die Zusammensetzung und Größe der Arbeitsgruppen variierte in den Einrichtungen unabhängig von deren Größe, Struktur und Art. Sie hatten eine Mitgliederzahl zwischen 3 und 16 Personen und waren überwiegend mit Pflegefachkräften der Modellpflegeeinheiten besetzt. In vier Einrichtungen waren Ärzte dauerhaft oder zeitweilig in den Arbeitsgruppen vertreten, daneben wurden in vier Einrichtungen Physio- und Ergotherapeuten dauerhaft, in acht weiteren zeitweilig einbezogen. Nach Bedarf wurden die Arbeitsgruppen um weitere Mitglieder ergänzt, wenn es um bestimmte Fragestellungen, insbesondere der Standardanpassung ging. Eine Einrichtung kooperierte mit einer lokalen Selbsthilfegruppe. In allen bis auf vier Arbeitsgruppen war die Leitungsebene vertreten, davon in fünf Fällen die Pflegedienst- bzw. Hausleitung. Unter den Arbeitsgruppenmitgliedern befanden sich auch dauerhaft oder zeitweilig stations- oder wohnbereichsexterne Teilnehmer wie Hygienebeauftragte, Stomatherapeuten und Studierende aus Pflegestudiengängen im Rahmen von Praktika.

Die Auswahl der Arbeitsgruppenmitglieder erfolgte häufiger durch die Leitungen der Häuser als durch freiwillige Interessensbekundung. Eine Einrichtung gibt an, die Mitglieder über eine interne Ausschreibung gewonnen zu haben. Als hinderlich hat sich in einer AG die hohe Mitgliederzahl erwiesen, da hier Entscheidungsprozesse gehemmt wurden. Weitere Schwierigkeiten ergaben sich durch die für einige Mitglieder ungewohnte Arbeitsweise von Arbeits-

gruppen und die Diskontinuität in der Teilnahme durch Urlaub, Krankheit oder Arbeitsbelastungen der Teilnehmer. Dies forderte motivierende Leistungen der jeweiligen Projektbeauftragten und gibt einen Hinweis darauf, dass diese Faktoren in der Zeitplanung entsprechender Projekte berücksichtigt werden sollten. Insgesamt zeigte sich in den Prozessbeschreibungen, dass die Arbeitsgruppen im Großen und Ganzen erfolgreich arbeiten konnten.

Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Standardeinführung wurde deutlich, dass sich alle Pflegefachkräfte einem veränderten Umgang mit dem Thema annähern mussten, den man als Weg von der Inkontinenzversorgung zur Kontinenzförderung beschreiben könnte. Der Expertenstandard stellte „die eigene Arbeit der Pflegenden (auch) subjektiv in Frage“, wie es eine Projektbeauftragte ausdrückte. Aus einer anderen Projektverlaufsdokumentation wird deutlich, dass zusätzlich eine „Hemmschwelle besteht, das Thema bei Patienten anzusprechen“. Als wichtiges Mittel zur Erleichterung dieser Annäherung stellten sich die angebotenen Fortbildungen und der damit verbundene Wissenserwerb dar.

### *Fortbildungsbedarf*

Um ein geeignetes Fortbildungsangebot zu gestalten, das sich an den Standardinhalten und an dem individuellen Bedarf der Pflegeteams orientiert, wurde in allen Einrichtungen zunächst der Fortbildungsbedarf erhoben. Dieser unterscheidet sich hinsichtlich der Inhalte und hinsichtlich der Häufigkeit der Wünsche zwischen den Einrichtungsarten kaum.

Den größten Fortbildungsbedarf sehen die Pflegeteams bei Maßnahmen zur Kontinenzförderung, gefolgt von Risikofaktoren zur Entstehung einer Harninkontinenz. Assessments zur Harninkontinenz in Verbindung mit Inkontinenzformen und Kontinenzprofilen waren weitere häufig gewünschte Themen, denen insbesondere durch die Einführung und Anwendung der Kontinenzprofile besonderes Gewicht zukommt. Danach wurden Beratung und Anleitung im Allgemeinen genannt. Seltener wurden Wünsche nach Informationen zu Expertenstandards im Allgemeinen geäußert.

### *Fortbildungsangebot*

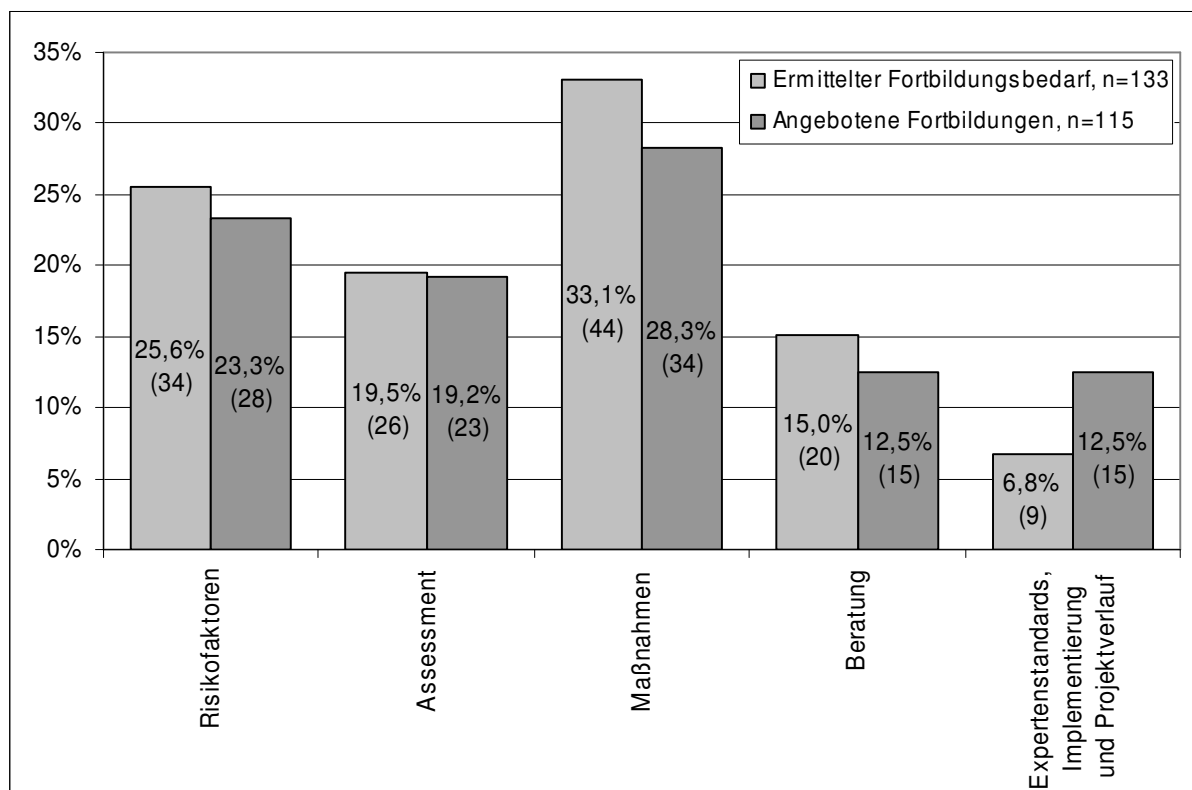
Das Fortbildungsangebot orientierte sich eng an den zuvor identifizierten Fortbildungswünschen. Insgesamt wurden in der Fortbildungsphase in allen Einrichtungen zusammen 115 Fortbildungsveranstaltungen angeboten, im Durchschnitt waren es zwischen 4 und 5 pro Einrichtung.<sup>1</sup> Den größten Anteil hatte der Themenschwerpunkt Maßnahmen zur Kontinenzförderung einschließlich des Umgangs mit Hilfsmitteln. Darauf folgten in kleinen Abstufungen die Themen Risikofaktoren für eine Harninkontinenz, die neben allgemeinen und speziellen Risikofaktoren auch bestimmte Erkrankungen und anatomische und physiologische Bedin-

---

<sup>1</sup> Bei dieser und den folgenden Angaben sind die Zahlen des großen ambulanten Pflegedienstes, der seine Pflegeteams flächendeckend im Umgang mit Hilfsmitteln zur Kontinenzförderung geschult hat, bereits herausgerechnet, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden, da das Implementierungskonzept von einer oder doch wenigen Modellpflegeeinheiten ausgeht.

gungen aufgriffen, sowie Assessmentverfahren zur Einschätzung einer Harninkontinenz, gefolgt vom Thema Beratung, das auffallend selten angeboten wurde. Geringeren Anteil hatten auch Fortbildungen zu den Expertenstandards allgemein sowie Informationsveranstaltungen zum Fortschreiten des Projektverlaufes, die gleichwohl für die Transparenz des Projektes und die Möglichkeit der Einflussnahme einen wichtigen Anteil an der Projektgestaltung hatten. Abbildung 5 zeigt vergleichend die Anteile der Fortbildungswünsche und der tatsächlich angebotenen Fortbildungen.

Der Theorie/Praxis-Transfer erfolgte ergänzend auch in Form von Einzelschulungen. Dies betrifft insbesondere das Assessment der Harninkontinenz und die Anwendung der Kontinenzprofile, die während der später folgenden Umsetzung durch Arbeitsgruppenmitglieder, Projektbeauftragte oder andere erfahrene Pflegefachkräfte mit den Teammitgliedern einzeln geschult wurden. Diesem Vorgehen wurde von den Projektbeauftragten ein großer Effekt bescheinigt, konnte in der Auswertung jedoch nicht zahlenmäßig erfasst werden.



**Abb. 5:** Ermittelter Fortbildungsbedarf und angebotene Fortbildungen

#### *Teilnehmerzahlen und Zeitaufwand*

Die 115 Fortbildungsangebote wurden insgesamt 2361 Mal besucht. Die Teilnehmerzahlen liegen damit nochmals über denen der vorangegangenen Implementierungsprojekte (Sturzprophylaxe: 90 Fortbildungen und 1486 Teilnahmen; Schmerzmanagement: 116 Fortbildungen und 1950 Teilnahmen). Der Zeitaufwand für Fortbildungen, errechnet aus der Dauer der

Veranstaltungen mal Anzahl der Teilnehmer, lag in allen Einrichtungen zwischen 52,5 und 437 und im Durchschnitt bei 176 Stunden. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in den ambulanten Pflegediensten lag der Zeitaufwand bei durchschnittlich 180 Stunden und in den Krankenhäusern bei 168 Stunden. Die Projektbeauftragten aller Einrichtungen haben zwischen vier und 140 Stunden, im Durchschnitt etwa 43 Stunden für die Fortbildungen aufgebracht. Hohe Zahlen ergeben sich insbesondere dann, wenn sie selbst als Referenten tätig waren.

Im Vergleich zum vorab festgestellten Fortbildungsbedarf war der Angebotsumfang angemessen. Nach Aussagen der Projektbeauftragten war der insgesamt hohe Aufwand für Fortbildungen erforderlich, da viele Inhalte neu waren und ein Umdenken gegenüber der bisherigen Inkontinenzversorgung forderten. Außerdem war, wie es eine Projektbeauftragte ausdrückt, „das fachliche Interesse der Pflegenden am Thema Kontinenzförderung und Beratung groß, dementsprechend intensiv wurden die angebotenen Fortbildungen genutzt“. Positiv hat sich auf die Teilnahmefrequenzen auch ausgewirkt, wenn die Fortbildungszeiten bereits im Vorfeld auf dem Dienstplan vermerkt waren, Tagesveranstaltungen geplant und Veranstaltungen mehrfach angeboten wurden, so dass allen Schichtdienstleistenden Gelegenheit zur Teilnahme gegeben war. Außerdem stellten die Projektbeauftragten fest, dass mit wachsendem Kenntnisstand auch Interesse und Motivation zur Fortbildung zunahmen. Auch wurden die Qualität der einzelnen Fortbildung und die wahrgenommene Praxisrelevanz von den Teilnehmern als motivierendes Kriterium gesehen.

#### **5.4.4 Phase 2: Standardanpassung**

In 14 Einrichtungen wurde der Expertenstandard ohne weitere Änderungen implementiert, während 11 Einrichtungen Anpassungen auf die Besonderheiten der Zielgruppen vorgenommen haben. Darunter waren sechs Einrichtungen der stationären Altenhilfe, vier Krankenhäuser und ein ambulanter Pflegedienst.

Am häufigsten wurden Konkretisierungen zur Standardebene eins (Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz) vorgenommen. Hier ging es in der Regel um die Zeitabstände zur regelmäßigen Einschätzung und die Dokumentation. Bei der Standardebene zwei (differenzierte Einschätzung) wurde eingefügt, mit welchen Instrumenten diese vorgenommen werden soll. Für die Standardebene drei (Information und Beratung) wurden Beratungsmaterialien und Dokumentation der Beratungen spezifiziert. In einer Einrichtung wurde benannt, mit welchen Berufsgruppen bei der Standardebene vier (Maßnahmenplanung) kooperiert wird, weitere Konkretisierungen beziehen sich auf die Dokumentation und das Verfahren bei der Maßnahmenplanung. In einigen Einrichtungen wurden bei der Standardebene fünf (Koordination und Durchführung der Maßnahmen) auch Konkretisierungen der anzuwendenden Hilfsmittel vorgenommen. Interessant ist, dass die Aussage zur Unverzögerlichkeit der Hilfe bei der Ausscheidung in diesem Rahmen nicht in Frage gestellt wurde. Die ambulanten Pflegedienste haben in der Praxis gleichwohl eine spezifische Auslegung des Begriffes „unverzögerlich“ vorgenommen (vgl. Kap. 5.4.6.3, S. 144). Ausschließlich in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurden für die Standardebene sechs (Evaluation der

Maßnahmen) Zeiträume, Verfahren und Instrumente konkret benannt und Aussagen zur Informationsweitergabe ergänzt.

Der Zeitaufwand für diese Phase weist in den Einrichtungen hohe Unterschiede auf. Das ist nicht verwunderlich, da die Anpassungsleistungen ebenfalls sehr unterschiedlich waren. Der Aufwand liegt zusammengenommen für Arbeitsgruppen und Projektbeauftragte zwischen 81 und 490, im Durchschnitt bei 125 Stunden. Bei den Projektbeauftragten liegt der Aufwand zwischen 7,5 und 160 und durchschnittlich bei etwa 47 Stunden. Die Arbeitsgruppen haben, unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Mitgliederzahl, zwischen 6 und 320 Stunden für die Anpassungen aufgewendet<sup>2</sup>, im Durchschnitt waren es 77,8 Stunden. Erfahrungen mit vorhergehender Einführung von Expertenstandards oder anderen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung erleichtern offenbar die Arbeit, denn aus einigen Einrichtungen, die bisher nicht an Implementierungsprojekten teilgenommen haben und auch ansonsten keine Expertenstandards eingeführt haben, berichteten die Projektbeauftragten, dass Vorgehensweisen der AG-Arbeit und Einarbeitung in theoretische Inhalte zunächst problematisch erlebt wurden. Gleichwohl war in allen Arbeitsgruppen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema notwendig, da die innovativen Standardinhalte zumeist eine Veränderung des pflegerischen Verständnisses verlangten. Erst als deutlich wurde, „dass Kontinenzförderung nicht nur Kompensation von Inkontinenz bedeutet“, wie es eine Projektbeauftragte ausdrückte, fanden die Arbeitsgruppenmitgliedern eine sichere Grundlage für die Beratung und Begleitung der Teammitglieder in der Anwendungsphase des Standards. Aus einer anderen Projektdokumentation wurde deutlich, dass sie erst durch die intensive Auseinandersetzung mit den Standardinhalten in der Lage waren, die „schwierige Aufgabe, die Inhalte des Standards auf die Sprache der Pflgeteams zu übertragen“, wahrzunehmen. Der geleistete zeitliche Aufwand dieser Phase erscheint unter Berücksichtigung der genannten Aspekte angemessen und sinnvoll eingesetzt.

#### **5.4.5 Phase 3: Einführung und Anwendung des Standards**

Vor der verbindlichen Einführung des Expertenstandards wurden in allen Einrichtungen „Kick-Off“-Veranstaltungen durchgeführt, die für die Pflgeteams den Umsetzungsbeginn markierten. Die AG-Mitglieder haben im Sinne von Multiplikatoren Einzelschulungen der Pflgeteams insbesondere zum Assessment der Kontinenzsituation, zur Dokumentation und zur Umsetzung des geplanten Vorgehens der Kontinenzförderung angeboten. Speziell anberaumte Besprechungen der Teams dienten dem Erfahrungsaustausch der Teammitglieder mit den veränderten Vorgehensweisen. Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten lag in allen Einrichtungen im Durchschnitt bei 28 Stunden und für die AG-Mitglieder bei 46 Stunden und damit höher als in den vorangegangenen Implementierungsprojekten. Dies deutet auf die hohe Intensität der Begleitung der Pflgenden in der Einführungsphase dieses Projektes hin, für die mehrere Gründe angegeben werden.

---

<sup>2</sup> Aus der Projektverlaufsdokumentation ist nicht nachvollziehbar, ob die Zeiten der AG's eine Summe der AG-Treffen sind oder eine Summe der Zeit der Treffen mal Anzahl der Mitglieder, so dass hier von einer gewissen Unschärfe auszugehen ist.

- Die Einschätzung der Kontinenzprofile, die Erstellung von Planungen zur Kontinenzförderung und das Führen von Miktionsprotokollen stellten für fast alle Einrichtungen innovative Handlungsweisen und damit eine Herausforderung dar.
- Die differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation war darüber hinaus dann schwierig, wenn eine Kooperation mit behandelnden Ärzten zur Initiierung diagnostischer Maßnahmen nicht möglich war.
- In den stationären Altenhilfeeinrichtungen galt es, die Pflegeteams für einen anderen Umgang mit der Inkontinenz der Bewohner zu sensibilisieren, „Inkontinenz nicht als Selbstverständlichkeit im Altenheim hinzunehmen, sondern gezielte Maßnahmen zu planen, um die Situation der Bewohner zu verbessern“, wie eine Projektbeauftragte es formulierte.
- Die Modellpflegeeinheiten der Krankenhäuser waren in der Einführungsphase mit niedrigeren Fallzahlen als erwartet konfrontiert (vgl. Kap. 5.4.6.1, S. 141). Hinzu kam, dass die Pflegeteams feststellen mussten, dass für viele Patienten andere Probleme, z. B. die aktuelle Erkrankung, im Vordergrund standen und nicht die vielleicht nicht so belastend wahrgenommene Kontinenzsituation, was zu geringer Akzeptanz der Maßnahmen bei einigen Patienten führte. Außerdem wurde von einer Projektbeauftragten kritisch angemerkt, dass das „Assessment-Formular nur zum Abhaken, aber nicht für spezifische Angebote an den Patienten“ genutzt wird, wenn die daraus resultierenden Maßnahmen nicht durch entsprechende personelle Ressourcen sichergestellt sind. Diese Umstände führten in einigen Einrichtungen dazu, dass sich keine Routine in der Anwendung der Kontinenzförderung entwickelte, was zu einem vermehrten Einsatz der Projektbeauftragten und AG-Mitglieder führte, um die Pflegeteams gleichwohl zur Einführung des Standards zu motivieren.

Trotz der großen Herausforderungen ziehen die Projektbeauftragten der stationären Altenhilfe und der ambulanten Dienste ein insgesamt positives Fazit des Projektverlaufs. Das Phasenmodell der Implementierung konnte erfolgreich angewendet werden, auch wenn teilweise eine längere Projektlaufzeit und mehr personelle Ressourcen gewünscht wurden. Projektbeauftragte stellten fest, dass das Bewusstsein über die Relevanz des Themas bei den Pflegekräften im Laufe der Anwendungsphase gestiegen ist und bewerten „das gestiegene Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl der Pflegenden bezüglich der neu erworbenen Fachlichkeit und Beratungskompetenz als einen positiven Aspekt im Rahmen des Projektes.“ Die Projektbeauftragten der Krankenhäuser schließen sich insgesamt diesem positiven Fazit an, verweisen jedoch auf oben genannte Probleme, auf die in den Schlussfolgerungen erneut eingegangen wird.

#### **5.4.6 Phase 4: Das Audit**

Das folgende Kapitel beschreibt das erhebungspraktische Vorgehen des Auditverfahrens, die Stichproben des patienten- und personalbezogenen Audits und die Ergebnisse. Darüber hinaus werden die Daten zu den Kontinenzprofilen genauer analysiert.

#### 5.4.6.1 Stichproben und erhebungspraktisches Vorgehen

Das Audit konnte in allen 25 beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden und zwar 24 mal durch die Projektbeauftragten und einmal durch Studenten eines Pflegestudienganges. In 15 Einrichtungen waren neben den Projektbeauftragten weitere Personen an der Auditdurchführung beteiligt. Dies waren Mitglieder der Arbeitsgruppen, andere Pflegefachkräfte sowie Kolleginnen aus dem Bereich Qualitätssicherung. Hinweise auf eine Selbstbewertung wurden nicht gefunden.

In das *patientenbezogene Audit* waren insgesamt 849 Patienten und Bewohner einbezogen. Dies entspricht einer durchschnittlichen Zahl von 34 Audits pro Einrichtung, bei einer Spannweite von fünf bis 40 Audits. Das angestrebte Ziel, 40 Patienten oder Bewohner in das Audit einzubeziehen, haben 14 Einrichtungen erreicht: neun der stationären Altenhilfe, drei ambulante Pflegedienste und zwei Krankenhäuser. Auf allen Modellpflegeeinheiten und -wohnbereichen wurden zunächst 2816 Akten analysiert, um im Sinne einer Gelegenheitsstichprobe die Patienten und Bewohner mit Kontinenzproblematik zu identifizieren, die in das Audit einbezogen werden konnten. Dies waren 934 Patienten und Bewohner oder 33,2% der vorgefundenen Fälle. In drei Einrichtungen wurden bei mehr als den dort letztendlich auditierten 40 Patienten oder Bewohnern eine Kontinenzproblematik erkannt. Die Gesamtquote differierte zwischen den Einrichtungsarten erheblich. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe waren es 86% von 480 Bewohnern. In den ambulanten Pflegediensten lag die Quote bei insgesamt 47,4% von 479 Patienten. Demgegenüber lag die Anzahl in den Krankenhäusern bei nur 15,8% von insgesamt 1857 durchgesehenen Patientenakten. Diese vergleichsweise niedrige Quote erklärt die Schwierigkeiten von acht Krankenhäusern, das Ziel von 40 auditierten Patienten im vorgegebenen Zeitraum zu erreichen.

Für die gesamte Auditphase lag der Zeitbedarf im Durchschnitt bei etwas über 41 Stunden pro Einrichtung (zwischen 7,6 und 120). In den Krankenhäusern waren es durchschnittlich 48, in der ambulanten Pflege 41 und in der stationären Altenhilfe 33 Stunden. Für die Zeitdauer eines einzelnen Audits bedeutet dies, dass in den Krankenhäusern pro Einzelaudit im Durchschnitt 112 Minuten, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 51 und in der ambulanten Pflege 62 Minuten benötigt wurden. Damit ist der Zeitbedarf in den Krankenhäusern im Vergleich mit dem vorangegangenen Implementierungsprojekt deutlich angestiegen (vorher 39 Minuten), in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe vergleichbar (vorher 53 Minuten) und in der ambulanten Pflege deutlich darunter (vorher 85 Minuten; vgl. Moers & Schiemann 2006, S. 132).

Für die Krankenhäuser lässt sich der gestiegene Zeitbedarf auf die hohe Anzahl durchzusehender Patientenakten pro tatsächlich durchgeführtem Audit zurückführen. Aus den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und den ambulanten Diensten wird berichtet, dass Ängste der Patienten und Bewohner vor höheren Kosten durch andere Inkontinenzhilfsmittel und vor einer Veränderung ihrer Pflegestufe abgebaut werden mussten, was zeitaufwändig war und überdies nicht immer gelang und dann eine Teilnahme am Audit verhinderte. Den ambulanten Diensten ist es gelungen, pragmatische Lösungen für den Zugang der Auditoren zu den Wohnungen der Patienten zu finden, was im Vorgängerprojekt teilweise zu erheblichen Zeitverzögerungen geführt hatte. Meist wurde der Weg gewählt, die Mitglieder des Pflegeteams bei den Einsätzen zu begleiten. Zusätzlicher Zeitbedarf ergab sich für alle Projektbeauftrag-



ten, wenn das Kontinenzprofil des Patienten oder Bewohners zum Zeitpunkt des Audits in der Dokumentation nicht vorlag und sie dies selbst erheben mussten.

Das *personalbezogene Audit* hatte eine Stichprobe von insgesamt 511 Personen. In den Krankenhäusern haben 268 Pflegefachkräfte den Fragebogen zum Fortbildungsbesuch und weiterhin bestehendem Bedarf ausgefüllt, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe waren es 166, in den ambulanten Pflegeeinrichtungen 77 Pflegefachkräfte. Der Rücklauf betrug für alle Einrichtungen 68,3%, in den Krankenhäusern 66%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 66,6% und in den ambulanten Pflegediensten 82,8%.

Die Projektbeauftragten beurteilten das Auditverfahren trotz der oben geschilderten Probleme insgesamt als durchführbar, die Auditbögen wurden in Verbindung mit den Erläuterungen als praxistauglich wahrgenommen.

#### **5.4.6.2 Einrichtungsbezogene Auditergebnisse**

Nachfolgend werden die einrichtungsbezogenen Auditergebnisse dargestellt. Die entsprechenden Fragen im Audit beziehen sich auf die Strukturkriterien, in denen die Einrichtung adressiert ist und wurden einmalig pro Einrichtung durch Befragung einer leitenden Pflegefachkraft erhoben.

##### *S2a – Vorliegen einer interprofessionell geltenden Verfahrensregel sowie zielgruppenspezifischer Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente*

Mit der interprofessionell geltenden Verfahrensregel soll die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen geklärt und damit das Vorgehen der verantwortlichen Pflegefachkräfte bei der Umsetzung der Standardkriterien erleichtert werden. In 19 der 25 Einrichtungen lag zum Zeitpunkt des Audits eine Verfahrensregel vor, in der das einrichtungs- oder abteilungsweite Vorgehen bei der Kontinenzförderung interdisziplinär gültig und verbindlich beschrieben ist. Dies trifft auf sieben Krankenhäuser, neun Einrichtungen der stationären Altenhilfe und drei ambulante Pflegedienste zu. In einem Krankenhaus war die Verfahrensregel entwickelt, aber durch die Leitung noch nicht verabschiedet. Zu diesem Kriterium ist ein gewisser Entwicklungsbedarf festzustellen, da Verfahrensregeln als notwendige Voraussetzung reibungsloser interprofessioneller Zusammenarbeit nicht verzichtbar sind.

Die Einrichtung soll darüber hinaus über geeignete Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente verfügen, um eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation der Patienten und Bewohner zu ermöglichen. Dieses Kriterium wurde in allen Einrichtungen erfüllt. Bei den Instrumenten handelt es sich um Miktionsprotokolle und Fragebögen sowie um selbst entwickelte Dokumentationsbögen zur Kontinenzförderung, die eine Kombination der Assessments, des Maßnahmenkatalogs und der Evaluation beinhalten.

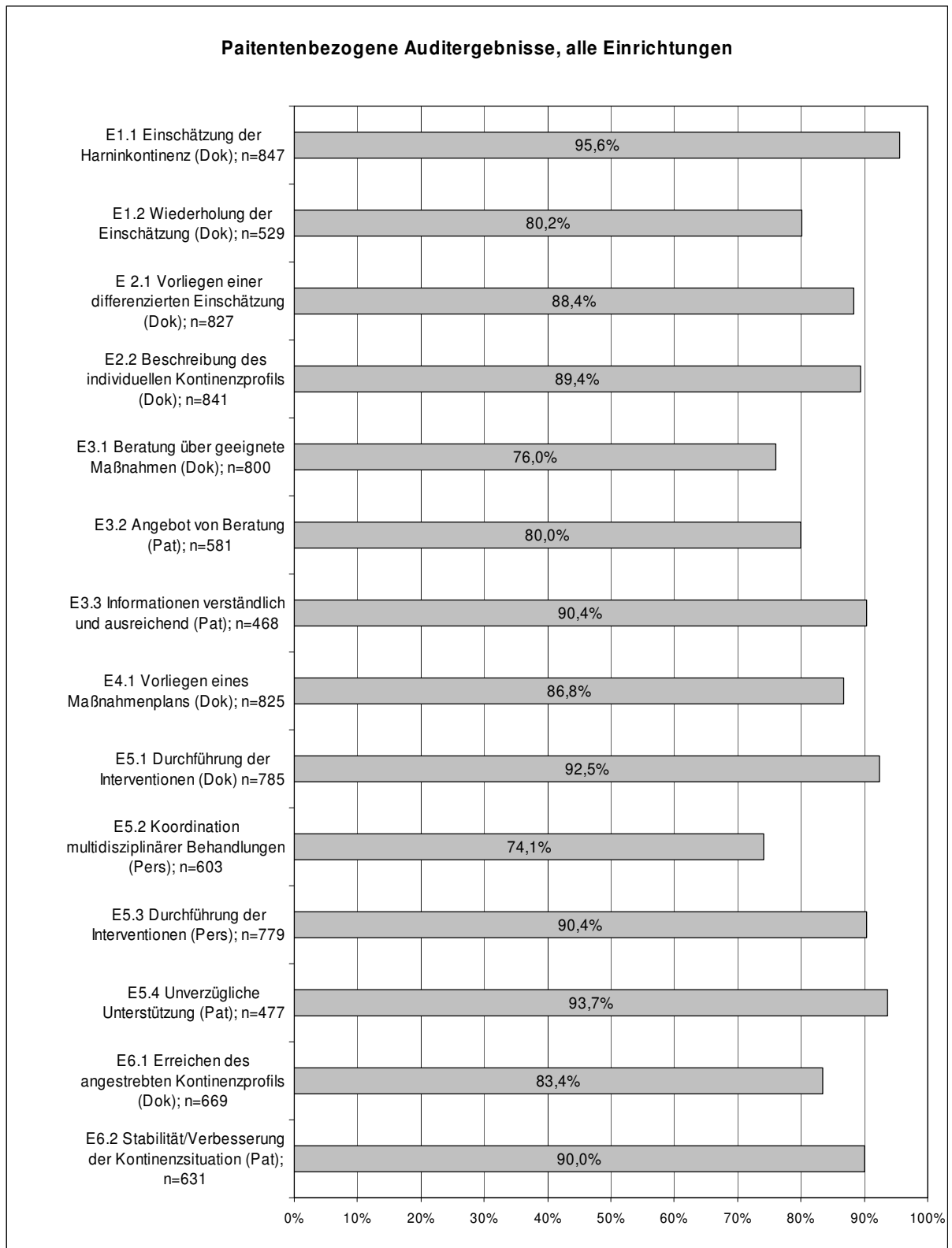
##### *S3a – Vorliegen von Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harnkontinenz*

Beratungsmaterialien sollen das Vorgehen der Pflegefachkräfte unterstützen und den betroffenen Patienten und Bewohnern die Möglichkeit zur Information bieten. Das Vorliegen

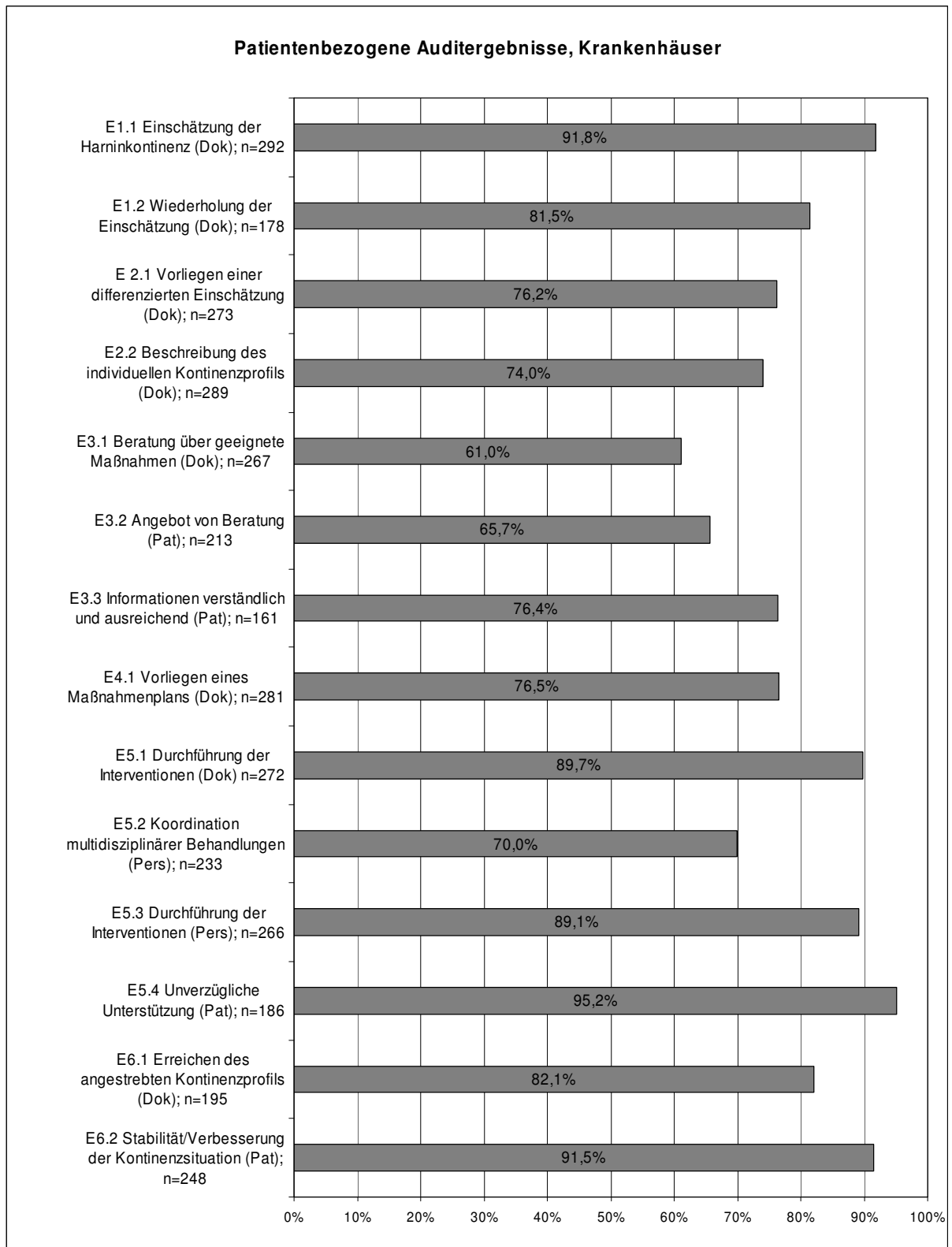
dieser Materialien wirkte sich positiv auf die Gestaltung von Beratungs- und Schulungssituationen aus, da die Pflegefachkräfte diese als eine Art Leitfaden nutzten und dadurch auch ihre Scheu mindern konnten, das intime Thema Ausscheidung anzusprechen. In 22 der 25 teilnehmenden Einrichtungen lagen entsprechende Materialien zum Zeitpunkt des Audits vor, darunter 10 Krankenhäuser, acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe und alle vier ambulanten Pflegedienste.

#### **5.4.6.3 Patientenbezogene Auditergebnisse**

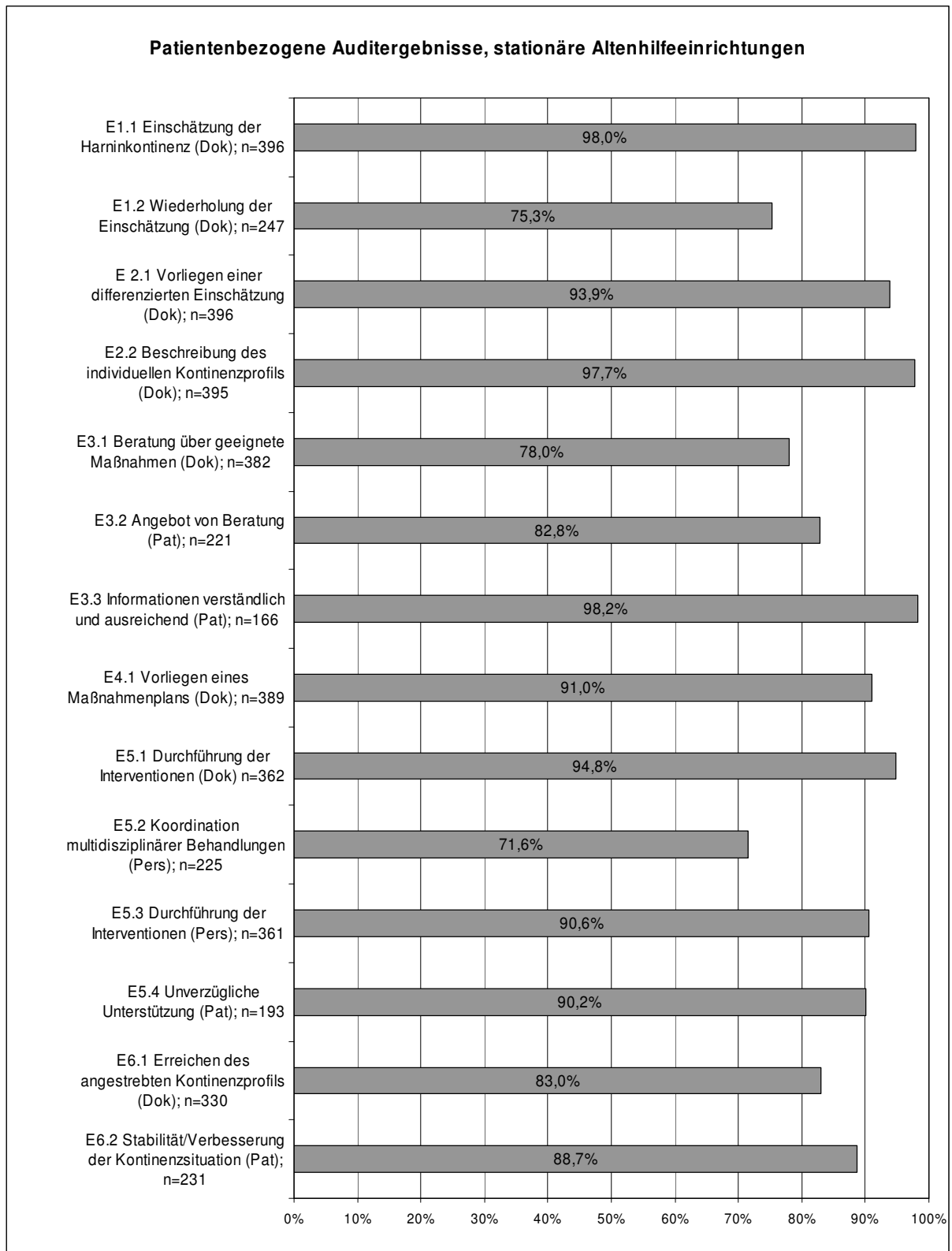
Das folgende Kapitel enthält eine Darstellung der Zielerreichungsgrade aller Standardkriterien, wobei auch nach Einrichtungsarten getrennt wird, was Rückschlüsse auf die Umsetzung des Standards in verschiedenen Einrichtungsarten erlaubt. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die jeweilig anwendbaren Fälle. Anwendbar waren jeweils die Fragen zu den einzelnen Standardebenen, die im Einzelaudit mit ja oder nein beantwortet werden konnten. Fehlende Angaben oder im Einzelfall nicht anwendbare Fragen wurden in den Auditprotokollen entsprechend gekennzeichnet. Die folgenden Abbildungen 6 bis 9 zeigen eine Übersicht über die Zielerreichungsgrade der Standardkriterien in allen teilnehmenden Einrichtungen und nach Einrichtungsarten getrennt. Dem folgen jeweils eine Übersicht sowie eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien. Die Datenquelle der Ergebnisse (Dokumentenanalyse, Patienten- und Bewohnerbefragung, Personalbefragung) finden sich entsprechend abgekürzt (Dok, Pat, Pers) in den Abbildungen angegeben und werden in den Texten nur bei Bedarf kommentiert.



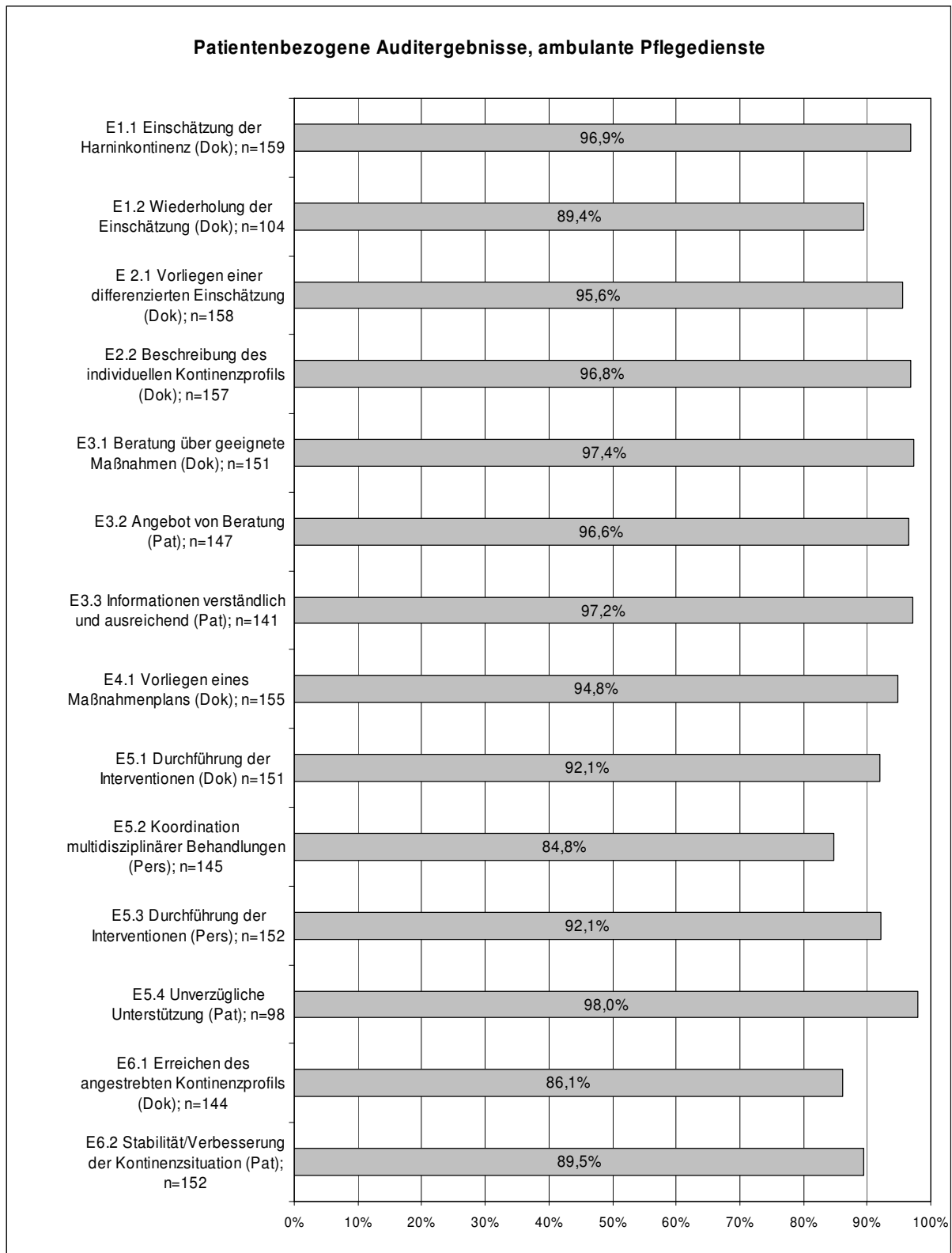
**Abb. 6:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien - Alle Einrichtungen, n=849



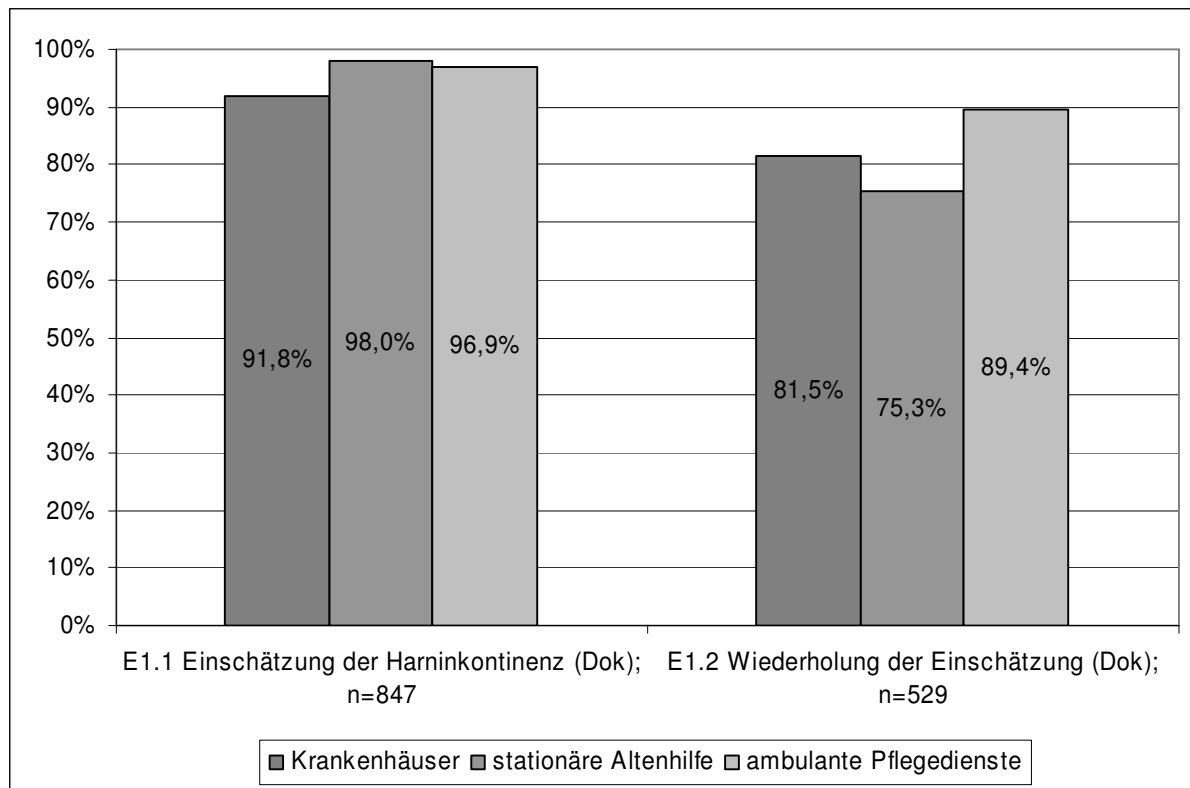
**Abb. 7:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien - Krankenhäuser, n=294



**Abb. 8:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien - Stationäre Altenhilfeeinrichtungen, n=396



**Abb. 9:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien - Ambulante Pflegedienste, n=159

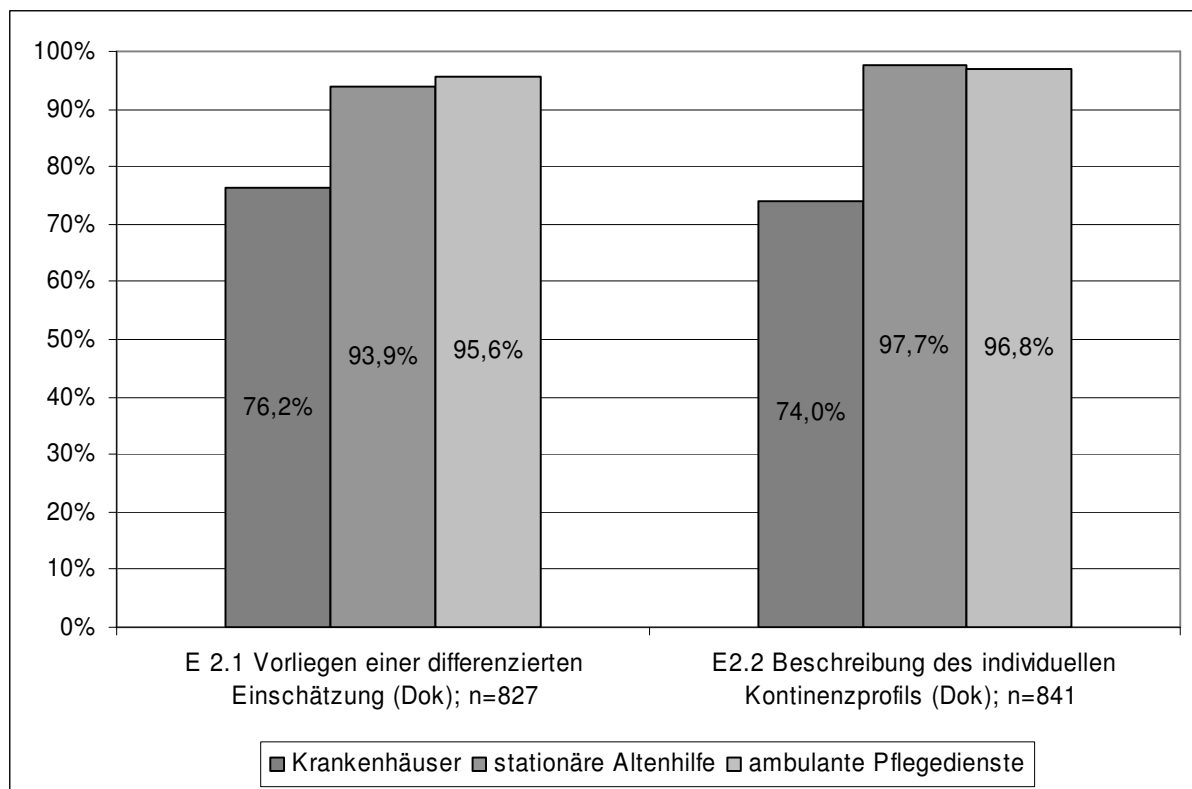
**E1 – Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert.****Abb. 10:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 1

Eine Einschätzung vorhandener Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz (E1.1) wurde im Rahmen der Pflegeanamnese in allen Einrichtungen zu 95,6% vorgenommen. Dies geschah mittels der in der Kommentierung zu P1 dargestellten Initialfragen und Beobachtungshinweise oder durch eigens entwickelte Kontinenzfragebögen. In den Krankenhäusern wurde diese Einschätzung zu 91,8% vorgenommen (Spannbreite 42,4% - 100%). In den Altenhilfeeinrichtungen erreichte der Wert 98% (77,8% - 100%) und in der ambulanten Pflege 96,9% (90% - 100%). Die insgesamt hohen Zielerreichungsgrade zu diesem Kriterium zeigen, dass die Ersteinschätzung der relevanten Faktoren für das Risiko oder Vorliegen einer Harninkontinenz in die Aufnahme- und Anamneseroutinen aller Einrichtungsarten Eingang gefunden hat.

Bei Veränderung der Pflegesituation des Patienten oder Bewohners und nach einem in der Verfahrensregel festgelegten Zeitabstand sollte die Einschätzung der Kontinenzsituation wiederholt werden (E1.2). In insgesamt 80,2% aller anwendbaren Fälle wurde diese erneute Einschätzung vorgenommen. Die Krankenhäuser erreichen im Durchschnitt einen Zielerreichungsgrad von 81,5% (0% - 100%). In den Altenhilfeeinrichtungen wurde die wiederholte Einschätzung in 75,3% (18,4% - 100%) aller anwendbaren Fälle vorgenommen und in den ambulanten Dienste zu 89,4% (87,5% - 92,3%). Im Vergleich zu den hohen Zielerreichungs-

graden der Ersteinschätzung fallen die Ergebnisse zur wiederholten Einschätzung geringer aus. Dies kann fehlender Routine in der regelmäßigen Umsetzung der Vorgehensweisen zur Kontinenzförderung zuzuschreiben sein. Auffällig ist darüber hinaus, dass diese Frage des Audits mit 320 eine relativ hohe Zahl an nicht anwendbaren Fällen aufweist. Gründe hierfür liegen in den Krankenhäusern in den geringen Verweildauern der Patienten, verbunden mit Entlassungen vor dem festgelegten Einschätzungszeitpunkt, Verlegungen in andere Abteilungen oder deutlichen Verschlechterungen der Krankheitssituation, die eine Wiedereinschätzung verhinderten. Auch in einigen Altenhilfeeinrichtungen und in einem ambulanten Pflegedienst lag der Auditzeitpunkt vor dem festgelegten Wiedereinschätzungszeitpunkt.

**E2 – Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation und eine Beschreibung des individuellen Kontinenzprofils liegen vor.**



**Abb.11:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 2

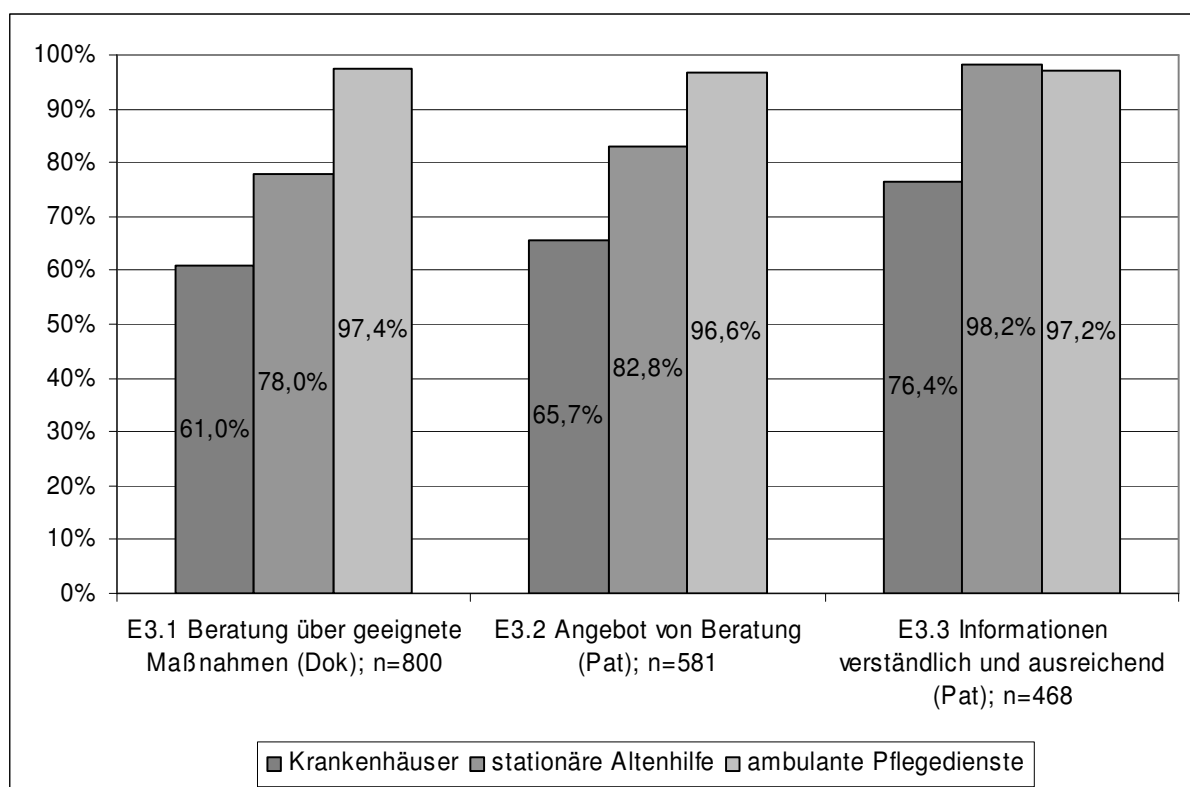
Eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation von betroffenen Patienten und Bewohnern (E2.1) lag in 88,4% aller Fälle vor. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten. In den Altenhilfeeinrichtungen war der Zielerreichungsgrad sehr hoch und lag bei 93,9% (55,6% - 100%), ähnlich die ambulanten Pflegedienste bei 95,6% (92,3% - 100%), während in den Krankenhäusern nur 76,2% (0% - 100%) erreicht wurden. Aus den Projektverlaufsdokumentationen wird deutlich, dass die kurzen Verweil-



dauern in den Krankenhäusern in manchen Fällen dazu führten, auf das als aufwändig empfundene differenzierte Assessment zu verzichten, da es während des stationären Aufenthalts keine Konsequenzen haben würde.

Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Beschreibung der individuellen Kontinenzprofile der Patienten oder Bewohner. In 89,4% aller Fälle liegt zum Zeitpunkt des differenzierten Assessments eine Beschreibung des Kontinenzprofils vor (E2.2). Stationäre Altenhilfeeinrichtungen erreichen dabei 97,7% (80,6% - 100%) und ambulante Pflegedienste 96,8% (94,9% - 100%), womit von hervorragenden Ergebnissen gesprochen werden kann. Die Krankenhäuser erreichen demgegenüber nur 74% (17,5% - 100%), was die oben angesprochenen Probleme mit dem differenzierten Assessment unterstreicht. Die Erkenntnisse aus den Beschreibungen der Kontinenzprofile werden in Kapitel 5.4.6.4 (vgl. S.158) gesondert dargestellt.

**E3 – Der Patient, Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.**



**Abb. 12:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 3

Der Frage der Information und Beratung von Patienten und Bewohnern wurde im Audit sowohl durch Dokumentenanalyse (E3.1) als auch durch direkte Patientenbefragung (E3.2)

nachgegangen. Dabei ist zunächst positiv festzuhalten, dass die Ergebnisse sich im Wesentlichen bestätigen, also von einem zufrieden stellenden Verlässlichkeitsgrad der Daten ausgegangen werden kann.

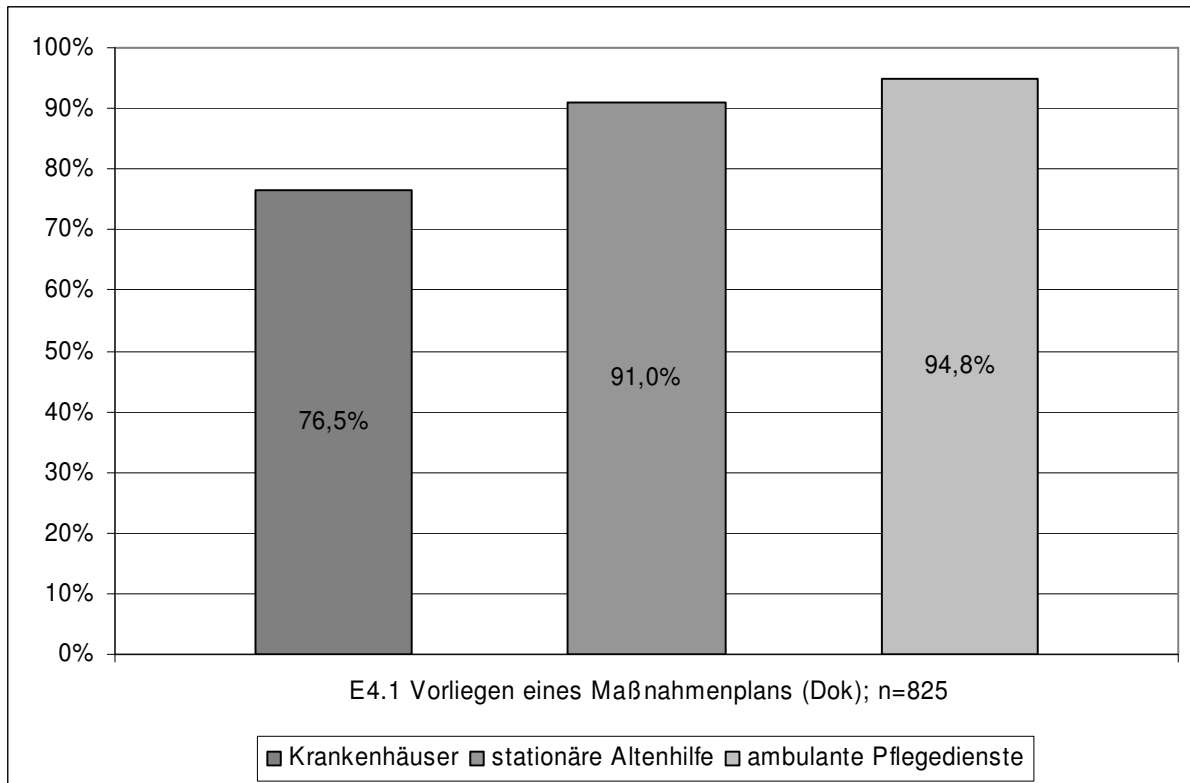
In den Pflegedokumentationen wurde in 76% aller Fälle Hinweise darüber gefunden, dass Information und Beratung stattgefunden hatten (E3.1). Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe kommen auf 78% (53,8% - 100%), die ambulanten Pflegedienste auf 97,4% (94,3% - 100%), während in den Krankenhäusern der Wert nur bei 61% (0% - 100%) lag.

Ähnlich ist das Bild bei der Patienten- bzw. Bewohnerbefragung (E 3.2): 80% gaben an, dass ihnen Information und Beratung zum Umgang mit Problemen bei der Harninkontinenz angeboten wurde. In den Krankenhäusern lag der Zielerreichungsgrad nur bei 65,7% (32,1% - 100%), in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 82,8% (35,3% - 100%) und in den ambulanten Pflegediensten sogar bei 96,6% (86,4% - 100%). Auffällig ist, dass die Fallzahlen bei diesem Kriterium mit 581 deutlich unter denen der Frage E3.1 mit 800 lagen. Die Projektbeauftragten geben an, dass es in einigen Fällen schwierig war, Patienten zu erreichen oder, dass aufgrund kognitiver Einschränkungen von Patienten und Bewohnern ein Gespräch nicht immer möglich war.

Die Frage, ob die gegebenen Informationen verständlich und ausreichend waren, bestätigten 90,4% der befragten Patienten und Bewohnern bzw. deren Angehörige. Auch hier finden sich dieselben Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten. Die Krankenhäuser lagen nur bei 76,4% (47,2% - 100%), die Einrichtungen der stationären Altenhilfe hingegen auf 98,2% (83,3% - 100%) und die ambulanten Pflegediensten auf 97,2% (93,9% - 100%).

Die Begründung für die unterschiedlichen Ergebnisse geht aus der Projektverlaufsdokumentation hervor. In einigen Krankenhäusern wurde, ähnlich wie beim differenzierten Assessment (E2), der Aufwand für die Beratung höher als der erwartete Nutzen eingeschätzt und daher auf diese für eine erfolgreiche Kontinenzförderung essentielle Maßnahme verzichtet. Hervorzuheben ist demgegenüber, dass in einigen Krankenhäusern besonderer Wert auf die Beratung gelegt wurde, um gerade bei kurzen Verweildauern die betroffenen Patienten zu sensibilisieren und dafür zu motivieren, sich nach der Krankenhausentlassung um weitere Unterstützung zu bemühen.

#### E4 – Ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils liegt vor.

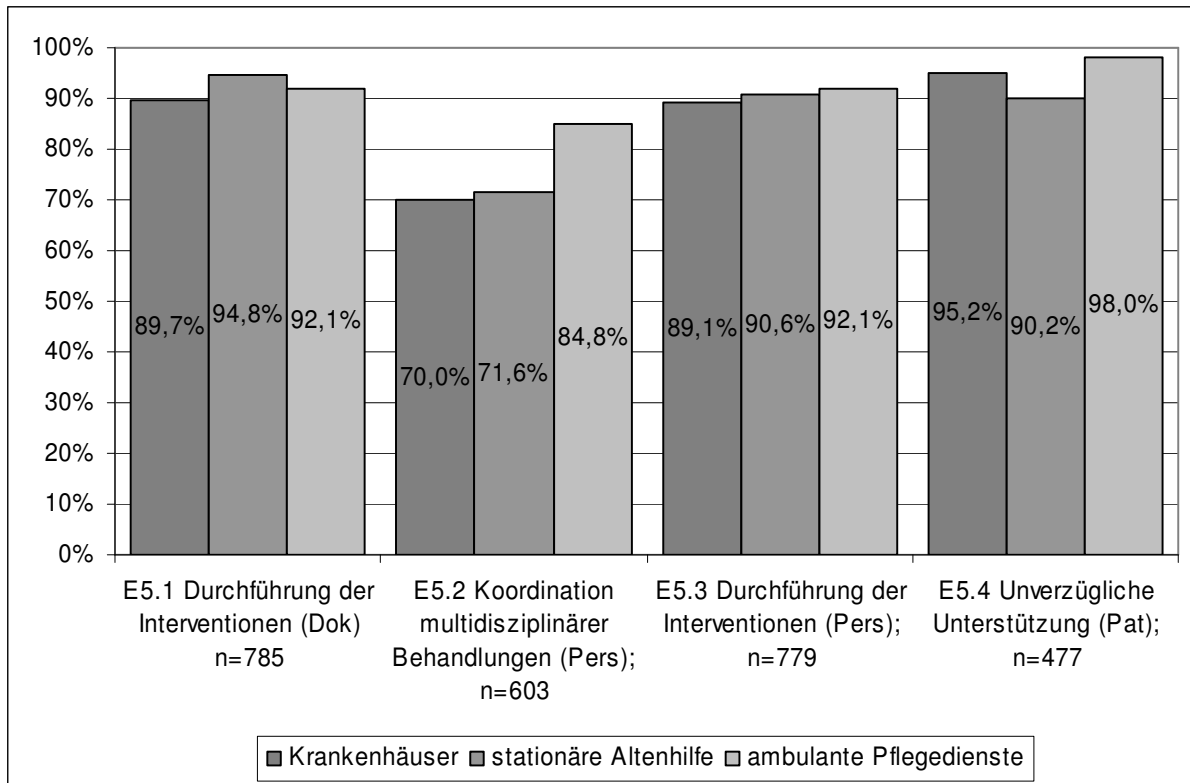


**Abb. 13:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 4

Die Frage, ob ein Maßnahmenplan vorliegt, aus dem hervorgeht, welches Kontinenzprofil angestrebt wird bzw. erhalten werden soll und welche kontinenzfördernden Maßnahmen hierfür individuell vorgesehen sind, wurde in 86,8% aller Fälle bejaht. Krankenhäuser erreichten 76,5% (0% - 100%), Altenhilfeeinrichtungen 91% (61,8% - 100%) und die ambulanten Pflegedienste 94,8% (86,5% - 100%). Damit bestätigt sich auch hier der größere Erfolg der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Umsetzung der Standardkriterien.

Ein weiterer Punkt ist erwähnenswert: Die Ziele der Kontinenzförderung spiegeln sich auch darin wider, ob der Erhalt eines Kontinenzprofils oder ein höheres Profil angestrebt wird. Während in den Krankenhäusern und in der ambulanten Pflege in 48% der Fälle eine höhere Stufe angestrebt wurde, waren dies in der stationären Altenhilfe nur ca. 21% der Fälle. In diesen Werten bestätigen sich die Erkenntnisse der Literaturanalyse, nach denen Kontinenzförderung insbesondere in der stationären Altenhilfe eine nur langfristig erfolgreich zu gestaltende Aufgabe ist und mögliche Frustrationen des Pflegepersonals bei ausbleibenden schnellen Erfolgen zu beachten sind (vgl. Kap. 3.8.1, S. 96). Die Ergebnisse aus den Beschreibungen der Kontinenzprofile werden in Kapitel 5.4.6.4 (vgl. S. 158) gesondert dargestellt.

**E5 – Maßnahmen, Umfeld und Hilfsmittel sind dem individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten und Bewohners bei der Ausscheidung angepasst.**



**Abb. 14:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 5

Die Zielerreichungsgrade der Standardebene fünf sind eine Kombination aus Fragen nach der Dokumentation durchgeführter Interventionen und nach den Möglichkeiten des Personals, multidisziplinäre Interventionen zu koordinieren und die Interventionen durchzuführen. Hinzu kommt die Frage nach der Unverzüglichkeit erhaltener Hilfe an die Patienten und Bewohner bzw. an deren Angehörige.

In 92,5% aller Dokumentationen wurde die Durchführung von Interventionen zur Kontinenzförderung festgehalten (E5.1). In den Krankenhäusern liegt dieser Zielerreichungsgrad bei 89,7% (0% - 100%), in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 94,8% (78,6% - 100%) und in den ambulanten Pflegediensten bei 92,1% (88,2% - 95%). Interessant ist, dass es bei der Frage nach der Durchführung der Interventionen eine höhere Zahl anwendbarer Fälle (n=785) gibt als es Maßnahmenpläne in den Dokumentationen gegeben hat: E4.1 wurde nur in 716 Fällen mit ja beantwortet. Dies deutet darauf hin, dass auch an anderen Stellen, beispielsweise in der Pflegeplanung, Maßnahmen zur Kontinenzförderung zu finden waren und nicht ausschließlich in expliziten Maßnahmenplänen zur Kontinenzförderung.

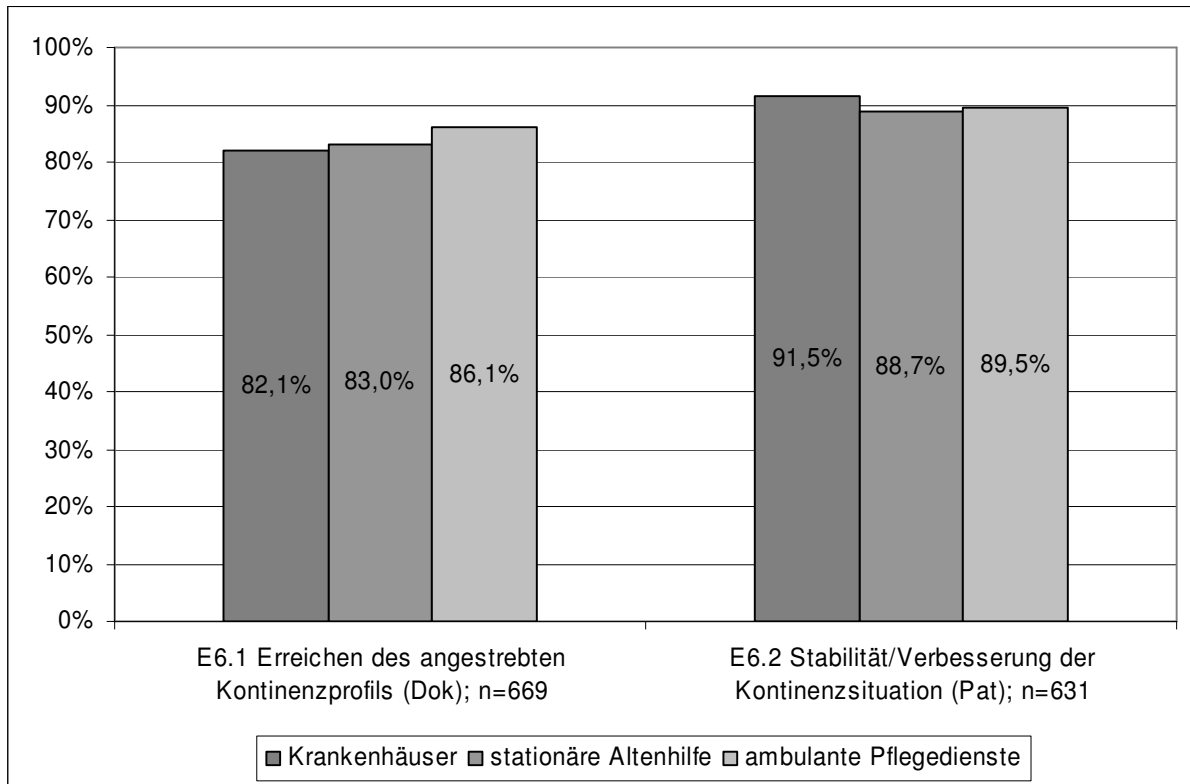
Dass multidisziplinäre Behandlungen zur Förderung der Harnkontinenz koordiniert wurden, bestätigten 74,1% aller Pflegefachkräfte (E5.2). In den Krankenhäusern lag der Wert bei

70% (0% - 100%), in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 71,6% (20% - 100%) und in den ambulanten Pflegediensten bei 84,8% (69,7% - 100%). Grundsätzlich gehören Koordinationsfunktionen für Pflegefachkräfte zu den innovativen Aufgabenbereichen, daher überraschen relativ niedrige Werte in diesem Bereich nicht. Kooperationsprobleme wurden aus einigen Krankenhäusern berichtet, in den die Ärzte nicht am Thema Kontinenzförderung interessiert waren, wenn es nicht mit einer DRG-relevanten Diagnosestellung einherging. Ähnlich war es im Bereich der stationären Altenhilfe teilweise schwierig, Hausärzte für dieses Thema zu gewinnen. In den ambulanten Pflegediensten gelang die Koordination gut, wenn es um einmalige Maßnahmen, wie z. B. die Veränderung der Hilfsmittelsituation ging oder wenn das Management der Kontinenzförderung hauptverantwortlich in der Hand einer Pflegefachkraft lag, die gezielt Kontakt zu anderen Berufsgruppen herstellte, aufrechterhielt und notwendige Maßnahmen steuerte.

Die Frage, ob es möglich war, die geplanten Interventionen auch tatsächlich durchzuführen (E5.3), haben 90,4% aller Pflegefachkräfte bejaht. In den Krankenhäusern waren es 89,1% (0% - 100%). In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe lag der Wert bei 90,6% (65,5% - 100%). Die ambulanten Pflegedienste erreichen 92,1% (85,3% - 100%). Angesichts dieser guten Werte sollte beachtet werden, dass in vielen Einrichtungen mit kurzfristigen Zielen gearbeitet wurde, auch wenn klar war, dass längerfristige Interventionen notwendig sein würden. Es wurden also nur solche Maßnahmen geplant, die innerhalb der Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern bzw. für die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen innerhalb des Projektzeitraums erreichbar waren.

Zur unverzüglichen Unterstützung bei der Ausscheidung (E5.4) gaben 93,7% aller Befragten eine positive Rückmeldung. In den Krankenhäusern waren es 95,2% (82,3% - 100%), in den stationären Altenhilfeeinrichtungen 90,2% (62,5% - 100%) und in den ambulanten Pflegediensten 98% (92,9% - 100%). Damit wird in den Krankenhäusern und den stationären Altenhilfeeinrichtungen ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Die relativen Unterschiede lassen sich allein schon aufgrund des besseren Personalschlüssels der Krankenhäuser nachvollziehen. Die außerordentlich guten Werte der ambulanten Pflege verdanken sich einer angesichts der nur punktuellen Anwesenheit bei den Patienten nachvollziehbaren Anpassung des Begriffs der Unverzüglichkeit, die von drei Diensten vorgenommen wurde. Hier wurde auch die Hilfe durch Angehörige, die zuvor beraten oder angeleitet worden waren, und auch die sofortige Reaktion auf den Hilfewunsch der Patienten durch Anpassung der Einsatzzeit als unverzügliche Hilfeleistung gewertet. Diese Hilfe wurde von den Patienten auch als solche wahrgenommen. Nur ein ambulanter Pflegedienst nahm keine Anpassung vor und wertete dieses Kriterium daher als nicht durchführbar. Insgesamt bestätigen die Aussagen der Patienten und Bewohner die professionell erhobenen Daten und verstärken damit das positive Gesamtbild.

**E6 – Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten. Für den Patienten und Bewohner ist das individuell höchstmögliche Maß an Harnkontinenz mit der größtmöglichen Selbstständigkeit sichergestellt.**



**Abb. 15:** Zielerreichungsgrade der Standardebene 6

Aus der Analyse der Pflegedokumentation wurde deutlich, dass in 83,4% aller Fälle das geplante Kontinenzprofil erreicht werden konnte (E6.1). In den Krankenhäusern war dies zu 82,1% (57,1% - 100%) möglich, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu 83% (54,5% - 94,9%) und in den ambulanten Pflegediensten zu 86,1% (61,3% - 100%). Die Ergebnisse bedeuten insgesamt, dass die in den Maßnahmenplänen aufgestellten kurzfristigen Ziele in allen Einrichtungen zu einem beachtlichen Maß erreicht werden konnten. Allerdings sind hier auch noch Verbesserungspotentiale zu sehen. Zu erwarten ist, dass bei längerfristiger und stetiger Anwendung des Standards im Bereich der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege noch höhere Werte zu erzielen sind und auch häufiger nicht nur der Verbleib in einem Kontinenzprofil, sondern ein höheres Kontinenzprofil geplant und erreicht werden kann. In den Krankenhäusern wird es darauf ankommen, noch besser auf die Bedingungen kurzer Verweildauern einzugehen und neben den kurzfristig erreichbaren Zielen die Beratung zu poststationären Unterstützungsmöglichkeiten noch zu verstärken.

Auf die Frage, ob die Kontinenzsituation im subjektiven Empfinden stabil geblieben ist oder sich verbessert hat (E6.2), haben insgesamt 90% der Befragten mit ja geantwortet. In den Krankenhäusern waren es 91,5% (77,4% - 100%), in den stationären Altenpflegeeinrichtungen 88,7% (69,2% - 100%) und in den ambulanten Pflegediensten 89,5% (84,6% - 92,5%). Diese Zahlen belegen, dass die Maßnahmen zur Kontinenzförderung insgesamt einen positiven Effekt auf die Situation der Patienten, Bewohner und ihrer Angehörigen haben. Auch die erneute Übereinstimmung mit den aus der Dokumentation erhobenen Daten bestätigt die Aussagekraft des Audits insgesamt.

#### **5.4.6.4 Kontinenzprofile**

Das abschließende Ergebniskriterium des Standards war die Frage, ob das geplante Kontinenzprofil erreicht wurde, was ja auch eine geplante Stabilität der Kontinenzsituation bedeuten kann. In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich darüber hinaus explizit eine Verbesserung der Kontinenzsituation bei den auditierten Patienten und Bewohnern feststellen lässt. Die folgende Analyse bezieht sich auf die Kontinenzprofile von Patienten und Bewohnern sowohl zum Zeitpunkt der differenzierten Einschätzung, d. h. vor Beginn kontinenzfördernder Maßnahmen, als auch zum Auditzeitpunkt, also nach oder während kontinenzfördernder Maßnahmen, so dass mögliche Effekte der Kontinenzförderung abgebildet werden können. Insgesamt lagen von 656 Patienten und Bewohnern die Kontinenzprofile beider Einschätzungszeitpunkte vor. Aus den Krankenhäusern waren es 191, aus den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 328 und aus den ambulanten Pflegediensten 137 Kontinenzprofile.

##### *Kontinenzprofile zum Zeitpunkt des differenzierten Assessments (E2)*

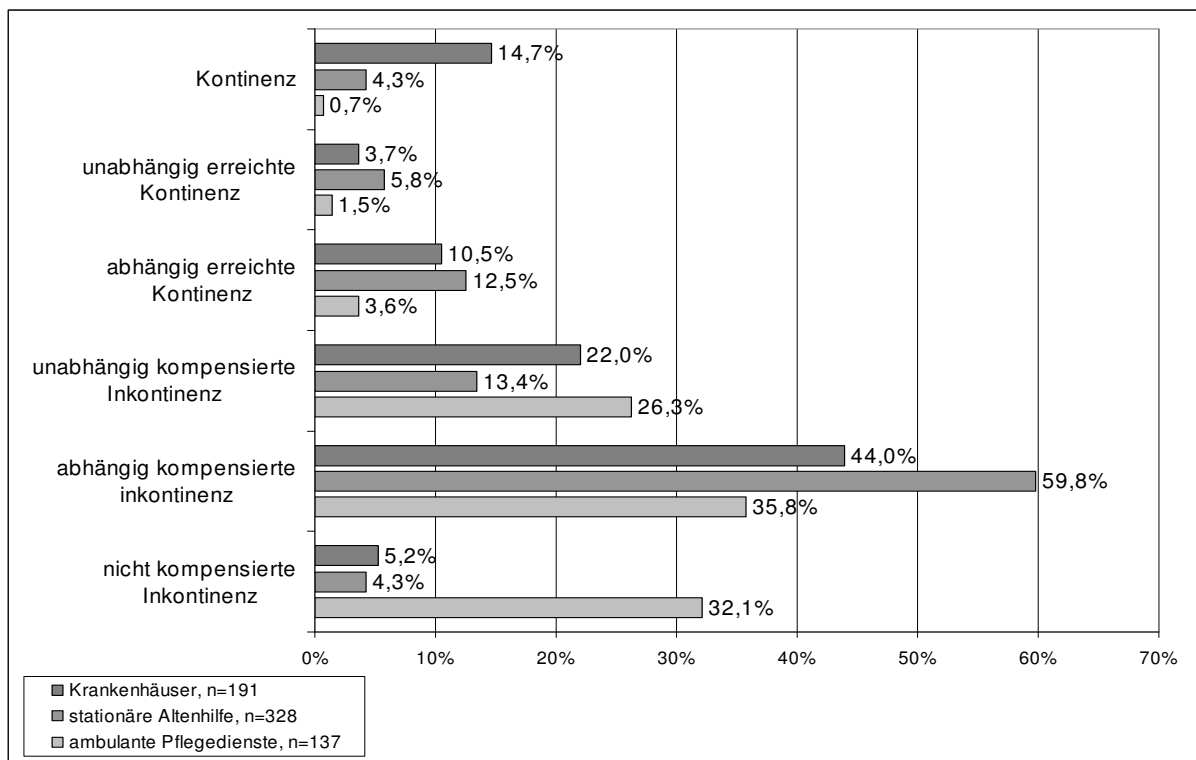
Kontinenzprofile (vgl. Kommentierung zu P2, S. 33 und Kap. 3.4, S. 54) stellen ein Stufenschema dar, das Ist- und Soll-Zustände einer Kontinenzsituation aus pflegerischer Sicht und damit auch Erfolge kontinenzfördernder Maßnahmen abbilden kann. Dabei wird die Kontinenzsituation des Patienten oder Bewohners mit der daraus resultierenden Abhängigkeit von personeller und/oder materieller Hilfe in Beziehung gesetzt. In allen Einrichtungsarten ist der Anteil von Patienten oder Bewohnern mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz, also mit dem Bedarf an personeller Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung, am größten (vgl. Abb. 16, S. 160). Er liegt in den Krankenhäusern vor dem Beginn kontinenzfördernder Maßnahmen bei 44%, in den stationären Altenhilfeeinrichtungen bei 59,8% und in den ambulanten Pflegediensten bei 35,8%. Dies sind insgesamt hohe Werte, die den Bedarf an kontinenzfördernden Maßnahmen auf den Modellpflegeeinheiten unterstreichen, wobei die Literaturstudie nahe legt, dass die mit ca. 60% besonders hohen Werte der stationären Altenhilfe keine Ausnahmen darstellen, sondern den Regelfall bilden (vgl. Kap. 3.1.1, S. 45).

Der hohe Anteil von Patienten mit nicht kompensierter Inkontinenz in der ambulanten Pflege stellt einen Sonderfall dar und entsteht durch die Daten eines ambulanten Pflegedienstes mit besonderen regionalen und strukturellen Bedingungen, insbesondere einem großen Anteil von Patienten aus ländlichem Raum, die mit nicht kompensierter Inkontinenz in die Betreuung aufgenommen wurden.

*Kontinenzprofile zum Auditzeitpunkt (E6)*

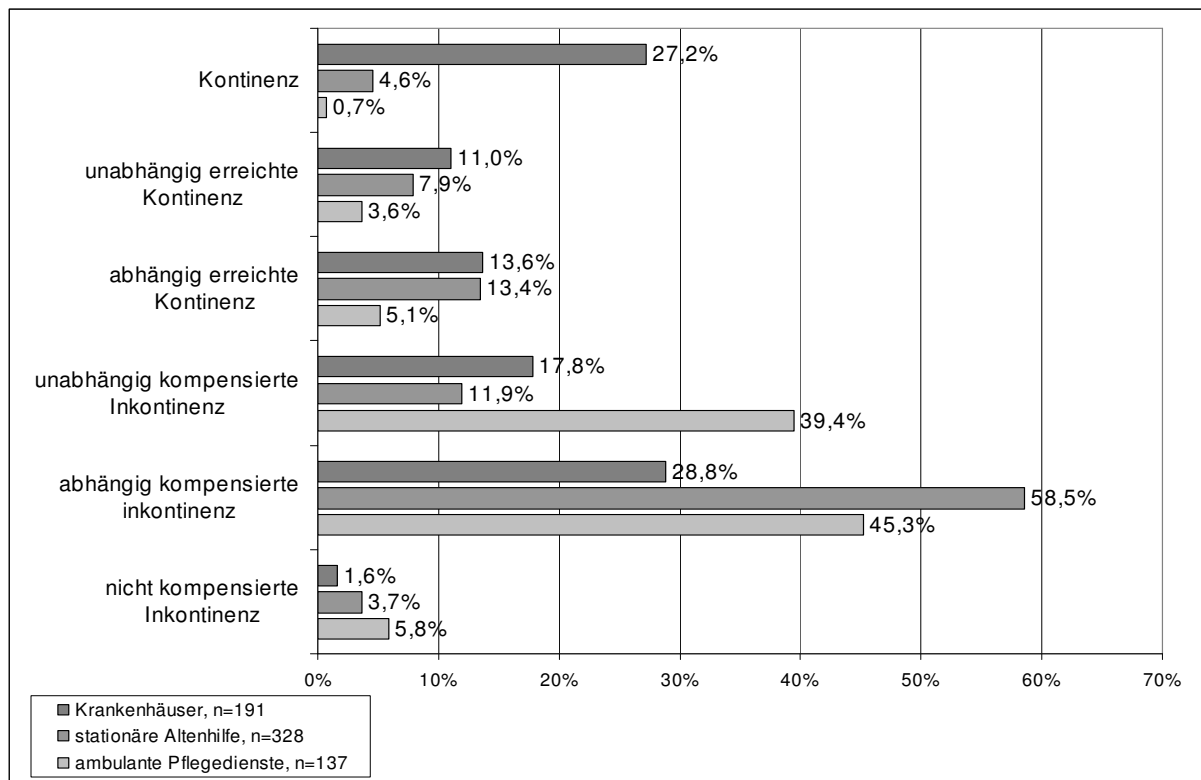
Auch zu diesem Zeitpunkt, also nach Beginn kontinenzfördernder Maßnahmen, haben Patienten und Bewohner mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz den vergleichsweise größten Anteil. In den Krankenhäusern liegt er bei 28,8%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 58,5% und in den ambulanten Pflegediensten bei 45,3% (vgl. Abb. 17, S.160).

Vergleicht man die beiden Messzeitpunkte, so ist die Zahl der Patienten und Bewohner, bei denen eine messbare Verbesserung, also ein Wechsel von einer Stufe des Kontinenzprofils in eine höhere festzustellen ist, durchaus erheblich. Eine Verbesserung um ein oder zwei Kontinenzstufen trifft auf etwa 18,5% aller Patienten und Bewohner zu. Weitere 4,7% haben sich um mehr als zwei Kontinenzstufen verbessert. Demgegenüber sind nur bei 4,3% aller Patienten und Bewohner Verschlechterungen eingetreten (2,6% um eine und 1,7% um zwei Stufen). Die Abbildungen 16 und 17 zeigen die Verteilung der einzelnen Kontinenzprofile in den Einrichtungsarten zum Zeitpunkt der differenzierten Einschätzung und zum Auditzeitpunkt.



**Abb. 16:** Kontinenzprofile zum Zeitpunkt der differenzierten Einschätzung, vor Beginn kontinenzfördernder Maßnahmen





**Abb. 17.:** Kontinenzprofile zum Zeitpunkt des Audits, nach Beginn kontinenzfördernder Maßnahmen

Weiterhin lässt sich feststellen, dass sowohl zum Zeitpunkt der differenzierten Einschätzung als auch zum Auditzeitpunkt in allen Einrichtungsarten der Anteil der Patienten und Bewohner mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz überwiegt. Dabei ist in den *Krankenhäusern* die Rate der Patienten mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz um ca. 15 Prozentpunkte gesunken, während die Rate der kontinenten Patienten um 13 Prozentpunkte gestiegen ist. Dies lässt sich auf Genesungsprozesse und die Behebung kurzfristiger Kontinenzprobleme zurückführen und auch darauf schließen, dass es in den Krankenhäusern durchaus möglich ist, trotz aller beschriebenen Hindernisse eine erfolgreiche Kontinenzförderung zu gestalten. Gleichwohl weist die immer noch hohe Rate von kompensiert inkontinenten Patienten auf längerfristigen Förderungsbedarf hin.

In der *ambulanten Pflege* hat vor allem der Anteil der Patienten mit einer nicht kompensierten Inkontinenz deutlich abgenommen, während gleichzeitig der Anteil der Patienten mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz und mit unabhängig kompensierter Inkontinenz angestiegen ist. Dies zeigt insbesondere, dass es in dem bereits beschriebenen ambulanten Dienst gelungen ist, den Patienten, die bisher keine Hilfe bei ihrer Inkontinenzversorgung in Anspruch genommen haben oder diese nicht in Anspruch nehmen konnten, durch Förderungsmaßnahmen, Beratung und durch die Sensibilisierung der Pflegekräfte für die Probleme der Patienten eine verbesserte Situation ihrer Inkontinenzversorgung zu gewährleisten.

In der *stationären Altenhilfe* sind die geringsten Wanderungsbewegungen zu erkennen. Dies bestätigt, dass es sich hier um nur längerfristig zu bearbeitende Kontinenzprobleme handelt. Allerdings zeigen sich erste Erfolge im einstelligen Prozentbereich bereits nach den wenigen

Wochen der Standardeinführung. Dies lässt auf weitere positive Entwicklungen hoffen, verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit der Verstärkung der Kontinenzförderung über die modellhafte Einführung hinaus.

*Wechsel von Inkontinenzform zu Kontinenzform*

Betrachten wir abschließend die Wanderungsbewegung nochmals insgesamt in absoluten Zahlen. Dabei wird das sechsstufige Schema der Kontinenzprofile zur Verdeutlichung wie folgt zusammengefasst. Ein entscheidender Merkmalsunterschied bei der Unterteilung der Kontinenzprofile ist der des unwillkürlichen Harnverlustes. Die Kontinenzprofile mit dem Merkmal des unwillkürlichen Harnverlustes (nicht kompensierte Inkontinenz, abhängig kompensierte Inkontinenz und unabhängig kompensierte Inkontinenz) lassen sich als Inkontinenzformen zusammenfassen. Im Gegensatz dazu bilden die Kontinenzprofile ohne das Merkmal des unwillkürlichen Harnverlustes (abhängig erreichte Kontinenz, unabhängig erreichte Kontinenz und Kontinenz) die Gruppe der Kontinenzformen. Die folgende Tabelle 5 zeigt die Anzahl der Patienten und Bewohner, die innerhalb des Zeitraums zwischen differenziertem Assessment und Auditzeitpunkt von einer Inkontinenzform in eine Kontinenzform gewechselt sind.

Einrichtungsart	Patienten und Bewohner mit einer Inkontinenzform		Differenz
	differenziertes Assessment	Audit	
Krankenhäuser, n=191	136	92	-44
Stationäre Altenhilfe, n=328	254	243	-11
ambulante Pflege, n=137	129	124	-5
<b>Gesamt, n=656</b>	<b>519</b>	<b>459</b>	<b>-60</b>

**Tab. 5:** Wechsel von Inkontinenzform zu Kontinenzform

Im Rahmen der modellhaften Implementierung sind 60 Patienten und Bewohner, das entspricht 11,6% der zum Zeitpunkt der differenzierten Einschätzung 519 inkontinenten Patienten und Bewohner, von einer Inkontinenz- zu einer Kontinenzform gewechselt. In den Krankenhäusern waren es 44 von 136 Patienten (32,4%), in der stationären Altenhilfe 11 von 254 Bewohnern (4,3%) und in der ambulanten Pflege 5 von 129 Patienten (3,9%). Die Veränderungen in den Krankenhäusern sind gerade angesichts der kurzen Verweildauern überzeugend. In der ambulanten Pflege und auch der stationären Altenhilfe findet sich, wie bereits beschrieben, der größere Teil der Veränderungen innerhalb der einer Inkontinenz zuzurech-

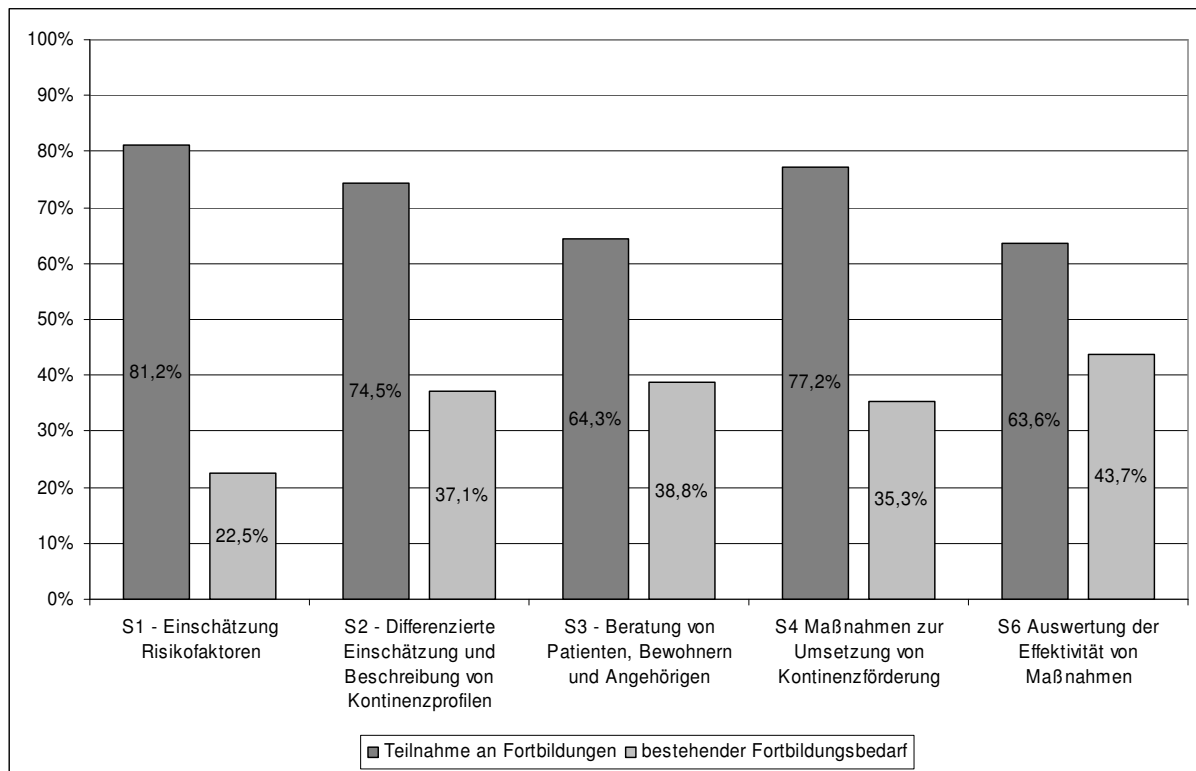
nenden Kontinenzprofilen. Gleichwohl geben 5 kontinente ambulante Patienten und 11 kontinente Bewohner mehr innerhalb dieses kurzen Zeitraums durchaus Anlass zu geduldigem Optimismus.

Verbesserungen innerhalb der Kontinenzstufen, die durch die Projektbeauftragten beschrieben wurden, können mittels der Kontinenzprofile nicht abgebildet werden. Gleichwohl ist es auch als Erfolg zu werten, wenn bei Patienten und Bewohnern mit einer abhängig kompensierten Inkontinenz Verbesserungen durch veränderten Hilfsmiteleinsetz erreicht werden konnten. Diese Verbesserungen können als ein Schritt auf dem langfristigen Weg in eine andere Kontinenzstufe gesehen werden, der ja bei einer beträchtlichen Zahl von Patienten und Bewohnern in der kurzen Zeit schon möglich war.

Die hier vorgelegte gesonderte Auswertung der Kontinenzprofile gehört im eigentlichen Sinne nicht zu den Ergebnissen eines Audits. Ihr Zweck bestand neben der Darstellung der interessanten und ermutigenden Ergebnisse darin, die Praxistauglichkeit des von der Expertenarbeitsgruppe vorgelegten Instrumentes „Kontinenzprofile“ zu prüfen. Diesen Test hat das Instrument eindeutig bestanden. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Kontinenzprofile geeignet sind, vor allem bei längerfristiger Anwendung die Effekte pflegerischer Interventionen zur Kontinenzförderung sichtbar zu machen.

#### **5.4.6.5 Personalbezogene Auditergebnisse**

In den Strukturkriterien des Standards wird eine Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte zur Bewältigung der innovativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Förderung der Harnkontinenz gefordert. Während der modellhaften Implementierung wurde dem in zahlreichen Fortbildungsangeboten Rechnung getragen. Um die Wirkungen dieser Qualifizierungsmaßnahmen zu bewerten, hat sich eine Befragung der beteiligten Pflegefachkräfte bewährt. Dabei wird zunächst nach der Anzahl der besuchten Fortbildungen gefragt und in einem zweiten Schritt themenbezogen der von den Teilnehmern selbst eingeschätzte weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf erkundet. Aus der Gegenüberstellung dieser Werte ergibt sich eine Differenz, die auf den Entwicklungsbedarf bei den jeweiligen Themen schließen lässt. Die Form der Selbsteinschätzung und der Verzicht auf Wissensüberprüfungen haben sich in den vorhergehenden Implementierungsprojekten bewährt und für den Bedarf eines Qualitätsaudits ausreichend genaue Anhaltspunkte geliefert. Die folgende Abbildung 18 zeigt einen Vergleich zwischen der Teilnahme an standardrelevanten Fortbildungsveranstaltungen der Teammitglieder aller Einrichtungen und ihrem subjektiv eingeschätzten weiterhin bestehendem Fortbildungsbedarf zu den Themen.



**Abb. 18:** Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf

Die standardrelevanten Fortbildungsveranstaltungen wurden im Durchschnitt von 72,1% der am Audit teilnehmenden Pflegefachkräfte besucht, insgesamt 35,5% haben nach eigenen Angaben einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf zu diesen Themen. Bei diesen Werten lässt sich einerseits ein gewisses Entwicklungspotential für weitere Fortbildungsangebote erkennen, andererseits sehen die befragten Pflegefachkräfte erhebliche Qualifizierungseffekte. Betrachtet man die Zahlen nach Themen und Einrichtungsarten getrennt (Abb. 19 und Abb. 20), so zeigen sich nur geringe einrichtungsspezifische Unterschiede.

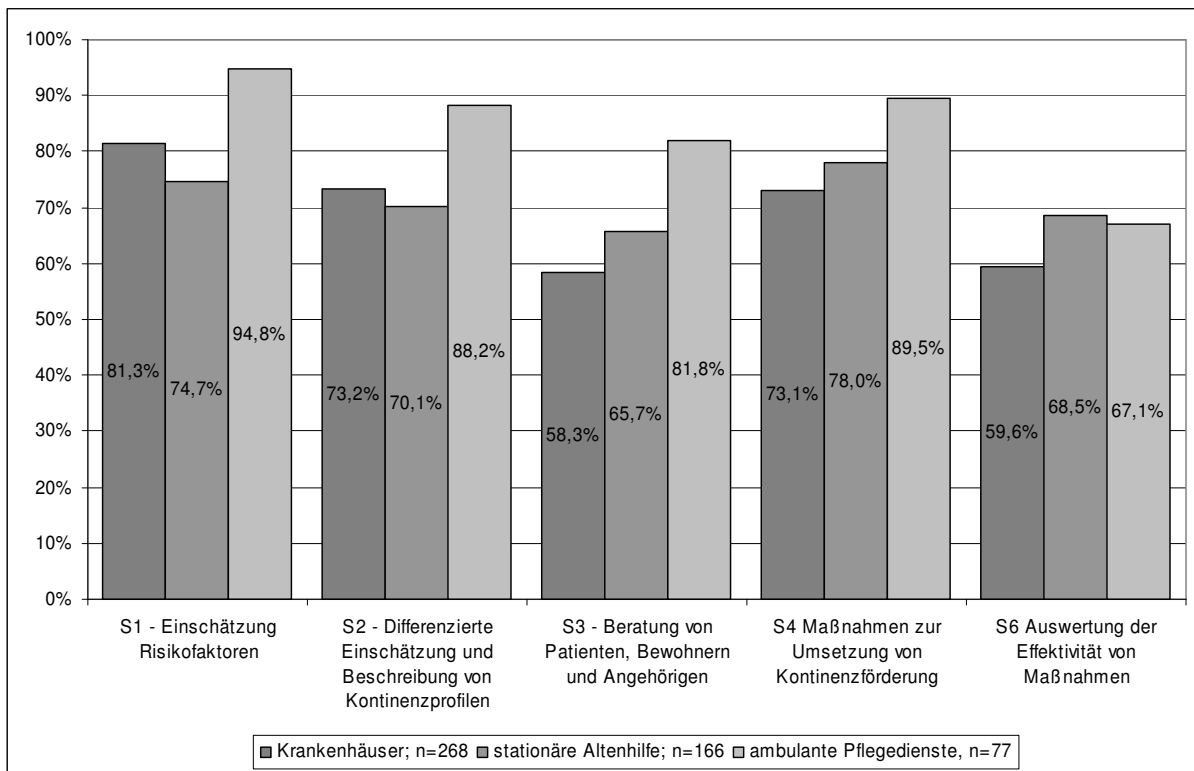


Abb. 19: Teilnahme an Fortbildungen nach Einrichtungsart getrennt

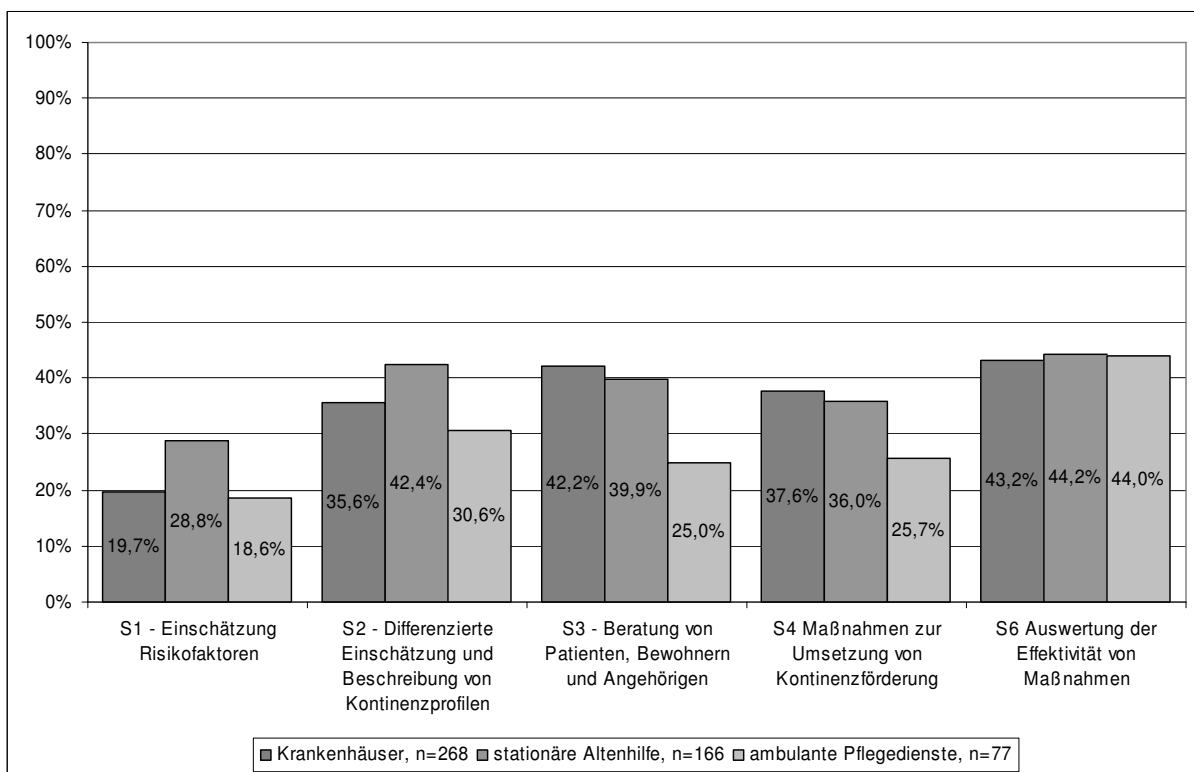


Abb. 20: Weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf nach Einrichtungsart getrennt

### **S1 – Fortbildungen zur Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz**

81,2% der teilnehmenden Pflegefachkräfte geben an, eine Fortbildung zur Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz besucht zu haben. In den Krankenhäusern waren es 81,3%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 74,7% und in der ambulanten Pflege 94,8%. Weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf sehen insgesamt 22,5% aller Pflegefachkräfte. In den Krankenhäusern waren dies 19,7%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 28,8% und in der ambulanten Pflege 18,6%. Damit entsprechen sich die hohen Teilnahmequoten und der relativ geringe Anteil des weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarfes im Sinne einer erfolgreichen Themenbearbeitung. Das relativ umfangreiche Angebot an Fortbildungen zu diesem Thema erweist sich damit als angemessen (vgl. Kap. 5.4.3, S. 135). Ein gewisser Entwicklungsbedarf besteht hier im Bereich der stationären Altenhilfe.

### **S2 – Fortbildungen zur differenzierten Einschätzung von Kontinenzsituationen und Beschreibung von individuellen Kontinenzprofilen**

Insbesondere den Fortbildungen zur Beschreibung der Kontinenzprofile kommt in der Standardeinführung eine besondere Bedeutung zu, da das Instrument der Kontinenzprofile bisher nicht zur Beschreibung der Kontinenzsituation von Patienten und Bewohnern zur Verfügung stand. Es war von der Expertenarbeitsgruppe eigens für diesen Standard weiterentwickelt und im Implementierungsprojekt eingeführt worden. 74,5% aller teilnehmenden Pflegefachkräfte geben an, eine Fortbildung hierzu besucht zu haben. Gleichzeitig erkennen 37,1% einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf zu diesem Thema. In den Krankenhäusern liegt dieses Verhältnis bei 73,2% zu 35,6%, in der stationären Altenhilfe bei 70,1% zu 42,4% und in der ambulanten Pflege bei 88,2% zu 30,6%.

Dass die Schulung eines großen Teils der Pflegekräfte im Umgang mit dem neuen Instrument erfolgreich war, wird durch die Auswertungen der Kontinenzprofile bestätigt, die zu einem hohen Prozentsatz eingesetzt wurden und sich in der Praxis bewährt haben. Der gegenüber dem Thema Risikoeinschätzung größere Bedarf an weiteren Fortbildungsmaßnahmen lässt sich allein schon damit erklären, dass es sich um ein für viele Pflegefachkräfte neues Verfahren handelt und es weiterer Anstrengungen bedarf, bis es in den pflegerischen Alltag der teilnehmenden Einrichtungen vollständig integriert ist.

### **S3 – Fortbildungen zu Beratung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen**

Beratung nimmt bei der Kontinenzförderung einen hohen Stellenwert ein, da die Patienten und Bewohner selbst, aber auch ihre Angehörigen einen hohen Anteil an der Veränderung der Kontinenzsituation haben, so dass ein Erfolg der Maßnahmen auch von deren Informationsgrad und Handlungskompetenz abhängt. Gleichzeitig wurde aus den Erfahrungen der Pflegefachkräfte im Rahmen der Implementierung des Standards deutlich, dass der Zugang zu den Betroffenen durch Scham vor einer Thematisierung von Inkontinenz und der damit verbundenen individuellen Problemlage erschwert ist, was insbesondere in Beratungssituati-

onen einen sensiblen Zugang erfordert. Fortbildungen zu Beratung von Patienten, Bewohnern und ihren Angehörigen wurden im Durchschnitt in allen Einrichtungen von 64,3% der am Audit teilnehmenden Pflegekräfte besucht. Demgegenüber geben noch 38,8% der Pflegekräfte einen bestehenden Fortbildungsbedarf in diesem Bereich an. Dieses Verhältnis betrug in den Krankenhäusern 58,3% zu 42,2%, in der stationären Altenhilfe 65,7% zu 39,9% und in den ambulanten Pflegediensten 81,8% zu 25%.

Die geringe Teilnahmequote und entsprechende hohe Bedarfe sind auf das vergleichsweise niedrige Angebot an Fortbildungen zu diesem Thema zurückzuführen (vgl. Kap. 5.4.3, S. 135). Dies gilt besonders für die Krankenhäuser, die aufgrund kurzer Verweildauern der Patienten besonders durch Beratung und Anleitung Einfluss auf die Kontinenzsituation der Patienten nehmen können. Insgesamt ist bei diesem Thema weiterhin – wie auch bei den vorhergehenden Implementierungsprojekten – längerfristiger Entwicklungsbedarf zu konstatieren.

#### **S4 – Fortbildungen zu Maßnahmen zur Umsetzung von Kontinenzförderung bzw. zur Kompensation von Harninkontinenz**

77,2% aller Pflegefachkräfte haben an einer Fortbildung teilgenommen, die Maßnahmen zur Kontinenzförderung zum Inhalt hatte, während 35,3% einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf angaben. In den Krankenhäusern lag dieses Verhältnis bei 73,1% zu 37,6%, in den stationären Altenhilfeeinrichtungen bei 78% zu 36% und in den ambulanten Pflegediensten bei 89,5% zu 25,7%. Das Interesse an Fortbildungsangeboten zu Maßnahmen der Kontinenzförderung ist ähnlich hoch wie bei der Risikoeinschätzung. Der weitere Qualifizierungsbedarf wird allerdings deutlich höher eingeschätzt. Dies zeigt, dass die Handlungskompetenz der Pflegefachkräfte zur systematischen und individuellen Förderung der Harnkontinenz kontinuierlich weiterentwickelt werden muss.

#### **S5 – Fortbildungen zur Auswertung der Effektivität von Maßnahmen zur Kontinenzförderung bzw. Kompensation der Harnkontinenz**

Im Vergleich mit den anderen Themen gibt es zur Evaluation der Maßnahmen zur Kontinenzförderung mit 63,6% die insgesamt geringste Teilnahmequoten und mit 43,7% den höchsten weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf. In den Krankenhäusern lag dieses Verhältnis bei 59,6% zu 43,2%, in den Altenhilfeeinrichtungen bei 68,5% zu 44,2% und in der ambulanten Pflege bei 67,1% zu 44%. Da keine expliziten Fortbildungen zum Thema Evaluation der Maßnahmen angeboten wurden, sind geringe Teilnahmequoten und hoher Bedarf durchaus nachvollziehbar. Auch wenn davon auszugehen ist, dass inhaltliche Anteile der Thematik Wirksamkeitsüberprüfung in den Veranstaltungen über Assessmentverfahren zur Einschätzung der Kontinenzsituation behandelt wurden, spiegelt sich dies nicht ausreichend in der Selbsteinschätzung der Pflegefachkräfte wieder. Angesichts der großen Bedeutung der Evaluation durchgeführter Maßnahmen für die Bewertung und gegebenenfalls Anpassung des individuellen Maßnahmenplans empfiehlt es sich, bei der Einführung des Expertenstandard vermehrt Aufmerksamkeit auf dieses Thema zu richten.

## 5.5 Schlussfolgerungen

Die Projektbilanz ist – auch aus Sicht der Projektbeauftragten – insgesamt sehr positiv. Kleinere Einschränkungen ergeben sich aus den Rahmenbedingungen der Einrichtungen, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird. Grundsätzlich ist es gelungen, ein Kernthema der Pflege neu und positiv zu besetzen, die Kompetenz der Pflegefachkräfte deutlich zu entwickeln sowie Patienten und Bewohnern eine klare Perspektive für mehr Lebensqualität bei einem sensiblen Thema zu bieten. Deutlich wurde auch, dass weitere Erfolge nur bei langfristiger und kontinuierlicher Bearbeitung des Themas möglich werden. Dafür bietet der insgesamt gelungene Sektoren übergreifende Einsatz des Standards eine gute Voraussetzung, denn bei diesem langfristig zu bearbeitenden Thema ist bei einem Wechsel der Versorgungsart, insbesondere bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, die Kontinuität der Kontinenzförderung eine Grundvoraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen.

### *Zum Einsatz des Expertenstandards in unterschiedlichen Einrichtungsarten*

Die Ergebnisse fallen für die einzelnen Einrichtungsarten deutlich unterschiedlich aus. In der *stationären Altenhilfe* besitzt das Thema eine außerordentlich hohe Relevanz, da dort ein hoher Anteil inkontinenter Bewohner zu verzeichnen ist. Den teilnehmenden Einrichtungen ist im Zeitraum des Implementierungsprojektes ein großer Qualitätssprung gelungen. Dies wird auch daraus ersichtlich, dass sie im Vergleich zu den anderen Einrichtungsarten zu fast allen Kriterien überdurchschnittlich gute Auditergebnisse vorweisen können. Wichtiger ist vielleicht noch die von den Projektbeauftragten beobachtete veränderte Wahrnehmung von Inkontinenz. Diese wird nicht mehr als gegeben hingenommen, sondern als beeinflussbar und veränderbar erlebt. Die eigene pflegerische Arbeit verlagert sich von der Inkontinenzversorgung in Richtung Kontinenzförderung. Auch wenn, wie auch in der Literatur beschrieben, Geduld und Ausdauer bei dieser Arbeit in hohem Maße vonnöten sind.

Ähnlich positiv stellt sich die Situation in der *ambulanten Pflege* dar. Auch hier besitzt das Thema große Relevanz und wurde mit viel Engagement angegangen. Die besonderen Bedingungen der häuslichen Pflege mit nur punktueller Anwesenheit der Pflegefachkräfte im Tagesverlauf führten zu zwei wesentlichen Schwerpunktsetzungen. Einmal spielen Information und Beratung eine noch größere Bedeutung als im stationären Bereich und ebenso stellt die Einbeziehung der Angehörigen eine zentrale Voraussetzung für die Kontinenzförderung dar. Beiden Aspekten ist bei zukünftiger Standardeinführung in der ambulanten Pflege gezielt Aufmerksamkeit zu widmen.

Die *Krankenhäuser* hatten hingegen mit vergleichsweise schwierigen Bedingungen zu kämpfen, die sich auch in überwiegend nur mäßigen Auditergebnissen niederschlugen. Zunächst einmal war auch auf den Modellpflegeeinheiten, die ja aufgrund des hohen erwarteten Risikovorkommens ausgewählt worden waren, der Anteil der Patienten mit einem Inkontinenzrisiko mit 15,8% nicht nur der niedrigste im Vergleich der Einrichtungsarten (stationäre Altenhilfe 86%, ambulante Pflege 47,4%), sondern auch im Vergleich mit vorherigen Implementierungsprojekten. Als zweites hatten die Pflegeteams mit niedrigen Verweildauern zu kämpfen. Dies machte es nicht nur schwierig, nach einem Assessment geeignete Maßnahmen durchzuführen, mehr noch standen oft andere Themen im Vordergrund diagnostischer und thera-



apeutischer Bemühungen und auch im Vordergrund der Patientenbedürfnisse, so dass die Akzeptanz für kontinenzfördernde Maßnahmen, die als zusätzliche Anstrengung erfahren wurden, teilweise nicht zu schaffen war. Einige Krankenhäuser haben ihre Bemühungen nach dem Assessment daher auf den Bereich der Information und Beratung konzentriert, um weitere Aktivitäten der Patienten und ihrer Angehörigen für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt anzubahnen und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Diese Vorgehensweise ist – neben den erfolgreich durchführbaren kurzfristigen Maßnahmen – für weitere Implementierungen unbedingt zu empfehlen. Ebenso ist zu empfehlen, die Pflegeeinheiten für die Einführung des Expertenstandards gezielt auszuwählen, um zu vertrauten Handlungs-routinen mit den neuen Instrumenten und Verfahren finden zu können. Für Pflegeeinheiten und Abteilungen, in denen Patienten mit Inkontinenzrisiko nur wenig vertreten sind, wären Lösungen einer übergreifenden Kontinenzberatung durch Pflegeexpertinnen und -experten zu überlegen, die von einigen Krankenhäusern bereits erfolgreich eingesetzt werden, teilweise auch mit Beratungsstellenfunktion nach außen.

#### *Zur Einführung der Kontinenzprofile*

Die Kontinenzprofile haben sich in der Praxis bewährt. Sie stellen ein wenig aufwändiges, handhabbares Assessmentinstrument dar, das auch für Zielformulierungen und Wirksamkeitsüberprüfungen verwendbar ist. Mit ihrer Hilfe ist die Abbildung von Effekten der Kontinenzförderung möglich. Die Anwendung der Kontinenzprofile ist eindeutig zu empfehlen.

#### *Zur weiteren Einführung des Expertenstandards*

Es hat sich gezeigt, dass der Fortbildungsbedarf bei diesem Thema groß ist. Daher ist bei der Vorbereitung der Einführung auf die Erhebung des Bedarfs und die Schaffung des entsprechenden Angebotes großer Wert zu legen. Schon während der Fortbildungsphase war eine Veränderung der Wahrnehmung von Inkontinenz zu beobachten. Dieser Perspektivenwandel sollte gezielt gefördert werden. Insbesondere durch den großen Qualifizierungsbedarf der Pflegeteams entsteht ein hoher Zeitbedarf bei den Projektbeauftragten, der vom Management berücksichtigt werden muss.

Die Einführung gelingt umso besser, je mehr die Rahmenbedingungen auf die Anforderungen des Standards ausgerichtet sind. Dies bedeutet insbesondere

- personelle und zeitliche Ressourcen;
- Förderung von Berufsgruppen übergreifendem Handeln;
- Beachtung baulicher Belange und angemessener Hilfsmittel, z.B. ausreichende Zahl und Zugänglichkeit von Toiletten, also auch fahrbare Toilettenstühle u. ä.

Darüber hinaus seien an dieser Stelle die wichtigsten Anforderungen an Praxiseinrichtungen wiederholt, die für alle Expertenstandards gelten (Schiemann & Moers 2004, S. 140ff; Moers & Schiemann 2006, S. 157f):

- Grundlegend für das Gelingen der Einführung von Expertenstandards (aber auch Praxisstandards) ist die aktive Übernahme der *Verantwortung für die Rahmenbedin-*

*gungen 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 hohem Stand befinden.
- Ideal ist der Einsatz der *Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung*, da mittels dieser sowohl eine flächendeckende als auch zeitstabile Einführung von 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 Mitarbeiter mit großer Erfahrung in Qualitäts- und Pflegeentwicklung einschließlich der erforderlichen Projektmanagement-Kompetenz in Frage. Ideal erscheinen für diese Aufgabe pflegewissenschaftlich qualifizierte Experten.
- Ebenso essentiell ist die Einrichtung von arbeitsfähigen, also eher kleinen *Arbeitsgruppen* von maximal sechs bis acht Mitgliedern. Die Einbindung der Leitungsebene der Pflegeeinheit ist dringend zu empfehlen. Um ihre Multiplikatorenfunktion wahrnehmen zu können, benötigen die Arbeitsgruppenmitglieder zeitliche Ressourcen für die eigene Qualifikation ebenso wie für die Beratung und Anleitung von Kollegen.
- Die *themenspezifischen Fortbildungen* müssen möglichst nah am Ort des Handlungsvollzuges geschehen und die AG-Mitglieder explizit einbinden. Ebenso müssen sie rechtzeitig angeboten werden, um für die Einführung des Standards wirksam werden zu können. Es empfiehlt sich, das Fortbildungskonzept der Einrichtung auf die geplanten Einführungen von Expertenstandards abzustimmen.
- Das *Vorgehen in der Einführung* selbst sollte sich nach den vier Phasen Fortbildung - Standardanpassung - Einführung - Audit richten (vgl. Kap. 5.1, S. 125). Anzustreben ist, dass der Einführungsprozess in einem überschaubaren Zeitraum - bewährt haben sich ca. sechs Monate - stattfindet, um die Motivation der Pflegeteams auf einem hohen Niveau halten zu können. Ebenso ist zu empfehlen, das Audit und die interne Präsentation der Auditergebnisse als Instrument der Sichtbarmachung und Anerkennung der Leistungen der Pflegeteams zu nutzen.

Zum Abschluss sei angemerkt, dass der Verstetigung der Arbeit mit dem Expertenstandard gerade bei diesem zentralen pflegerischen Thema eine herausragende Bedeutung zukommt, da es nicht nur gilt, einzelne Arbeitsschritte zu verbessern, sondern auch, Tabuisierungen zu durchbrechen und negative Begleiterscheinungen für Pflegenden in positive Aufmerksamkeit für Verbesserungspotentiale umzuwandeln. Nur so kann die Wirksamkeit fördernder Pflege aufgezeigt werden. Dass dazu Handlungsspielräume und entsprechende personelle Ressourcen notwendig sind, bedarf keiner Erwähnung, muss in Zeiten massiven Personalabbaus im Pflegebereich gleichwohl ausdrücklich betont werden – auch auf die Gefahr hin, sich zu wiederholen.

**Literatur:**

**Schiemann, Doris und Moers, Martin (2004):** Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege (mit einem Kapitel von Andreas Fierdag). Osnabrück

**Moers, Martin und Schiemann, Doris (2006):** Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück, S. 116-160