

Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Ergebnisse der
modellhaften Implementierung zum

Expertenstandard
Schmerzmanagement in der Pflege
bei akuten oder tumorbedingt chronischen Schmerzen

2005

5 Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege

Martin Moers und Doris Schiemann unter Mitarbeit von Heiko Stehling

5.1 Konzept der Implementierung

Das Ziel der modellhaften Implementierung besteht darin, Aufschluss über die Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Expertenstandards zu gewinnen. Darüber hinaus sollen im Rahmen der wissenschaftlich begleiteten Implementierung Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Faktoren für die Einführung und Verstetigung bedeutsam sind. Die Erkenntnisse aus den ersten beiden Projekten (Dekubitusprophylaxe und Entlassungsmanagement) lassen darauf schließen, dass ermutigende Ergebnisse aus den modellhaften Implementierungen die weitere Verbreitung des Standards stark forcieren. Dies lässt sich nicht nur an der Verbreitung der Expertenstandards ablesen - insgesamt wurden bislang mehr als 30.000 Exemplare beim DNQP angefordert - sondern auch an der Entwicklung der Implementierungsprojekte selbst. An der modellhaften Implementierung der Expertenstandards hatten sich im Pilotprojekt (Dekubitusprophylaxe) noch 15 und in den Folgeprojekten (Entlassungs- und Schmerzmanagement) bereits je 20 Praxiseinrichtungen beteiligt. In der Summe sind an der modellhaften Implementierung jedes Standards nunmehr etwa 1.000 Pflegefachkräfte und andere Akteure aktiv beteiligt. Die Anzahl der Bewerbungen von Gesundheits- und Altenhilfeeinrichtungen zur Teilnahme an den Implementierungsprojekten lässt ein steigendes Interesse erkennen. Bei den Expertenstandards Entlassungs- und Schmerzmanagement lag sie weit über den vorhandenen Kapazitäten. Dieser Trend hat sich bei dem seit Januar 2005 in der Implementierungsphase befindlichen Expertenstandard Sturzprophylaxe noch verstärkt.

Das im engen Austausch mit den beteiligten Praxiseinrichtungen entwickelte und zweifach erprobte Implementierungs-Konzept (Schiemann/Moers 2004b, S. 103ff; Moers/Schiemann 2004a, S. 116ff) beinhaltet

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

Dieses Konzept hat sich bei der modellhaften Implementierung des dritten Expertenstandards Schmerzmanagement ebenfalls gut bewährt. Dabei ist zu betonen, dass die beteiligten Einrichtungen die Einführung der Standards und die Durchführung der Audits selbst bestreiten, also keine Sonderbedingungen geschaffen werden.

Abb. 13

Phasen des Implementierungsprojekts: Zeitumfang 6 Monate

Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (4 Wochen)

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten "Kickoff-Veranstaltungen" zu Beginn des Projektes im Januar und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards im April für folgende Adressaten angeboten werden: Pflorgeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortlicher Pflegemanager auf der Abteilungs- und Betriebsebene, sowie interessierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe, insbesondere der Medizin.

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

Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflorgeteams der Modellpflegeeinheit eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Stations- bzw. Teamleitung bilden. Der Auftrag der Arbeitsgruppe besteht vorrangig in der Vor- und Nachbereitung der einzelnen Schritte der Standardeinführung sowie der Verbreitung der Arbeitsgruppenergebnisse innerhalb des gesamten Pflorgeteams. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sollte der Projektbeauftragte bzw. die Projektbeauftragten zur Verfügung stehen.

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

Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf der Zielgruppe darf das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht unterschritten werden. Wichtig ist außerdem, dass die Kernaussage der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleibt. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar. Empfohlen werden Konkretisierungen immer dann, wenn besondere Bedingungen oder Arbeitsabläufe einer Pflegeeinheit und ihrer Zielgruppe berücksichtigt werden müssen, wie z. B. Zuständigkeiten oder geeignete Zeitpunkte für Assessments.

Phase 3 Einführung/Anwendung des Expertenstandards (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 (4 Wochen)

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung der Mitglieder des Projektteams anzuregen und Kontrolllängste weitgehend auszuräumen. Das angestrebte Sample liegt bei 40 Patienten bzw. Bewohnern, die von dem jeweiligen Qualitätsrisiko betroffen sind, auf die der jeweilige Expertenstandard also anwendbar ist. Daher muss bereits bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit darauf geachtet werden, dass mit einer entsprechenden Zahl betroffener Patienten bzw. Bewohnern zu rechnen ist.

Das Einführungskonzept mit vier Phasen (Abb. 13) hat sich erneut als praxistauglich erwiesen, auch wenn sich der vorgegebene zeitliche Ablauf der einzelnen Phasen nicht immer realisieren lässt. In allen beteiligten Einrichtungen gab es mehr oder weniger große Zeitverschiebungen zwischen den Phasen, z. B. die Erweiterung des Zeitraums für das abschließende Audit zu Lasten der vorhergehenden Phase, um in die Nähe des angestrebten Samples von 40 Patienten zu kommen. Insgesamt ist es aber allen Einrichtungen gelungen, den Zeitraum von sechs Monaten einzuhalten.

5.2 Auswahl der Einrichtungen

Der Expertenstandard Schmerzmanagement richtet sich an Patienten mit akutem sowie tumorbedingten chronischen Schmerz. Damit sind Einrichtungen der Akutversorgung, aber auch andere Versorgungseinrichtungen angesprochen, insbesondere was den tumorbedingten chronischen Schmerz betrifft. Dementsprechend sollten neben der Akutversorgung auch Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie ambulante Pflegedienste berücksichtigt werden. Die Auswahl erfolgte auch unter dem Gesichtspunkt der regionalen Verteilung und der Berücksichtigung unterschiedlicher Fachrichtungen/Patientenzielgruppen und Versorgungsstufen.

Für die Auswahl der Einrichtungen sind die folgenden Kriterien von maßgeblicher Bedeutung:

- hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung und Anwendung der Pflegeprozessmethode);
- kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung), Vorhandensein eines betriebsweiten Qualitätsmanagements;
- Einrichtung einer eigenständigen Projektleitung für den Implementierungszeitraum.
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in der Modellpflegeeinheit bzw. den Modellpflegeeinheiten;
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Die teilnehmenden Einrichtungen konnten aus 40 qualifizierten Bewerbungen ausgewählt werden. Die mit der Selbstmeldung einhergehende Positivauswahl entspricht dem Konzept der modellhaften Implementierung, zunächst grundsätzlich die Praxistauglichkeit des Expertenstandards einschließlich des Audit-Instrumentes zu überprüfen.

Teilgenommen haben 20 Einrichtungen (Abb. 14): zwölf Krankenhäuser der Maximalversorgung, vier Einrichtungen der Regelversorgung, eine Fachklinik, zwei Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie ein ambulanter Pflegedienst. Alle Einrichtungen konnten das Implementierungsprojekt bis zum Ende durchführen.

Abb. 14

Kooperationspartner des Implementierungsprojekts

AmbuCare Fachpflegedienst Langenargen

Geschäftsführer: Rolf Schwenk

Projektbeauftragter: Hubert R. Jocham MSc

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum

Pflegedirektorin: Jutta Bretfeld

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwiss. Nadja Nestler

Charité / Campus Benjamin Franklin, Berlin

Pflegedirektorin: Hedwig François-Kettner

Projektbeauftragte: Iris Bredfeldt-Zerler

Diakonie in Düsseldorf

Pflegedienstleiterin vom Leben im Alter Zentrum Golzheim: Ingrid Ljubisic

Pflegedienstleiterin vom Leben im Alter Zentrum Benrath: Brigitte Gregoreck

Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic

DRK-Residenz Bad Friedrichshall

Residenzleiter: Dipl.-Pflegerwirt Andreas Haupt

Projektbeauftragte: Ursula Schnelle

Ev. Krankenhaus Bielefeld im Johannesstift

Prokuristin Pflege- und Patientenmanagement: Elke Schmidt

Projektbeauftragte: Dr. rer med. Doris Tacke

Fachklinik Hornheide, Münster

Pflegedienstleiterin: Christiane Bitter

Projektbeauftragte: Jutta Thüer

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

Pflegedirektor: Martin Wilhelm

Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerwirt Thomas Fischer

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Pflegedirektorin: Käte Harms

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Gabriele Kettenhofen

Klinikum der Universität München, Standort Innenstadt

Pflegedirektor: Peter Jacobs

Projektbeauftragte: Birgit Schießl

Klinikum Dortmund gGmbH

Geschäftsführerin: Bettina Schmidt

Projektbeauftragte: Andrea Besendorfer MScN.

Klinikum Nürnberg

Klinikpflegedienstleitung: Ankica Krizanovic

Projektbeauftragte: Steffi Frenzel

Kreiskrankenhaus Eckernförde

Pflegedienstleitung: Brigitte Lott

Projektbeauftragte: Kerstin Barthol

Marienhospital Herne

Pflegedienstleiter: Hartmut Stöck

Projektbeauftragter: Matthias Mohr

Raphaelsklinik Münster

Pflegedirektorin: Dipl.-Pflegerwirtin Svetlana Mielke

Projektbeauftragte: Elisabeth Buddenberg

Reinhard-Nieter-Krankenhaus, Wilhelmshafen

Pflegedirektorin: Monika Skibicki

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Christa Schulte

Städt. Klinikum Braunschweig

Pflegedirektor: Ulrich Heller

Projektbeauftragte: Heike Stöter

Unfallkrankenhaus Berlin

Pflegedirektor: Matthias Witt

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Kirsten Neumann

Universitätsklinikum Jena

Direktor des Pflegedienstes: Joerg-Dieter Storsberg

Projektbeauftragte: Martina Kürbs

Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln

Pflegedienstleiterin: Ingrid Schwegmann

Projektbeauftragter: Berthold Freitag

5.3 Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitung

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams bestanden in der

- Planung und Steuerung des Projektverlaufs sowie der Beratung der Projektbeauftragten. In diesem Kontext wurden u. a. Einschätzungsinstrumente für das Schmerzmanagement unterschiedlicher Zielgruppen (Kinder, alte Menschen) diskutiert und der Austausch zwischen den teilnehmenden Einrichtungen organisiert;
- Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments zur Erfassung der relevanten Rahmendaten der Praxiseinrichtungen, des Projektverlaufs, der hemmenden und fördernden Bedingungen der Implementierung sowie der Akzeptanz des Expertenstandards. Das Instrument ist an dem vierphasigen Konzept der Implementierung orientiert und steht den Einrichtungen als Online-Dokument zur Verfügung;
- Entwicklung eines Audit-Instruments zum Expertenstandard Schmerzmanagement (s. Kap. 4) in engem Austausch mit den Projektbeauftragten. Das Instrument wurde auf Grundlage des mehrfach erprobten Rahmenkonzeptes entworfen und stand den Einrichtungen seit Dezember 2003 für eigene Pretests zur Verfügung. Diese wurden vielfach genutzt und das Instrument konnte aufgrund der Diskussionen bei den Projektveranstaltungen präzisiert werden;
- Auswertung und Berichterstattung auf der Grundlage der erhobenen Daten im Rahmen der Projektveranstaltungen, der Projektverlaufs-Dokumentation und des Audits.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte in drei ganztägigen Veranstaltungen in Osnabrück. Dabei hat sich bewährt, den ersten Termin recht früh (Dezember 2003) zu legen und damit Zeit für die notwendigen Vorbereitungen zum eigentlichen Projektstart im Januar 2004 einzuräumen. Eine vierte, abschließende Veranstaltung diente der Präsentation und Diskussion der Evaluationsergebnisse zum Projektverlauf und den Audits in den Praxiseinrichtungen. Alle 20 Einrichtungen haben sich an

den Erhebungen beteiligt, so dass die Projektdaten vollständig in die Auswertung und Ergebnisdarstellung aufgenommen werden konnten.

5.4 Ergebnisse zum Projektverlauf

5.4.1 Zeitrahmen

Allen beteiligten Einrichtungen ist es gelungen, den Zeitrahmen von sechs Monaten (Januar bis Juni 2004) für die Einführung des Expertenstandards Schmerzmanagement einzuhalten. Die Vorbereitungszeit kam der gründlichen Vorbereitung der Fortbildungsphase zugute, die u. a. durch Abfragen nach dem Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter gezielt gestaltet wurde. Es kam zu einzelnen Modifikationen des zeitlichen Ablaufs, die keine erkennbaren Auswirkungen auf das Projektergebnis hatten. Die Bewältigung aller vier Projektphasen in dem doch recht kurzen Zeitrahmen ist deshalb betonenswert, weil damit die Balance zwischen hoher Beanspruchung aller Beteiligten einerseits und eines in kurzer Frist sichtbaren Ergebnisses andererseits gehalten werden konnte - ein die Motivation erheblich fördernder Aspekt, dessen Nichtbeachtung in vielen Projekten zu Frustrationen der Projektteilnehmer führt (vgl. Schieman/Moers 2004c, S. 135f).

5.4.2 Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen

Fachliche Ausrichtung

Unter den beteiligten Krankenhäusern befanden sich vier Krankenhäuser der Regelversorgung, zwölf Krankenhäuser der Maximalversorgung und eine Fachklinik. Die Anzahl der Behandlungsplätze als Indikator für die Größe der Krankenhäuser variierte zwischen 195 und 1.599. Die Einrichtungen der stationären Altenpflege hatten 80 bzw. 236 Bewohnerplätze, der ambulante Pflegedienst versorgte 90 Patienten.

Die durchschnittliche Verweildauer lag in den Krankenhäusern insgesamt bei 7,9 Tagen, die längste durchschnittliche Verweildauer pro Krankenhaus bei 11,8 und die kürzeste bei vier Tagen. In den Einrichtungen der stationären Altenpflege lag die durchschnittliche Verweildauer bei 789 Tagen.

In allen Kooperationseinrichtungen gab es zwischen einer und sechs Modellpflegeeinheiten, am häufigsten (neun Mal) wurden zwei Pflegeeinheiten als Modellstationen gewählt. Insgesamt waren 47 unterschiedliche Stationen/Abteilungen an der Implementierung des Standards beteiligt. Die am häufigsten gewählte Fachrichtung war die Chirurgie (inkl. Herz-, Thorax-, Gefäßchirurgie, Visceralchirurgie, plastische Chirurgie), gefolgt von Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Onkologie und Palliativmedizin, Altenpflege sowie Innerer Medizin und HNO. In einem Krankenhaus der Maximalversorgung und einer Fachklinik waren Abteilungen der Kinderkrankenpflege an der Implementierung beteiligt.

In der Regel waren die Stationen nach dem Prinzip der Bereichspflege (16 Mal) organisiert, in einem Fall wurde Funktionspflege, drei Mal Gruppenpflege und ein Mal Primary Nursing als Organisationssystem genannt. Die Zahl der Behandlungs-/Bewohnerplätze in den beteiligten Modelleinheiten lag zwischen 30 und 234 Betten.

Personalausstattung

Der Personalschlüssel, hier definiert als das Verhältnis von Behandlungsplätzen (in Krankenhäusern) bzw. Bewohner (in Altenheimen und der ambulanten Pflege) zu Anzahl der Pflegefachkräfte (Vollzeitstellen) liegt in den Krankenhäusern zwischen 1,4 und 3,61 Patienten pro Pflegefachkraft und im Durchschnitt bei 2,25. In den Einrichtungen der stationären Altenpflege liegt der Personalschlüssel bei durchschnittlich 5,3 Bewohner pro Pflegekraft, die Fachkraftquote, also das Verhältnis von Pflegefachkräften zu geringer qualifizierten Mitarbeitern beträgt 64,3 %. In der Einrichtung der ambulanten Pflege liegt der Personalschlüssel von 2,5 Patienten pro Pflegekraft im Bereich der Werte der Krankenhäuser.

Erfahrungshintergrund mit systematischer Qualitätsentwicklung

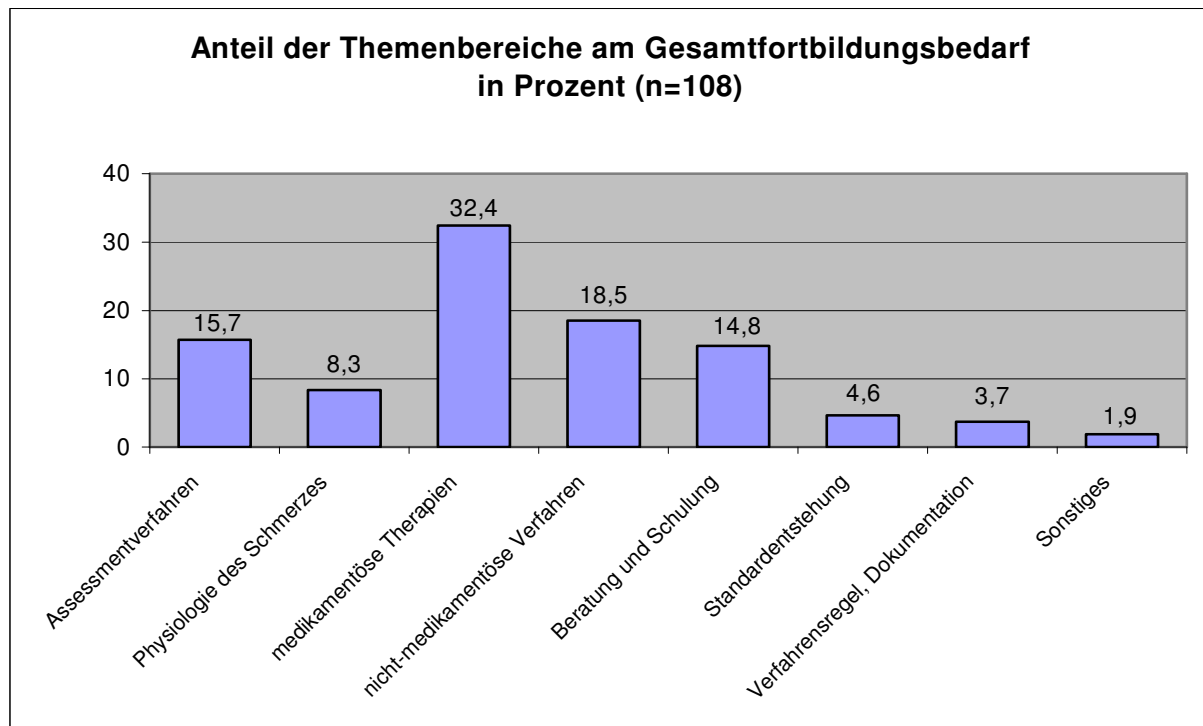
Alle Kooperationseinrichtungen geben an, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung durchzuführen. In 13 Einrichtungen ist bereits mindestens ein Expertenstandard (acht Mal Dekubitusprophylaxe, ein Mal Entlassungsmanagement) eingeführt worden und in vier Einrichtungen davon bereits zwei Expertenstandards (Dekubitusprophylaxe und Entlassungsmanagement). In vier Einrichtungen wird die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung angewendet, diese Einrichtungen haben alle zusätzlich Erfahrung in der Einführung und Umsetzung der ersten beiden Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Entlassungsmanagement. Weitere mehrfach genannte Maßnahmen zu Qualitätsentwicklung/Qualitätsmanagement sind Standardentwicklung, Qualitätszirkel, Vorbereitung sowie Durchführung von Zertifizierungen nach DIN ISO sowie der Einsatz von Qualitätsmanagement-Beauftragten.

5.4.3 Phase 1: Fortbildung

Fortbildungsbedarf

In allen Einrichtungen wurde zu Beginn des Projekts der Fortbildungsbedarf zu den Inhalten des Expertenstandards ermittelt, auf dessen Grundlage in der Folge die Fortbildungsangebote gestaltet wurden. Der identifizierte Fortbildungsbedarf konnte in die Bereiche "Assessmentinstrumente/Einschätzungsverfahren", "medikamentöse Schmerzbehandlung", "nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung", "Beratung und Schulung", "Standardentstehung", "Verfahrensregel/Dokumentation" und "Sonstiges" zusammengefasst werden. Abbildung 15 zeigt einen Überblick über die Häufigkeit, mit der Themen aus den einzelnen Bereichen als Fortbildungsbedarf genannt oder erkannt wurden.

Abb.15



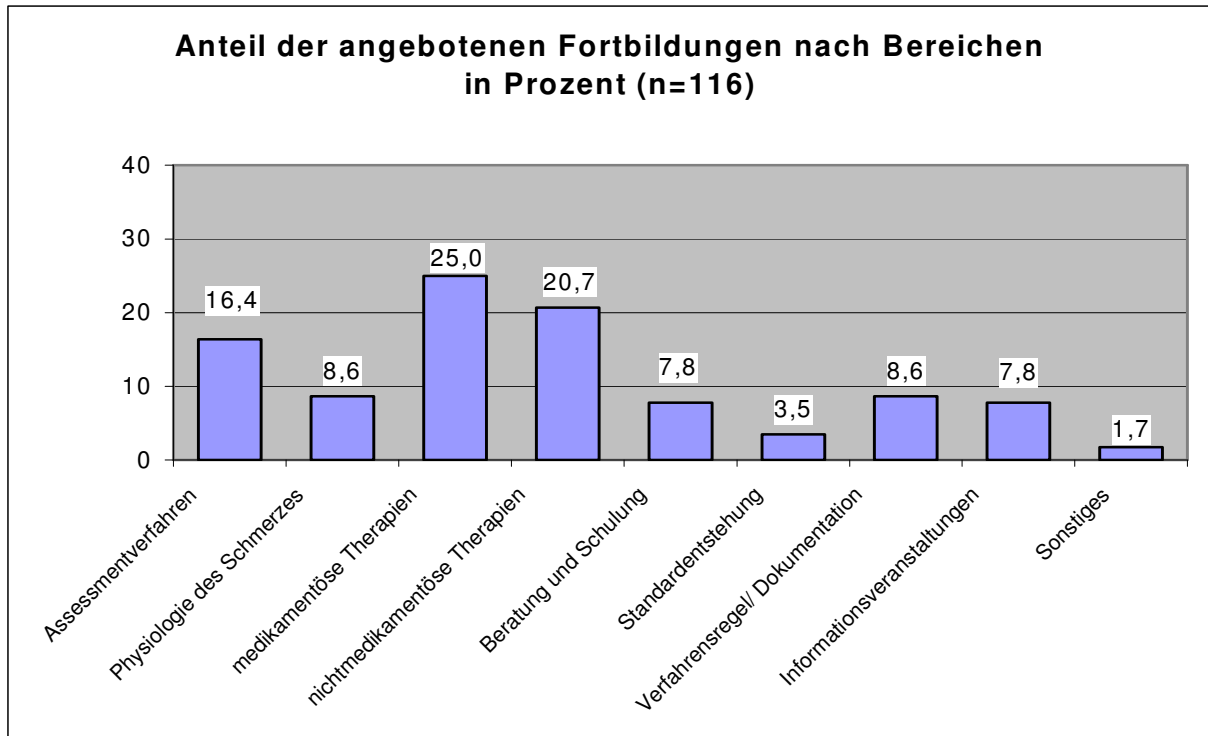
Insgesamt wurden in den 20 Einrichtungen 108 unterschiedliche Fortbildungswünsche und -bedarfe ermittelt. Häufig genannte Themen waren hierbei "Umgang mit Assessmentverfahren", "Entstehung von Schmerz", Themen zu Wirkung und Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten, Themenwünsche aus dem Bereich nicht-medikamentöser Schmerztherapiemöglichkeiten sowie Beratung und Anleitung für Patienten. Der Bereich, in dem die meisten Themen und Wünsche zu Fortbildungen angegeben oder ermittelt wurden, ist der Bereich der medikamentösen Therapien. 32,4 % aller Themen der Fortbildungswünsche - oder -bedarfe konnten diesem Bereich zugeordnet werden. Dies bedeutet nicht automatisch, dass in diesem Bereich auch der größte Fortbildungsbedarf zu finden ist. Es ist auch denkbar, dass bestehendes Wissen in diesem Bereich genutzt wurde, um Fortbildungswünsche differenzierter zu benennen und damit mehr Themen zu finden. Ein deutliches Interesse wurde zu den Themen nicht-medikamentöse Therapien mit 18,5 % aller Themen und der Assessmentverfahren mit 15,7 %, gefolgt von dem Bereich Beratung und Schulung mit 14,8 % ermittelt. Zu den Themenfeldern Physiologie des Schmerzes und Verfahrensregel/ Dokumentation gab es die geringsten Nachfragen.

Angeborene Fortbildungen

Aus dem ermittelten Fortbildungsbedarf wurde das jeweilige Fortbildungsangebot der Einrichtungen entwickelt. Die jeweiligen Fortbildungen konnten analog zum Fortbildungsbedarf in Bereiche eingeteilt werden. Zusätzlich wurde der Bereich "Informationsveranstaltung" aufgenommen, hierzu zählten z. B. Kick-Off-Veranstaltungen, Termine zur Informationsvermittlung an das Stationsteam usw. Nicht alle Krankenhäuser haben solche oder ähnliche Veranstaltungen als Fortbildungen gekennzeichnet und entsprechend vermerkt. Abbildung

16 zeigt die Anteile der einzelnen Bereiche im Vergleich zur Gesamtzahl aller angebotenen Fortbildungen

Abb. 16



25 % aller angebotenen Fortbildungsthemen kamen aus dem Bereich der medikamentösen Therapien, dies waren insgesamt 29 von 116 unterschiedlichen Fortbildungen, am zweithäufigsten, mit einem Anteil von 20,7 % wurden Themen aus dem Bereich der nicht-medikamentösen Therapien angeboten, insgesamt 24 Themen. Betrachtet man die absoluten Zahlen der angebotenen Fortbildungen wird deutlich, dass im Bereich "Beratung und Schulung", mit einem Anteil von 7,8 % an allen Themenbereichen, in den Einrichtungen zusammengenommen nur neun Fortbildungen explizit zu diesem Themenbereich angeboten wurden. Angesichts der Bedeutung von Beratung und Schulung innerhalb des Standards und die sowohl im Vorfeld als auch später im Personalaudit geäußerten bestehenden Fortbildungsbedarfe erscheint diese Zahl relativ niedrig.

Teilnehmerzahlen und Zeitbedarf

Die insgesamt 116 Fortbildungen, die im Rahmen der Standardeinführung in den beteiligten Einrichtungen angeboten wurden, sind etwa 1.950 Mal besucht worden. Wie viele Mitarbeiter jeweils an den Fortbildungen teilgenommen haben, lässt sich im Einzelnen nicht nachvollziehen, da von Mehrfachbesuchen auszugehen ist. In den Einrichtungen wurden zwischen zwei und zwölf unterschiedliche Themen als Fortbildungen angeboten, im Durchschnitt waren es zwischen fünf und sechs Themen. Der gesamte Zeitaufwand (Dauer der Veranstaltung mal Anzahl der Teilnehmer, Bsp.: 10 Teilnehmer mal 0,75 Stunden Dauer: Zeitaufwand 7,5 Stunden) für die Fortbildungen, ohne Vorbereitung, lag in den Einrichtungen zwischen 30 und 725,5 Stunden und zeigt damit eine sehr große Spannbreite. Die durchschnittliche Zeit lag bei 201 Stunden. Der Zeitaufwand für die jeweiligen Projektverantwortlichen lag im Durchschnitt bei 30,6 Stunden, die geringste aufgewendete Zeit waren drei Stunden, die höchste 96 Stunden.

5.4.4 Phase 2: Standardanpassung

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

Die Arbeitsgruppen hatten in den Einrichtungen insgesamt eine heterogene Struktur, sowohl hinsichtlich ihrer Größe als auch ihrer Zusammensetzung. Darüber hinaus bestanden auch Unterschiede bei der Bildung der Arbeitsgruppen. In der Regel wurden in den Einrichtungen die Arbeitsgruppen nach vorheriger Bereitschafts- und Interessenbekundung der Mitarbeiter durch die jeweiligen (Stations-)Leitungen oder anhand vorher festgelegter Zusammensetzungsstrukturen gebildet. In einigen Einrichtungen setzten sich die Arbeitsgruppen durch freiwillige Teilnahme nach der Projektvorstellung und in Absprache mit den gesamten Stationsteams der Pilotstationen zusammen. Von einer Einrichtung wird darüber hinaus erwähnt, dass Mitglieder der Arbeitsgruppe von anderen organisatorischen Aufgaben entbunden worden sind.

Die Größe der Arbeitsgruppen bewegte sich zwischen vier und 15 Mitgliedern, im Mittel hatten die Gruppen zwischen acht und neun Teilnehmer. In 17 der 20 Gruppen waren eine oder mehrere leitende Pflegekräfte (Stationsleitungen, stellvertretende Stationsleitungen, Mitarbeiter der Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen) in der Arbeitsgruppe vertreten. Acht der 20 Arbeitsgruppen waren interdisziplinär bzw. multidisziplinär ausgerichtet, in nur einer dieser acht Gruppen war kein Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes, in vier Gruppen waren nur Pflegedienst und ärztlicher Dienst vertreten. In den anderen Gruppen waren darüber hinaus noch Mitarbeiter der Physiotherapie und in einem Fall zusätzlich ein Psychologe in der Arbeitsgruppe vertreten.

Die Anpassung des Standards wurde durch die Arbeitsgruppen vorgenommen. In zwölf Einrichtungen wurden je nach Bedarf zusätzliche Experten anderer Berufsgruppen hinzugezogen. Dies waren in der Regel Ärzte, in drei Fällen Apotheker sowie auch Physiotherapeuten und Mitarbeiter der EDV. Der Zeitaufwand für die Phase der Anpassung des Standards weist eine große Spannweite auf. Für die Projektverantwortlichen lag der Zeitaufwand zwischen 0 und 112,5 Stunden (durchschnittlich 40,6), für die AG-Mitglieder zusammengekommen zwischen 0 und 300 Stunden (durchschnittlich 75,9), für das gesamte Stationsteam zwischen 0 und 200 Stunden (durchschnittlich 35,5) und für zusätzlich Beteiligte zwischen 0 und 28 Stunden (durchschnittlich 10,2).

In fünf Einrichtungen wurde der Standard unverändert übernommen, mit der Einschränkung, dass in einer Einrichtung die Kriterienebenen 4 (nicht-medikamentöse Maßnahmen) und 5 (Beratung/Schulung) aufgrund der speziellen Bedingungen der ambulanten Pflege in der entsprechenden Einrichtung zwar geschult wurden, aber in der Umsetzung nicht zur Anwendung kamen. In den anderen 15 Einrichtungen wurden Teile des Standards entsprechend der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten operationalisiert, konkretisiert und in Ausnahmefällen ergänzt bzw. verändert. Die am häufigsten (in 10 Einrichtungen) angepasste Kriterienebene (Ebene 2 des Expertenstandards) betrifft die interprofessionelle Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung: Beispielsweise wurden in drei Einrichtungen andere bzw. zusätzliche Einschätzungsinstrumente eingesetzt. In einer Einrichtung wurde der Cut-Off Punkt für die Umsetzung der Verfahrensregel von $NRS > 3$ auf $NRS > 4$ geändert (NRS = Numerische Ratingskala). Am zweithäufigsten (in 8 Einrichtungen) wurde die erste Kriterienebene (Schmerzeinschätzung) angepasst, hier wurden hauptsächlich die Zeitabstände der Schmerzeinschätzung konkretisiert, gefolgt von der Anpassung von Kriterienebene 4. Hier wurden Konkretisierungen der nicht-medikamentösen Verfahren vorgenommen z. B. Hinweise auf physikalische Maßnahmen, Entspannungsübungen, Homöopathie), in einer Einrichtung wird in der Prozessebene die Dokumentation der Durchführung in einem speziellen Protokoll gefordert. Die fünfte Kriterienebene wurde in fünf Einrichtungen angepasst, davon in einer Einrichtung auf Prozessebene durch die Maßnahme einer speziellen interdisziplinären Schmerzfallbesprechung ergänzt.

Die Arbeitsschritte in der Phase der Standardanpassung stellten an die Beteiligten hohe Anforderungen. Durch die Projektbeauftragten und die Mitglieder der Arbeitsgruppen musste in der Phase beispielsweise viel Überzeugungsarbeit für eine Akzeptanz und Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und gegen Vorbehalte der Pflegekräfte gegenüber dem Einsatz nicht-medikamentöser Therapien geleistet werden. Ebenso musste den unterschiedlichen Wissensständen der AG-Mitglieder (im Hinblick auf Schmerzproblematik und Methodenkompetenz) sowie diskontinuierlicher Teilnahme an den AG-Sitzungen Rechnung getragen werden.

Trotz der Bedenken einiger Projektbeauftragten, gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst in dem vorgegebenen Zeitraum eine interdisziplinäre Verfahrensregel zur medikamentösen

Schmerz-behandlung erstellen zu können, ist dies in allen Einrichtungen gelungen, so dass zu Beginn der Phase der Standardeinführung entweder eine schriftliche Verfahrensregel oder aber eine vorläufige mündliche Absprache vorlag, die im weiteren Projektverlauf schriftlich fixiert wurde. Insgesamt wurde die Phase der Anpassung erfolgreich bewältigt.

5.4.5 Phase 3: Einführung des Standards

Zur Einführung des Standards wurde in allen Einrichtungen eine Kick-Off Veranstaltung, auf Stations- oder Abteilungsebene durchgeführt. Die Einführung und Umsetzung des Standards wurde in der Regel von den jeweiligen Arbeitsgruppen der Modelleinheiten begleitet. In fünf Einrichtungen haben die Projektverantwortlichen diese Aufgabe übernommen, z. B. in Form von Face-to-Face-Schulung oder der Begleitung der Übergabe am Bett. Ein weiteres Mittel der Unterstützung der Implementation war das Erstellen von Informations- und Standardordnern, in denen alle notwendigen Unterlagen sowie Erklärungen und Operationalisierungen des Standards enthalten sind. Daneben wurden auch Aushänge am Infobrett und Wandzeitungen eingesetzt.

Die Praxistauglichkeit des Standards wurde von den Projektbeauftragten einhellig bestätigt. Insbesondere die Schmerzeinschätzung wurde von den Pflegefachkräften auf den Modellstationen gut angenommen, während zum Thema Beratung und Anleitung in einigen Einrichtungen von den Pflegefachkräften weiterer Fortbildungsbedarf signalisiert wurde. Es bestanden teilweise Schwierigkeiten mit der Dokumentation insbesondere der nicht-medikamentösen Maßnahmen und in einigen Fällen sank die Motivation des Stationsteams zwischenzeitlich aus Angst vor Mehrarbeit. In einigen wenigen Krankenhäusern mangelte es an Unterstützung durch Ärzte auf der Ebene des Handlungsvollzugs, gleichwohl konnte der Expertenstandard im Krankenhausbereich überall erfolgreich eingeführt werden. Größere Probleme gab es in den Einrichtungen der Altenhilfe und des ambulanten Pflegedienstes immer dann, wenn die Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte gering oder gar nicht vorhanden war.

Auch in dieser Phase der Standardimplementierung variierte der Zeitbedarf für die beteiligten Personen. Er lag zwischen 0 und 100 Stunden, durchschnittlich bei 23 Stunden für die Projektverantwortlichen und für die einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder zwischen 0 und 60 Stunden bzw. im Durchschnitt 16,5 Stunden. Lediglich in einer Einrichtung, die bereits über Erfahrungen mit der Einführung und Anwendung von Expertenstandards aus vorherigen Projekten verfügte, gab es keinen zusätzlichen Zeitaufwand für Beratung und Anleitung der Mitglieder des Stationsteams durch den Projektbeauftragten bzw. die Arbeitsgruppenmitglieder.

5.4.6 Phase 4: Das Audit

5.4.6.1 Stichprobe und erhebungspraktisches Vorgehen

Das Audit wurde in allen 20 teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte in 19 der 20 Einrichtungen durch den bzw. die Projektverantwortlichen, er bzw. sie wurde/n davon in acht Fällen ganz oder teilweise durch andere Personen unterstützt (u. a. Stationsleitung, EDV-Beauftragte, Studenten/Praktikanten der Pflegedienstleitung). In einem Fall wurde das Audit durch drei Pflegefachkräfte der Arbeitsgruppe durchgeführt, wobei in zwei Fällen berücksichtigt werden konnte, die Auditoren nicht auf den Stationen einzusetzen, in denen sie als Pflegekraft tätig sind. Lediglich in einem Fall war die Auditorin gleichzeitig Mitglied des Stationsteams, so dass hier eine Selbstbewertung nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Der mögliche Einfluss auf die Auditergebnisse kann gleichwohl vernachlässigt werden.

Im patientenbezogenen Audit (vgl. Kap. 5.4.6.3) wurden 790 Patienten befragt, dies entspricht durchschnittlich 39,5 Auditierungen pro teilnehmender Einrichtung bei einer minimalen Zahl von 19 und einer maximalen Zahl von 63 Audits. Die Mehrzahl der Einrichtungen (9) hat die geforderte Zielgröße von $n = 40$ Audits erreicht, sechs Einrichtungen liegen darunter (davon fünf zwischen 20 und 40, eine unter 20) und fünf Einrichtungen lagen darüber (vier zwischen 40 und 60, eine über 60). Für das Audit wurden insgesamt 1.778 Pflegedokumentationen bezüglich der Dokumentation von Schmerzen bzw. zu erwartenden Schmerzen gesichtet. Damit wurden bei ca. 44 % der Patienten Schmerzen festgestellt oder zu erwartende Schmerzen konnten nicht ausgeschlossen werden.

Im personalbezogenen Audit (vgl. Kap. 5.4.6.4) haben 509 von 680 Mitarbeiter der Einrichtungen ihren Fragebogen ausgefüllt zurückgegeben, hier lag die Beteiligung zwischen sechs und 100 Mitarbeiter, diese große Spannweite erklärt sich aus den unterschiedlichen Mitarbeiterzahlen der teilnehmenden Einrichtungen bzw. der jeweiligen Projektstationen. Die Rücklaufquoten lagen zwischen 41,7 % und 100 %, im Durchschnitt bei 74,9 %, was als guter Wert einzuschätzen ist.

Der Zeitbedarf für die Durchführung des Audits lag bei den Projektverantwortlichen bzw. bei den anderen durchführenden Personen zwischen 17 und 44,5 Stunden und betrug pro Audit durchschnittlich ca. 45 Minuten. Der Zeitbedarf für das Audit wurde teilweise als hoch empfunden, da unvollständige, lückenhafte Dokumentationen, insbesondere die Dokumentation von Angebot und Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen sowie von Beratung und Schulung manchmal zeitaufwendig durch die Auditoren gesichtet werden mussten. Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurden der Auditfragebogen-Patienten angepasst (vgl. Kap. 4).

Das Auditverfahren und die verwendeten Instrumente haben sich erneut bewährt und wurden von allen Beteiligten positiv angenommen. Im Laufe des Projekts wurden von den

Kooperationseinrichtungen Pretests durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass die Verständlichkeit des Audit-Fragebogens für das Pflegepersonal durch Umstellung der Fragekomplexe zum Besuch von Fortbildungen und dem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf erhöht werden konnte. Insgesamt haben die Ergebnisse der Audits bis auf wenige Ausnahmen den Erwartungen der Projektverantwortlichen entsprochen, auch hinsichtlich der Kriterien mit eher geringeren Zielerreichungsgraden.

5.4.6.2 Einrichtungsbezogene Audit-Ergebnisse

Instrumente zur Schmerzeinschätzung

Der Standard legt fest, dass in Einrichtungen zielgruppenspezifische Instrumente zur Schmerzeinschätzung vorhanden sein sollen. Dies wurde in allen Kooperationseinrichtungen erfüllt. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die verwendeten Instrumente und die Häufigkeit ihrer Anwendung. In zwei Einrichtungen werden drei Instrumente, in sechs Einrichtungen zwei Instrumente und in den übrigen zwölf Einrichtungen ein Instrument zur Schmerzeinschätzung angewendet.

Tab. 13: Verwendete Instrumente zur Schmerzeinschätzung

Instrument	Anzahl der anwendenden Einrichtungen
NRS (Numerische Ratingskala)	11
VRS (Verbale Ratingskala)	3
VAS (Visuelle Analogskala)	7
KUSS (Kindliche Unbehagens- u. Schmerzskala)	2
ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes); zur Beobachtung schmerzbedingter Veränderungen bei älteren, kognitiv gestörten Patienten.	2
selbst entwickelte Instrumente	4
Gesichterskala	1

Neben der positiven Feststellung, dass Instrumente in allen Einrichtungen zielgruppenspezifisch angewendet werden, wird aus den patientenbezogenen Auditprotokollen deutlich, dass die Auswahl der Instrumente auch den individuellen Bedingungen einzelner Patienten angepasst wird. Das bedeutet, dass bei Patienten, die aus kognitiven Gründen keine Angaben über Schmerzintensität machen können statt der NRS die ECPA genutzt wird. Dies zeigt, dass die Pflegekräfte ein breites Verständnis für die Notwendigkeit der Schmerzeinschätzung durch standardisierte Skalen und sicheren Umgang mit ihnen erworben haben.

Verfahrensregel zum Schmerzmanagement

Zum Zeitpunkt des Audits lag eine allgemein gültige Verfahrensregel zur Schmerzbehandlung in 18 Einrichtungen vor. Aus den Unterlagen der beiden übrigen geht hervor, dass

einmal eine schriftliche Verfahrensregelung vorbereitet wurde und in dem anderen Fall eine verbindliche mündliche Absprache zum Schmerzmanagement vorhanden war. Dies ist als großer Erfolg der Berufsgruppen übergreifenden Zusammenarbeit zu bewerten.

Schulungs- und Beratungsmaterialien

Der Standard legt fest, dass die Einrichtung Beratungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung stellt, damit Patienten und Angehörigen eine gezielte Schulung und Beratung angeboten werden kann. Diese Anforderung wurde von 16 Einrichtungen erfüllt.

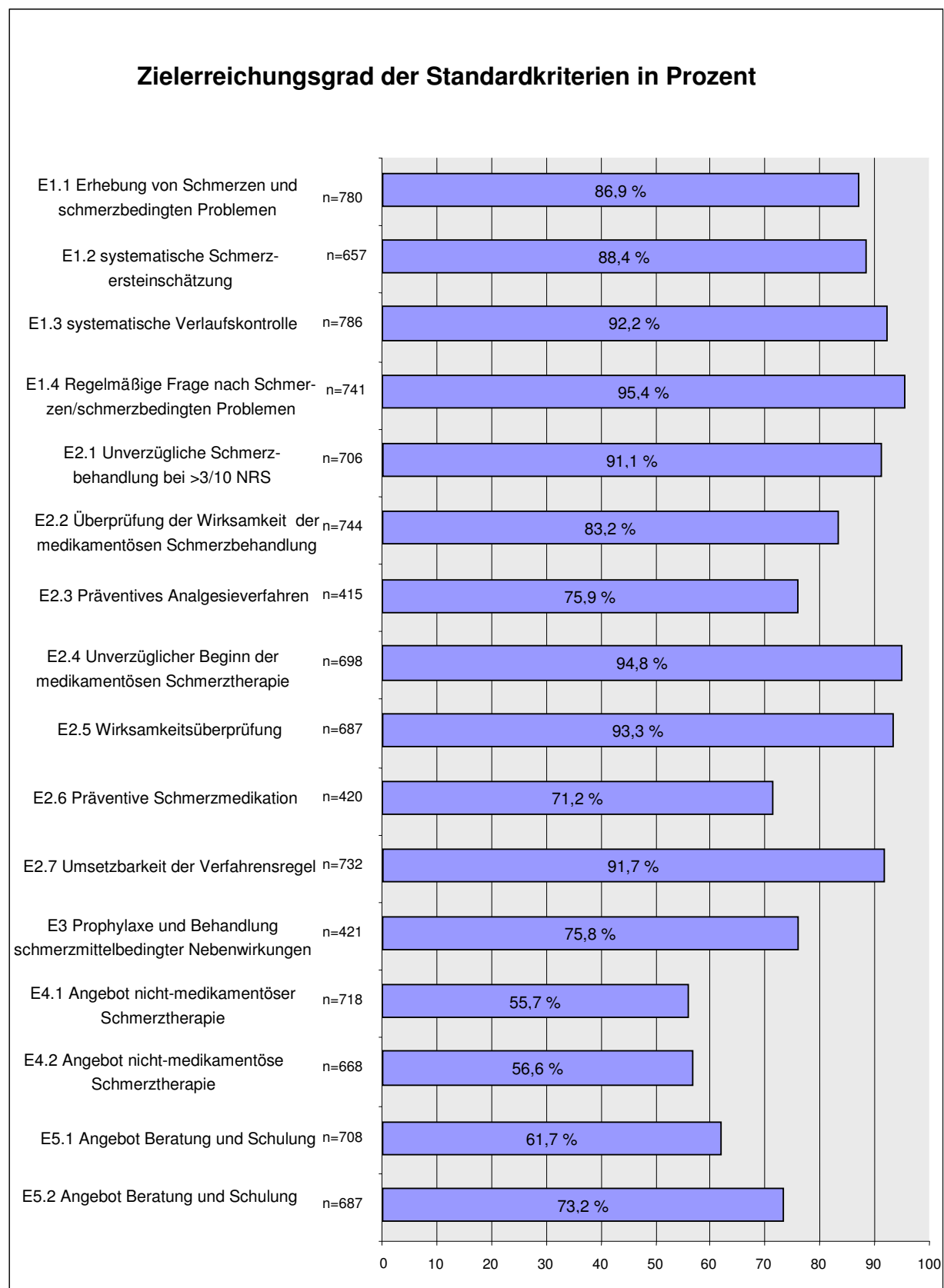
5.4.6.3 Patientenbezogene Auditergebnisse

Das folgende Kapitel beinhaltet die Ergebnisse des patientenbezogenen Audits. Die Gesamtzahl aller auditierten Patienten lag bei $n = 790$. Konnten Kriterien aus unterschiedlichen Gründen bei einzelnen Patienten nicht klar mit "ja" oder "nein" beantwortet werden, wurde das entsprechende Kriterium als "nicht anwendbar" eingestuft. Die in der Folge dargestellten Zielerreichungsgrade der einzelnen Kriterien beziehen sich auf die Gesamtzahl aller mit "ja" oder "nein" beantworteten Ergebnisse. Das heißt, das Ergebnis bezieht sich auf die Gesamtzahl der Patienten abzüglich der jeweils nicht anwendbaren Fälle. Die Zahl der nicht anwendbaren Fälle lag bei allen Audits im Durchschnitt bei 119,5 bei einer Spannweite zwischen vier im Kriterium E1.3 (Vorliegen der systematischen Verlaufskontrolle) und 375 im Kriterium E2.3 (präventives Analgesieverfahren bei zu erwartenden Schmerzen). Die jeweiligen Gründe für Nichtanwendbarkeit sind in Kommentaren der Auditprotokolle nachvollziehbar erfasst und werden bei Bedarf in den Darstellungen der einzelnen Ergebniskriterien genannt.

Das patientenbezogene Audit beinhaltet eine Dokumentenanalyse, eine Frage nach der Anwendbarkeit der Verfahrensregel an das Pflegepersonal sowie eine Befragung von Patienten bzw. ihren Angehörigen. Zunächst folgt eine Übersicht über alle Zielerreichungsgrade, in der Folge wird auf die einzelnen Standardkriterien differenziert eingegangen.

Abbildung 17 gibt einen Überblick über alle Zielerreichungsgrade der Standardkriterien. Allgemein hohe Werte erzielen die Bereiche der Schmerzerfassung und -anamnese (E1.1 bis E1.4 und E2.7) sowie das Angebot von Schmerzmitteln und die Schmerzmittelgabe (E2.2, E2.4, E2.5). Niedrigere Werte finden sich im Bereich der Schmerzprävention (E2.3, 2.6) und deutlich niedrigere Grade der Zielerreichung für den Einsatz nicht-medikamentöser Therapien (E4.2 und E4.2) und die Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen (E5.1 und E5.2).

Abb. 17



E1 Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegt vor

Die Frage, ob bei Patienten zu Beginn des pflegerischen Auftrages eine Schmerzeinschätzung stattgefunden hat (E1.1) wird in 86,9 % der Fälle bejaht, die Werte liegen zwischen 41 % und 100 %. 16 Einrichtungen liegen über 75 %, drei zwischen 50 % und 75 % und nur eine darunter. In der Folge wurde zu 88,4 % eine systematische Schmerzeinschätzung mittels eines entsprechenden Schmerzeinschätzungsinstrumentes vorgenommen (E1.2), was insgesamt einen hohen Zielerreichungsgrad darstellt. Für die einzelnen Einrichtungen liegen die Werte zwischen 16,7 %¹ und 100 %. Der untere Wert stellt den einzigen unter 50 % dar, alle anderen liegen darüber, davon 16 Werte über 75 %.

Die Frage, ob eine aktuelle und systematische Verlaufskontrolle vorliegt (E1.3) konnte insgesamt mit sehr guten 92,2 % mit "ja" beantwortet werden, die Werte liegen zwischen 44,4 % und 100 %. In diesem Fall könne bis auf zwei Einrichtungen alle einen Zielerreichungsgrad von über 80 % vorweisen. Dieses Ergebnis bestätigt sich durch die Aussagen der Patienten, die zu 95,4% angeben, regelmäßig nach Schmerzen und schmerzbedingten Problemen gefragt worden zu sein (E1.4). Hier liegen die Werte zwischen 46,2 % und 100 %. Die Angaben der Dokumentation zur regelmäßigen Verlaufskontrolle stimmen mit den Angaben der Patienten bis auf eine Ausnahme nahezu überein. In dieser Einrichtung geben die Patienten an, deutlich regelmäßiger nach Schmerzen oder Beschwerden gefragt worden zu sein (87,1 %) als es aus der Dokumentation hervorging (70 %). In allen anderen Einrichtungen lagen die Werte dicht beieinander.

E2 Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 (NRS)

Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass in 91,1 % der Fälle bei Schmerzen über 3/10 NRS eine Schmerzbehandlung eingeleitet wurde (E2.1). Die Werte der einzelnen Einrichtungen liegen bis auf zwei Ausnahmen mit je 31,6 %² in diesem Kriterium eng um den Durchschnittswert verteilt. Diese Werte werden durch die Ergebnisse der Frage an die Patienten bestätigt, ob ihnen bei Schmerzen unverzüglich ein Schmerzmedikament angeboten wurde (E2.4). Hier liegt der Zielerreichungsgrad bei 94,8 %. Die etwas höheren Werte bei den Angaben der Patienten lassen sich auf dauerhafte Schmerzmittelgaben zurückführen, bei denen, wie den Auditprotokollen zu entnehmen ist, keine erneute Einschätzung mit einem Instrument erfolgt ist.

¹ Dieser Wert entsteht bei 6 gültigen Antworten und einer "ja"-Angabe und insgesamt 34 "nicht-anwendbar", deren Ursache leider nicht nachvollziehbar ist und könnte daher als systematischer Fehler angesehen werden. Lässt man den Wert außer Acht, liegt der Zielerreichungsgrad bei 89,1 %, wäre also nur unwesentlich verändert.

² In einem der beiden Fälle ist offenbar nicht analog zu den Hinweisen zum Audit vorgegangen worden. Auf die Angabe "nein" folgt der Kommentar: "der Patient wollte es nicht", obwohl hier ein „nicht anwendbar“ richtig gewesen wäre.

Das Ziel, die Wirkung der medikamentösen Schmerzbehandlung in angemessenen Abständen zu überprüfen (E2.2), wird in 83,2 % der Fälle erreicht. Hier liegen die Werte der einzelnen Einrichtungen zwischen 40,9 % und 100 %. Drei Einrichtungen liegen unter 50 %, eine Einrichtung zwischen 50 % und 75 % und die übrigen 16 Einrichtungen über 75 %, davon neun über 90 %.

Bei zu erwartenden Schmerzen wurde in 75,9 % der Fälle ein präventives Analgesieverfahren eingeleitet (E2.3). Hier weisen die einzelnen Einrichtungen große Unterschiede auf, die Werte liegen zwischen 25 % und 100 %, fünf Einrichtungen haben Werte unter 50 %. Zwischen 50 % und 75 % liegen vier Einrichtungen und zwischen 75 % und 100 % elf Einrichtungen. Auf die Frage, ob vor schmerzhaften Eingriffen ein Schmerzmittel angeboten wurde (E2.6) antworten insgesamt 71,2 % der Patienten bzw. der Angehörigen mit „ja“. Auch hier zeigt sich analog zu E2.3 eine breite Verteilung der Werte unter den einzelnen Einrichtungen. Der niedrigste Wert liegt bei 14,3 %. Zwischen 25 % und 50 % liegen drei Einrichtungen, zwischen 50 % und 75 % zehn Einrichtungen und über 75 % sechs Einrichtungen, der höchste Wert von 100 % wird einmal erreicht. Es muss hinsichtlich der Übereinstimmung der Werte zwischen E2.3 und E2.6 innerhalb der Einrichtungen die Einschränkung gemacht werden, dass die Werte teilweise große Unterschiede aufweisen, d. h. es kommt in elf Einrichtungen vor, dass zwischen den Dokumentationsdaten und den Aussagen der Patienten mehr als 10 Prozentpunkte liegen, in einem Fall bis zu fast 45 Prozentpunkten. Da keine Regelmäßigkeit in den Unterschieden zu finden sind, d. h. es haben nicht immer die Daten der Dokumentation oder die Aussagen der Patienten die höheren Werte, lässt sich keine eindeutige Interpretation dieser Unterschiede vornehmen. Bei höherer Zustimmung der Patienten könnte vermutet werden, dass die Schmerzmittelangebote vor ärztlichen Behandlungen nicht durch Pflegende sondern direkt durch den jeweiligen behandelnden Arzt vorgenommen und daher nicht als Präventivmaßnahme im Sinne des Standards dokumentiert wurden.

Bei der Frage nach präventiven Analgesieverfahren wird am häufigsten ein „Nicht anwendbar“ vermerkt (E2.3: NA = 375; E2.6: NA = 370). Als Anmerkung und Erklärung wird häufig in den Protokollen genannt, dass es keine schmerzhaften Maßnahmen gegeben habe.

Die Verfahrensregel zur Schmerzbehandlung (E2.7) konnte in 91,7 % von Pflegekräften angewendet und umgesetzt werden. Die Einrichtungen erreichen dabei einzelne Werte von 44,4 % bis 100 %. Der unterste Wert ist der einzige unter 50 %, ein Wert liegt zwischen 50 % und 75 %, in allen anderen 17 Einrichtungen liegt der Zielerreichungsgrad über 88 %. In der Einrichtung mit dem geringsten Grad werden als Gründe schlechte Informationsweitergabe und geringes Wissen über die Verfahrensregel der Pflegenden bedingt durch mangelnde Zeit genannt.

Die Frage, ob die angebotenen Schmerzmedikamente gewirkt und Schmerzen bis zu einem erträglichen Grad gelindert oder beseitigt waren (E2.5), wird von den Patienten zu 93,3 % mit „ja“ beantwortet, bis auf eine Einrichtung mit 68,4 % ist dieses Kriterium in allen Einrichtun-

gen mit über 80 % erfüllt, in zehn Einrichtungen sogar zu 95 % oder mehr. Damit ist festzustellen, dass bei einem sehr großen Teil aller Patienten, die an dem Audit teilgenommen haben, Schmerzfreiheit bzw. weitestgehende Linderung der Schmerzen erreicht werden konnte. Dies bedeutet, dass das zentrale Ziel des Standards zu einem sehr hohen Grad als erfüllt betrachtet werden kann.

E3 Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt

Die Frage, ob Maßnahmen zur Verhinderung oder Behandlung schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen durchgeführt wurden, konnte bei Werten zwischen 26,1 % und 100 % für einzelne Einrichtungen in insgesamt 75,8 % aller Fälle mit „ja“ beantwortet werden. Die Verteilung zeigt, wie auch schon in den vorhergehend beschriebenen Standardkriterien, den größeren Teil der einzelnen Werte im oberen Viertel, es liegen bei dieser Frage 14 Einrichtungen zwischen 75 % und 100 %, davon erreichen noch zwölf Werte über 80 %. Vier Einrichtungen erreichen Werte zwischen 50 % und 75 %, in drei Einrichtungen liegen die Werte zwischen 25 % und 50 %. Insgesamt ist bei dieser Frage $n = 420$, es gibt einen überdurchschnittlich hohen Anteil von 370 Audits, in denen diese Frage nicht zu beantworten war. Als Grund wird in den Protokollen häufig angegeben, dass keine Nebenwirkungen zu erwarten waren.

E4 Eine Wirksamkeitsüberprüfung der angewandten Maßnahmen (nicht-medikamentöse Therapien) hat stattgefunden

Das Angebot nicht-medikamentöser Therapien zur Schmerzbehandlung (E4.1) ist in insgesamt 55,7 % der Fälle dokumentiert. Auch wenn die Spannweite mit Werten zwischen 8,1 % und 100 % für die einzelnen Krankenhäuser groß erscheint, so liegen der größere Teil der Werte enger um den Durchschnittswert verteilt. Insgesamt betrachtet haben drei Einrichtungen Werte unter 25 %, sechs Einrichtungen zwischen 25 % und 50 % und fünf Einrichtungen zwischen 50 % und 75 %. Drei weitere Einrichtungen liegen mit etwa 76 % bzw. 77 % knapp über dieser Grenze, die vier übrigen Einrichtungen erreichen über 80 %.

Die Patienten bestätigen zu 56,6 %, dass ihnen nicht-medikamentöse Schmerztherapien angeboten worden sind (E4.2), die Zustimmung liegt zwischen 0 % und 100 %. Unter 25 % liegen vier Einrichtungen, zwischen 25 % und 50 % liegen ebenfalls vier Einrichtungen, zwischen 50 % und 75 % liegen sieben Einrichtungen, davon drei nah an 50 % und zwischen 75 % und 100 % liegen die übrigen fünf Einrichtungen, davon alle über 80 %. Vergleicht man die Daten der Dokumentation und die Angaben der Patienten für die einzelnen Einrichtungen, fällt auf, dass sich die Angaben bis auf vier Ausnahmen nahezu entsprechen.

Insgesamt hat dieses Kriterium im Vergleich mit den übrigen den geringsten Zielerreichungsgrad. Die Zahlen deuten darauf hin, dass nicht-medikamentöse Therapien eher in geringem Umfang zur Anwendung kamen. Gründe hierfür können in strukturellen Bedingungen liegen, aber auch in der noch geringen Akzeptanz dieser Form der Schmerzbehandlung und dem damit verbundenen Verständnis von therapeutisch orientiertem pflegerischem Handeln als Ausführung der etablierten medizinischen Schmerztherapie. Darüber hinaus deutet ein relativ hoher bestehender Fortbildungsbedarf auf diesem Gebiet auf bestehende Unsicherheiten in Umgang und korrekter Anwendungsweise entsprechender nicht-medikamentöser Angebote hin.

E5 Der Patient/Betroffene und seine Angehörigen sind befähigt, sich aktiv an Maßnahmen des Schmerzmanagements zu beteiligen bzw. diese selbst durchzuführen

Aus der Dokumentation geht hervor, dass in 61,7 % der Fälle Patienten oder ihren Angehörigen eine Schulung und Beratung angeboten wurde (E5.1). Die Werte verteilen sich zwischen 1,7 % und 100 %. Vier Einrichtungen erreichen Werte unter 25 %, zwei Einrichtungen Werte zwischen 25 % und 50 %, drei Einrichtungen zwischen 50 % und 75 % und immerhin 12 Einrichtungen haben in mehr als 75 % der Fälle eine Schulung und Beratung angeboten.

Die Angaben der Patienten (E5.2) fallen insgesamt etwas besser aus, es geben 73,2 % von ihnen an, Schulung und Beratung im Umgang mit Schmerzen erhalten zu haben. Hier erreichen die einzelnen Einrichtungen Werte zwischen 17,7 % und 100 %³. Nur in zwei Einrichtungen liegen die Werte unter 25 %, alle anderen erzielen in diesem Bereich über 50 %, davon bewegen sich sechs Einrichtungen zwischen 50 % und 75 % und elf über 75 %.

Die insgesamt etwas höheren Werte der Patienten können einerseits auf möglicherweise lückenhafte Dokumentation von Beratungsangeboten durch die Pflegekräfte zurückzuführen sein. Es kann aber auch möglich sein, dass das, was von Patienten als Beratung oder Schulung empfunden wurde, von den Pflegekräften nicht als solche wahrgenommen und daher auch nicht in der Dokumentation vermerkt wurde. Die Ergebnisse des Personalaudits mit einem individuell empfundenen bestehenden Fortbildungsbedarf bei etwa 72 % der Pflegekräfte zeigen darüber hinaus, dass in diesem Bereich nach wie vor großer Entwicklungsbedarf herrscht.

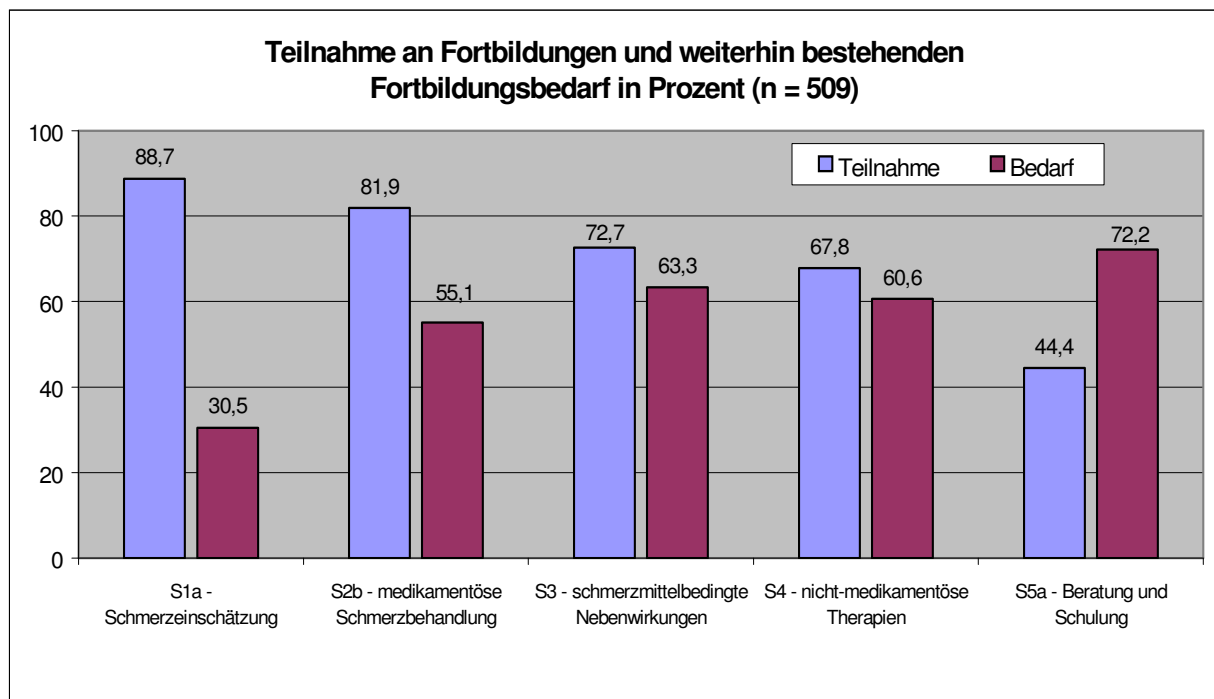
5.4.6.4 Personalbezogene Auditergebnisse

Die Personalbefragung zu besuchten Fortbildungen und zu bestehendem Fortbildungsbedarf wurde in den Einrichtungen mittels anonymisiertem Fragebogen durchgeführt. An dem Per-

³ In einem Fall entstehen diese 100 % durch 3 "ja"-Antworten bei allerdings 19 Mal "nicht anwendbar". In den Kommentaren dazu war festgehalten, dass die Frage nicht anwendbar war, weil der Patient vor Entlassung schmerzfrei war.

sonalaudit haben sich 509 von 680 Pflegekräften aus 20 Einrichtungen beteiligt, das entspricht einer sehr guten Rücklaufquote von 74,9 % bei einer Spannweite von 41,7 % bis 100 % unter den einzelnen Einrichtungen. Im Fragebogen wird erhoben, ob in den letzten 24 Monaten Fortbildungsveranstaltungen zu vorgegebenen standardrelevanten Themen besucht wurden und welcher Fortbildungsbedarf zu diesen Themen weiterhin besteht. Die standardrelevanten Fortbildungsveranstaltungen wurden durchschnittlich von 71,1 % aller am Audit teilnehmenden Pflegekräfte besucht, 56,3 % der Pflegekräfte haben weiterhin Fortbildungsbedarf zu diesen Themen. Abbildung 18 zeigt einen Überblick über die Teilnahme und den weiterhin bestehenden Bedarf der Pflegekräfte bei den einzelnen Fortbildungsthemen. Deutlich wird, dass in dem Themenbereich mit dem größten Teilnahmeanteil, "Schmerzeinschätzung", der geringste Anteil an noch bestehendem Fortbildungsbedarf auftritt, während sich dieses Verhältnis beim Themenbereich mit der geringsten Teilnahme, "Schulung und Beratung", umkehrt. Auf die einzelnen Bereiche wird im Folgenden gesondert eingegangen.

Abb. 18



S1a Fortbildungen zur Schmerzeinschätzung

Das Thema "Schmerzeinschätzung" ist der Bereich mit dem höchsten Teilnahmeanteil von 88,7 %, bei einem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf von 30,5 %. In den Einrichtungen liegen die Anteile zwischen 70 % und 100 % für die Teilnahme und zwischen 0 % und 80,4 % für den Bedarf. Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen hohen Werten im Bedarf und der Quantität der Angebote herstellen.

Die standardisierte Schmerzeinschätzung hat im Standard und damit auch in den Verfahrensregelungen der Einrichtungen eine hohe Bedeutung. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Umgang mit und der Einsatz von entsprechenden Instrumenten nicht zu routinemäßig ausgeübten Tätigkeiten des Pflegepersonals gehört, auch wenn immerhin 65 % der Einrichtungen (13 von 20, vgl. Kap. 5.4.2) bereits Expertenstandards eingeführt haben, so dass zumindest in der Einrichtung, wenn auch nicht unbedingt in den Modellpflegeeinheiten, Erfahrungen im Umgang mit Skalen bestehen müssen. Trotzdem besteht auch unter diesen Bedingungen die Notwendigkeit, dass der Umgang mit spezifischen Skalen zur Schmerzerfassung geübt wird, um in der weiteren Anwendung eine hohe Interrater-Reliabilität zu gewährleisten. 16,4 % aller angebotenen Fortbildungsthemen bezogen sich auf den Bereich der Schmerzeinschätzung und der Assessmentverfahren (vgl. Kap. 5.4.3), in allen Einrichtungen haben Veranstaltungen stattgefunden, die sich ausschließlich oder teilweise mit Assessmentverfahren und Schmerzeinschätzung auseinander gesetzt haben.

S2b Fortbildungen zur medikamentösen Schmerzbehandlung

Auch der Bereich der medikamentösen Schmerzbehandlung erzielt mit 81,9 % eine hohe Teilnahmequote, allerdings geben mehr Pflegekräfte, 55,1 %, bestehenden Fortbildungsbedarf an. In den Einrichtungen liegen die Werte für die Teilnahme zwischen 60 % und 100 %, für den Bedarf zwischen 14,8 % und 88,6 %. Es besteht auch hier kein sichtbarer Zusammenhang zwischen Menge des Fortbildungsangebotes und bestehendem Fortbildungsbedarf, da in allen Einrichtungen der Bereich der medikamentösen Therapie als Fortbildung angeboten und entsprechend besucht war. 25 % aller Themenangebote kamen aus diesem Bereich. Darüber hinaus lässt sich die hohe Teilnahmequote von annähernd 82 % mit der zentralen Stellung erklären, die Pflegekräfte in der medikamentösen Schmerzbehandlung einnehmen, möglicherweise in Verbindung mit dem Bedarf nach spezifischem Wissen, Kenntnissen und Sicherheit im Umgang mit und der Verabreichung von Medikamenten.

S3 Fortbildungen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen

Bei den schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen liegt der Anteil der Pflegekräfte, die eine entsprechende Fortbildung besucht haben im Durchschnitt bei 72,7 %, der Anteil mit weiterhin bestehendem Fortbildungsbedarf liegt allerdings mit 63,3 % nur etwa 10 % darunter. In Bezug auf die Teilnahme liegen die Werte zwischen 27,3 % und 100 %. Im Bereich des bestehenden Bedarfs liegen die Anteile zwischen 16,7 % und 91,5 %.

Für den Bereich der schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen kann eine entsprechende Interpretation wie im Bereich der medikamentösen Schmerzbehandlung gelten, genau genommen gehören beide Bereiche eng zusammen. Der im Vergleich etwas geringere Anteil an Teilnehmern sowie der relativ hohe bestehende Bedarf lässt sich dadurch erklären, dass einerseits deutlich weniger explizite Fortbildungen zum Thema Nebenwirkungen in der Ein-

führungsphase angeboten wurden und dass diese Inhalte eher mit dem allgemeinen Bereich der medikamentösen Therapie verknüpft waren. Andererseits ist der Bereich Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen ein noch ausgiebiger zu betrachtendes pflegerisches Aufgabenfeld, in dem noch Entwicklungsbedarf besteht und der in medizinisch und pharmakologisch orientierten Fortbildungen einen zu geringen Anteil findet.

S4 Fortbildungen zu nicht-medikamentösen Therapien

Auch im Bereich der nicht-medikamentösen Therapien zur Schmerzbehandlung liegen die Anteile der Teilnahme an Fortbildungen und des weiterhin bestehenden Bedarfs eng beieinander. 67,8 % der befragten Pflegekräfte geben an, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben, immerhin noch 60,6 % sehen bei sich weiteren Fortbildungsbedarf auf diesem Gebiet. Für die Teilnahme liegen die Werte zwischen 23,5 % und 100 %. Bei dem noch bestehenden Bedarf liegen die Werte zwischen 16,7 % und 91,3 % und weisen damit eine große Spannweite auf.

Insgesamt kamen etwa 20 % aller Fortbildungsthemen in der Einführungsphase aus dem Bereich der nicht-medikamentösen Therapien (vgl. Kap. 5.4.3), häufige Angebote setzten sich mit TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation), atemstimulierenden Einreibungen, Wickeln und Auflagen auseinander. Alles in allem scheint jedoch das Fortbildungsangebot zu dieser Thematik noch nicht sehr ausdifferenziert zu sein.

S5a Fortbildungen zu Beratung und Schulung

Das Thema Beratung und Schulung ist der Bereich mit dem geringsten Anteil an Teilnahme durch die Pflegekräfte. Insgesamt geben nur 44,4 % der befragten Pflegenden an, eine Fortbildung zu diesem Thema in den letzten 24 Monaten besucht zu haben. Die Anteile liegen zwischen 10 % und 100 %. Der vergleichsweise hohe Bedarf an Fortbildung in diesem Bereich überrascht daher nicht, er liegt im Durchschnitt bei 72,7 %, der geringste bei 52,4 % und der höchste bei 100 %. Damit haben in jeder der beteiligten Einrichtungen mehr als die Hälfte der Mitarbeiter, die an dem Audit teilgenommen haben, einen Fortbildungsbedarf im Bereich Beratung und Schulung. Gleichzeitig stammen nur 7,8 % der im Vorfeld angebotenen Fortbildungsthemen aus diesem Themenbereich, bei einem ermittelten oder angenommenen Bedarf von 14,8 %. Vergleicht man diesen Wert mit dem individuell wahrgenommenen Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter wird deutlich, wie notwendig eine strukturierte Bedarfsermittlung für die Fortbildungsplanung sein mag, um das Fortbildungsangebot so effizient wie möglich zu gestalten. Daneben zeigt der Anteil von 7,8 % aller angebotenen Themen bei einer absoluten Häufigkeit von neun Angeboten für alle Kooperationspartner, dass nicht in allen zwanzig Institutionen entsprechende Fortbildungen angeboten worden sind und dass die Angebote der letzten 24 Monate als in der Menge nicht ausreichend anzusehen sind.

5.4.6.5 Zusammenfassende Einschätzung zum Audit-Instrument

Das Audit-Instrument und -Verfahren haben sich erneut bewährt. Die anspruchsvolle Zahl von 40 auditierten Patienten pro Einrichtung konnte erreicht werden, da die Erfahrungen des Vorprojektes genutzt wurden und bereits im Vorfeld auf eine gegebenenfalls notwendige Erhöhung der Zahl der Modellpflegeeinheiten hingewirkt wurde (vgl. Moers/Schiemann 2004a, S.141f). Der organisatorische Aufwand des patientenbezogenen Audits ist mit einer dreiviertel Stunde pro Patient gegenüber dem Projekt zur Dekubitusprophylaxe höher. Beim Entlassungsmanagement lag der Aufwand vergleichbar bei 48 Minuten pro Audit, dies war auf den erhöhten Aufwand durch zwei Erhebungszeitpunkte zurückgeführt worden. Um den Aufwand zu reduzieren, wurde beim Schmerzmanagement mit einer Vereinfachung der Audit-Instrumente reagiert (vgl. Kap. 4).

Das personalbezogene Audit bestätigt erneut, dass der Fortbildungsbedarf als hoch einzuschätzen ist. Diesem steht ein erfreulich hohes Fortbildungsangebot der Einrichtungen gegenüber. Ein gegenüber dem Angebot deutlich größerer Bedarf ist beim Thema Beratung und Schulung zu verzeichnen, bei dem es in vielen Einrichtungen nach wie vor erheblichen Entwicklungsbedarf gibt. Das gegenüber dem Vorprojekt übersichtlicher gestaltete Erhebungsinstrument (vgl. Moers/Schiemann 2004b, S. 111) wurde in allen Einrichtungen gut angenommen und erwies sich als praxistauglich und auch als effizient, da der Erhebungsaufwand per schriftlicher Befragung niedrig zu halten ist.

5.5 Erkenntnisse aus dem Implementierungsprojekt Schmerzmanagement

Mit Blick auf die erfreuliche Datenlage, aber auch aus Sicht der Projektbeauftragten sowie des wissenschaftlichen Teams ist das Implementierungsprojekt außerordentlich erfolgreich verlaufen. Hervorzuheben ist das Audit, das mit einer Zahl von 790 Patienten eine erhebliche Steigerung gegenüber den Vorprojekten verzeichnen konnte (567 bei der Dekubitusprophylaxe und 574 beim Entlassungsmanagement). Gleichwohl wurde von den Projektbeauftragten zu zwei Punkten auf Diskussionsbedarf hingewiesen:

Zur Kooperation mit der Medizin

In den meisten Fällen wurde die Kooperation in den *Krankenhäusern* als gut bis sehr gut bezeichnet. Dies zeigt sich auch an der konstruktiven Zusammenarbeit in den interdisziplinär besetzten Gruppen. Nur vereinzelt wurde hier auf Schwierigkeiten der pflegerischen AG-Mitglieder hingewiesen, sich gegenüber den Ärzten Gehör zu verschaffen. In einigen Abteilungen war die Kooperationsbereitschaft der Ärzte nicht ausreichend vorhanden. Dem konnte durch Ausweichen auf andere Abteilungen des Hauses oder Ansprechen anderer Ärzte in allen Fällen begegnet werden. In einigen wenigen Fällen kam es zu Verzögerungen bei der Erstellung der Verfahrensregel, die einer intensiven Abstimmung vieler beteiligter

Personen und Berufsgruppen bedurfte. Diese Verzögerung wirkte sich jedoch nicht auf die Implementierung des Expertenstandards selbst aus, da vor Ort vorübergehend informelle Regelungen gefunden und eingesetzt werden konnten.

In den Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* war die Situation von vornherein schwieriger, da hier mehr (niedergelassene) Ärzte involviert und auch einzeln überzeugt werden mussten, bei denen kein übergeordneter hierarchischer Zugangsweg vergleichbar den Krankenhäusern zur Verfügung steht. Eine Einrichtung hatte sich auf die Kooperation mit wenigen niedergelassenen Ärzten beschränkt, die jedoch einen Großteil der Bewohner hausärztlich versorgt. Dieses Vorgehen hat sich bewährt.

Unerfreulich verlief die Kooperation für den Bereich der *ambulanten Pflege*. Die Einrichtung klagte im Projektverlauf über das Boykottverhalten mancher niedergelassenen Ärzte, die dem Projekt sehr kritisch gegenüberstanden und darin einen massiven, ungerechtfertigten Eingriff in ihre Versorgungshoheit sahen. Argumenten, dass es beim Expertenstandard um den pflegerischen Beitrag zum Schmerzmanagement ginge, war diese Gruppe von niedergelassenen Ärzten nicht zugänglich. Der Pflegedienst hatte zwischenzeitlich sogar mit einer rückläufigen Zahl von Patienten zu kämpfen, für die ein verändertes Vermittlungsverhalten einiger niedergelassener Ärzte verantwortlich gemacht wurde. In der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten ist offenbar noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten.

Zur Eingrenzung des Expertenstandards auf akuten und tumorbedingten chronischen Schmerz

Die Expertenarbeitsgruppe hatte sich für die Eingrenzung auf akuten und tumorbedingten chronischen Schmerz entschieden, um den Expertenstandard nicht zu überfrachten, da insbesondere bei der Einschätzung, den Maßnahmen und der Bewertung von Therapieerfolgen beim chronischen Schmerz andere Bedingungen und Kriterien vorliegen. Gleichwohl wurde insbesondere von den Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie der ambulanten Pflege, aber auch von Mitarbeitern in Schmerzambulanzen darauf hingewiesen, dass damit eine große Zahl von Patienten vom Expertenstandard nicht erfasst wird. Lenkungsausschuss und wissenschaftlichem Team des DNQP ist diese Problematik bewusst. Die Ergänzung des Expertenstandards Schmerzmanagement bleibt mit hoher Priorität auf der Agenda des DNQP.

Zum Konzept der Implementierung

Das Konzept der Implementierung und die Unterstützung der Projektbeauftragten durch das wissenschaftliche Team des DNQP wird als angemessen, funktional und anregend angesehen. Insbesondere die gemeinsamen Projektveranstaltungen in Osnabrück boten Gelegenheit zu intensiver Diskussion über methodische Fragen, dies vor allem mit dem wissenschaftlichen Team. Darüber hinaus konnten aber auch themenspezifische und organisatorische Fragen im Kreise der Projektbeauftragten angesprochen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Aus diesen Diskussionen sind vielfache direkte Kontakte zwischen den Einrichtungen erwachsen, ganz wie es das „Networking for Quality“-Konzept des DNQP anstrebt. Auch der Zeitraum der Implementierung von sechs Monaten wird von den Projekt-

beauftragten als objektiv zu kurz, aber dennoch richtig erlebt. Schwieriger wird sich die weitere Einführung des Expertenstandards auf anderen Stationen der Einrichtungen dann gestalten, wenn nach Ende des bundesweiten Modellprojektes die Ressourcen für die Implementierung reduziert würden. Hier sei auf die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung hingewiesen, deren Einsatz günstige Voraussetzungen für die weitere Implementierung von Expertenstandards schafft (Schiemann/Moers 2004c).

Für erfolgreiche Qualitätsentwicklung in der Pflege, gerade nach Abschluss einer Modellphase, ist nach den Erfahrungen von nunmehr drei Implementierungsprojekten eine geeignete Infrastruktur erforderlich. Die wichtigsten Anforderungen an Praxiseinrichtungen seien daher an dieser Stelle wiederholt (vgl. Schiemann/Moers 2004c, S. 123-130, Moers/Schiemann 2004a, S. 143f):

- Grundlegend für das Gelingen der Einführung von Expertenstandards (aber auch Praxisstandards) ist die aktive Übernahme der *Verantwortung für die Rahmenbedingungen durch das Management* der Einrichtung. Insbesondere müssen die personellen und zeitlichen Ressourcen für Fortbildung und Einführungsprozess bereitgestellt werden können.
- Notwendig ist eine weit entwickelt *Systematisierung der pflegerischen Arbeit*. Insbesondere die Pflegeprozessmethode einschließlich der Dokumentation sollte sich auf hohem Stand befinden.
- Ideal ist der Einsatz der *Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung*, da mittels dieser sowohl eine flächendeckende als auch zeitstabile Einführung von Expertenstandards möglich ist, also die Verstetigung von positiven Projektergebnissen optimiert werden kann.
- Für die Implementierung von Expertenstandards sollten unbedingt *Projektbeauftragte* benannt werden. Als Projektbeauftragte kommen nur Mitarbeiter mit großer Erfahrung in Qualitäts- und Pflegeentwicklung einschließlich der erforderlichen Projektmanagement-Kompetenz in Frage. Ideal erscheinen für diese Aufgabe pflegewissenschaftlich qualifizierte Experten.
- Ebenso essentiell ist die Einrichtung von arbeitsfähigen, also eher kleinen *Arbeitsgruppen* von maximal sechs bis acht Mitgliedern. Die Einbindung der Leitungsebene der Pflegeeinheit ist dringend zu empfehlen. Um ihre Multiplikatorenfunktion wahrnehmen zu können, benötigen die Arbeitsgruppenmitglieder zeitliche Ressourcen für die eigene Qualifikation ebenso wie für die Beratung und Anleitung von Kollegen.
- Die *themenspezifischen Fortbildungen* müssen möglichst nah am Ort des Handlungsvollzuges geschehen und die AG-Mitglieder explizit einbinden. Ebenso müssen sie rechtzeitig angeboten werden, um für die Einführung des Standards wirksam werden zu können. Es empfiehlt sich, das Fortbildungskonzept der Einrichtung auf die geplanten Einführungen von Expertenstandards abzustimmen.
- Das *Vorgehen in der Einführung* selbst sollte sich nach den vier Phasen Fortbildung - Standardanpassung - Einführung - Audit richten (vgl. Kap. 4). Anzustreben ist, dass der

Einführungsprozess in einem überschaubaren Zeitraum - bewährt haben sich ca. sechs Monate - stattfindet, um die Motivation der Pflegeteams auf einem hohen Niveau halten zu können. Ebenso ist zu empfehlen, das Audit und die interne Präsentation der Audit-Ergebnisse als Instrument der Sichtbarmachung und Anerkennung der Leistungen der Pflegeteams zu nutzen.

Literatur

Moers, Martin/Schiemann, Doris (2004a): Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP, S. 116-144

Moers, Martin/Schiemann, Doris (2004b): Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP, S. 106-115

Schiemann, Doris/Moers, Martin (2004a): Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand - Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP, S. 123-131

Schiemann, Doris/Moers, Martin (2004b): Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP, S. 101-122

Schiemann, Doris/Moers, Martin (2004c): Werkstattbericht Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: DNQP