

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für  
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der  
modellhaften Implementierung zum

**Expertenstandard**  
**Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**

2009

## **5 Implementierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**

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 der Pflege. Im Rahmen der wissenschaftlich begleiteten Implementierung werden Erkenntnisse darüber gewonnen, welche Faktoren sich günstig oder hemmend auf den Einführungsprozess und seine Ergebnisse auswirken und welche Voraussetzungen für die notwendige Verstetigung der Arbeit mit dem Expertenstandard zu schaffen sind. Dies ist bei dem vorliegenden Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ von besonderer Bedeutung. In diesem Standard wird – anders als bei den bisherigen Expertenstandards, in denen überwiegend die Prävention großer pflegerelevanter Risiken oder Bedarfe thematisiert wurden – erstmals eine sehr spezifische Klientel mit komplexem pflegetherapeutischem Bedarf angesprochen. Auf die Auswirkungen dieser Spezifika werden wir in diesem Kapitel ausführlich eingehen. Vorab sei nur soviel bemerkt, dass sich in dieser Form nicht vorhersehbare Hürden beim Zugang zur Zielgruppe ergeben haben.

Das inzwischen fünffach angewendete Konzept der Implementierung hat sich erneut bewährt, jedoch konnte es aufgrund struktureller Hindernisse nicht in allen beteiligten Einrichtungen vollständig umgesetzt werden. Das Konzept beinhaltet

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

Das an den Qualitätszyklus angelehnte Phasenmodell bietet eine wichtige Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Standardeinführung. Dieser Qualitätszyklus ist ein 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 und Moers 2004). Im Einzelnen gestalten sich die Phasen des Implementierungskonzeptes wie folgend dargestellt:

## **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: Pflgeteams der beteiligten Pflegeeinheiten 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 Pflgeteams 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 Pflgeteams der Modellpflegeeinheiten durchzuführen.

Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder der Pflgeteams 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 Pflgeteams. 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 beteiligten Pflegeeinheiten 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 der Pflegeteams der Modellpflegeeinheiten anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen. Die angestrebte Stichprobe liegt bei 40 Patientinnen oder Bewohnerinnen in vier Wochen, die von dem jeweiligen Qualitätsrisiko betroffen sind, auf die der Expertenstandard also anwendbar ist. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheiten in den Krankenhäusern mit ihren kurzen Verweildauern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patientinnen betreut wird, bei denen eine chronische Wunde vorliegt. Mit Blick auf die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe kann dem gegenüber leichter geplant werden, Wohnbereiche mit so vielen Plätzen vorzusehen, dass 40 Bewohnerinnen mit einer chronischen Wunde auditiert werden können. Für die ambulanten Pflegedienste gilt, dass der Expertenstandard in der Regel in der gesamten Einrichtung eingeführt wird, um eine entsprechende Zahl von Menschen mit chronischen Wunden zu erfassen.

**Abb. 3:** Phasen des Implementierungsprojekts

## 5.2 Auswahl der Einrichtungen

Im Rahmen des kriteriengeleiteten Auswahlverfahrens 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, Patientinnen- und Bewohnerinnengruppen und Versorgungsstufen. Maßgebliche Bedeutung für die Auswahl der Einrichtungen hatten folgende Strukturkriterien:

- 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 betriebsweiten Qualitätsmanagements,
- eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum,
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in den Modellpflegeeinheiten und
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Alle interessierten Einrichtungen (es waren insgesamt 80) sind im Vorfeld des Bewerbungsverfahrens u. a. mit Hilfe des Methodenpapiers (DNQP 2007, S. 10-13) über Zielsetzung und Vorgehen der modellhaften Implementierung und die Kriterien des Auswahlverfahrens informiert worden. Daraufhin sind beim DNQP 43 qualifizierte Bewerbungen eingegangen, von denen 26 für das Implementierungsprojekt ausgewählt wurden. Es haben 13 Krankenhäuser, sechs Einrichtungen der stationären Altenhilfe und sieben ambulante Pflegedienste teilgenommen. Da sich mehrheitlich Krankenhäuser beworben haben, konnte eine gänzlich ausgewogene Verteilung nicht erreicht werden, obwohl nahezu alle Bewerbungen aus der ambulanten und stationären Pflege berücksichtigt wurden. Nur etwa ein Drittel der interessierten stationären Altenhilfeeinrichtungen haben eine Bewerbung abgegeben. Da die interessierten Einrichtungen in der Regel einen hohen pflegerischen Entwicklungsstand aufweisen, verhinderte der damit verbundene relativ geringe Anteil von Bewohnerinnen mit einer chronischen Wunde, insbesondere einem Dekubitus, offenbar eine größere Zahl von Bewerbungen. Positiv festzustellen ist, dass der Anteil ambulanter Pflegedienste im Vergleich zu vorangegangenen Implementierungsprojekten gestiegen ist.

Die Kooperationspartner des Implementierungsprojektes sind nachfolgend aufgelistet, 11 von ihnen haben bereits an mindestens einer modellhaften Implementierung eines Expertenstandards teilgenommen.

## Kooperationspartner des Implementierungsprojekts

### Ambulante Pflegedienste

#### **AWO Pflegedienst Kreis Recklinghausen-Ost, Sozialstation Herten/Marl**

Pflegedienstleitung: Kerstin Psiuk  
Projektbeauftragte: Katherina Berger

#### **Diakonie in Düsseldorf, Abteilung Ambulante Dienste - Häusliche Pflege**

Pflegedienstleitung: Dipl.-Kauffrau Petra Hanschen  
Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic

#### **Diakonie-Pflege Verbund Berlin**

Geschäftsführung: Karl-Martin Seeberg; Jutta Berger-Knapp  
Projektbeauftragter: Frank Gruhle

#### **DRK Sozialstation Lokstedt-Stellingen; DRK Sozialstation Harburg**

Pflegedienstleitung: Angelika Christiansen; Gabi Kruse  
Projektbeauftragte: Isabella Lavallo-Ritter

#### **Evangelischer Stadtverband Stuttgart - Diakoniestationen in Stuttgart**

Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerin Melanie Rehmet; Elisabeth Spohn  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Petra Eberle-Dittus

#### **Hilfzentrale für Senioren und Behinderte, Hanau**

Geschäftsführung: Dipl.-Gerontologin Günter Rohler  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Natali Kirša

#### **Volkshilfe Steiermark, Graz**

Geschäftsleitung Sozialzentren: Mag. Brigitte Schafarik  
Projektbeauftragte: Daniela Dobler

### Einrichtungen der stationären Altenhilfe

#### **Altenzentrum Schmallenbach-Haus, Fröndenberg**

Pflegedienstleitung: Herbert Bruckelt  
Projektbeauftragter: Dirk Bruckelt

#### **Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen e. V., Hofgeismar**

Pflegedirektorin: Charlotte Bellin  
Projektbeauftragter: Dipl.-Pfleger Denis Oswald

#### **Neanderklinik Harzwald GmbH, Illfeld**

Geschäftsführung, Heimleitung: Martina Röder  
Projektbeauftragte: Nadine Einbock

#### **Phönix Sozialzentrum im Lerchenfeld, Jena**

Pflegedienstleitung: Corina Leidel  
Projektbeauftragte: Silke Schowald; Rene Steinbrück

#### **Stiftungsklinikum Mittelrhein: Seniorenhaus Heiliggeist, Boppard und**

Gesundheitszentrum Ev. Stift Sankt Martin, Koblenz  
Leitung Altenhilfe: Dipl.-Kauffrau Doris Seis  
Projektbeauftragte: Tanja Vogt; Silke Friedrich

#### **Vitanas Pflegen und Wohnen Seniorenzentrum Auf der Uhlenhorst und Seniorenzentrum Finkenau, Hamburg**

Zentrumsleitung: Dipl.-Pfleger Frank Haesloop  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Antje Meyer; Dipl.-Pflegerin Sabine Lange

## **Krankenhäuser**

### **Charité Universitätsmedizin, Berlin**

Pflegedirektorin: Hedwig François-Kettner  
Projektbeauftragter: Armin Hauss, BScN

### **Klinikum Augsburg**

Pflegedirektor: Johannes Wilhelms  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Helga Tebartz, MBA

### **Klinikum Braunschweig gGmbH**

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

### **Klinikum Dortmund**

Pflegedirektorin: Dipl.-Pflegerwirtin Monika Gau  
Projektbeauftragte: Andrea Besendorfer, BScN, MScN

### **Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH**

Pflegedirektor: Hans-Jörg Habermehl  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Urszula Aleksy

### **Klinikum Nürnberg**

Klinikpflegedienstleitung: Brigitte Schultheis  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Gertrud Müller

### **Klinikum der Universität München, Großhadern**

Pflegedirektor: Peter Jacobs  
Projektbeauftragte: Gabriele Kraus-Pfeiffer

### **Klinikum Worms**

Pflegedirektorin: Brigitte Ahrens  
Projektbeauftragte: Inge Aber

### **Mathias-Spital Rheine**

Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerwirtin Kornelia Marcinek  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerpädagoge Andreas Holtmann

### **Unfallkrankenhaus Berlin**

Pflegedirektor: Dipl.-Kfm. Matthias Witt  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Inken Albrecht

### **Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH, Standort Marburg**

Pflegedirektorin: Beatrix Schade  
Projektbeauftragter: Dr. Thomas R. Neubert

### **Universitätsklinikum Rostock**

Pflegedienstdirektorin: Rosemarie Rahmig  
Projektbeauftragte: Annett Laban

### **Werner-Wicker-Klinik, Bad Wildungen**

Pflegedirektor: Gottfried Fischer  
Projektbeauftragte: Therese Steckert

**Abb. 4:** Kooperationspartner des Implementierungsprojektes

### **5.3 Wissenschaftliche Projektbegleitung**

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams waren im Rahmen des Implementierungsprojektes die

- Planung, Steuerung und Dokumentation des Projektverlaufs sowie der fachlichen und methodischen Begleitung der Projektbeauftragten;
- Entwicklung des Audit-Instruments zum Expertenstandard. Dies geschah in engem Austausch mit den Projektbeauftragten. Das Instrument wurde auf der Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen und stand den Einrichtungen für eigene Vortests zur Verfügung;
- Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten in den beteiligten Einrichtungen. Das laufend aktualisierte Erhebungsinstrument ist an dem Vier-Phasen-Konzept der Standardimplementierung orientiert und stand den Projektbeauftragten zur dauerhaften Dokumentation des Projektverlaufs zur Verfügung;
- Anonymisierte Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Audit-Ergebnisse und Projektverlaufsdokumentation) und Berichterstattung.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte an vier ganztägigen Projektsitzungen der Projektbeauftragten der teilnehmenden Einrichtungen an der Fachhochschule Osnabrück. Die erste Projektsitzung fand bereits vor dem eigentlichen Projektstart statt, um die Projektbeauftragten auf notwendige inhaltliche und organisatorische Aufgaben zu Beginn des Projektes, z. B. Arbeitsgruppenbildung und Fortbildungsplanung in ihren Einrichtungen vorzubereiten. Die weiteren Sitzungen orientierten sich zeitlich und inhaltlich an den Implementierungsphasen und dienten neben den bereits erwähnten Entwicklungen von Audit- und Erhebungsinstrumenten dem Austausch und Beratungen über Projektfortschritte. Darüber hinaus fand auch zwischen den Sitzungen ein intensiver Dialog über aktuelle Fragestellungen oder Probleme mit den Projektbeauftragten statt. Schwerpunkt der abschließenden Projektsitzung im Juli 2008 war die Präsentation und Diskussion der Auditergebnisse aus den Praxiseinrichtungen. Die protokollierten Ergebnisse dieser Sitzungen bilden neben den Prozessdokumentationen und den Auditprotokollen eine wichtige Datengrundlage für diesen Bericht.

### **5.4 Ergebnisse zum Projektverlauf**

#### **5.4.1 Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen**

##### *Art der Einrichtungen und fachliche Ausrichtung*

Von den 13 *Krankenhäusern* waren 10 Einrichtungen der Maximalversorgung, zwei der Regelversorgung und ein Fachkrankenhaus. Die Größe der Krankenhäuser variierte zwischen 318 und 3200 Betten, dabei überstieg die Bettenzahl von neun Einrichtungen 1000 Betten. Für die

modellhafte Implementierung wurden in der Mehrzahl eine bis drei Modellstationen ausgewählt, in einem Fall waren es sieben Stationen. Die Modellstationen hatten eine durchschnittliche Bettenzahl von 70 Betten, die höchste lag bei 178 und die niedrigste bei 26. Sie waren in den meisten Fällen nach dem Bereichspflegesystem und in zwei Krankenhäusern nach dem Prinzip des Primary Nursing organisiert. Zu den beteiligten Fachrichtungen gehörten die Diabetologie/Endokrinologie, Nephrologie, Orthopädie, Allgemein- und Gefäßchirurgie, Dermatologie, Angiologie, Rheumatologie, Geriatrie sowie zwei Zentren für Rückenmarksverletzungen. Die Verweildauer der zwei Rückenmarkszentren lag im Durchschnitt bei 48,2 Tagen und in den übrigen Einrichtungen bei 10 Tagen. Aus vier Krankenhäusern lagen über die Verweildauer keine Angaben vor.

Die sechs *Einrichtungen der stationären Altenhilfe* hatten zwischen 67 und 425 Bewohnerplätze, im Durchschnitt 196 Plätze. Für die modellhafte Implementierung wurde in fünf der sechs Einrichtungen eine nahezu flächendeckende Einführung des Expertenstandards angestrebt, was auf die geringe Anzahl von Bewohnern mit einer chronischen Wunde zurückgeführt werden kann (vgl. Kap. 5.4.2.4). Die Pflegeorganisationsform war überwiegend die Bereichspflege. In zwei Einrichtungen wurde das System der Bereichspflege mit dem der Gruppenpflege gemischt, in zwei weiteren war zusätzlich zur Bereichspflege Primary Nursing eingeführt. In einer Einrichtung war die Pflege ausschließlich nach dem Prinzip des Primary Nursing organisiert.

In allen beteiligten sieben *ambulanten Pflegediensten* wurde der Standard flächendeckend eingeführt. Die Pflegedienste betreuten im Projektzeitraum zwischen 165 und 800 und im Durchschnitt 470 Patientinnen. In vier Pflegediensten wurde Bereichspflege und in den drei weiteren Primary Nursing als Pflegeorganisationsform genannt.

### *Personalausstattung*

In den *Krankenhäusern* lag der Personalschlüssel, definiert als das Verhältnis von Behandlungsplätzen zu Pflegefachkräften, zwischen 0,8 und 3,1 und im Durchschnitt bei 1,9 Behandlungsplätzen pro Pflegefachkraft. Der durchschnittliche Personalschlüssel ist damit im Vergleich mit dem der beteiligten Krankenhäuser an den Projekten zu den Expertenstandards Sturzprophylaxe (2,2) und Kontinenzförderung (2,1) auf einem leicht höheren Niveau.

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe lag der Personalschlüssel zwischen 2,1 und 5,7 Bewohnern pro Pflegefachkraft und im Durchschnitt bei 4,3. Damit ist die Zahl der durchschnittlich von einer Pflegefachkraft zu betreuenden Bewohnerinnen im Vergleich mit den vorangegangenen Projekten gesunken, hier lagen Personalschlüssel bei 6,1 (Sturzprophylaxe) und 5,7 (Kontinenzförderung). Die Fachkraftquote, das Verhältnis dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte zu geringer qualifizierten Pflegekräften, lag in den Einrichtungen zwischen 54% und 70% und im Durchschnitt bei 60,4% und damit etwas höher als in den vorangegangenen Implementierungsprojekten zu Sturzprophylaxe (56,5%) und Kontinenzförderung (56,2%).

Der Personalschlüssel der *ambulanten Pflegedienste* lag zwischen 12,1 und 18,4 Patientinnen pro Pflegefachkraft und im Durchschnitt bei 14,8. Die Fachkraftquote betrug zwischen 28,6% und 79,2% und im Durchschnitt 55,3%. Hier lagen durchschnittlicher Personalschlüssel und Fachkraftquote niedriger als in den vorangegangenen Projekten.

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

Alle teilnehmenden Einrichtungen haben Erfahrungen in der Planung, Durchführung und Auswertung qualitätsfördernder und -sichernder Maßnahmen. In 25 der 26 teilnehmenden Einrichtungen wurden bereits einrichtungsweltweit oder auf ausgewählten Bereichen Expertenstandards eingeführt und angewendet. In 13 Einrichtungen wurden alle oder zumindest vier der bisher veröffentlichten Expertenstandards eingeführt, während in allen Einrichtungen mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe und mindestens einem weiteren Expertenstandard gearbeitet wird, so zum Beispiel in allen Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit den Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz und Sturzprophylaxe. Letzterer ist nach den Expertenstandards Entlassungsmanagement und Schmerzmanagement der in den Krankenhäusern am häufigsten implementierte Standard. In den ambulanten Pflegediensten ist auch der Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz häufig eingeführt worden. Die Mehrzahl der Einrichtungen verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem, sieben Einrichtungen haben Erfahrungen mit Zertifizierungsprozessen und in achtzehn Einrichtungen wird mit Qualitätszirkeln gearbeitet. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung in der Pflege geben acht Einrichtungen an, die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung anzuwenden und in nahezu allen Einrichtungen werden regelmäßige Qualitätsaudits und Dokumentationsanalysen durchgeführt.

#### **5.4.2 Einführung des Expertenstandards nach dem Phasenmodell**

In der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen, darunter alle sechs stationären Altenhilfeeinrichtungen, vier Krankenhäuser und drei ambulante Pflegedienste, beeinträchtigten in besonderem Maße Zugangsprobleme zur Zielgruppe und damit verbunden geringe Fallzahlen die vollständige Einführung des Expertenstandards. Die geringen Fallzahlen hatten im Rahmen des Einführungsprozesses besonderen Einfluss auf die Phase der Einführung und Anwendung des Standards (vgl. Kap. 5.4.2.3) und auf die Durchführung des Audits und die Interpretation seiner Ergebnisse (vgl. Kap. 5.4.2.4).

In den Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* zeichnete sich die geringe Zahl von Bewohnern mit einer chronischen Wunde bereits zu Beginn der Standardeinführung ab. Wie bereits in den Ausführungen zur Auswahl der Einrichtungen (vgl. Kap. 5.2) erwähnt, hängt dies mit dem geforderten hohen pflegerischen Entwicklungsstand der Einrichtungen und der damit verbundenen Positivauswahl zusammen. Die teilnehmenden Einrichtungen wiesen nur geringe Dekubitusraten auf, haben chronische Wunden bereits in der Vergangenheit erfolgreich behandelt

und gute Rezidivprophylaxen angewendet. Dies ist, wie sich in abschließenden Gesprächen mit den Projektverantwortlichen herausstellte, der Grund für die geringen Fallzahlen der teilnehmenden Einrichtungen. Eine Beteiligung dieser Einrichtungen war trotz der geringen Fallzahlen von hoher Relevanz, um wichtige Erkenntnisse über Umsetzungsmöglichkeiten des Expertenstandards in der stationären Altenhilfe zu gewinnen.

Die Projektbeauftragten der beteiligten *Krankenhäuser* hatten im Vorfeld deutlich höhere Fallzahlen erwartet. Aus den Projektdokumentationen wird deutlich, dass insbesondere kurze Verweildauern bei bestimmten Behandlungsverfahren, ungeplante Verlegungen oder Entlassungen dazu geführt haben, dass während der modellhaften Implementierung auf den Modellstationen weniger Patientinnen mit chronischen Wunden behandelt wurden, als ursprünglich angenommen. Insbesondere in zwei Einrichtungen mit sehr geringen Fallzahlen während der Anwendungs- und Auditphase müssen auch strukturell schwierige Bedingungen (Auswahl der Modellpflegeeinheit, Personalengpässe, kurzfristige Entlassungen und Verlegungen von Patientinnen) als Ursachen in Betracht gezogen werden.

Die drei *ambulanten Pflegedienste* mit besonders geringen Fallzahlen haben von Projektbeginn an versucht, durch gezielte Information der Öffentlichkeit auf das Implementierungsprojekt aufmerksam zu machen, um auf diesem Weg die Zahl ihrer Patientinnen mit chronischen Wunden zu vergrößern. Es wurde deutlich, dass diese Maßnahme innerhalb des kurzen Implementierungszeitraums keinen Erfolg hatte, allerdings lassen Erfahrungen der spezialisierten Dienste erwarten, dass längerfristig ein positiver Effekt dieser Maßnahme zu erwarten ist.

Für das Implementierungsprojekt stand den Einrichtungen ein Zeitraum von sechs Monaten (Januar bis Juli 2008) zur Verfügung. Allen beteiligten Einrichtungen ist es gelungen, die ersten drei Implementierungsphasen zeitgerecht umzusetzen und den Expertenstandard einzuführen. Die Projektbeauftragten beschrieben die Aufgaben zur Gestaltung bedarfsgerechter Fortbildungsveranstaltungen und zur Einführung der komplexen Standardinhalte als ausgesprochen zeitintensiv. Die geringen Fallzahlen führten in den davon betroffenen Einrichtungen zu Verzögerungen im Einführungsprozess, da mehr Zeit für die Erprobung der Standardinhalte in Anspruch genommen werden musste, als in der Projektplanung vorgesehen war. Das abschließende Audit konnte in 23 der 26 teilnehmenden Einrichtungen in der geplanten Zeit durchgeführt werden. In drei Einrichtungen kam es zu Verzögerungen. Gründe hierfür lagen in zwei Krankenhäusern ebenfalls in unerwartet geringen Fallzahlen und in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe in der zeitgleichen Umstellung der Pflegedokumentation.

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

#### *Bildung von Arbeitsgruppen*

In allen Einrichtungen wurden mit Beginn des Implementierungsprozesses Arbeitsgruppen in den Modellpflegeeinheiten gebildet. In sieben Krankenhäusern und zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege hatten die Arbeitsgruppen dauerhaft oder zeitweilig eine multidisziplinäre Besetzung. In den übrigen Einrichtungen, so beispielsweise in allen ambulanten Pflegediensten, waren ausschließlich Pflegefachkräfte Mitglieder der Arbeitsgruppen. Abhängig von Einrichtungsart, Größe und Anzahl der Modellpflegeeinheiten variierte auch Größe und Zusammensetzung der Arbeitsgruppen. Die Arbeitsgruppen hatten Mitgliederzahlen von fünf bis 20 Personen und bildeten sich gleichermaßen durch freiwillige Teilnahme als auch mittels gezielter Auswahl durch Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen. Neben Stations- bzw. Wohnbereichsleitungen waren überwiegend Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheiten Mitglieder der Arbeitsgruppen. Hinzu kamen in neun Krankenhäusern, zwei Einrichtungen der stationären Altenhilfe und allen sieben ambulanten Pflegediensten Fachexpertinnen für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

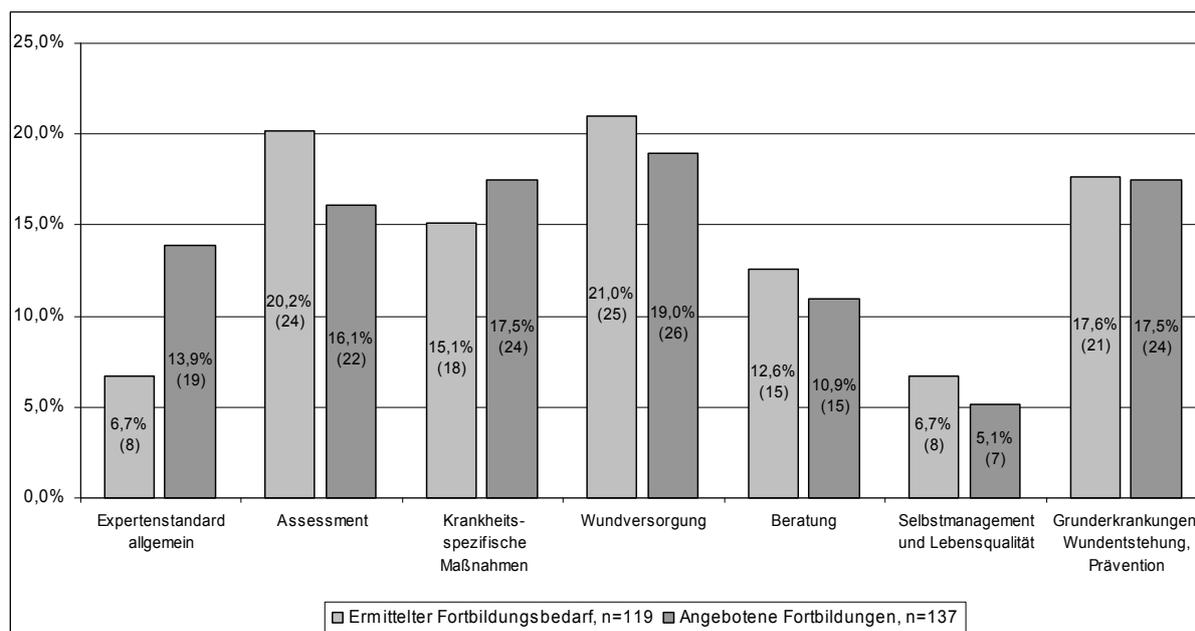
Die Aufgaben der Arbeitsgruppen bestanden in der inhaltlichen und strukturellen Begleitung der einzelnen Implementierungsschritte, zudem hatten die einzelnen Mitglieder eine wichtige Funktion als Ansprechpartner und Multiplikatoren in den Modellpflegeeinheiten. Die Moderation der Arbeitsgruppen wurde überall von den jeweiligen Projektbeauftragten übernommen.

#### *Kick-Off-Veranstaltungen*

Zu Projektbeginn sind in den Einrichtungen durchgehend Kick-Off-Veranstaltungen angeboten worden, um die Projektbeteiligten umfassend über den Expertenstandard und das Implementierungsprojekt zu informieren. In der stationären Altenpflege und bei den ambulanten Pflegediensten wurden zu diesen Veranstaltungen auch Hausärztinnen und Vertreterinnen von Kranken- und Pflegekassen eingeladen, um ihnen den Expertenstandard und das Implementierungsprojekt nahe zu bringen. Damit konnten einige Einrichtungen frühzeitig tragfähige Kooperationsbeziehungen erreichen, während diese Maßnahme bei der Mehrheit der Einrichtungen nicht den gewünschten Erfolg erzielte.

#### *Fortbildungsbedarf und Fortbildungsangebot*

Die Projektbeauftragten haben zu Projektbeginn die standardbezogenen Fortbildungsbedarfe der Pflegefachkräfte ermittelt und auf Basis der Befragungsergebnisse ein bedarfsgerechtes Fortbildungsprogramm entwickelt.



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

Während in einigen Einrichtungen der Fortbildungsbedarf per Fragebogen erhoben und mit bestehenden Fortbildungsprogrammen abgeglichen wurde, ermittelten andere Projektbeauftragte den Bedarf durch Gespräche mit Stations- und Wohnbereichsleitungen sowie durch Erfragen von Fortbildungswünschen der Pflegefachkräfte.

Den größten Fortbildungsbedarf sahen die befragten Pflegefachkräfte bei den Themen Wundassessment und Wundversorgung. Auch allgemeine Fortbildungen zu Grunderkrankungen, Wundentstehung und Wundprävention wurden häufig nachgefragt, gefolgt von Fortbildungswünschen zu krankheitsspezifischen Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen. Weitere fortbildungsrelevante Themen sahen die Pflegefachkräfte nach subjektiver Einschätzung ihres Fortbildungsbedarfs in den Bereichen Beratung, Förderung von Selbstmanagement und Lebensqualität sowie zu qualitätsmethodischen Grundlagen der Expertenstandards und ihrer Einführung. Die Abbildung 5 zeigt einen Vergleich zwischen ermitteltem Fortbildungsbedarf und angebotenen Fortbildungen.

Die Projektbeauftragten haben gemeinsam mit den Arbeitsgruppen in allen Einrichtungen ein bedarfsgerechtes Fortbildungsprogramm erstellt und ein zeitnahes Fortbildungsangebot organisiert. Es wurden in allen 26 Einrichtungen zusammen 137 Fortbildungsveranstaltungen angeboten, im Durchschnitt waren es etwas mehr als fünf pro Einrichtung. Damit war das Fortbildungsangebot insgesamt und im Durchschnitt pro Einrichtung größer als bei den Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz (115 Fortbildungsveranstaltungen, vier bis fünf pro Einrichtung) und Sturzprophylaxe (90 Fortbildungsveranstaltungen, drei bis vier pro

Einrichtung). Das Fortbildungsangebot orientierte sich eng an den ermittelten Fortbildungswünschen und wies keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten auf. In der Reihenfolge der Häufigkeit wurden folgenden Themen angeboten:

- Maßnahmen zur Wundversorgung
- Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wund- und therapiebedingter Einschränkungen
- Grunderkrankungen, Wundentstehung und Prävention
- Assessment von chronischen Wunden und wund- und therapiebedingten Einschränkungen
- Beratung, Schulung und Anleitung
- Förderung von Selbstmanagement und Lebensqualität

Zu den meisten Themen gab es keine Probleme, qualifizierte Dozentinnen zu finden, u. a. standen in einigen Einrichtungen auch Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung. Nur zum Thema „Förderung von Selbstmanagement und Lebensqualität“ hatten mehrere Einrichtungen Schwierigkeiten bei der Dozentinnensuche. Fortbildungen fanden nicht ausschließlich in der ersten Projektphase statt, sondern auch während der folgenden drei Implementierungsphasen. Neben offiziellen Fortbildungsangeboten haben sich vielerorts auch entsprechend erweiterte Teamsitzungen als Fortbildungsplattformen gut bewährt.

#### *Teilnehmerzahlen und Zeitaufwand*

Die 137 Fortbildungsangebote wurden insgesamt 3548 mal besucht. Damit überschreiten die Teilnehmerzahlen den bisherigen Höchstwert aller modellhaften Implementierungen (Förderung der Harnkontinenz: 115 Angebote und 2361 Teilnahmen). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass zur Umsetzung der innovativen Potentiale des Expertenstandards umfangreiche neue Kompetenzen erforderlich sind. Die personalbezogenen Ergebnissen des Audits (vgl. Kap. 5.5.3) bestätigen diese Einschätzung ebenso, wie die Aussagen von Projektbeauftragten, die bereits die Einführung mehrerer Expertenstandards in ihren Einrichtungen begleitet haben. Das Interesse an den Fortbildungsveranstaltungen war von Seiten der Pflegefachkräfte gleichwohl unterschiedlich ausgeprägt. Wurden die Veranstaltungen außerhalb der Dienstzeit angeboten, sank die Teilnahmebereitschaft spürbar.

Auch die Zeitressourcen, die für Fortbildungen zur Verfügung gestellt worden sind, haben sich bei diesem Projekt erhöht, allerdings mit einer großen Streubreite. Der Zeitaufwand, errechnet durch die Multiplikation der Dauer der Fortbildungsveranstaltungen mit der Zahl der Teilnehmerinnen, lag in allen Einrichtungen im Durchschnitt bei 276 Stunden mit einer Spanne zwischen 19 und 1107 Stunden. In den Krankenhäusern waren es durchschnittlich 163 Stunden, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 520 Stunden und in den ambulanten Pflegediensten 277 Stunden. Damit ist der Zeitaufwand in der stationären Altenhilfe und

den ambulanten Pflegediensten gegenüber dem vorherigen Implementierungsprojekt deutlich angestiegen, während er in den Krankenhäusern gleich geblieben ist. Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten weist ebenfalls große Unterschiede auf. Im Durchschnitt waren es bezogen auf alle Einrichtungen 46 Stunden bei einer Spanne von drei bis 164 Stunden.

#### **5.4.2.2 Phase 2: Standardanpassung**

Die Anpassungen der Standardkriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe der Modellpflegeeinheiten bezogen sich insbesondere auf

- die Entwicklung einer interprofessionell gültigen Verfahrensregelung,
- die Überprüfung und Entwicklung bestehender oder neuer Instrumente zur Wundanamnese und zur Einschätzung wundbedingter Einschränkungen und
- den Einsatz von Fachexpertinnen für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

Je nach Umfang der Anpassungsleistungen ergab sich in dieser Phase für die Projektbeauftragten der Krankenhäuser und der Einrichtungen der stationären Altenhilfe ein durchschnittlicher Zeitbedarf von etwa 89 Stunden und für die Projektbeauftragten der ambulanten Pflegedienste von durchschnittlich 43 Stunden. Für die Arbeitsgruppen der Einrichtungen wurden, unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Mitgliederzahl, in den Krankenhäusern durchschnittlich 83 Stunden, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 155 Stunden und in den ambulanten Pflegediensten 136 Stunden aufgewendet.

#### *Verfahrensregelungen*

Zur Verbesserung der intra- und interprofessionellen Kooperation sieht der Expertenstandard vor, dass vom Management eine eindeutige Regelung zur Zusammenarbeit der beteiligten Akteure festgelegt und den Pflegefachkräften die Koordination der Versorgungsabläufe übertragen wird. In den meisten Einrichtungen konnte eine Verfahrensregelung während des Projektzeitraums entwickelt werden, die die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen beschreibt und den verantwortlichen Pflegefachkräften die Koordination der Wundversorgung im multiprofessionellen Team erleichtert. Einrichtungen, die bisher noch geringe Erfahrungen mit einem solchen Instrument hatten, erhielten Unterstützung durch Projektbeauftragte anderer Einrichtungen oder im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung. Dass eine enge Kooperation mit dem ärztlichen Dienst eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Anwendung der Verfahrensregel darstellt, wurde in allen Einrichtungen deutlich. In Krankenhäusern, in denen bereits vor Einführung des Standards eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden bestand und in denen es bereits eindeutige Beschreibungen von Zuständigkeiten und Schnittstellen gab, traten keinerlei Probleme bei der Entwicklung der Verfahrensregeln auf. Auch Erfahrungen aus anderen Versorgungsbereichen mit hoher Kooperationsanforderung, z. B. dem Schmerzmanagement,

erwiesen sich als hilfreich. Aus zwei Krankenhäusern wurde berichtet, dass sich keine Kooperation bei der Entwicklung der Verfahrensregel herstellen ließ, sodass die der Umsetzung der Standardinhalte zunächst rein pflegeorientiert gestaltet werden musste. In einem anderen Krankenhaus verzögerte die fehlende Zustimmung der ärztlichen Leitung die abschließende Freigabe der Verfahrensregel.

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und den ambulanten Pflegediensten sind die Verfahrensregeln durchweg monodisziplinär entwickelt worden. Entsprechend liegt ihr Schwerpunkt auf den Beschreibungen pflegerischer Zuständigkeiten und den Verfahren zur Einbeziehung der pflegerischen Fachexperten. Schnittstellen zu ärztlichen Zuständigkeiten wurden punktuell herausgearbeitet. Die Verfahrensregeln sind den behandelnden Hausärztinnen vorgestellt worden. Es ist allerdings nur in einigen Einrichtungen gelungen, die Kooperationsbereitschaft mit Hilfe von offiziellen Informationsveranstaltungen, regelmäßiger Kontakt-suche und besonders durch gemeinsame Fachdiskurse über aktuelle Behandlungsmethoden und geeignete Hilfsmittel erfolgreich zu fördern. Nahezu alle Einrichtungen berichteten über Probleme bei der Verordnung von Verbandmaterialien und Medikation.

### *Instrumente*

Für die Umsetzung des Expertenstandards werden im Rahmen der pflegerischen Anamnese spezifische Instrumente für die Beschreibung der Wunde und die Erfassung wund- und therapiebedingter Einschränkungen benötigt. In den beteiligten Einrichtungen wurde überall dort, wo bereits vor Projektbeginn Instrumente eingeführt waren, eine Anpassung an die Kriterienlisten der Expertenarbeitsgruppe (vgl. Kap. 2.4, Tab. 1) vorgenommen.

Hinsichtlich der Wunddokumentation innerhalb des wundspezifischen Assessments lagen in vielen Einrichtungen bereits Instrumente vor, die größtenteils mit den Kriterien der Experten-Arbeitsgruppe (vgl. Kap. 2.4, Tab. 2) kompatibel sind. Ergänzungen waren hauptsächlich zur Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und der wund- und therapiebedingten Einschränkungen der Lebensqualität vorzunehmen, da diese Thematik bisher im Rahmen der Pflegeanamnese kaum Berücksichtigung fand. Eine korrekte Anwendung der erweiterten Anamnesebögen konnte durch spezifische Fortbildungen gewährleistet werden.

### *Pflegerische Fachexpertinnen*

Der Expertenstandard sieht vor, dass pflegerische Fachexpertinnen bei ausgewählten Interventionen hinzuzuziehen sind, z. B. bei der Wunddokumentation, der Klassifizierung eines Dekubitus oder dem Anlegen eines Kompressionsverbandes. Aufgaben und fachliche Kompetenzen von pflegerischen Fachexpertinnen gehen aus dem Expertenstandard und den Kommentierungen zu den Kriterienebenen hervor. In allen Einrichtungen standen zwischen einer und sechs pflegerische Fachexpertinnen für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden zur Verfügung.

Die pflegerischen Fachexpertinnen in den Krankenhäusern waren entweder Mitarbeiterinnen eines Wundteams oder direkt in den Modellpflegeeinheiten eingesetzt. Auch die Einrichtungen der stationären Altenhilfe und die ambulanten Pflegedienste verfügten über eigene Fachexpertinnen. Über das Hinzuziehen externer Expertinnen, z. B. aus kooperierenden Einrichtungen oder spezialisierten Home-Care-Unternehmen, wurde daher nicht berichtet. Aus einem Krankenhaus wurde berichtet, dass die pflegerische Fachexpertin einzelne Pflegefachkräfte zum Thema Wundversorgung besonders geschult hat, damit auch in ihrer Abwesenheit eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet ist. Von mehreren Projektbeauftragten war zu erfahren, dass weitere Pflegefachkräfte ihrer Einrichtungen eine Weiterbildung zur pflegerischen Fachexpertin beginnen werden.

#### **5.4.2.3 Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards**

Von den Projektbeauftragten wurde übereinstimmend berichtet, dass die Standardinhalte von den Pflegekräften der Modellpflegeeinheiten positiv aufgenommen wurden. Diese Akzeptanz ist u. a. auch darauf zurück zu führen, dass die verbindliche Einführung des Expertenstandards häufig durch eine weitere Kick-off-Veranstaltung eingeleitet wurde und zusätzliche Ressourcen zur Einführung zur Verfügung standen, dass der Anpassungsprozess transparent war und Möglichkeiten der Beteiligung bestanden sowie eine Vereinheitlichung von Dokumentationsmaterialien erreicht werden konnte. In den Krankenhäusern wurden in dieser Phase von den Projektverantwortlichen etwa 36 Stunden und von den AG-Mitgliedern zusammen 25 Stunden aufgewendet. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe lagen diese Werte bei 40 und 69 Stunden und in den ambulanten Pflegediensten bei 20 und 21 Stunden.

In der Phase der Einführung und Anwendung des Expertenstandards standen folgende Themen im Vordergrund:

- Umgang mit geringen Fallzahlen
- Anwendung angepasster Instrumente und Dokumentationsmaterialien
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Finanzierung zusätzlicher Leistungen

##### *Umgang mit geringen Fallzahlen*

Aus den geringen Fallzahlen ergaben sich für die Modellpflegeeinheiten der davon betroffenen Einrichtungen erhebliche Probleme bei der Erprobung der Standardinhalte und damit auch der folgenden, für die Verstetigung der Arbeit mit dem Expertenstandard notwendigen Übernahme der Handlungsweisen und Vorgehen in das pflegerische Alltagshandeln. Es bestanden nur in geringem Maße Gelegenheiten, Handlungsschritte supervidiert zu überprüfen und Fortbildungen im Rahmen der Standardanwendungen durchzuführen. So berichtete ein Projektbeauftragter von sinkender Motivation der Mitarbeiter, das Projekt fortzuführen und eine weitere

Projektbeauftragte von Schwierigkeiten der Mitarbeiter, vor der Standardeinführung weniger beachtete Aspekte wie z. B. die Erfassung von Selbstpflegefähigkeiten, umzusetzen. Die kann auf die zu seltenen Möglichkeiten zurückgeführt werden, die angepassten Dokumentationsmaterialien anzuwenden.

Der Gefahr, dass andere Aufgaben in den Vordergrund rückten und dadurch die Akzeptanz für spezifische Maßnahmen zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden beeinträchtigten, konnte allerdings durch häufige Anwesenheit der Projektbeauftragten auf den Modellpflegeeinheiten entgegen gesteuert werden. Unterstützend wirkten hierbei einsetzende Erfolge, z. B. bei der Minderung wund- und therapiebedingter Einschränkungen. Dies lässt sich sowohl aus Berichten von Projektbeauftragten als auch aus den Auditprotokollen ablesen. Sie verdeutlichen, dass die Standardinhalte auch dort eine hohe Aufmerksamkeit erfahren haben, wo nur selten Gelegenheit zu ihrer Umsetzung bestand.

#### *Instrumente und Dokumentationsmaterialien*

Auch wenn die angepassten Instrumente und Dokumentationsmaterialien insgesamt eine gute Resonanz bei den Pflegefachkräften fanden, bestanden zu Beginn einige Umgewöhnungsprobleme, wenn z. B. veränderte Assessmentverfahren höheren Aufwand bedeuteten als das gewohnte Vorgehen. Entsprechend sahen einige Projektbeauftragte in ihrem Fazit Verbesserungsmöglichkeiten beim Umgang mit der Dokumentation. Sie wiesen allerdings auch darauf hin, dass der steigende Dokumentationsumfang bei gleich bleibenden Personalressourcen von Pflegefachkräften zunehmend kritisch gesehen wird.

Aus vier Krankenhäusern, drei Einrichtungen der stationären Altenhilfe und zwei ambulanten Pflegediensten wurde berichtet, dass die Umsetzung der veränderten Dokumentation und die Anwendung der Assessment- und Evaluationsverfahren Schwierigkeiten bereiteten. Hier haben Projektbeauftragte und Arbeitsgruppenmitglieder durch Begleitung und Anleitung frühzeitig Unterstützung geleistet. Insbesondere das Assessment von Selbstmanagementkompetenzen stieß bei Pflegefachkräften der Krankenhäuser zunächst auf Unverständnis, da erkennbare Ergebnisse einer Kompetenzförderung während des Krankenhausaufenthaltes aus ihrer Sicht nicht zu erwarten waren. Wurden die Selbstmanagementkompetenzen auch im Rahmen des Entlassungsprozesses von Patientinnen mit chronischen Wunden thematisiert, steigerte dies die Akzeptanz für die Notwendigkeit, diese Aspekte bereits im Rahmen des Assessments zu erfassen. Aus einigen Einrichtungen wurde berichtet, dass die Anwendung des „Würzburger Wundscore“ bei Pflegefachkräften zu einer deutlich gesteigerten Sensibilität für die Situation der Patientinnen/Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen führte, da ihnen die Ergebnisse erstmals zeigten, welche individuellen Belastungen durch die Wunde bestehen. Dies hatte zur Folge, dass der Beratung und Anleitung der Betroffenen größere Aufmerksamkeit zu Teil wurde.

### *Kooperation mit anderen Berufsgruppen*

In der Mehrzahl der Einrichtungen war mit Hilfe der Verfahrensregelung der Weg für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen gebahnt worden. Schwierigkeiten bei der Koordination der angepassten Standardinhalte ergaben sich insbesondere für Einrichtungen, in denen die Verfahrensregelung ohne Beteiligung oder mit fehlender Akzeptanz anderer Berufsgruppen, insbesondere der Ärzteschaft, entwickelt werden musste.

Aus einem Krankenhaus wurde berichtet, dass die Pflegefachkräfte nur einen geringen Anteil an der Versorgungssteuerung hatten, weil diese in der Hand der behandelnden Ärztinnen in der Fußambulanz lag. In einem anderen Haus fanden angepasste Dokumentationsmaterialien nicht die Zustimmung der Ärztinnen, sodass mittels einer Doppeldokumentation zunächst die Qualität der neuen Formulare bewiesen werden musste.

Wie bereits zu Phase 2 berichtet, haben die Einrichtungen der stationären Altenhilfe und die ambulanten Pflegedienste große Anstrengungen unternommen, die Kooperation mit den Hausärztinnen anzubahnen und zu festigen, denn diese sind unumgänglich für die Verordnung geeigneter Verbandmaterialien und zur Durchführung bestimmter Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen, z. B. einer Schmerzbehandlung. Einige Projektbeauftragte berichteten, dass die kooperationsfördernden Maßnahmen aus der Phase der Standardanpassung mit Unterstützung des Managements fortgesetzt wurden und mit großer Beharrlichkeit letztendlich zum Erfolg führten. Förderlich wirkte die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen bei der Erarbeitung von Wundfibel und Heilmittelkatalogen und insbesondere in den ambulanten Pflegediensten die Beteiligung an Projekten zur integrierten Versorgung. Dennoch bleibt die Verbesserung der Kooperation mit Hausärztinnen eine vordringliche Aufgabe der Qualitätsentwicklung für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und dies gilt nicht allein für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

### *Finanzierung der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*

Die Anwendung des Expertenstandards erhöht den durchschnittlichen Zeitaufwand bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Vornehmlich die ambulanten Pflegedienste stehen vor dem Problem, dass dieser erhöhte Zeitaufwand durch die Leistungsvergütung derzeit in der Regel nicht abgedeckt ist. Die Einrichtungen waren daher zur Suche nach Lösungsmöglichkeiten veranlasst, um einer Unterfinanzierung entgegen zu wirken. Als Lösungsansätze erwiesen sich Kooperationen mit Kranken- und Pflegekassen und den behandelnden Hausärztinnen, z. B. die Beteiligung an Maßnahmen zur integrierten Versorgung.

#### 5.4.2.4 Phase 4: Das Audit

Das Auditverfahren konnte in allen 26 beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden. Die bereits erwähnten Probleme bei der Erreichung der Fallzahlen müssen jedoch als schwerwiegende Einschränkung betrachtet werden, die nicht ohne Auswirkung auf die abschließenden Empfehlungen zur Einführung dieses Expertenstandards bleibt.

In 24 Einrichtungen, darunter alle Krankenhäuser, wurde das Audit durch die Projektbeauftragte vorgenommen. In einem ambulanten Pflegedienst hat dies eine externe Leitung und in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe eine Wundexpertin übernommen. In acht weiteren Einrichtungen waren neben der Projektbeauftragten weitere Personen an der Auditierung beteiligt. Dies waren in der Regel Mitglieder der Arbeitsgruppen und vor allem Wundexpertinnen der Einrichtungen, was insbesondere für die Dokumentationsanalyse im Rahmen des bewohnerinnen- /patientinnenbezogenen Audits von Nutzen war. Der Zeitbedarf für die Durchführung des Audits lag für die gesamte Auditphase bei durchschnittlich 33 Stunden pro Einrichtung. In den Krankenhäusern waren es durchschnittlich 26 Stunden, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in den ambulanten Pflegediensten jeweils 40 Stunden. Laut der Auditprotokolle des patientinnen-/bewohnerinnenbezogenen Audits lag die Zeit für die reine Datenerhebung pro Patientin/Bewohnerin in den Krankenhäusern bei durchschnittlich 31,3 Minuten, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei durchschnittlich 33,6 Minuten und in den ambulanten Pflegediensten bei durchschnittlich 42,5 Minuten. Damit ist der Zeitaufwand gegenüber den vorherigen Implementierungsprojekten trotz eines umfangreicheren Audit-Instruments deutlich gesunken.

In das *patientinnen-/bewohnerinnenbezogenene Audit* (vgl. Kap. 5.5.2) waren insgesamt 542 Patientinnen/Bewohnerinnen einbezogen. Es konnte in 23 der 26 beteiligten Einrichtungen zeitgerecht durchgeführt werden. Mit den übrigen drei Einrichtungen wurde vereinbart, den Zeitraum von vier Wochen zu verlängern. Gründe hierfür lagen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe in der Umstellung der Pflegedokumentation, sodass die Dokumentenanalyse nicht umfassend durchgeführt werden konnte. Nach Einführung der neuen Pflegedokumentation konnte das Audit problemlos beendet werden. In zwei Krankenhäusern waren auf den Modellstationen während des Auditzeitraums entgegen aller Erwartungen keine Patientinnen mit chronischen Wunden in Behandlung, sodass versucht wurde, durch eine Verlängerung des Auditzeitraums eine Vergrößerung der Stichprobe zu erreichen. Allerdings zeigte diese Maßnahme nicht den gewünschten Effekt.

Die angestrebte Zahl von 40 Patientinnen/Bewohnerinnen, die pro Einrichtung in das Audit einzubeziehen sind, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, konnte nur in einem Krankenhaus und zwei ambulanten Pflegediensten erreicht werden. Diese Einrichtungen wiesen eine Spezialisierung auf eine Klientel mit einer speziellen Wundart oder Grunderkrankung auf. In Einrichtungen ohne eine solche Spezialisierung waren die Fallzahlen geringer als von

den Projektbeauftragten im Vorfeld der Implementierung erwartet. Während in den 13 Krankenhäusern auf den Modellpflegeeinheiten im Durchschnitt 19 Patientinnen auditiert wurden (n=294, 643 durchgesehene Patientinnenakten), waren es in Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Durchschnitt hingegen nur elf Bewohnerinnen und es konnten dort nie mehr als 20 Bewohnerinnen mit einer chronischen Wunde in das Audit einbezogen werden (n=67, 132 durchgesehene Akten). In den ambulanten Pflegediensten lag die Stichprobengröße zwischen 12 und 45 und im Durchschnitt bei 26 Patientinnen (n=181, 236 durchgesehene Akten).

Trotz der geringen Fallzahlen und der relativ selten erreichten Stichprobenzielgröße von 40 auditierten Patientinnen/Bewohnerinnen pro Einrichtung erlauben die gewonnenen Daten gleichwohl eine aussagekräftige Analyse der Praxistauglichkeit und Akzeptanz des Expertenstandards, denn die erhobenen Einzelfälle wurden gemeinsam ausgewertet und interpretiert und nicht begrenzt auf die jeweiligen Einrichtungen betrachtet, in denen sie erhoben wurden. Es werden also keine Aussagen über die Praxistauglichkeit des Expertenstandards auf der Ebene *einzelner Einrichtungen* – trotz einer gegebenenfalls geringen Stichprobe – getroffen, sondern eine gemeinsame Analyse der Anwendbarkeit des Standards in den *jeweiligen Einrichtungsarten* vorgenommen. Die Stichprobengrößen der Krankenhäuser (n=294) und der ambulanten Pflegedienste (n=181) erscheinen als Datenbasis ausreichend, um aussagekräftige Hinweise auf den Erfüllungsgrad der Standardkriterien zu geben. Die Stichprobengröße der Einrichtungen der stationären Altenhilfe (n=67) liegt hingegen an der kritischen Grenze. Bereits eine geringe Reduktion der Stichprobengröße, z. B. durch nicht anwendbare Fragen bei an Demenz erkrankten Bewohnern wie in den Ergebnissen der Standardebene vier, führte zu deutlichen Abweichungen in den Zielerreichungsgraden, deren Bedeutung relativiert werden muss (siehe Auswertung zu Standardebene E4).

Im Rahmen des patientinnen/bewohnerinnenbezogenen Audits wurde auch die jeweils vorliegende Wundart erhoben. Während bei den Wundarten in den Krankenhäusern das diabetische Fuß-Syndrom leicht überwiegt (39,4%), zeigt sich in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe ein Übergewicht der Wundart Dekubitus (51,5%) und in den ambulanten Pflegediensten der Wundart Ulcus Cruris (55%). Die Tabelle 11 zeigt die Verteilung der einzelnen Wundarten Ulcus cruris, Dekubitus und Diabetisches Fuß-Syndrom in den Einrichtungsarten.

	Krankenhäuser		Stationäre Altenhilfe		Ambulante Pflegedienste	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ulcus cruris	95	30,4%	24	35,3%	105	<b>55,0%</b>
Dekubitus	94	30,1%	35	<b>51,5%</b>	55	28,8%
Diabetisches Fuß-Syndrom	123	<b>39,4%</b>	9	13,2%	31	16,2%

**Tab. 11:** Verteilung der Wundarten

Aus der Analyse der Auditdaten lässt sich ablesen, dass das Vorherrschen einer bestimmten Wundart keinen Einfluss auf Anwendbarkeit und Umsetzungsqualität der Standardkriterien hat. Gleichwohl können die Zahlen Hinweise für eine gezielte Ausrichtung von Fortbildungsprogrammen oder die Entwicklung zielgruppengerechter Pflege- und Behandlungskonzepte liefern.

Das *personalbezogene Audit* (vgl. Kap. 5.5.3) stützt sich auf eine Stichprobe von insgesamt 762 Personen. In den Krankenhäusern haben 384 Pflegefachkräfte den Fragebogen zum Fortbildungsbesuch und weiterhin bestehendem Bedarf ausgefüllt, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe waren es 147, in den ambulanten Pflegeeinrichtungen 231 Pflegefachkräfte. Der Rücklauf betrug für alle Einrichtungen 75,2%, in den Krankenhäusern 72,3%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 67,1% und in den ambulanten Pflegediensten 90,5%.

Von den Projektbeauftragten wurden dem Auditverfahren und dem Auditinstrument unabhängig von der Einrichtungsart eine gute Anwendbarkeit und Praxistauglichkeit bescheinigt. Hierzu trugen ihre Einbeziehung in die thematische Anpassung des Instruments im Rahmen der Projektsitzungen inklusive des Pretests und die unterstützenden Erläuterungen entscheidend bei. Verfahren und Instrument sollen, wie bei den bisher implementierten Expertenstandards auch, für die geplanten Reauditierungen angewendet werden, um zu verdeutlichen, dass die Anwendbarkeit des Instruments nicht auf die wissenschaftlich begleitete, modellhafte Implementierung begrenzt, sondern als integrativer Bestandteil der internen Qualitätsentwicklung gesehen wird. Darüber hinaus äußerten die Projektbeauftragten Bedarf an differenzierter Implementierungskonzepten für die zukünftige Arbeit mit diesem Expertenstandard (siehe Kap. 5.6).

## **5.5 Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Auditauswertung**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse des patientinnen-/bewohnerinnenbezogenen sowie des personalbezogenen Audits dargestellt. Das Auditinstrument und seine Entwicklung sind in Kapitel 4 dargestellt und beschrieben worden.

### **5.5.1 Auditergebnisse zu den allgemeinen Strukturkriterien**

Die nachfolgend dargestellten einrichtungsbezogenen Auditergebnisse beziehen sich auf diejenigen Strukturkriterien des Expertenstandards, die Rückschlüsse auf geeignete Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Expertenstandards zulassen. Verantwortlich für diese Rahmenbedingungen sind Einrichtungsleitung und Pflegemanagement. Die unten aufgeführten Aspekte wurden einmalig pro Einrichtung durch Befragung einer leitenden Pflegefachkraft erhoben, während die anderen Bestandteile der Strukturkriterien (z.B. Verfügbarkeit einer pflegerischen Fachexpertin, angemessene Personalplanung) im patientinnen-/bewohnerinnenbezogenen Audit jeweils fallspezifisch erfragt wurden.

#### *S1b Vorliegen einer intra- und interprofessionellen Verfahrensregel und zielgruppenspezifischer Einschätzungsinstrumente in der Einrichtung*

Zum Zeitpunkt des Audits lagen in 24 der 26 Einrichtungen Verfahrensregeln vor, in zwei Krankenhäusern waren sie noch in der Entwicklung bzw. von der Leitung noch nicht freigegeben. Inhalt der Verfahrensregeln waren in allen Einrichtungen die Berufsgruppen übergreifende Klärung von Zuständigkeiten bei Einschätzung, spezifischer Diagnosestellung und Entscheidung über und Durchführung von Therapien. Hierbei galt es auch festzulegen, in welchen Zeitabständen Wiedereinschätzungen der Wundsituation und der Effektivität der Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen vorgenommen werden. Zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente lagen in allen Einrichtungen vor. Es wurden die in der Kommentierung zur ersten Standardebene empfohlenen Kriterienlisten zur Einschätzung wund- und therapiebedingter Einschränkungen und zum wundspezifischen Assessment genutzt und als Grundlage neu entwickelter Dokumentationsbögen verwendet. Der Würzburger Wundscore wurde als Ganzes oder in Auszügen in die Pflegeanamnese integriert.

#### *S3b Vorliegen von Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel*

Allen Einrichtungen ist es gelungen, Strukturen zu schaffen, die ein zeitnahes Vorliegen aller für einen fachgerechten Verbandwechsel notwendigen Materialien ermöglichten. Die Krankenhäuser stellte dies nicht vor größere Schwierigkeiten. Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe und die ambulanten Pflegedienste mussten zunächst tragfähige Kooperationen mit Hausärztinnen und Sanitätshäusern entwickeln, die eine zeitnahe Verordnung und Beschaffung von Verbandmitteln ermöglichten. Nicht in allen Einrichtungen ist es gelungen, diese Entwicklung abzuschließen. In keiner Einrichtung bestanden Probleme mit der Vorhaltung von

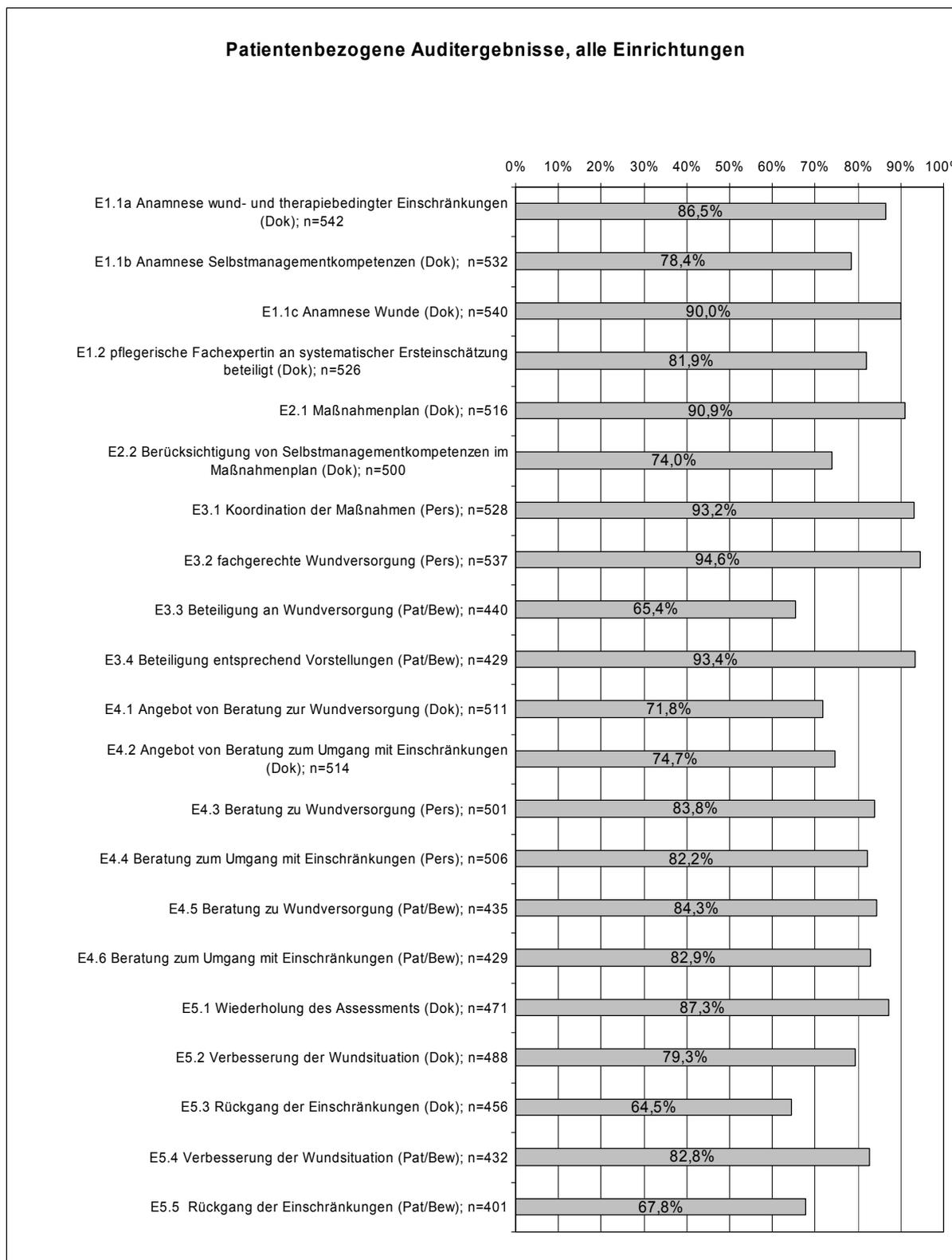
Hygienematerialien wie Desinfektionsmitteln und Schutzkleidung, wenngleich betont werden muss, dass die Beschaffung von nicht verschreibungspflichtigen oder nicht verordneten Verband- und Hygienematerialien eine finanzielle Belastung der Einrichtungen darstellt.

*S4b Vorliegen erforderlicher Materialien zur Beratung, Schulung und Anleitung*

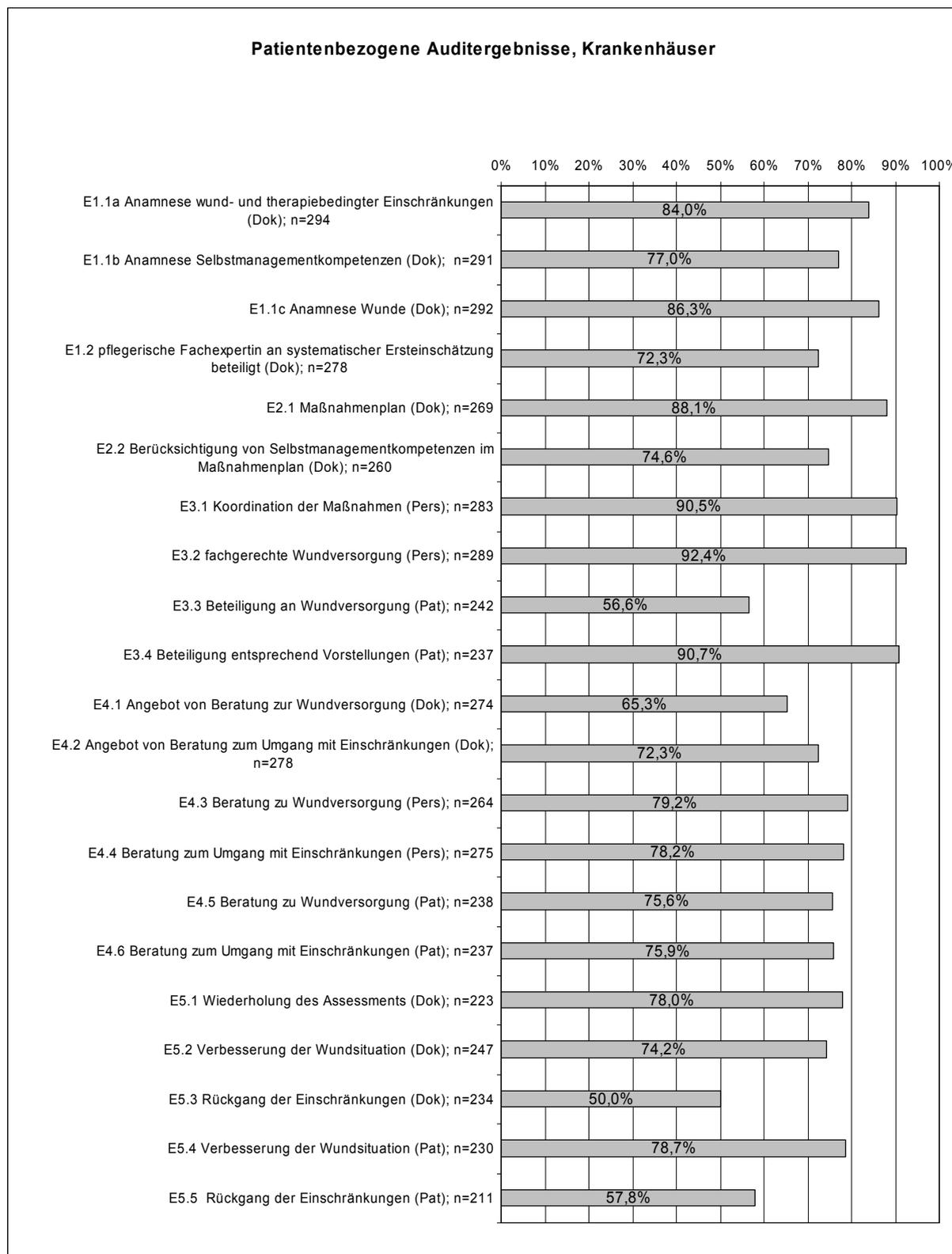
In 22 der 26 teilnehmenden Einrichtungen lagen zum Zeitpunkt des Audits Materialien für eine zielgruppenspezifische Beratung, Schulung und Anleitung der Patientinnen/Bewohnerinnen vor. Hierbei handelte es sich um Informations- und Beratungsmaterialien für wundbezogene Fragestellungen wie auch solche zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen.

### **5.5.2 Patientinnen- /bewohnerinnenbezogene Auditergebnisse**

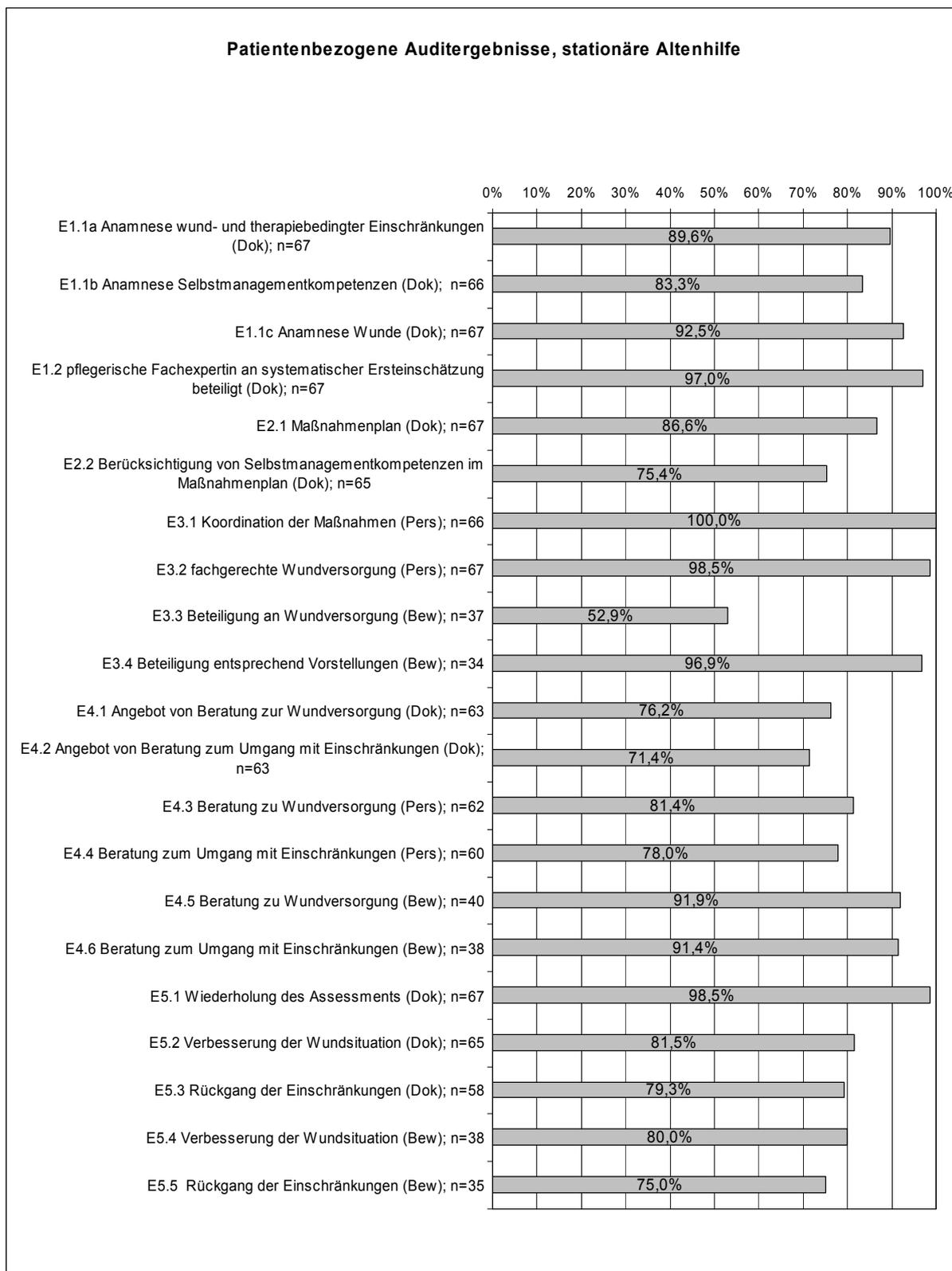
Nachfolgend werden die Zielerreichungsgrade aller Standardkriterien insgesamt und nach Einrichtungsarten getrennt dargestellt, wodurch Rückschlüsse auf die Umsetzung des Standards in verschiedenen Einrichtungsarten möglich werden. Die jeweils angegebenen Prozentzahlen zeigen den Anteil der positiven Antworten an den jeweilig anwendbaren Fällen. Anwendbar waren jeweils die „ja“ und „nein“ Antworten zu einzelnen Standardebenen im Einzelaudit. Fehlende Angaben oder im Einzelfall nicht anwendbare Fragen wurden in den Auditprotokollen entsprechend gekennzeichnet (vgl. Kap. 4.1). 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 Datenquellen der Ergebnisse (Dokumentenanalyse, Patientinnen-/Bewohnerinnenbefragung, Personalbefragung) finden sich entsprechend abgekürzt (Dok, Pat, Pers) in den Abbildungen angegeben und werden in den Texten nur bei Bedarf kommentiert.



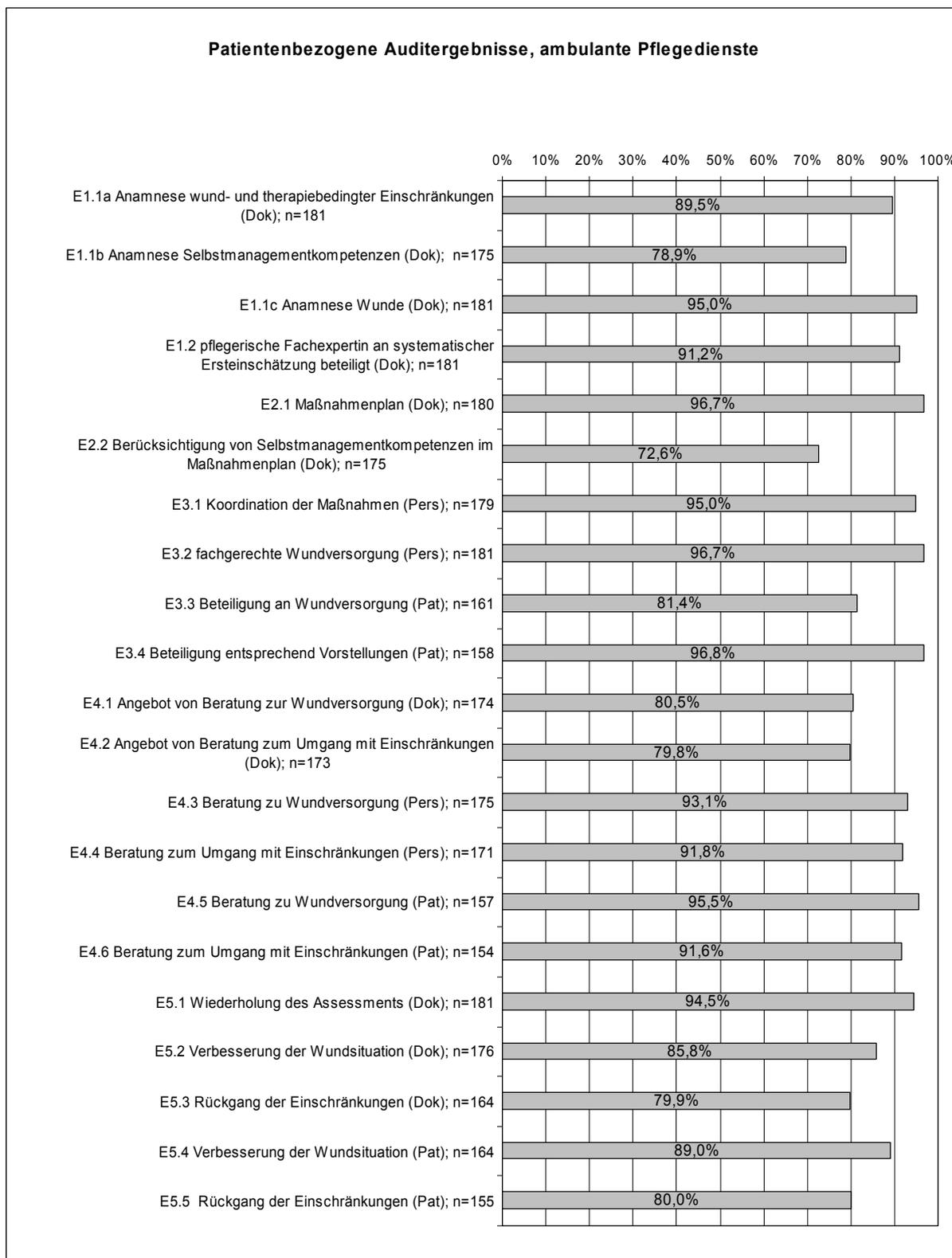
**Abb. 6:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, alle Einrichtungen, n=542



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



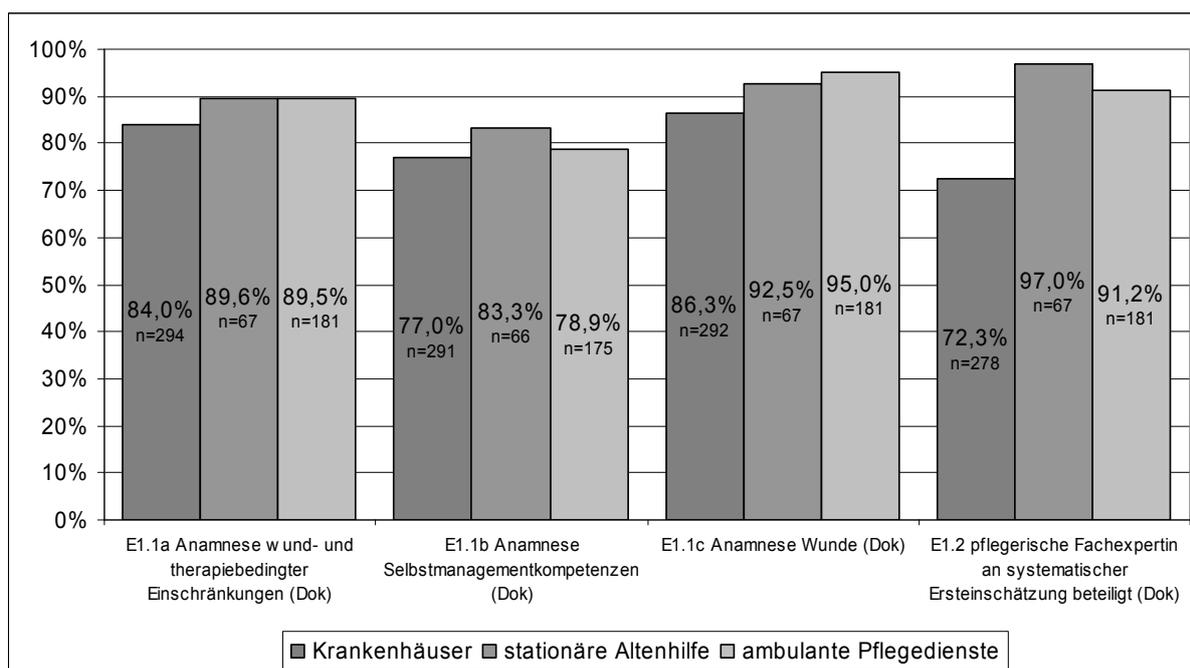
**Abb. 8:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, n=67



**Abb. 9:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, ambulante Pflegedienste, n=181

**E1 Die Dokumentation enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten:**

- **Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung;**
- **Wissen der Patientin/Bewohnerin und ihrer Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie Selbstmanagementkompetenzen;**
- **Spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, -und Entzündungszeichen.**



**Abb. 10:** Zielerreichungsgrade der Standardebene E1

Die pflegerische Anamnese von Menschen mit chronischen Wunden umfasst die Einschätzung wund- und therapiebedingter Einschränkungen, der Selbstmanagementkompetenzen der betroffenen Personen und die qualifizierte Wundbeurteilung.

Zu Beginn des pflegerischen Auftrags wurde bei 86,5%<sup>1</sup> aller in das Audit einbezogenen Patientinnen und Bewohnerinnen die Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen (E1.1a) und bei 78,4% die Einschätzung der Selbstmanagementkompetenzen (E1.1b) vorgenommen. Es zeigen sich kleinere Unterschiede in den Einrichtungsarten. In den Krankenhäusern wurden die Einschätzung wund- und therapiebedingter Einschränkungen bei 84% und die Erfassung der Selbstmanagementkompetenzen bei 77% der Patientinnen vorgenommen. In den Altenhilfeeinrichtungen erreichten die Werte sehr hohe 89,6% bzw. 83,3% und in der ambulanten Pflege vergleichbare Werte mit 89,5% und 78,9%. Die Zieler-

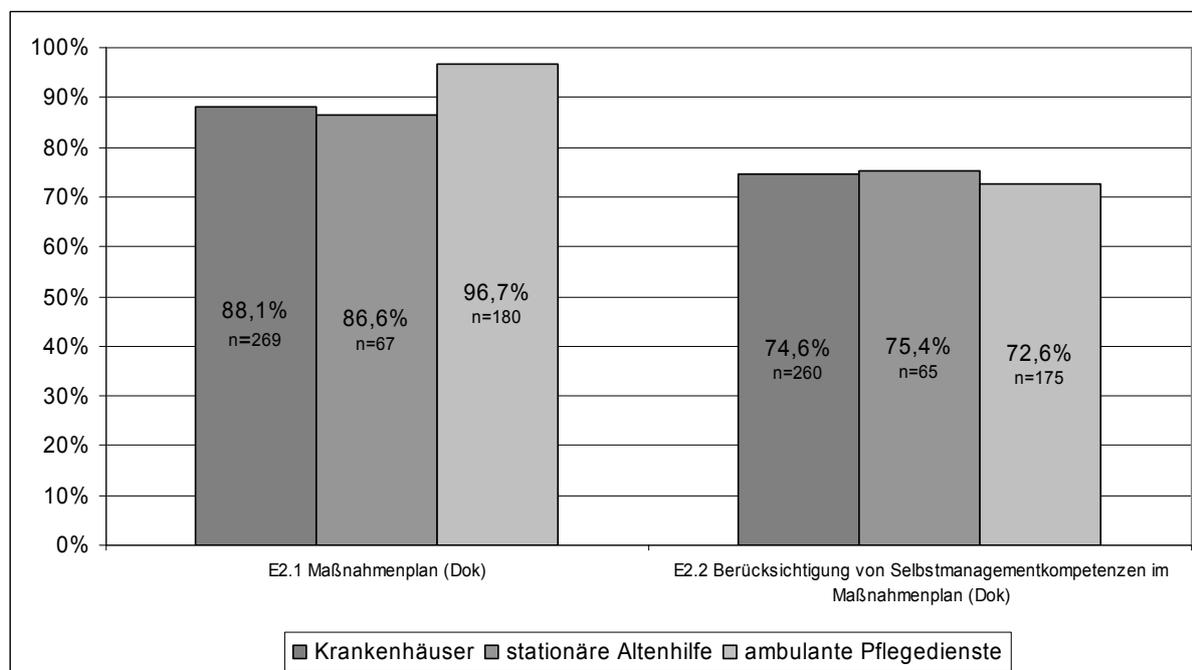
<sup>1</sup> Alle angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die „ja“-Antworten der jeweils anwendbaren Fälle.

reichungsgrade zu diesem Kriterium zeigen, dass in allen Einrichtungsarten eine Integration dieser bisher weniger berücksichtigten Aspekte in die Pflegeanamnese gut gelungen ist. Dies gilt besonders für das innovative Thema Selbstmanagementkompetenzen, bei dem gleichwohl Entwicklungspotentiale bestehen.

Eine Anamnese der Wundsituation erfolgte bei 90% aller auditierten Patientinnen/Bewohnerinnen (E1.1c). Hieran war in 81,9% aller Fälle eine pflegerische Fachexpertin beteiligt (E1.2). Angesichts der besonderen Anforderung an die Einrichtungen, eine Expertin hinzuzuziehen, ist dies als erfreulich hohe Kriterienerfüllung zu werten. Auch hier zeigen sich kleinere Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten. In den Krankenhäusern wurde bei 86,3% der Patientinnen ein wundspezifisches Assessment durchgeführt und zu 72,3% unter Beteiligung einer pflegerischen Fachexpertin. In den stationären Altenhilfeeinrichtungen wurde das Assessment in 92,5% der auditierten Bewohnerinnen vorgenommen. Eine pflegerische Fachexpertin war dabei zu 97% beteiligt. In den ambulanten Pflegediensten lagen die Werte bei 95% und 91,2%.

Die etwas geringere Beteiligung einer pflegerischen Fachexpertin in den Krankenhäusern zeigt auf, dass, obwohl in allen Einrichtungen eine solche vorhanden war, eine kontinuierliche Verfügbarkeit nicht immer gegeben war. Dies war z. B. dann der Fall, wenn die pflegerische Fachexpertin einrichtungswelt eingesetzt und damit aufgrund organisatorischer Bedingungen auf den Modellstationen nicht immer verfügbar war. Einige Einrichtungen haben während der Auditphase diesem Umstand bereits Rechnung getragen und Mitarbeitern der jeweiligen Stationen entsprechende Fortbildungen angeboten, um zukünftig die Verfügbarkeit weiterer Fachexpertinnen zu erreichen. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in den ambulanten Pflegediensten gelang die Beteiligung der pflegerischen Fachexpertin besser. Hier waren die Fallzahlen geringer und der Zeitpunkt der Assessments aufgrund der geringeren Patientinnen-/Bewohnerinnenfluktuation besser planbar, sodass eine Anwesenheit der Fachexpertin leichter koordiniert werden konnte.

**E2 Ein individueller, alltagsorientierter Maßnahmenplan, der die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen der Patientin/Bewohnerin und ihrer Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.**

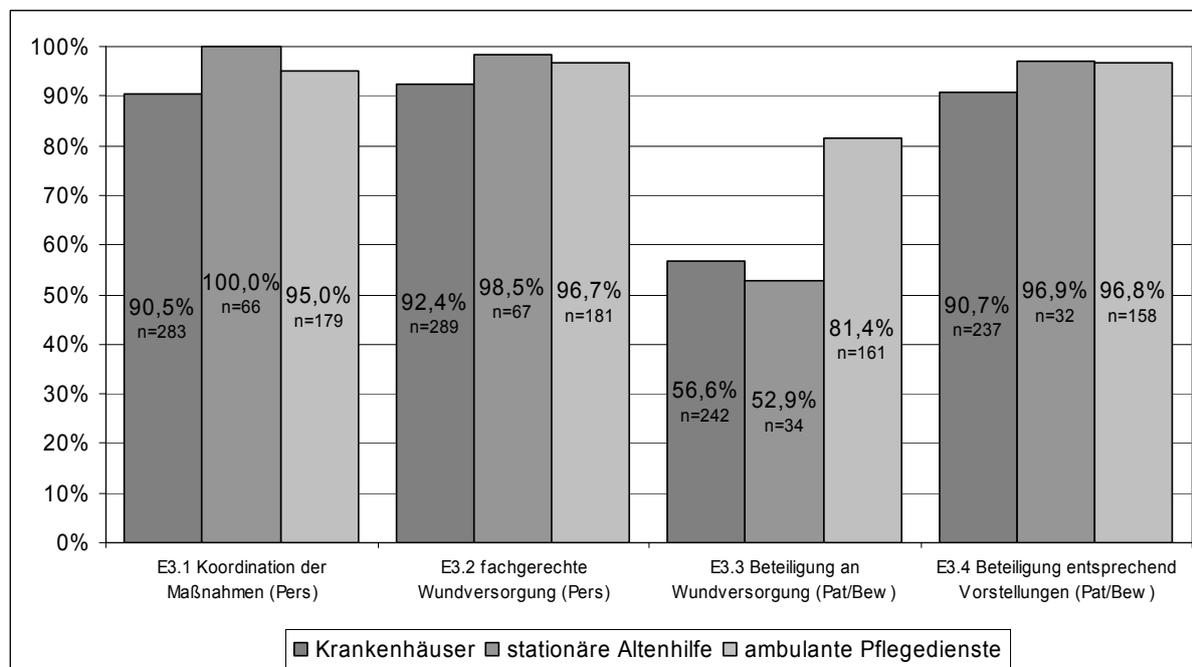


**Abb. 11:** Zielerreichungsgrade der Standardebene E2

Maßnahmenpläne zur fachgerechten Wundversorgung (E2.1) lagen bei 90,9% aller auditierten Patientinnen und Bewohnerinnen vor. Zu diesem Kriterium konnte in allen Einrichtungsarten ein hoher Zielerreichungsgrad gemessen werden. In den Krankenhäusern lag er bei 88,1%, in den Altenhilfeeinrichtungen bei 86,6% und in den ambulanten Pflegediensten bei sehr hohen 96,7%.

Bei der Frage nach der Berücksichtigung von Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen und Bewohnerinnen (E2.2) in den Maßnahmenplänen liegen die Zielerreichungsgrade mit 74% deutlich niedriger, was angesichts des innovativen Themas nicht überrascht. Wie schon beim Assessment der Selbstmanagementkompetenzen deuten die geringeren Zielerreichungsgrade zu diesem Kriterium an, dass hier weiterer Fortbildungsbedarf beim Pflegepersonal besteht, um eine Integration der individuellen Fähigkeiten der Patientinnen/Bewohnerinnen zur aktiven Beteiligung an Wundversorgung und -therapie sowie der Behandlung wundbezogener Einschränkungen in die Maßnahmenpläne noch stärker zu befördern.

**E3 Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen sind sach- und fachgerecht umgesetzt. Ihre Durchführung und Wirkung sind fortlaufend dokumentiert. Die Patientin/Bewohnerin und ihre Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.**



**Abb. 12:** Zielerreichungsgrade der Standardebene E3

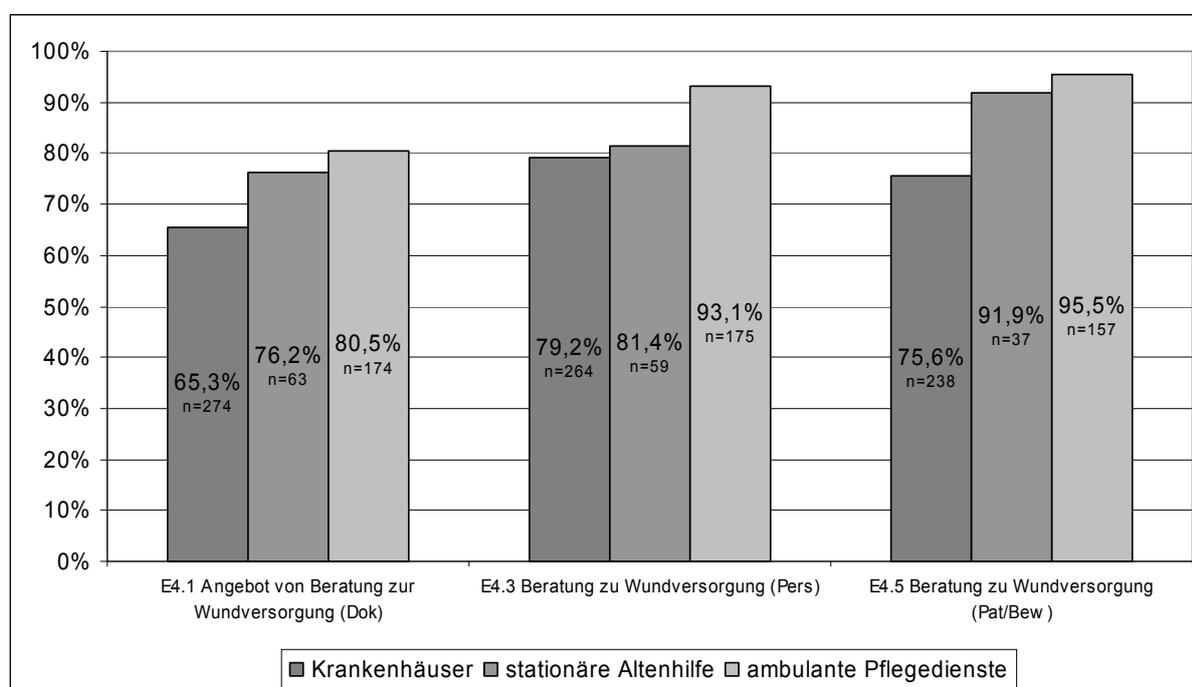
Die Zielerreichungsgrade der Standardebene drei wurden durch Befragung der Pflegefachkräfte zu ihren Koordinationsmöglichkeiten sowie der sach- und fachgerechten Durchführung geplanter Maßnahmen (E3.1 und E3.2) und der Patientinnen/Bewohnerinnen beziehungsweise ihrer Angehörigen zu ihrer Beteiligung an der Wundversorgung (E3.3 und E3.4) ermittelt.

Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen hatte sich bei der Einführung des Standards insbesondere für die ambulante Pflege und die stationäre Altenhilfe als besondere Herausforderung erwiesen. Umso höher sind die guten Ergebnisse der Personalbefragung in diesem Bereich zu bewerten. In 93,2% aller Fälle gaben die Pflegefachkräfte an, geplante Maßnahmen mit den beteiligten Berufsgruppen koordinieren und somit eine vorliegende Verfahrensregel umsetzen zu können (E3.1). Bei dieser Frage bestehen zwischen den Einrichtungsarten nur geringfügige Unterschiede, wobei der extreme Wert der Einrichtungen der stationären Altenhilfe (100%) auch der geringen Fallzahl (n=66) geschuldet sein dürfte. Ähnlich positiv ist das Ergebnis bei der Frage nach der sach- und fachgerechten Durchführung der Wundversorgung (E3.2). Hier bestätigten 94,6% aller befragten Pflegefachkräfte das Vorhandensein angemessener Verbandmittel und Materialien zur hygienischen Wundversorgung.

Die Frage, ob sie an der Durchführung, Planung und Organisation von Maßnahmen im Sinne des Maßnahmenplans beteiligt waren (E3.3), bejahten 65% aller befragten Bewohnerinnen/Patientinnen. Bei dieser Frage besteht eine größere Diskrepanz zwischen den Zielerreichungsraten der Einrichtungsarten. In den Krankenhäusern fühlte sich mit 56,6% und in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit 52,9% etwa die Hälfte aller Patientinnen/Bewohnerinnen beteiligt. Die auf den ersten Blick niedrigen Zielerreichungsgrade sind im Sinne der Kriterienfüllung allerdings in Ordnung, denn 90,7% der Patientinnen in den Krankenhäusern und 96,9% der Bewohnerinnen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bestätigten, dass sie sich gemäß ihres Hilfebedarfs und ihrer Fähigkeiten an der Wundversorgung, Pflege und Therapie beteiligt gefühlt haben (E3.4). Damit wird deutlich, dass auch eine Nicht-Beteiligung an der Maßnahmenplanung und Wundversorgung den Vorstellungen der Patientinnen/Bewohnerinnen entsprechend war. Für die Krankenhauspatientinnen kann dieser Umstand auf die akute Krankheitsphase und ihre belastenden Auswirkungen zurückgeführt werden, während in der stationären Altenhilfe von einem insgesamt hohen Betreuungsbedarf ausgegangen werden kann. In den ambulanten Pflegediensten bestätigten 81,4% Patientinnen eine Mitwirkung (E3.3) und dies entsprach mit 96,8% auch in sehr hohem Maße ihren Vorstellungen (E3.4). Hier wurde von den befragten Patientinnen insbesondere eine Beteiligung an der zeitlichen Koordination der Wundversorgung als positiv wahrgenommen.

**E4 Die Patientin/Bewohnerin und ihre Angehörigen kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.**

Im Audit wurde der Frage nach Information und Beratung durch die Analyse der Pflegedokumentation und durch direkte Befragung sowohl der Pflegefachkräfte als auch der Patientinnen/Bewohnerinnen bzw. ihrer Angehörigen nachgegangen. Die Ermittlung der Zielerreichungsgrade der Standardebene vier erfolgte differenziert nach Beratung zur Wundversorgung (E4.1; E4.3; E4.5) und Beratung zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (E4.2; E4.4; E4.6).

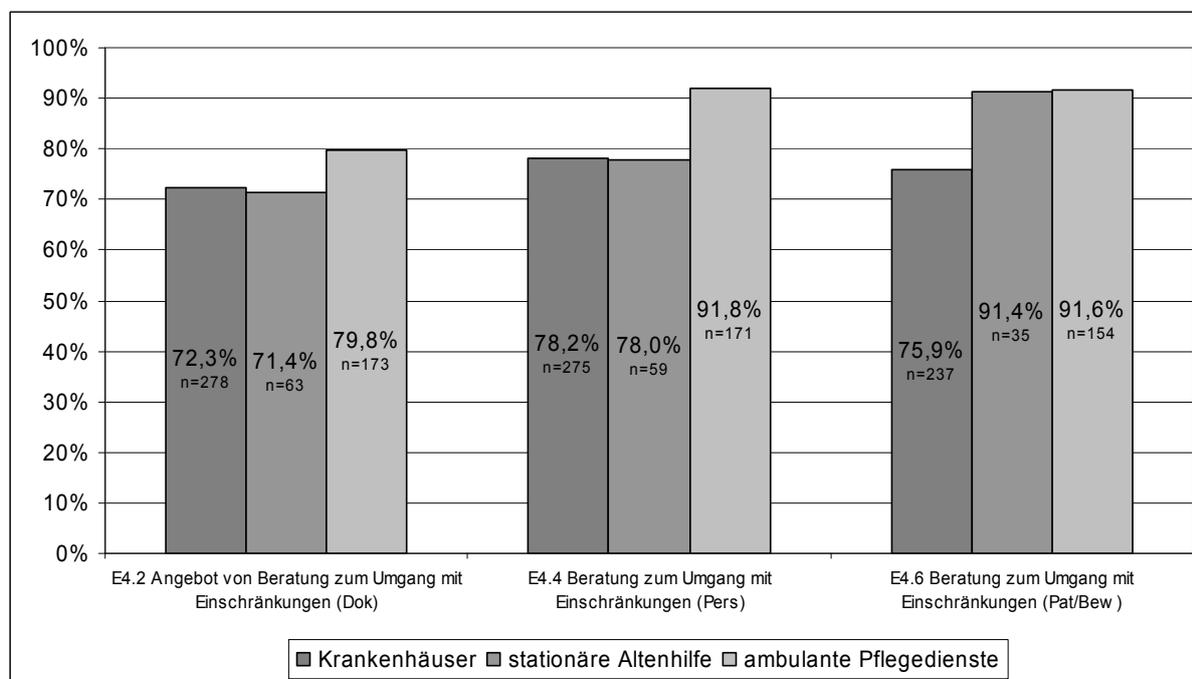


**Abb. 13:** Zielerreichungsgrade der Standardebenen E4.1, E4.3 und E4.5

Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass den Patientinnen/Bewohnerinnen in 71,8% aller Fälle eine Beratung zur Wundversorgung (E4.1) angeboten wurde. In den Krankenhäusern lagen die Werte bei 65,3%, in den Einrichtungen der stationären Altenpflege bei 76,2% und in den ambulanten Pflegediensten bei 80,5%.

Die Frage, ob es ihnen unter den jeweilig gegebenen arbeitsorganisatorischen Bedingungen möglich war, Patientinnen/Bewohnerinnen und ihren Angehörigen Beratungen zur Wundversorgung (E4.3) anzubieten, bejahten 84,3% aller Pflegefachkräfte. Hier verzeichnen die ambulanten Pflegedienste mit 93,1% einen sehr hohen Wert, während Krankenhäuser mit 79,2% und stationäre Altenhilfe mit 81,4% dicht beieinander liegen.

Die Patientinnen/Bewohnerinnen bestätigten zu 83,7%, Beratung zur Wundversorgung erhalten zu haben und bekräftigen damit das gute Ergebnis. Auch die Verteilung nach Einrichtungsarten entspricht den anderen Datenquellen: Krankenhäuser 75,6%, stationäre Altenhilfe 91,9% und ambulante Pflege 95,5%.



**Abb. 14:** Zielerreichungsgrade der Standardebenen E4.2, E4.4 und E4.6

Beratungsangebote zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (E4.2) wurden in 74,7% dokumentiert, wobei auch hier die ambulante Pflege die höchsten Werte erzielt. In den Krankenhäusern fanden sich diese Angebote zu 72,3%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu 71,4% und in der ambulanten Pflege zu 79,8%.

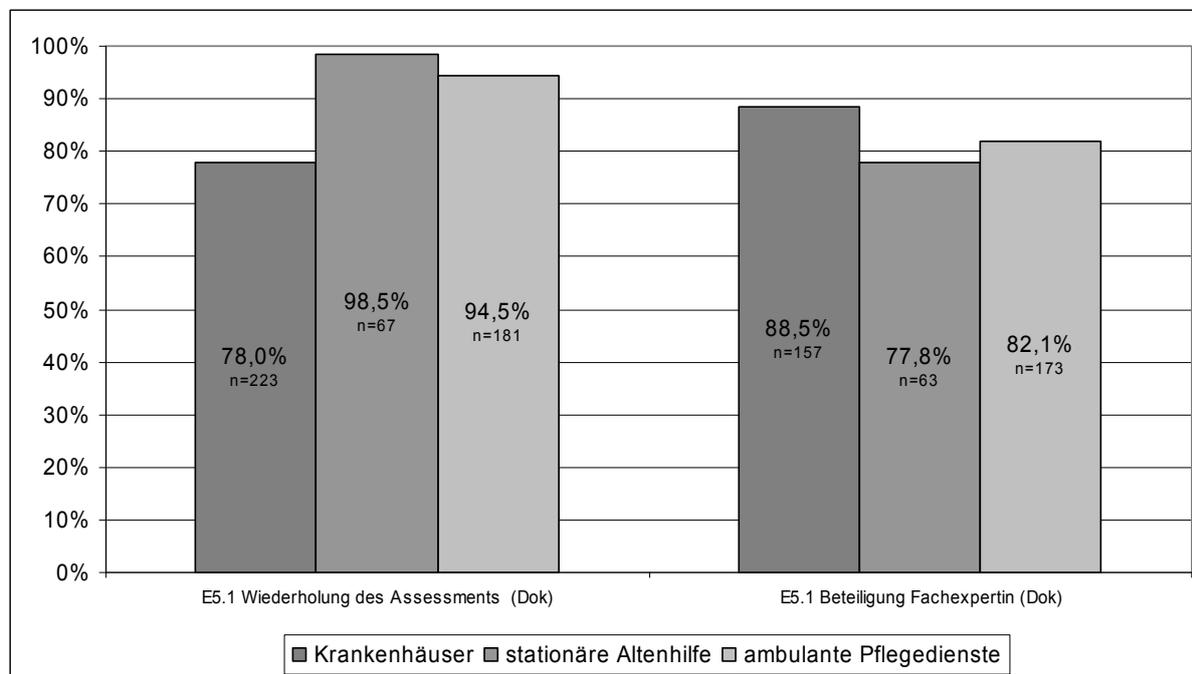
82,8% aller befragten Pflegefachkräfte bestätigten, dass es ihnen möglich war, Beratungen zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (E4.4) anzubieten, womit die Werte erneut über denen der Dokumentenanalyse liegen. Auch hier liegen die Krankenhäuser und stationäre Altenhilfe bei ähnlich hohen Werten, 78,2% und 78,0%, während die ambulante Pflege mit 91,8% sehr hohe Werte verzeichnen kann.

Die Ergebnisse der Patientinnen-/Bewohnerinnenbefragung zu entsprechenden Beratungsangeboten (E 4.6) bestätigen mit 82,8% erneut die anderen Datenquellen. In den Krankenhäusern bejahten dies 75,9%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 91,4% und in der ambulanten Pflege 91,6%.

Die in der stationären Altenhilfe gegenüber den anderen Einrichtungsarten größere Diskrepanz der Zielerreichungsgrade zwischen Personalbefragung und Bewohnerbefragung beruht auf der geringen Stichprobengröße von  $n=37$  (E4.5) bzw.  $n=35$  (E4.6), die dem Anteil der Bewohnerinnen mit Demenz, die keine Auskunft geben konnten, geschuldet war. Bei dieser geringen Zahl auswertbarer Antworten zu dieser Frage waren bereits drei bzw. vier Bewohnerinnen mit einer abweichenden Antwort ausreichend, um den Unterschied von 10 bzw. 13 Prozentpunkten entstehen zu lassen, dem daher nicht zu große Bedeutung beigemessen werden sollte.

Die Zielerreichungsgrade der Standardebene vier zeigen, dass in der stationären und ambulanten Pflege Beratung zur Wundversorgung und zum Umgang mit Einschränkungen zu einem insgesamt hohen Grad angeboten wurde und dieses Angebot von den Patientinnen und Bewohnerinnen explizit auch als solches wahrgenommen wurde. In den Krankenhäusern besteht offenbar größerer Entwicklungsbedarf. Hier wurden die kurzen Verweildauern als erhebliche Hürde für angemessene Beratung angeführt. Festzuhalten ist, dass die Pflegefachkräfte in allen Einrichtungsarten häufiger angeben, Beratung angeboten zu haben, als sie dieses Angebot in der Pflegedokumentation festgehalten haben. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Beratung im Rahmen anderer Pflegehandlungen angeboten wird und in der Folge nicht gesondert dokumentiert wird. Besonders Einrichtungen, in denen pflegerische Leistungen in Standardpflegeplänen im Sinne von Tätigkeitsnachweisen dokumentiert werden, stehen vor dem Problem, dass explizite Beratungsangebote in diesen Plänen häufig nicht berücksichtigt werden. Es besteht die Möglichkeit, Beratungsleistungen in den Pflegeverlaufsberichten zu dokumentieren, was allerdings aufwändiger ist.

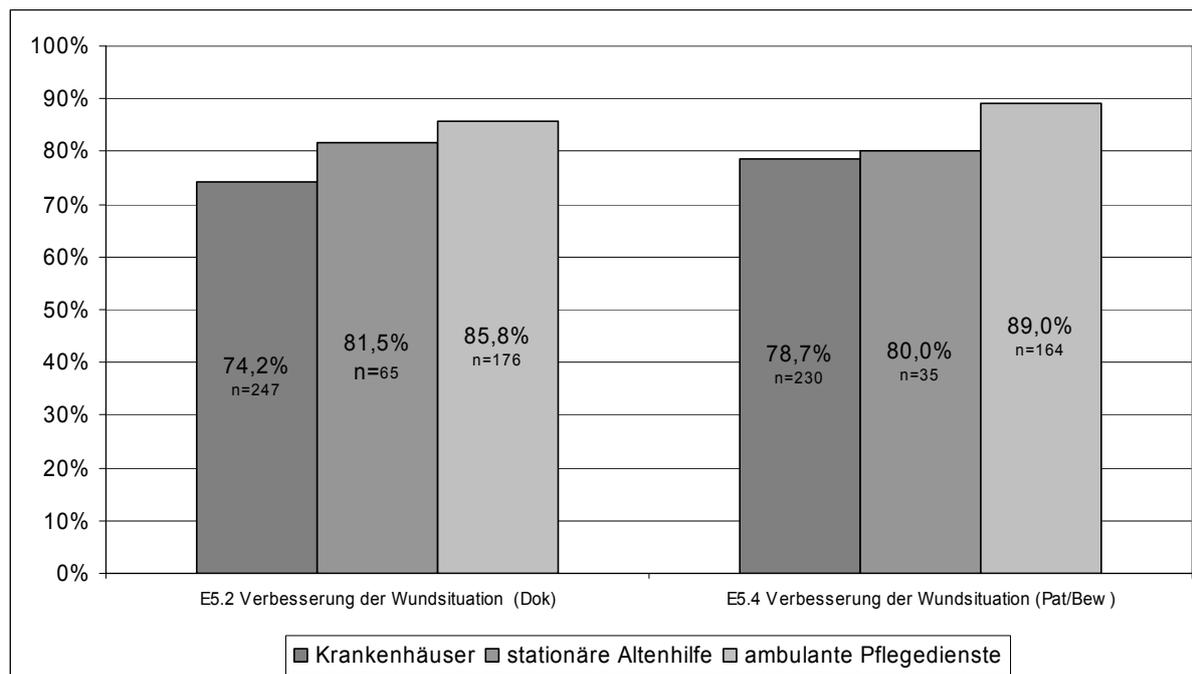
**E5 Anzeichen für eine Verbesserung der Wundsituation oder der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität liegen vor. Änderungen im Maßnahmenplan sind dokumentiert.**



**Abb. 15:** Zielerreichungsgrade der Standardebene E5.1

Die Analyse der Pflegedokumentation verdeutlicht, dass bei 87,3% aller Patientinnen und Bewohnerinnen eine Wiederholung des wundspezifischen Assessments durchgeführt worden ist (E5.1). Am ehesten gab es hier in den Krankenhäusern mit 78% noch gewisse Probleme, auch verglichen mit der Ersteinschätzung (E1c: 86,3%), während in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit 98,5% und in den ambulanten Pflegediensten mit 94,5% die sehr hohen Werte gegenüber der Ersteinschätzung (92,5% und 95%) sogar leicht übertroffen bzw. gehalten wurden.

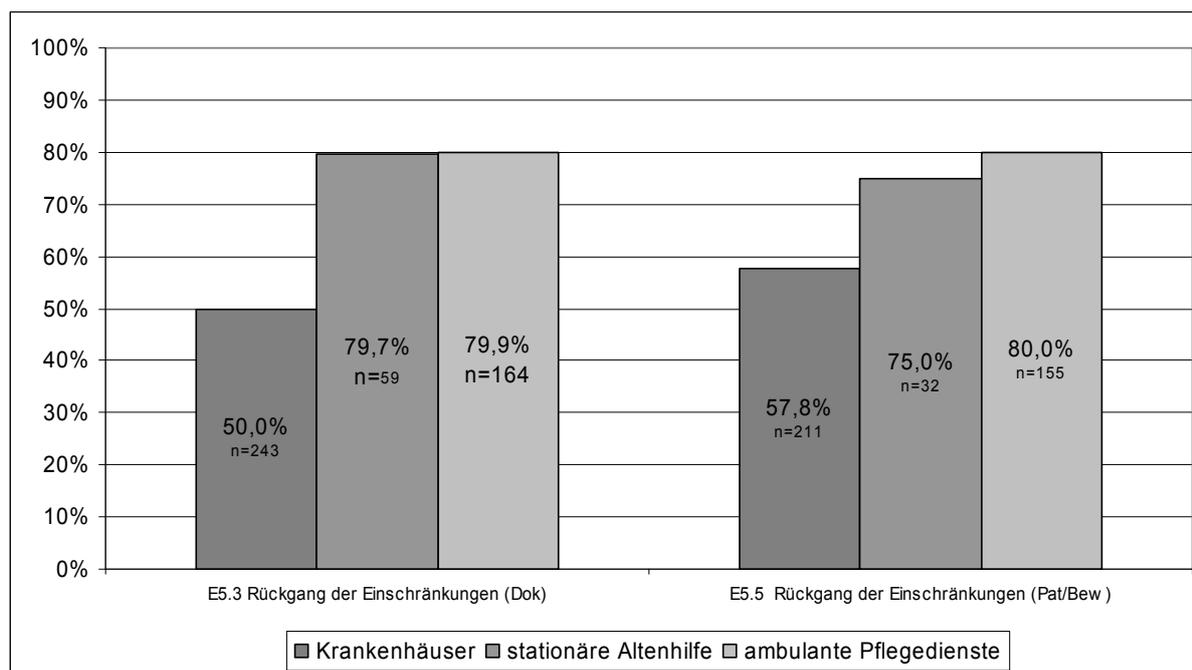
Die Wiederholung der Einschätzung wurde in 84% aller Fälle unter Beteiligung einer pflegerischen Fachexpertin durchgeführt. In den Krankenhäusern waren es 88,5%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 77,8% und in den ambulanten Pflegediensten 82,1%. Hier zeigen die Einrichtungsarten Unterschiede gegenüber der Ersteinschätzung. Die pflegerischen Fachexpertinnen waren in den Krankenhäusern häufiger an den Evaluationen als an den Ersteinschätzungen beteiligt (E1.2: 72,3%). Dies kann auf die bessere Planbarkeit und das Vorgehen bei der Evaluation zurückgeführt werden, da sie häufig in Verbindung mit Wundvisiten unter Beteiligung aller beteiligten Berufsgruppen, und damit auch der Fachexpertin, durchgeführt wurden. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege ist die Quote hingegen niedriger als bei der Ersteinschätzung und deutet auf einen gewissen Verbesserungsbedarf hin (E1.2: 97,0% bzw. 91,2%).



**Abb. 16:** Zielerreichungsgrade der Standardebenen E5.2 und E5.4

In insgesamt 79,3% der gesichteten Dokumentationen fanden sich Hinweise auf die Verbesserung der Wundsituation (E5.2). In den Krankenhäusern lagen die Werte bei 74,2% und damit etwas niedriger, wobei die kurzen Verweildauern eine große Rolle spielen, während in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe hohe Werte von 81,5% und in den ambulanten Pflegediensten von sogar 85,8% erzielt wurden. Diese Ergebnisse zeigen, dass es entgegen bestehender Befürchtungen zu Beginn des Implementierungsprojektes möglich war, innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums Verbesserungen der Wundsituation zu erreichen. Hierbei spielten die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte und insbesondere der pflegerischen Fachexpertinnen eine entscheidende Rolle, die in der Lage waren, angemessene Interventionen zu planen, durchzuführen und Anzeichen positiver Wundheilungsprozesse zu erkennen und in den Wundbeschreibungen präzise zu dokumentieren sowie mit den Patientinnen oder Bewohnerinnen zu kommunizieren. Dies kann auch als Erfolg der umfassenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf diesem Gebiet gewertet werden.

Die Ergebnisse der Patientinnen-/Bewohnerinnenbefragung bestätigen diese Aussagen in hohem Maße. Insgesamt 82,2% der befragten Patientinnen/Bewohnerinnen gaben an, dass sich die Wundsituation subjektiv verbessert hat (E5.4). In den Krankenhäusern waren dies 78,7%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 80% und in den ambulanten Pflegediensten sogar 89%, womit hier die meisten Verbesserungen erzielt werden konnten.



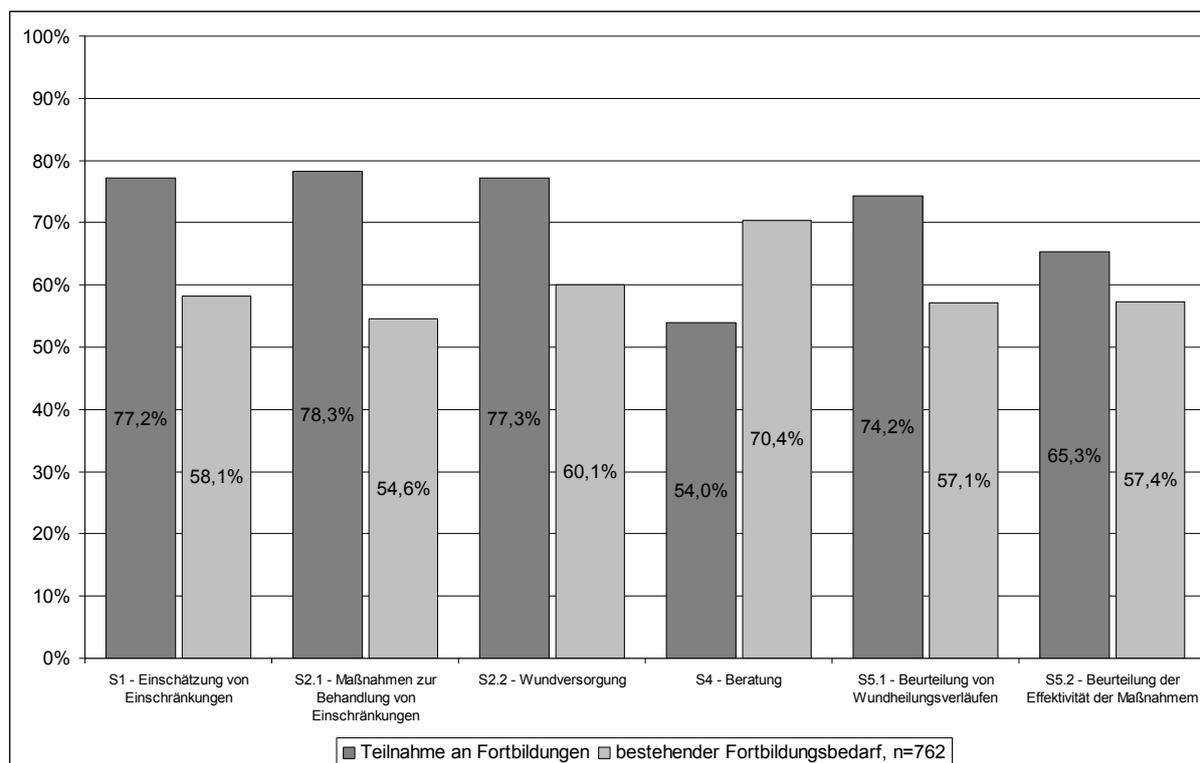
**Abb. 17:** Zielerreichungsgrade der Standardebene E5.3 und E5.5

Hinweise auf einen Rückgang wund- und therapiebedingter Einschränkungen (E5.3) fanden sich in 64,6% der Pflegedokumentationen. In Krankenhäusern lag der Zielerreichungsgrad bei 50%, was unter Berücksichtigung einschränkender Therapien, z. B. verordneter Bettruhe zur Entlastung des diabetischen Fußes, nicht verwundern muss. In Einrichtungen der stationären Altenhilfe konnten Hinweise auf einen Rückgang wund- und therapiebedingter Einschränkungen in 79,7% und bei den ambulanten Pflegediensten in 79,9% der Pflegedokumentationen gefunden werden. Hier spielten insbesondere der Rückgang von Schmerzen und eine gesteigerte Mobilität eine entscheidende Rolle.

Von allen befragten Patientinnen/Bewohnerinnen erlebten 67,8% einen Rückgang wund- und therapiebedingter Einschränkungen im Alltag (E5.5). In den Krankenhäusern waren es 57,8% der Patientinnen und damit mehr, als in den Dokumentationen festgehalten war. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe lag der Wert mit 75,0% hingegen etwas niedriger als in der Dokumentenanalyse, wobei die niedrige Zahl der Befragten (n=32) dieses Ergebnis wie schon beim Thema Beratung (vgl. Auswertung zu Standardebene E4) relativiert. In der ambulanten Pflege bestätigt der Wert von 80% die Angaben in der Pflegedokumentation. In allen Einrichtungsarten ist es damit bei unterschiedlichen Bedingungen gelungen, geplante Maßnahmen so umzusetzen, dass mit der Wunde assoziierte Alltagseinschränkungen reduziert wurden, wodurch ein zufrieden stellendes Ergebnis erzielt werden konnte. Die Ergebnisse der Pflegedokumentationen werden dabei durch die Aussagen der befragten Patientinnen/Bewohnerinnen voll bestätigt. Insgesamt können bei längerfristiger Anwendung des Expertenstandards weitere Verbesserungen der Wundsituation und Reduzierungen von Beeinträchtigungen erwartet werden.

### 5.5.3 Personalbezogene Auditergebnisse

Die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden erfordert von den Pflegefachkräften ein hohes Maß an fachlichen Kompetenzen im Rahmen des Assessments, der Maßnahmenplanung und -durchführung, der Beratung der betroffenen Patientinnen/ Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen sowie bei der Beurteilung der Effektivität der eingeleiteten Maßnahmen. Darüber hinaus sind sie aufgefordert, auf Grundlage dieses Fachwissens gezielte Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben wahrzunehmen. Dem damit einhergehenden Fortbildungsbedarf ist im Rahmen der modellhaften Implementierung in den Einrichtungen auf vielfältige Art Rechnung getragen worden. Neben der Erfassung der angebotenen Fortbildungen und der dafür aufgewendeten zeitlichen und personellen Ressourcen (vgl. Kap. 5.4.3) sind durch Befragung der Pflegefachkräfte ihre Fortbildungsbesuche und ihr subjektiv wahrgenommener weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf ermittelt worden. Auf diese Weise lassen sich Anhaltspunkte für die Fortbildungsplanung zukünftiger Implementierungsprojekte dieses Expertenstandards gewinnen. Die Abbildung 18 zeigt den Vergleich zwischen der Teilnahme an standardrelevanten Fortbildungen und dem weiterhin bestehenden Bedarf der Pflegefachkräfte in allen Einrichtungsarten und die Abbildungen 19 und 20 Teilnahme und Bedarf nach Einrichtungsarten getrennt.



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

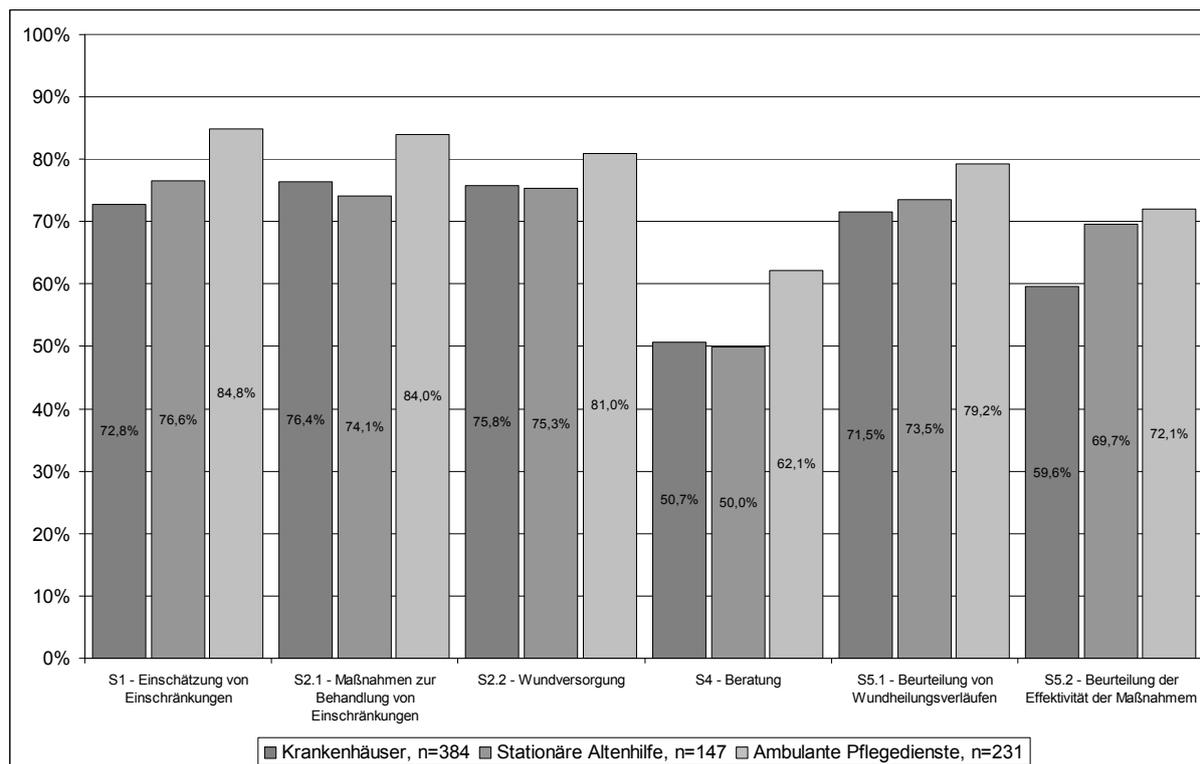


Abb. 19: Teilnahme an Fortbildungen nach Einrichtungsart getrennt

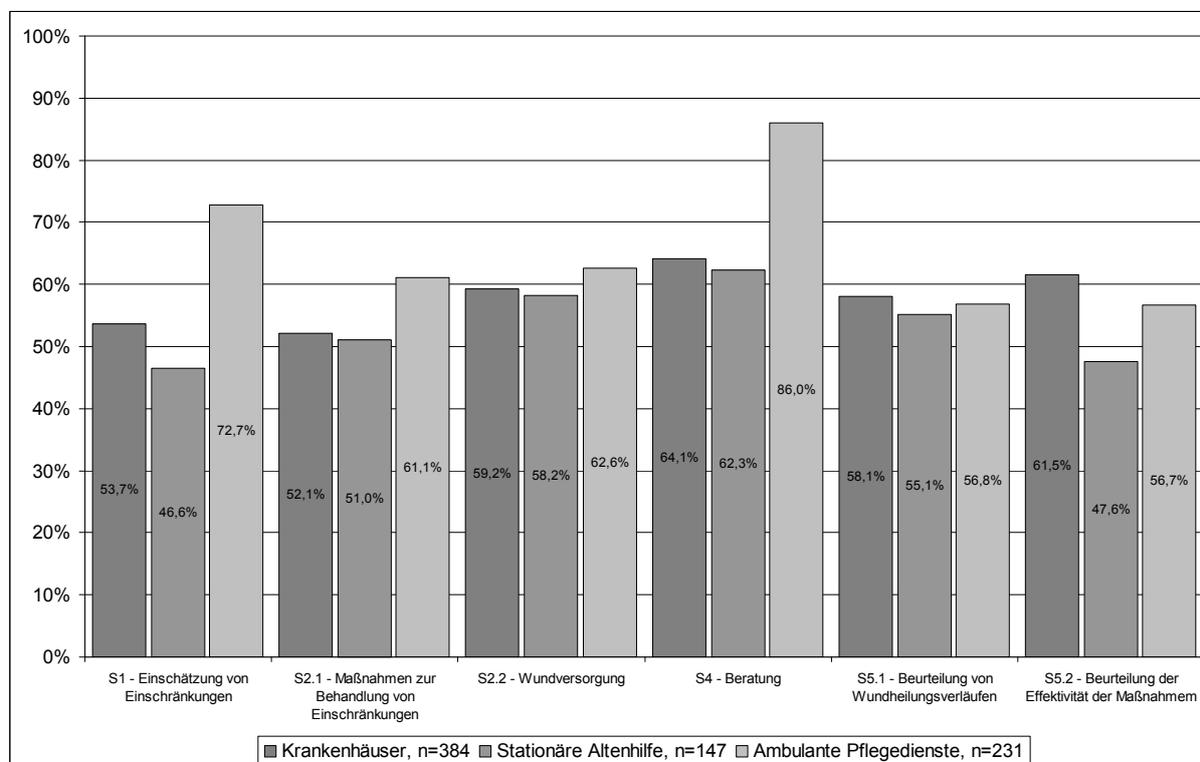


Abb. 20: Weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf nach Einrichtungsart getrennt

Bei Betrachtung der Ergebnisse lassen sich gemeinsame Trends in allen Einrichtungsarten identifizieren. Mit Ausnahme des Themas Beratung weisen alle Themenbereiche hohe Teilnahmequoten auf, die zeigen, dass das umfangreiche Fortbildungsangebot in den Einrichtungen durch die Pflegefachkräfte angenommen worden ist. Gleichwohl wird deutlich, dass zum größten Teil mehr als die Hälfte der teilnehmenden Pflegefachkräfte bei sich selbst einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf zu diesen Themenbereichen erkennen. Anzunehmen ist, dass innovative und fortbildungsintensive Anteile des Expertenstandards durch die Umsetzung und praktische Anwendung verstärkt in den Vordergrund getreten sind und den Pflegefachkräften ihren weiteren Fortbildungsbedarf offenbart haben. Darüber hinaus attestierten erfahrene Projektverantwortliche diesem Expertenstandard ein hohes Anforderungsniveau und verdeutlichten, dass der Zeitrahmen der modellhaften Implementierung eine umfassende Schulung der komplexen Standardinhalte nicht immer ermöglicht hat. Einige Fortbildungen, die z. B. für Modellpflegeeinheiten mit bestimmten Patientinnen-/Bewohnerinnenklientel weniger relevante Inhalte thematisieren, waren zum Zeitpunkt des Audits in den jeweiligen Einrichtungen zwar bereits geplant, aber noch nicht angeboten worden. Die Ergebnisse verdeutlichen demnach, dass standardspezifische Fortbildungsinhalte nach Einführung des Expertenstandards verstärkt in den Fortbildungsprogrammen der Einrichtungen berücksichtigt werden sollten und keinesfalls vernachlässigt werden dürfen. Nachfolgend werden die Teilnahmequoten und bestehenden Bedarfe der einzelnen standardrelevanten Themen differenziert dargestellt.

## **S1 Fortbildungen zur Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen**

77,2% aller teilnehmenden Pflegefachkräfte gaben an, eine Fortbildung zur Einschätzung wund- und therapiebedingter Einschränkungen besucht zu haben. Weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf empfanden 58,1% aller Pflegefachkräfte. In den Krankenhäusern haben 72,8% der Pflegefachkräfte an einer oder mehrerer Fortbildungen zu diesem Thema teilgenommen und 53,7% sahen einen weiteren Fortbildungsbedarf. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe war das Verhältnis 76,6% zu 46,6% und in den ambulanten Pflegediensten 84,4% zu 72,7%. Damit bekundeten die Pflegefachkräfte in den ambulanten Pflegediensten besonders hohen Fortbildungsbedarf, was sich bei den meisten Themen zeigt.

### **S2.1 Fortbildungen zu krankheitsspezifischen Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen**

Fortbildungen zu krankheitsspezifischen Maßnahmen wurden von 78,3% aller Pflegefachkräfte besucht und 58,1% erkannten einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf. In den Krankenhäusern lag das Verhältnis bei 76,4% zu 52,1%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 74,1% zu 51% und in den ambulanten Pflegediensten bei 84% zu 61,1%. Der Expertenstandard betont die Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen als

wichtige pflegerische Aufgabe und verknüpft dies mit der Berücksichtigung der Selbstmanagementkompetenzen der Patientinnen/Bewohnerinnen. Fortbildungsangebote zu dieser Thematik sind umfangreich und beinhalten sowohl Auffrischungen bestehender Fähigkeiten und Fertigkeiten (z. B. Druckentlastung bei Dekubitus) als auch für einen Teil der Pflegefachkräfte neues Wissen (z. B. Bewegungsförderung, Kompressionstherapie). Der hohe Anteil bestehender Fortbildungsbedarfe weist hierbei besonders auf die Anforderungen der praktischen Umsetzung hin.

## **S2.2 Fortbildungen zu fachgerechter und hygienischer Wundversorgung**

Die Pflegefachkräfte sind aufgefordert, eine fachgerechte und hygienische Wundversorgung zu gewährleisten und die pflegerische Fachexpertin bei Bedarf in den Versorgungsprozess einzubinden. Fortbildungen zu diesen Themenbereichen wurden von 77,3% aller Pflegefachkräfte besucht. 60,1% gaben an, weiteren Bedarf an entsprechenden Fortbildungen zu haben. In den Krankenhäusern waren es 75,8% zu 59,2%. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe lag das Verhältnis bei 75,3% zu 58,2% und in den ambulanten Pflegediensten bei 81% zu 62,6%. Dieser hohe Fortbildungsbedarf weist auf die Komplexität der Aufgabe und die besondere Bedeutung der pflegerischen Fachexpertinnen hin.

## **S4 Fortbildungen zu Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements**

Der Expertenstandard fördert die Einbindung der Patientinnen/Bewohnerinnen beim Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung, bei der Versorgung der Wunde und den Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen. Hierfür notwendiges Wissen und entsprechende Fähigkeiten können ihnen durch Beratung, Schulung und Anleitung vermittelt werden. Fortbildungen, die diese Inhalte thematisieren, wurden von 54% aller Pflegefachkräfte besucht, 70,4% erkannten weiteren Fortbildungsbedarf. In den Krankenhäusern lag das Verhältnis bei 50,7% zu 64,1%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 50% zu 62,3% und in den ambulanten Pflegediensten bei 62,1% zu 86%. Der Themenbereich Beratung, Schulung und Anleitung hat verglichen mit allen anderen Themenbereichen die geringsten Teilnahmequoten und in allen Einrichtungsarten besteht weiterhin ein sehr hohes Maß an Fortbildungsbedarf. Gründe hierfür haben das vergleichsweise niedrige Fortbildungsangebot (vgl. Kap. 5.4.2.1) und die Vielschichtigkeit der geforderten Beratungsinhalte. Fortbildungen zu diesem Thema sollten neben der Vermittlung von Beratungskompetenzen auch auf die Besonderheiten der zu beratenden Zielgruppen ausgerichtet sein. An dieser Stelle sei erneut auf die aufgetretenen Schwierigkeiten verwiesen, Dozenten für Fortbildungen zum Thema Selbstpflegemanagement zu gewinnen. Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung des Themas zeigt sich an dem besonders hohen Anteil weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarfs bei den

Pflegefachkräften in den ambulanten Pflegediensten, also der Einrichtungsart, in der die Förderung des Selbstmanagements der betroffenen Personen von großer Bedeutung für deren Alltagsgestaltung ist.

### **S5.1 Fortbildung zur Beurteilung von Wundheilungsverläufen**

Fortbildungen zur Beurteilung von Wundheilungsverläufen wurden in den Einrichtungen häufig mit den Fortbildungen zur Wundversorgung (S2.2) kombiniert, so dass sich die Ergebnisse nahezu entsprechen. 74,2% aller teilnehmenden Pflegefachkräfte gaben an, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben, während 57,1% weiterhin einen Fortbildungsbedarf bei sich erkannten. In den Krankenhäusern lag das Verhältnis bei 71,5% zu 58,1%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 73,5% zu 55,1% und in den ambulanten Pflegediensten bei 79,2% zu 56,8%.

### **S5.2 Fortbildung zur Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen**

Die Teilnahmequoten zu diesem Themenbereich sind vergleichsweise gering, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die Evaluation der Maßnahmen bei den Fortbildungsangeboten insgesamt eine geringere Berücksichtigung fand und in der Regel dem Thema Assessment zugeordnet wurde. Der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf liegt auf einem vergleichbaren Level mit den anderen Themen. 65,3% aller Pflegefachkräfte gaben an, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben, 57,4% erkannten weiter bestehenden Fortbildungsbedarf. Das Verhältnis zwischen Teilnahme und bestehendem Bedarf lag in den Krankenhäusern bei 59,6% zu 61,5%, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 69,7% zu 47,6% und in den ambulanten Pflegediensten bei 72,1% zu 56,7%. Angesichts der Bedeutung des Themas Evaluation von Maßnahmen für die Bewertung und Anpassung des Maßnahmenplans sollten in allen Einrichtungsarten vermehrt Fortbildungen zu dieser Thematik angeboten und die Handlungsabläufe entsprechend geändert werden, damit die Evaluation der pflegerischen Interventionen ihren gebührenden Platz im Rahmen der Pflegeprozessmethode erhält.

## 5.6 Schlussfolgerungen

### 5.6.1 Gesamteinschätzung

Für die modellhafte Implementierung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ ziehen die Projektbeauftragten der Einrichtungen ebenso wie das wissenschaftliche Team des DNQP ein insgesamt positives Fazit. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Ausrichtung dieses Expertenstandards auf ein spezifisches Klientel mit komplexem pflegetherapeutischem Bedarf durchaus auch zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Implementierungsphasen drei und vier (Einführung und Audit) geführt hat. Bei einem beträchtlichen Anteil der Kooperationseinrichtungen war im Projektzeitraum nur eine geringe Zahl von Menschen mit chronischen Wunden anzutreffen, wodurch Probleme für die Überführung der Standardinhalte in feste Handlungsroutrinen entstanden. Aber immer dann, wenn der Expertenstandard angewendet wurde, fand er hohe Akzeptanz bei den Pflegefachkräften und den Patientinnen/Bewohnerinnen. Es bleibt darüber hinaus festzuhalten, dass dem Expertenstandard ein sehr hoher Komplexitätsgrad und ein sehr hohes Anforderungsniveau an die Kompetenzen der Pflegefachkräfte bescheinigt werden.

In den *Krankenhäusern* gelang die modellhafte Implementierung vor allem dann sehr gut, wenn auf den ausgewählten Modellpflegeeinheiten eine ausreichende Zahl von Patienten mit chronischen Wunden behandelt wurde und eine enge Kooperation mit der Ärzteschaft erreicht werden konnte. Grundlage hierfür waren sowohl bereits bestehende Kooperationen als auch die multidisziplinäre Entwicklung von Verfahrensregelungen unter Beteiligung und mit Unterstützung der oberen Managementebene. Ebenso spielten die pflegerischen Fachexpertinnen in den Krankenhäusern eine aktive Rolle bei der Versorgungsgestaltung. Für die Umsetzung der Standardinhalte, die den Blick von der Wunde auf den Menschen mit der Wunde lenken - beispielsweise auf die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen und die Beachtung wund- und therapiebedingter Alltagseinschränkungen - hat es sich als Vorteil erwiesen, wenn eine Verknüpfung mit dem Entlassungsmanagement hergestellt werden konnte. Auf diese Weise erlangten Aspekte, die den Pflegefachkräften insbesondere aufgrund geringer Verweildauern der Patientinnen weniger relevant erschienen, größere Akzeptanz.

Projektbeauftragte der *stationären Altenhilfe* bestätigen dem Expertenstandard hohe Relevanz. Trotz einer geringen Anzahl von Menschen mit chronischen Wunden und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten bei der modellhaften Implementierung des Standards waren die Einrichtungen in der Lage, den Standard bei allen Bewohnerinnen mit chronischen Wunden der Modellpflegeeinheiten anzuwenden. Dabei stellte sich heraus, dass für eine gezielte Maßnahmenplanung und ihre erfolgreiche Umsetzung die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung eine herausragende Rolle spielt. Das heißt, für eine erfolgreiche Einführung dieses Expertenstandards ist das Vorhandensein von personenorientierten Pflegesystemen, wie z. B. Primary Nursing, von maßgeblicher Bedeutung. Insbesondere für die Einrichtungen

der stationären Einrichtungen sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass die teilnehmenden Einrichtungen eine Positivauswahl darstellten und alle einen hohen Entwicklungsstand der Pflege aufwiesen. In Einrichtungen mit niedrigerem Entwicklungsstand der Pflege ist ein höherer Anteil von Menschen mit chronischen Wunden, insbesondere Dekubitalgeschwüren, zu vermuten, sodass die Anwendung dieses Expertenstandards dort einen wichtigen Anstoß zur Qualitätsentwicklung geben kann.

Bei den *ambulanten Pflegediensten* gab es einen Unterschied zwischen solchen, die sich bereits auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden spezialisiert haben und über entsprechendes Patientinnenklientel verfügen und anderen, die sich nicht spezialisiert haben und daher geringere Fallzahlen aufweisen. Der Vorteil der Spezialisierung besteht in der breiteren Anwendbarkeit des Expertenstandards und besser zu etablierenden Kooperationen mit Hausärztinnen, Sanitätshäusern und Pflegekassen. Allerdings hat sich während der modellhaften Implementierung gezeigt, dass z. B. erste Ansätze mit Verträgen zur integrierten Versorgung auch für nicht-spezialisierte Pflegedienste positive Effekte gezeigt haben.

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung belegen, dass der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in den Einrichtungsarten Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege praxistauglich ist. Dabei konnte mit den Auditergebnissen überzeugend dargestellt werden, dass gerade auch die innovativen Anteile des Standards – von der Förderung der Selbstmanagementkompetenzen, der Beachtung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen bis zur Einbindung einer pflegerischen Fachexpertin in die Versorgung – in hohem Maße umgesetzt werden konnten. Damit sind die patientinnen-/bewohnerinnenbezogenen Ergebniskriterien dieses Expertenstandards inhaltlich voll bestätigt.

Während des Implementierungsprojekts stellte sich heraus, dass der Zugang zur Zielgruppe „Menschen mit chronischen Wunden“ zum Teil deutlich schwieriger ist, als er vorab von den Beteiligten auf Seiten von Wissenschaft und Praxis eingeschätzt wurde. In den *Krankenhäusern* sind diese Patientinnen oft nur im Zusammenhang mit Grunderkrankungen anzutreffen, derentwegen sie ins Krankenhaus eingewiesen wurden und werden nur für kurze Zeit stationär behandelt. In kleineren *Einrichtungen der stationären Altenhilfe* leben häufig nur wenige Menschen mit chronischen Wunden und bei den *ambulanten Pflegediensten* sind es nur einige spezialisierte Dienste, die eine größere Anzahl von solchen Patientinnen betreuen. Ansonsten werden diese von Hausärztinnen, oft in Kombination mit Fachärztinnen oder Ambulanzen, betreut. Nicht selten werden die chronischen Wunden von den Betroffenen selbst versorgt (oder nicht versorgt), bis Verschlechterungen professionelle Hilfe erzwingen. Gerade dann ist es aber erforderlich, dass die professionelle Pflege schnell und kompetent reagiert, denn jeder Mensch mit einer chronischen Wunde, der sich in pflegerischer Betreuung befindet, hat Anspruch auf eine angemessene, den Empfehlungen des Expertenstandards folgende pflegerische Versorgung und Betreuung. Für die Einrichtungen stellt sich dabei die Frage, wie eine solche Versorgung angemessen und effizient zu organisieren ist. Versorgungsstrukturell

handelt es sich dabei um mehrere Aspekte, die sinnvoll zu verknüpfen sind: ein abgestuftes Einführungskonzept für die jeweilige Einrichtung und die Verfügbarkeit einer pflegerischen Fachexpertin. Hinzu kommen notwendige Überlegungen zur Finanzierung der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

### 5.6.2 Empfehlungen zur Einführung

Die Zugangsschwierigkeiten zur Zielgruppe des Menschen mit chronischen Wunden machen es erforderlich, flexible, abgestufte Einführungskonzepte zu entwickeln, um einerseits diesen Menschen eine angemessene pflegerische Versorgung zukommen zu lassen, andererseits aber die dafür notwendigen Ressourcen gezielt einsetzen zu können. Daher wird im Gegensatz zu den bisherigen Expertenstandards keine flächendeckende Einführung, sondern ein abgestuftes Vorgehen empfohlen, das zwischen vollständiger und begrenzter Einführung unterscheidet.

#### *Vollständige Einführung*

Für eine vollständige Einführung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ spricht, wenn

- in *Krankenhäusern* nach Diagnosearten vermehrt Patientinnen mit chronischen Wunden zu erwarten sind (z.B. Diabetologie, Angiologie, Kardiologie, Nephrologie). Dort empfiehlt sich auch die Einführung von *Wundteams* (vgl. Kap. 2.4). Außerdem sollte eine Verknüpfung mit dem Entlassungsmanagement hergestellt werden. Für die Entlassungsvorbereitung können auf den Internetseiten der Fachgesellschaften für chronische Wunden (vgl. Kap. 2.4) nach Kontaktadressen für spezialisierte ambulante Dienste, regionale Wundzentren und Versorgungstützpunkte gesucht werden. Auch bei Kostenträgern kann nach entsprechenden Adressen nachgefragt werden, um Unterversorgung zu vermeiden.
- in Wohnbereichen der *stationären Altenhilfe* ein höheres Aufkommen von chronischen Wunden zu verzeichnen ist oder wenn eine langfristige Betreuung auch nur einer kleineren Zahl von Bewohnerinnen mit einer chronischen Wunde zu erwarten ist. Hier kann die Zahl der zu schulenden Pflegefachkräfte durch gezielte Einsatzplanung und patientinnenorientierte Pflegeorganisationssysteme (Primary Nursing) überschaubar gehalten werden.
- in *ambulanten Pflegediensten* gezielt um dieses Klientel geworben wird und durch die Spezialisierung auch vermehrt Menschen mit chronischen Wunden betreut werden sowie auch dann, wenn eine kleine Zahl von Menschen mit chronischen Wunden langfristig zu

betreuen ist. Auch hier kann die Zahl der zu schulenden Pflegefachkräfte durch gezielte Einsatz- und Tourenplanung, spezialisierte Teams und patientinnenorientierte Pflegeorganisationssysteme überschaubar gehalten werden.

### *Begrenzte Einführung*

Einrichtungen, in denen nur selten und vereinzelt Menschen mit chronischen Wunden betreut werden, sollten auf eine vollständige Einführung des Expertenstandards verzichten. Ihnen wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- Das Pflegemanagement sowie die Beauftragten für Qualität, innerbetriebliche Fortbildung usw. kennen die Inhalte des Expertenstandards, um die Versorgung ihrer Patientinnen oder Bewohnerinnen gezielt steuern zu können. Dazu gehört unter anderem die Verantwortung für die Verfügbarkeit von pflegerischen Fachexpertinnen, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und die Organisation eines bedarfs- und zielgruppengerechten Fortbildungsprogramms.
- Einige Pflegefachkräfte von Pflegeeinheiten, in denen nur selten und vereinzelt Menschen mit chronischen Wunden betreut werden (mindestens aber zwei pro Pflegeeinheit) werden komplett zu den Inhalten des Standards geschult, damit jederzeit eine kompetente Betreuung von Menschen mit chronischen Wunden gewährleistet ist.
- Alle Pflegefachkräfte werden kontinuierlich themenspezifisch fortgebildet, da „aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit chronischen Wunden zu identifizieren und deren Einschränkungen und Selbstmanagementfähigkeiten sensibel zu erkunden“ (S1a) „im Rahmen der pflegerischen Anamnese“ (P1a) stets gefordert sind. Dazu gehört auch die Fortbildung zu den präventiven Inhalten des Standards bzw. denen zur Rezidivprophylaxe, um eine kompetente Schulung von Patientinnen/Bewohnerinnen mit einer relevanten Grunderkrankung (chronisch venöse Insuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie Diabetes mellitus) gewährleisten zu können.
- Die Verfügbarkeit einer pflegerischen Fachexpertin wird durch das Management sichergestellt. Seitens der spezifisch geschulten Pflegefachkräfte wird der Kontakt zu dieser gehalten, um z. B. bei Aufnahme betroffener Patientinnen/Bewohnerinnen in Kooperation mit der pflegerischen Fachexpertin sofort einsatzbereit zu sein.
- Die Einführung des Expertenstandards wird nicht als Projekt gestaltet, sondern seine Anwendung erfolgt innerhalb der Pflegeprozessmethode, ist an der individuellen Situation der Patientin/Bewohnerin orientiert und schließt die Evaluation ein. Das heißt, dass ein Qualitätsaudit, wie es bei einer vollständigen Standardeinführung angewendet wird, nicht durchgeführt werden muss.

### *Zur pflegerischen Fachexpertin*

In jeder Einrichtung, auch in solchen, in denen nur wenige Menschen mit chronischen Wunden versorgt werden, sollte mindestens eine pflegerische Fachexpertin kontinuierlich zur Verfügung stehen. Dabei können für kleinere Einrichtungen flexible Lösungen gefunden werden. Entweder kann auf Trägerebene zentral eine pflegerische Fachexpertin eingesetzt werden oder es werden Netzwerke gebildet, die gegen ein Verrechnungssystem eine pflegerische Fachexpertin verfügbar halten. Ebenso können Netzwerke und Kooperationsverbünde bzw. Träger auf externe Fachkompetenz zurückgreifen. Hinsichtlich der Qualifikation und Finanzierung von externen Fachexpertinnen sind folgende Punkte zu beachten:

- Bei den Expertinnen darf nicht lediglich Wundkompetenz vorliegen, vielmehr muss die im Kommentar zur Standardebene 1 beschriebene pflegerische Fachexpertise bestehen (vgl. Kap. 2.4). So geht es nicht allein darum, das Wundmanagement durchführen zu können, sondern auch, die Pflegefachkraft durch Beratung und Anleitung zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden zu befähigen. Dazu gehören Fragen der wund- und therapiebedingten Einschränkungen, der Selbstmanagementkompetenzen, der Lebensqualität, der Koordination der Versorgung, der Rezidivprophylaxe usw.
- Wenn „Wundmanagerinnen“ zugleich Produktberaterinnen sind, kann ein Interessenskonflikt entstehen, den es zu vermeiden gilt.
- In der ambulanten und stationären Pflege sollte ein Versorgungsvertrag oder ein Honorar mit Stundensätzen vereinbart werden. Dies muss sich in den Vertragsverhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen niederschlagen und in Verträgen zur integrierten Versorgung berücksichtigt werden.

### *Zur Finanzierung der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*

Mit der Anwendung des Expertenstandards ist ein deutlich gestiegener Zeitbedarf für die Pflege der betroffenen Personen verbunden. Dies verschärft die schwierige Finanzierungslage der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Außerdem kommen auf Einrichtungen finanzielle Belastungen durch die Forderungen nach dem Vorhalten adäquater Verband- und Hilfsmittel zu. Am Beispiel der ambulanten Pflege und der stationären Altenhilfe wurde deutlich, dass der Zeitbedarf für Verbandwechsel, Wundversorgung, Beratung und Förderung der Patientinnen/Bewohnerinnen in den Vergütungsstrukturen derzeit nicht berücksichtigt wird. Aus Krankenhäusern wird berichtet, dass es zunehmend schwierig wird, Beratung und Schulung der Patientinnen im Rahmen des DRG-Kataloges abzurechnen. Somit ist die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden für die Einrichtungen derzeit defizitär. Zur Verbesserung dieser Situation müssen Strukturen geschaffen werden, die es den Einrichtungen ermöglichen, Ressourcen freizusetzen und Versorgungsverträge auszuhandeln, die diese Faktoren berücksichtigen. Erste Ansätze mit Verträgen zur integrierten Versorgung haben für ambulante Pflegedienste bereits positive Effekte gezeigt.

Abschließend sei festgehalten, dass angesichts der hohen Komplexität der Pflege von Menschen mit chronischen Wunden die Bildung von Netzwerken – sei es in Krankenhäusern in Form von Wundteams, sei es durch Versorgungsverbünde, sei es durch trägerweite Vernetzungen oder durch die Bildung von regionalen Netzwerken – nur dringlich empfohlen werden kann.