

Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der
modellhaften Implementierung zum

**Expertenstandard
Sturzprophylaxe in der Pflege**

2006

5 Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege

Martin Moers und Doris Schiemann unter Mitarbeit von Heiko Stehling

5.1 Konzept der Implementierung

Mit der wissenschaftlich begleiteten modellhaften Implementierung soll Aufschluss über die Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Expertenstandards gewonnen und Erkenntnisse über wesentliche Faktoren für die Einführung und Verstetigung erzeugt werden. Gegenüber den bislang durchgeführten Implementierungsprojekten zu den Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement und Schmerzmanagement (Schiemann & Moers 2004a; Moers & Schiemann 2004b; Moers & Schiemann 2005), in denen überwiegend Einrichtungen der Akutversorgung vertreten waren, konnte für die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe erstmals eine ausgewogenere Verteilung der Einrichtungen in Krankenhäuser (10), stationäre Altenhilfe (10) und ambulante Pflegedienste (5) erreicht werden. Damit hat das Interesse der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege ein neues Niveau erreicht, mit dem die Verwirklichung eines der Ziele des DNQP, nämlich die Qualitätsentwicklung in der gesamten Pflegepraxis sektorenübergreifend zu fördern, einen deutlichen Schritt voran getan hat.

Das in engem Austausch mit den beteiligten Praxiseinrichtungen entwickelte und inzwischen mehrfach erprobte Implementierungs-Konzept 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 auch bei der modellhaften Implementierung des vierten Expertenstandards zur Sturzprophylaxe in der Pflege bewährt und dies auch bei den unterschiedlichen Bedingungen der beteiligten Einrichtungsarten. Dabei ist zu betonen, dass die beteiligten Einrichtungen, also auch die stationäre Altenhilfe und die ambulante Pflege, die gegenüber den Krankenhäusern im Schnitt über weniger Erfahrungen und weniger Ressourcen in der Qualitätsarbeit verfügen, die Einführung der Standards und die Durchführung der Audits finanziell und personell selbst bestritten haben, also keine Sonderbedingungen geschaffen wurden.

Das Einführungskonzept mit vier Phasen (Abb. 9) hat sich erneut als praxistauglich erwiesen. Zeitliche Verschiebungen zwischen den Phasen hielten sich im Rahmen. Insgesamt ist es allen Einrichtungen gelungen, den Zeitraum von sechs Monaten einzuhalten.

Abb. 9

Phasen des Implementierungsprojekts: Zeitumfang 6 Monate

Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. 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: Pflegeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegemanagerin auf der Abteilungs- und Betriebsebene, sowie interessierte Angehörige anderer Gesundheitsberufe, insbesondere der Medizin.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sind dem jeweiligen Bedarf des Pflegeteams 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 Pflegeteams der Modellpflegeeinheiten durchzuführen. Bereits in der Fortbildungsphase sollten interessierte und geeignete Mitglieder des Pflegeteams 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 Pflegeteams. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sollte der/die Projektbeauftragte zur Verfügung stehen. Es empfiehlt sich, dass die Leitungsebene der Modellpflegeeinheiten in der AG vertreten ist, um bei organisatorischen Fragen für kurze Dienstwege sorgen zu können.

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

Vor der Standardanpassung verschafft sich die Arbeitsgruppe zunächst in einer Ist-Analyse einen möglichst systematischen Überblick über den Entwicklungsstand der Pflegeeinheit in Bezug auf das Standardthema. Dabei wird auch der Bedarf an Anpassungen ermittelt. Im Rahmen der Standardanpassung an den spezifischen Pflegebedarf der Zielgruppe darf das angestrebte Qualitätsniveau des Expertenstandards nicht unterschritten werden. Wichtig ist daher, dass die Kernaussagen der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des

Standards unverändert bleiben. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse 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/Anwendung des Expertenstandards (ca. 8 Wochen)

Um den Beginn der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine zweite „Kickoff“-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 Mitglieder des Projektteams anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen. Das angestrebte Sample liegt bei 40 Patienten/Bewohnern in vier Wochen, die von dem jeweiligen Qualitätsrisiko betroffen sind, auf die der jeweilige Expertenstandard also anwendbar ist. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit bzw. -einheiten in den Krankenhäusern mit ihren kurzen Liegezeiten darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patienten betreut wird, bei denen das entsprechende Qualitätsrisiko vorliegt. Mit Blick auf die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe kann dem gegenüber leichter geplant werden, eine Modellpflegeeinheit mit nur so vielen Bewohnerplätzen vorzusehen, dass 40 Bewohner mit dem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Für die ambulante Pflege gilt mit Berücksichtigung der unterschiedlichen Organisationsformen Entsprechendes.

5.2 Auswahl der Einrichtungen

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe richtet sich an alle Pflegefachkräfte, die Patienten/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko entweder in der häuslichen Umgebung, einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung oder der stationären Altenhilfe betreuen. Dies wurde bei der Auswahl ebenso berücksichtigt wie auch Gesichtspunkte der regionalen Verteilung, unterschiedlicher Fachrichtungen, Patientengruppen und Versorgungsstufen.

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

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

Die teilnehmenden Einrichtungen konnten aus 37 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-Instruments zu überprüfen und anschließend die Ergebnisse der interessierten Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, wie es mit dem vorliegenden Bericht erneut geschieht.

Teilgenommen haben 24 Einrichtungen (Abb. 10). Damit wurde die Zahl gegenüber dem letzten Implementierungsprojekt (20 Einrichtungen) nochmals um 20 % erhöht, um eine ausgewogenere Verteilung der Einrichtungsarten zu erreichen, ohne die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser drastisch reduzieren zu müssen.

Abb. 10

Kooperationspartner des Implementierungsprojekts

Albert-Schweitzer-Krankenhaus Northeim

Pflegedirektorin: Ulla Müller-Daubig

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Christine Struht, Heike May

Ambulanter Alten- und Krankenpflagedienst Lipski und Schmidt

Pflegedienstleitung: Annette Hinz

Projektbeauftragte: Melanie Bloeb

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum

Pflegedirektorin: Jutta Bretfeld

Projektbeauftragte: Ulrike Diekmann

Caritas Seniorenservice West-Münsterland, Lüdinghausen

Pflegedienstleiter: Henrik Nagel-Fellerhoff

Projektbeauftragter: Winfried Brosch MPH

Caritas Seniorenzentrum Haus Simeon, Lathen

Verantw. Pflegefachkraft: Hermann Prinz

Projektbeauftragter: Werner Schleper

Charité Universitätsmedizin Berlin

Pflegedirektorin: Hedwig François-Kettner

Projektbeauftragte: Iris Bredfeldt-Zerler

Diakonie in Düsseldorf

Pflegedienstleiter Zentrum Garath: Klaus Patzelt

Pflegedienstleiterin Zentrum Flingern: Monique Albert

Pflegedienstleiterin Zentrum Oberkassel: Birgit Edinger

Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic

Herz-Kreislauf-Klinik Bad Bevensen

Pflegedienstleiter: Marcus Jahn

Projektbeauftragter: Stefan Hoffmann

Kliniken der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Pflegedirektorin: Käthe Harms

Projektbeauftragte: Marion Maasch

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

Pflegedirektor: Martin Wilhelm

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Claudia Haupt

Klinikum der Universität München, Standort Großhadern

Pflegedirektor: Peter Jacobs

Projektbeauftragte: Walburga Köppl

Klinikum Nürnberg

Klinikpflegedienstleitung: Ankica Krizanovic

Projektbeauftragte: Steffi Frenzel

KWA Kuratorium Wohnen im Alter e. V., Albstift Aalen

Stiftsdirektor: Manfred Zwick

Projektbeauftragter: Michael Pfitzer

Maximilianstift Maxdorf

Pflegedienstleiterin: Dipl.-Pflegerin Petra Anton

Projektbeauftragte: Katrin Münch

Paritätische Pflegedienste Bremen

Geschäftsführer: Dipl.-Päd. Wolfgang Müller
Projektbeauftragter: Dipl.-Ökonom Kai Daleske

Pflegedienst Humanitas GmbH & Co. KG, Essen

Pflegedienstleitung: Heike Elvers
Projektbeauftragter: Bernd Prekel

Pflegen und Wohnen „Die Oberaltenallee“, Hamburg

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

Samariterstift Zuffenhausen

Pflegediakon: Helmut Schürrie
Projektbeauftragte: Barbara Lauffer-Spindler, Jürgen Uhl

Sozialholding der Stadt Mönchengladbach GmbH, Altenheim Windberg

Einrichtungsleiterin: Maja Derks
Projektbeauftragter: Jan Herfs

Stiftung Diakoniewerk Kropp

Pflegedirektorin: Ionka Herms
Projektbeauftragte: Gisela Kröger

Stiftungsklinikum Mittelrhein Boppard

Pflegedienstleiterin: Heike Achenbach
Projektbeauftragte: Irina Krieger

Unfallkrankenhaus Berlin

Pflegedirektor: Matthias Witt
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Inken Albrecht

Universitätsklinikum Jena

Direktor des Pflegedienstes: Joerg-Dieter Storsberg
Projektbeauftragte: Martina Kürbs

Vitanas Senioren Centrum Am Schäferberg

Pflegedienstleiterin: Rosemarie Simoneit
Projektbeauftragte: Therese Lehmann

5.3 Wissenschaftliche Projektbegleitung

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams bestanden in der

- Planung und Steuerung des Projektverlaufs sowie der Beratung der Projektbeauftragten. In diesem Kontext wurden beispielsweise das Vorgehen bei der Einschätzung des Sturzrisikos, Fragen des internen bzw. externen Angebots von Schulungs- und Trainingsprogrammen zur Mobilitätsförderung und der Austausch zwischen den teilnehmenden Einrichtungen organisiert;
- Weiterentwicklung des Erhebungsinstrumentes 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 stand den Einrichtungen als Online-Dokument zur Verfügung;
- Entwicklung eines Audit-Instruments zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in engem Austausch mit den Projektbeauftragten. Das Instrument wurde auf Grundlage des mehrfach erprobten Rahmenkonzeptes entworfen und stand den Einrichtungen seit Januar 2005 für eigene Pretests zur Verfügung. Diese wurden vielfach genutzt und das Instrument konnte aufgrund der Diskussionen bei den Projektveranstaltungen präzisiert werden;
 - Auswertung und Berichterstattung auf der Grundlage der im Rahmen der Projektveranstaltungen, der Projektverlaufs-Dokumentation und des Audits erhobenen Daten.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte in vier ganztägigen Veranstaltungen in Osnabrück. Dabei hat sich bewährt, den ersten Termin vor den Projektstart (Januar 2005) zu legen und damit Zeit für die notwendigen Vorbereitungen einzuräumen. Die vierte, abschließende Veranstaltung im Juli 2005 diente der internen Präsentation und Diskussion der Evaluationsergebnisse zum Projektverlauf und den Audits in den Praxiseinrichtungen.

5.4 Ergebnisse zum Projektverlauf

5.4.1 Zeitrahmen

Allen teilnehmenden Einrichtungen ist es gelungen, den Zeitrahmen von sechs Monaten (Januar bis Juli 2005) für die vier Phasen der Einführung einschließlich des Audits einzuhalten. Einige Vertreter der stationären Altenhilfe empfanden den Zeitrahmen als sehr knapp. Erneut hat sich bewährt, frühzeitig den Fortbildungsbedarf in den Modellpflegeeinheiten zu ermitteln, so dass die Fortbildungsphase ohne Zeitverlust gestartet werden konnte. Gleichwohl wurden während des gesamten Projektzeitraumes Fortbildungsveranstaltungen angeboten, da der Bedarf – wie in den vorhergehenden Implementierungsprojekten auch – erheblich war. Einzelne Modifikationen im zeitlichen Ablauf der vier Implementierungsphasen hatten keine erkennbaren Auswirkungen auf das Projektergebnis. Die Motivation der Projektbeteiligten wurde durch die zeitnahe Rückmeldung der Auditergebnisse erheblich gestärkt. Sie sahen darin mehrheitlich eine Bestärkung und Bestätigung ihrer Arbeit, wie von den Projektbeauftragten berichtet wurde.

5.4.2 Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen

Art der Einrichtungen und fachliche Ausrichtung

Insgesamt haben sich 24 Einrichtungen bzw. Einrichtungsträger an der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege beteiligt: zehn Krankenhäuser, neun Einrichtungen der stationären Altenhilfe, vier ambulante Pflegedienste und eine Einrichtung, in der der Standard sowohl im Bereich der stationären Altenhilfe als auch in einem ambulanten Dienst implementiert wurde. Somit liegen der Beschreibung der Projektverläufe und der Auswertung der Audits Daten von zehn Krankenhäusern, zehn Einrichtungen der stationären Altenhilfe und fünf ambulanten Pflegediensten zugrunde.

Unter den *Krankenhäusern* befanden sich acht der Maximalversorgung, eines der Regelversorgung und ein Fachkrankenhaus. Die Gesamtzahl der Betten/Behandlungsplätze lag zwischen 301 und 3.300 Betten, sechs Krankenhäuser hatten mehr und vier weniger als 1.000 Betten. In den Krankenhäusern wurden für die Implementierung zwischen zwei und sechs Modellstationen ausgewählt, hierbei am häufigsten zwei Stationen. In allen Krankenhäusern waren die Modellstationen nach dem Prinzip der Bereichspflege organisiert. Die Gesamtzahl der Betten in den ausgewählten Modellpflegeeinheiten lag zwischen 38 und 153, im Durchschnitt bei 71,5 Betten. Das Spektrum der Einrichtungen umfasste neben der Inneren Medizin und der Chirurgie, insbesondere der Gefäßchirurgie (ca. 80 %), die Kardiologie, Nephrologie, Dermatologie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychosomatik. Die Verweildauer lag zwischen 4,1 (Innere Medizin) und 32,9 Tagen (Psychiatrie).

Die Einrichtungen der *stationären Altenhilfe* verfügten zwischen 36 und 537 Bewohnerplätzen. Als Modellpflegeeinheiten wurden zwischen einer und vier Bereichen, am häufigsten drei Wohn- oder Pflegebereiche ausgewählt. In fünf Einrichtungen wurde Gruppenpflege als Pflegeorganisationsform, in einer davon wurde zusätzlich auch Primary Nursing genannt, in den fünf weiteren wurde Bereichspflege angegeben. Die Modellpflegeeinheiten verfügten im Durchschnitt über 69 Bewohnerplätze, die größte Abteilung über 101, die kleinste über 39.

Die *ambulanten Pflegedienste* betreuten zwischen 115 und 280 Patienten. Der Standard wurde in allen Fällen einrichtungswert implementiert. Über die Pflegeorganisation liegen nur aus einer Einrichtung Daten vor, hier ist die Pflege nach dem Prinzip des Primary Nursing organisiert.

Sowohl für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe als auch für die ambulanten Pflegedienste lassen sich keine gültigen Aussagen über die Verweil- bzw. Betreuungsdauer der Bewohner/Patienten treffen, da hier nur wenige Daten vorliegen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Gegensatz zum Akutbereich die Fluktuation im Projektzeitraum gering war.

Personalausstattung

In den Krankenhäusern lag der Personalschlüssel, hier definiert als das Verhältnis von Behandlungsplätzen zur Anzahl der Pflegefachkräfte (Vollzeitstellen), zwischen 1,8 und 3,23 und im Durchschnitt bei 2,26 Patienten pro Pflegefachkraft.

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe betrug der Personalschlüssel im Durchschnitt 6,1 Bewohnern pro Pflegefachkraft. Die Fachkraftquote, das Verhältnis von Pflegefachkräften und geringer qualifizierten Mitarbeitern lag zwischen 50 % und 67,7 % und im Durchschnitt bei 56,5 %.

Die ambulanten Pflegedienste hatten einen durchschnittlichen Personalschlüssel von 11,35 Patienten pro Pflegefachkraft, die Fachkraftquote betrug zwischen 47 % und 100 % und im Durchschnitt 74,8 %.

Qualitätsentwicklung in den teilnehmenden Einrichtungen

In allen teilnehmenden Einrichtungen werden einrichtungswest Qualität fördernde und sichernde Maßnahmen durchgeführt. In 18 Einrichtungen, darunter alle Krankenhäuser und acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe, wurden bereits ein oder mehrere Expertenstandards eingeführt. Dabei wurden in zwei Krankenhäusern ein Standard, in drei Krankenhäusern zwei und in fünf weiteren Krankenhäusern alle drei bisher entwickelten Standards eingeführt. Von den acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde in sieben ausschließlich der Standard Dekubitusprophylaxe und einmal alle drei bisher entwickelten Standards eingeführt.

Acht Einrichtungen, sieben Krankenhäuser und eine Einrichtung der stationären Altenhilfe, haben Erfahrungen im Umgang mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung, vier Einrichtungen mit der Vorbereitung und Durchführung von Zertifizierungen nach DIN EN ISO. Weitere häufig genannte Maßnahmen zu Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement sind Qualitätszirkel, Entwicklung und Umsetzung von Pflegestandards, Wundmanagement, Beschwerdemanagement, Qualitätsberichte nach EFQM, Qualitätsaudits und interne Qualitätsprüfungen von Dokumentationen und Konzeptumsetzungen.

5.4.3 Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard

Fortbildungsbedarf

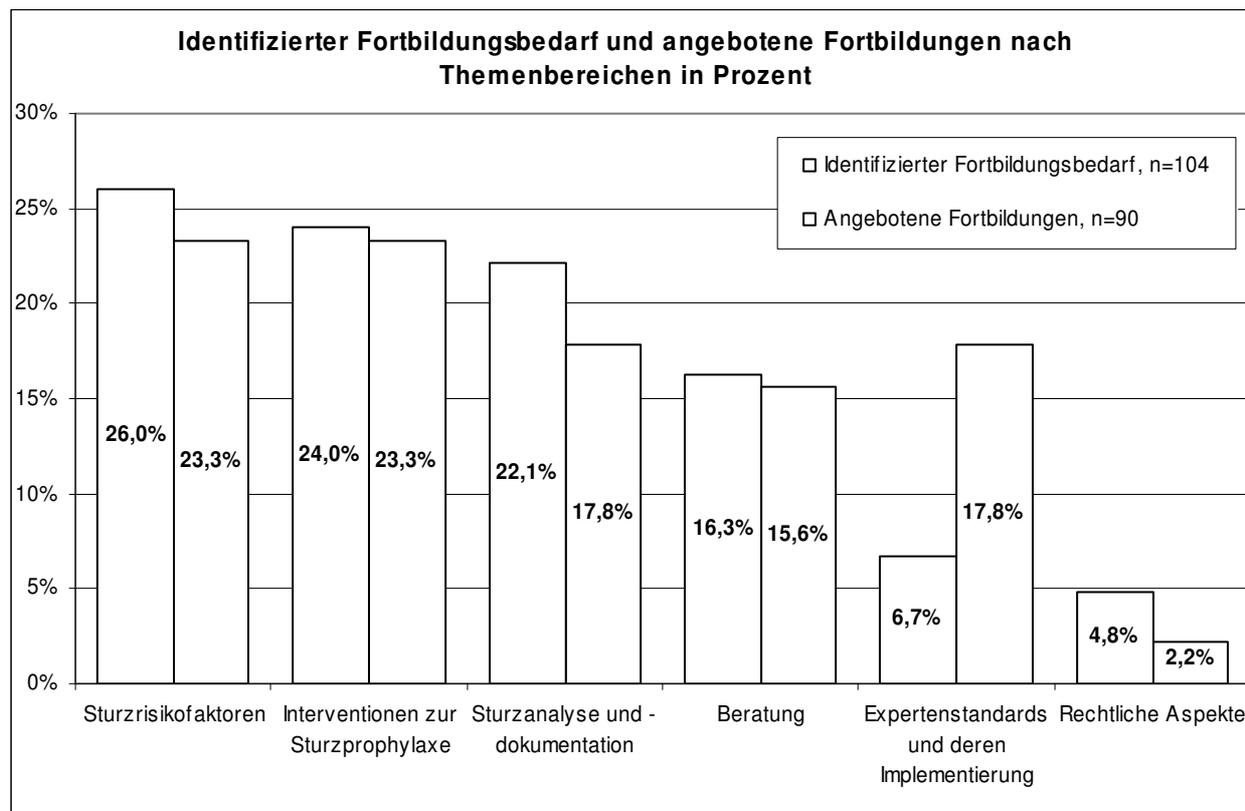
Zu Beginn der modellhaften Implementierung wurde in allen teilnehmenden Einrichtungen der Fortbildungsbedarf zum Expertenstandard ermittelt. In den 25 Einrichtungen wurden insgesamt 104 mal Fortbildungsthemen von den Mitarbeitern benannt. Diese Themen konnten analog zu den Inhalten des Standards unterteilt werden. Aus der Abbildung 11 wird deutlich, dass zum Thema Sturzrisikofaktoren (26 % aller Fortbildungsthemen), Interventionen zur Sturzprophylaxe (24 %) und Sturzanalyse und -dokumentation (22,1 %) der höchste Bedarf an Fortbildungen zu finden war. Danach folgten mit einigem Abstand die Themen Beratung (16,3 %), Expertenstandards als Qualitätsinstrument (6,7 %) und rechtliche Aspekte der Sturzprophylaxe (4,8 %).

Fortbildungsangebot

Die angebotenen Fortbildungen orientierten sich an dem ermittelten Bedarf. Insgesamt wurden in allen teilnehmenden Einrichtungen 90 Fortbildungen zu den Themen des Expertenstandards angeboten (vgl. Abb. 22). Dabei wurden am häufigsten Fortbildungen zu Sturzrisikofaktoren (23,3 %) und Interventionen (23,3 %) angeboten. Danach folgen Sturzanalyse und -dokumentation (17,8 %) und Fortbildungsangebote zu Themen, die sich allgemein mit Expertenstandards beschäftigen (17,8 %). Diesem Bereich wurden auch Fortbildungen und Veranstaltungen zugeordnet, die sich z. B. mit dem Vorgehen bei der Implementierung und der Durchführung der Auditverfahren beschäftigten, sowie allgemeine Auftaktveranstaltungen, sofern diese als Fortbildungsangebot angegeben waren. So erklärt sich das deutlich größere Angebot an Fortbildungen in diesem Bereich im Vergleich zu dem ermittelten Bedarf. Fortbildungen zu dem Thema Beratung waren mit einem Anteil von 15,5 % vertreten, zu rechtlichen Aspekten wurden mit 2,2 % die wenigsten Fortbildungen angeboten.

Betrachtet man Fortbildungsbedarf und angebotene Fortbildungen nach den jeweiligen Einrichtungsarten (Krankenhäuser, stationäre Altenhilfe, ambulante Pflege) getrennt voneinander, zeigen sich in den Häufigkeiten und Verteilungen keine gravierenden Unterschiede, weder unter den Einrichtungsarten noch zum Gesamtergebnis. Auffällig ist allein, dass der ermittelte Bedarf an Fortbildungen in den Krankenhäusern im Bereich Sturzanalyse und -dokumentation am geringsten war (18,6 %), während dieser Bereich in der ambulanten Pflege deutlich häufiger nachgefragt (33,3 %) und angeboten wurden (31,2 %). Dies gilt auch für Interventionsmöglichkeiten zur Sturzprophylaxe und Sturzfolgenminimierung. Hierzu lag der Anteil der angebotenen Fortbildungen in den ambulanten Pflegediensten mit 31,2 % vergleichsweise höher als in allen anderen Einrichtungen.

Abb. 11



Teilnehmerzahlen und Zeitaufwand

Die insgesamt 90 Fortbildungen wurden in den teilnehmenden Einrichtungen zusammen 1.486 Mal besucht, pro Veranstaltung haben im Durchschnitt etwa 18 Personen teilgenommen, diese Zahl war in den Krankenhäuser etwas geringer (16 Teilnehmer), während in der stationären Altenhilfe und in der ambulanten Pflege durchschnittlich 21 Personen pro Fortbildungsveranstaltung teilgenommen haben. Die Anzahl der angebotenen Themen lag in allen Einrichtungen zwischen einem und acht Themen, im Durchschnitt waren es zwischen drei und vier Themen. Hier findet sich kein Unterschied zwischen den Einrichtungsarten.

Der gesamte Zeitaufwand für Fortbildung ohne die entsprechende Vorbereitung lag in den teilnehmenden Einrichtungen zwischen 17 und 360 Stunden⁷. Im Durchschnitt wurde in allen

⁷ Der Zeitaufwand berechnet sich hierbei durch die Summe der jeweiligen Dauer der einzelnen Veranstaltungen multipliziert mit der Anzahl der jeweiligen Teilnehmer. (Bsp.: 0,5 h Fortbildung mal 10 Teilnehmer = Zeitbedarf 5h; 0,5 h Fortbildung mal 3 Teilnehmer = Zeitbedarf 1,5 h, Summe für die Einrichtung 6,5h).

Einrichtungen etwa 136 Stunden Zeit für Fortbildungen gewährt, in den Krankenhäuser waren es 164 Stunden, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 137 Stunden und in der ambulanten Pflege 62 Stunden. Die Spannweite, also der Abstand zwischen kleinstem und größtem aufgewendetem Zeitrahmen, ist in allen Einrichtungsarten hoch, da offenbar je nach Beschäftigung mit dem Thema die ermittelten Fortbildungsbedarfe sehr unterschiedlich waren. Dies gilt auch für den Zeitaufwand der jeweiligen koordinierenden Projektbeauftragten, die im Durchschnitt 20,8 Stunden für Vor- und Nachbereitung, Durchführung der oder Teilnahme an den Fortbildungen benötigten. In den Krankenhäusern lag dieser bei durchschnittlich 28,5, in der stationären Altenhilfe bei 16,5 und in der ambulanten Pflege bei 14 Stunden. Dabei wächst der Zeitbedarf für die Projektbeauftragten erheblich, wenn sie selbst als Fortbildner fungieren, wie dies in mehreren Fällen berichtet wurde.

Insgesamt war der Umfang des Fortbildungsangebotes hoch. Wie aus dem personalbezogenen Audit (Punkt 5.4.6.4, S. 150) hervorgeht, konnte im Rahmen der modellhaften Standardimplementierung der vorab festgestellte Fortbildungsbedarf weitgehend abgedeckt werden. Damit konnte im Rahmen der modellhaften Implementierung ein wesentliches Ziel von Expertenstandards erreicht werden, nämlich handlungsnah den Transfer von wissenschaftlich gestütztem Wissen in die Praxis zu organisieren.

5.4.4 Phase 2: Anpassung des Expertenstandards

Arbeitsgruppen

In allen Einrichtungen wurden Arbeitsgruppen gebildet, deren Aufgabe während der Implementierungsphasen darin bestand, den Expertenstandard an den jeweiligen Bedarf und die Strukturen der Stationen und Einrichtungen anzupassen und die Einführung des Standards auf den jeweiligen Projektstationen zu steuern und zu begleiten. In einem Großteil aller Einrichtungen wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppen durch Leitungskräfte unterschiedlicher Ebenen (Geschäftsleitung, Pflegedirektion, Abteilungs- oder Stationsleitung) ausgewählt, weniger häufig bildete sich die Arbeitsgruppe durch Interessenbekundung zur Teilnahme von Mitgliedern des Pflgeteams in den Modellpflegeeinheiten. Die Größe der Arbeitsgruppen variierte zwischen zwei und 17 Personen. In den Krankenhäusern waren es durchschnittlich neun, in der stationären Altenhilfe fünf und in der ambulanten Pflege sieben Teilnehmer.

In allen Arbeitsgruppen war mindestens ein Mitglied vertreten, das über mehr oder weniger ausgeprägte Entscheidungskompetenzen verfügte (Heimleiter, Pflegedienstleiter, Stationsleitungen oder stellvertretende Stationsleitungen). Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppen waren in der Regel Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ärzte, Vertreter

aus dem Qualitätsmanagement und der Hauswirtschaft. Allerdings waren nur sieben Arbeitsgruppen interdisziplinär besetzt, davon fünf in Krankenhäusern und zwei in der stationären Altenhilfe.

Anpassung der Standardebenen

In insgesamt 13 Einrichtungen ist der Standard ohne Anpassungen implementiert worden, darunter waren fünf Krankenhäuser, fünf Einrichtungen der stationären Altenhilfe und drei ambulante Pflegedienste. In zehn Einrichtungen wurde die Standardebene eins (Erfassung des Sturzrisikos) den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten angepasst. Hier wurde beispielsweise der „Beginn des pflegerischen Auftrags“, also der Zeitpunkt der erstmaligen Risikoeinschätzung, konkretisiert und gegebenenfalls ergänzt und benannt, auf welche Art und Weise die Erfassung der Risikofaktoren durchgeführt wird. In je neun Fällen wurden die Standardebenen vier und sechs angepasst. Bei der Standardebene vier (Interventionen) wurden insbesondere die Verfahren zur Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen konkretisiert, da in der stationären und ambulanten Pflege für Hilfsmittelbeschaffung und entsprechende Umgebungsanpassungen gegebenenfalls Verordnungen der Hausärzte vorliegen müssen. In der Standardebene sechs (Sturzerfassung) wurde in der Regel die Art und Weise der Dokumentation und das entsprechende Dokumentationsinstrument aufgenommen. Die Standardebenen zwei, drei und fünf wurden in sechs Einrichtungen angepasst. Bei der Ebene zwei handelt es sich um Konkretisierungen zur Art der Beratung, der Weitergabe von Informationsmaterial und der Dokumentation der Beratungsleistung. Bei der Anpassung der Ebene drei betraf dies die Festlegung der Dokumentationsform und des Dokumentationsortes für den individuellen Maßnahmenplan. Bei der Standardebene fünf wurde im Rahmen der Anpassungen festgelegt, wie die Information der beteiligten Berufsgruppen geregelt ist. Für die Anpassung des Standards wurden die Arbeitsgruppen in 13 Einrichtungen durch Vertreter weiterer Berufsgruppen ergänzt, z. B. aus der Physiotherapie, der Hauswirtschaft oder der Rechtsabteilung.

Insgesamt haben die Arbeitsgruppen pro Einrichtung für die Mitglieder zusammengenommen zwischen vier und 624 Stunden für die Anpassung aufgewendet, im Durchschnitt pro Arbeitsgruppe 95 Stunden. Ohne den „Ausreißer“ mit 624 Stunden, der darauf zurückzuführen ist, dass in einem Krankenhaus mehrere Teil-Arbeitsgruppen mit jeweils einer hohen Zahl von Mitgliedern gebildet wurde, lag der Durchschnitt bei 74 Stunden und damit ähnlich wie beim vorherigen Audit zum Schmerzmanagement (Moers & Schiemann 2005, S. 133). Die Projektbeauftragten benötigten zwischen sechs und 148 Stunden, im Durchschnitt 64,8 Stunden. Auch dieser im Vergleich zum letzten Audit (40,6 Stunden; a.a.O.) höhere Wert lässt sich auf die größere Zahl an Modellpflegeeinheiten zurückführen, die zu betreuen waren.

In den Krankenhäusern lagen die Zeiten bei 151 für die Arbeitsgruppen bzw. 64 Stunden für die Projektverantwortlichen, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 79 und 28 Stunden und in der ambulanten Pflege 18 und 34 Stunden. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass in den Krankenhäusern größere Arbeitsgruppen gebildet wurden, zum anderen kann es ein Hinweis auf die geringeren personellen Ressourcen in der stationären und ambulanten Pflege sein. Andererseits verfügt die stationäre Altenhilfe über größere Erfahrungen mit dem Thema, was die Einarbeitungszeit unter Umständen reduziert hat. Zusätzlich zu diesen aufgewendeten Stunden für die AG-Mitglieder und die Projektbeauftragten investierten die Stationsteams in allen Einrichtungen im Durchschnitt 19 Stunden und die zusätzlichen Mitglieder der Arbeitsgruppen zusammengenommen sechs Stunden in die Anpassung der Standardkriterien.

Unabhängig von der Einrichtungsart stellte insbesondere die Integration des Standards in die bestehenden Pflegedokumentationssysteme, verbunden mit einer Anpassung der Dokumentation und der Einführung der Sturzrisikofaktorentabelle als Einschätzungshilfe die größte Herausforderung an die Projektbeauftragten und die AG-Mitglieder dar. Dazu kamen in geringerem Maße andere Probleme, wie eine diskontinuierliche Teilnahme der AG-Mitglieder an den AG-Sitzungen und institutionell bedingte Einschränkungen der Umsetzungsmöglichkeiten sowie Bedenken wegen Mehrarbeit in den Teams. Die aufgewandte Zeit erscheint jedoch mit Blick auf den notwendigen Wissenstransfer sinnvoll eingesetzt. Das in den Fortbildungen verbreitete Wissen kann nur handlungsrelevant werden, wenn die Bedingungen für eine Umsetzung vor Ort geschaffen werden. Darüber hinaus fungieren die AG-Mitglieder nach ihrer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema gegenüber dem Team als Multiplikatoren bei der nun anstehenden Einführung des Standards.

5.4.5 Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards

In allen Einrichtungen wurden Einführungs- oder Kick-Off Veranstaltungen für die Modellpflegeeinheiten zu Beginn der Umsetzung des Standards und der erarbeiteten Vorgehensweisen durchgeführt oder es wurden entsprechende Informationen über Projektstart und Implementierungsbeginn weitergegeben. Die AG-Mitglieder und die jeweiligen Projektbeauftragten waren vor Ort und haben den Kollegen im Rahmen der Umsetzung persönlich zur Unterstützung begleitend und beratend zur Seite gestanden. Weiterhin wurden auch Informationsordner oder Mustermappen angelegt und exemplarische Maßnahmenpläne diskutiert. In der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege wurden in einigen Einrichtungen zusätzliche Informationsweitergaben an die behandelnden Hausärzte notwendig, sofern sie noch nicht an der Implementierung beteiligt waren. Der

Zeitaufwand variierte in dieser Phase für alle Einrichtungen zwischen null und 50 Stunden für die Projektbeauftragten und null und 54 Stunden zusammengenommen für die AG-Mitglieder (Gesamtdurchschnitt)⁸. Im Durchschnitt lag der Aufwand in den Krankenhäusern bei etwa 21 Stunden für die Projektbeauftragten und neun Stunden für die Arbeitsgruppen, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe entsprechend bei 13 Stunden und 29 Stunden und in der ambulanten Pflege bei fünf und sechs Stunden. Dies lässt auf die geringeren Ressourcen der ambulanten Pflege schließen.

Insbesondere aus den Dokumentationen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege wird deutlich, dass knappe Zeitressourcen und Personalengpässe die Einführung erschwerten. Zwei ambulante Dienste und vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe gegenüber drei Krankenhäusern erwähnten dies explizit. Andererseits führte umfangreiche Partizipation zu steigender Motivation der Projektbeteiligten und dies hatte einen deutlich wahrgenommenen positiven Einfluss auf die Umsetzung des Projektes. Aus diesen Erfahrungen lässt sich schließen, dass zeitliche und personelle Ressourcen für die direkte Einführung von Standards gut investiert sind, da diese Unterstützung den Schlussstein zu den vorherigen Maßnahmen des Wissenstransfers darstellt.

Insgesamt wird der Projektverlauf von den Projektbeauftragten positiv beurteilt, dem Expertenstandard wird bei entsprechender Anpassung an die jeweilige Einrichtung und Einrichtungsart durchgängig Praxistauglichkeit bescheinigt. Ebenso ließ sich das modellhafte Vorgehen bei der Implementierung in allen Einrichtungen erfolgreich anwenden und umsetzen, aus einigen Projektdokumentationen wird allerdings deutlich, dass der Zeitbedarf als hoch wahrgenommen wird. Dies wird bestärkt durch die Einschätzung der Projektbeauftragten, dass der Projekterfolg wesentlich von den zur Verfügung stehenden zeitlichen und personellen Ressourcen abhängt. Waren ausreichend Ressourcen vorhanden, dann ließen sich die qualitativen Anforderungen der Einführung der einzelnen Standardebenen im Wesentlichen auch bewältigen. Bei geringen Ressourcen konnten die anfallenden Aufgaben zum Teil nur durch erhebliche Mehrarbeit der Projektbeauftragten und der AG-Mitglieder bewältigt werden.

⁸ Der Wert 0 ist auf Dokumentationslücken einer Einrichtung zurückzuführen.

5.4.6 Phase 4: Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument

5.4.6.1 Stichprobe und erhebungspraktisches Vorgehen

Das Audit konnte in allen 25 Einrichtungen durchgeführt werden. In 16 Einrichtungen wurde die Datenerhebung durch den jeweiligen Projektbeauftragten alleine durchgeführt. In neun Einrichtungen wurden die Projektbeauftragten durch andere Personen (z. B. AG-Mitglieder, Studenten im Praxissemester, nicht genauer benannte Personen) unterstützt.

In das patientenbezogene Audit wurden in allen 25 Einrichtungen insgesamt 1.033 Patienten/Bewohner einbezogen. Das ist eine erneute Steigerung gegenüber dem letzten Audit Schmerzmanagement ($n = 790$) (Moers & Schiemann 2005, S. 138). Es entspricht durchschnittlich etwa 43 Auditierungen pro teilnehmender Einrichtung, die minimale Anzahl lag bei 29 und die maximale bei 100 Auditierungen. Das Ziel von 40 Patienten/Bewohner mit einem festgestellten oder nicht sicher auszuschließenden Sturzrisiko konnte von 15 Einrichtungen erreicht werden. Von den zehn Einrichtungen, die weniger als 40 Patienten/Bewohner auditierten, haben nur drei weniger als 35 erreicht.

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Aufgabe war herauszufinden, zu welchem Grad die Kriterien des Standards bei den Patienten/Bewohnern umgesetzt werden konnten, die eine Sturzgefährdung aufwiesen. Zu diesem Zweck wurden zunächst in allen teilnehmenden Einrichtungen auf den Modellpflegeeinheiten insgesamt 3.189 Pflegedokumentationen bezüglich der Dokumentation einer Sturzgefährdung gesichtet. Hierbei wurde in den Einrichtungen insgesamt bei 69,1 % der Patienten/Bewohner eine Sturzgefährdung festgestellt, dies sind 2.205 Patienten/Bewohner. Der geringste Wert lag bei 25, der höchste bei 100 % in jeweils einer Einrichtung. In den Krankenhäusern lag das Verhältnis der Patienten mit einem Sturzrisiko zur Gesamtzahl 55,1 % (1.023 sturzgefährdete Patienten, drei Krankenhäuser über 50 %), in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 81,4 % (458 Bewohner, alle Einrichtungen über 50 %, acht über 75 %) und in den ambulanten Pflegediensten liegt der Wert bei 93,9 % (724 Patienten mit Sturzgefährdung, alle Einrichtungen über 75 %). Damit wird das Sturzrisiko in einigen Krankenhäusern im Verhältnis zu den dokumentierten Stürzen im Auditzeitraum sehr hoch eingeschätzt, während den hohen Einschätzungen in der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege auch hohe Sturzquoten entsprechen (zu den Einschätzungsmodalitäten vgl. die Ergebnisdarstellung zu E1, zur Sturzrate vgl. die Ergebnisdarstellung zu E6).

Ein weiterer auffallender Aspekt ist, dass in sechs Einrichtungen (quer durch alle Einrichtungsarten) mehr sturzgefährdete Patienten identifiziert als dann tatsächlich auditiert wurden (2.205 identifizierte gegenüber 1.033 auditierten Patienten/Bewohnern). Das weicht

von dem vorgeschlagenen Vorgehen ab, nach dem in den Dokumentationen nur solange nach risikogefährdeten Patienten/Bewohnern gesucht wird, bis die angestrebte Auditzahl erreicht ist. Die Projektbeauftragten berichteten, dass sie mit diesen Erhebungen den Prozentsatz der sturzgefährdeten Patienten/Bewohner auf den Modellpflegeeinheiten erfassen wollten, wobei die Auditierungen selbst, wie im Auditverfahren vorgesehen, in der Reihenfolge der zur Hand genommenen Unterlagen durchgeführt wurden.

Der Zeitaufwand für die Durchführung der Audits in den Einrichtungen lag, abhängig von Stichprobengröße und Einrichtungsart, zwischen 13,5 und 100 Stunden, im Durchschnitt bei etwa 40 Stunden. Der zeitliche Aufwand pro Einzelaudit lag dabei im Gesamtdurchschnitt bei 53 Minuten. In den Krankenhäusern waren es 39 Minuten, in der stationären Altenhilfe 53 Minuten und in der ambulanten Pflege 85 Minuten pro Audit. Damit liegt der Wert in den Krankenhäusern etwas niedriger als beim Audit zum Schmerzmanagement (45 Minuten; Moers & Schiemann 2005, S. 136). Der Unterschied zwischen Krankenhäusern und stationärer Altenhilfe ist zum Teil sicher der größeren Routine der Pflegefachkräfte vieler Krankenhäuser im Umgang mit Auditinstrumenten geschuldet, zum Teil lagen auch Besonderheiten in der Klientel vor, wie beispielsweise aufwändige Kommunikation mit Bewohnern beziehungsweise ihren Angehörigen. Terminabsprachen und Organisation der Patientenbesuche bzw. Planung der Auditgespräche sowie eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und kognitive Beeinträchtigungen der Patienten/Bewohner stellten eine große Herausforderung an die Projektbeauftragten während der Audits dar. In den Einrichtungen der ambulanten Pflege war der Zeitaufwand auch deshalb deutlich höher, weil beträchtliche Anfahrtswege zu den Patienten hinzukamen. Auch benötigten die Auditoren Zugang zu den Wohnungen der Patienten und waren dazu in vielen Fällen auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen, weil sie sonst den gesamten Einsatz der entsprechend zuständigen Pflegekraft hätten begleiten müssen. Dieser Aufwand war nicht leistbar. Alleinstehende Patienten sind in der ambulanten Pflege daher kaum auditiert worden. Darüber hinaus wird berichtet, dass manche Patienten die Teilnahme am Projekt ablehnten, weil sie Angst vor Stigmatisierung hatten - sie wollten nicht als „hinfällig“ gelten -, Mehrarbeit für ihre Angehörigen fürchteten aber auch Ängste vorhanden waren, als Folge des Projektes in ein Altenheim „abgeschoben“ zu werden. In den Krankenhäusern waren eher die hohe Patientenfluktuation, aktuell nicht verfügbare Unterlagen und die Abwesenheit von Patienten aufgrund von Untersuchungen o. ä. ein Problem für die auditierenden Personen.

An der Personalbefragung nach besuchten Fortbildungen und weiterhin bestehendem Fortbildungsbedarf haben sich auf den Projektstationen der teilnehmenden Einrichtungen insgesamt 502 Pflegefachkräfte freiwillig beteiligt. Die Rücklaufquote der standardisierten

Fragebögen liegt in dieser anonymisierten Befragung bei etwa 77,4 % bezogen auf 23 Einrichtungen und 435 ausgefüllte gegenüber 562 ausgegebenen Fragebögen⁹.

Im Einzelnen liegen die Rücklaufquoten in allen Einrichtungen zwischen 40,6 % und 100 %, die Teilnehmerzahlen zwischen sechs und 57 Teilnehmern. In den Krankenhäusern haben insgesamt 273 Pflegefachkräfte an der Befragung teilgenommen, hier lag die Rücklaufquote bei etwa 74 %. In der stationären Altenhilfe waren 162 Pflegefachkräfte beteiligt mit einer Rücklaufquote von etwa 88 %, während in der ambulanten Pflege 67 Pflegefachkräfte teilgenommen haben. Hier lag die Rücklaufquote bei etwa 70 %.

Die Durchführung der Audits wurde von den Projektbeauftragten in der Regel ebenso positiv wahrgenommen wie das standardisierte Audit-Instrument und -Verfahren. Bereits die im Laufe des Projekts durchgeführten Pretests haben die Verständlichkeit der Audit-Fragebögen und ihre praktische Anwendbarkeit gezeigt. Dies hat sich im abschließenden Audit bestätigt. Um dem relativ hohen Zeitbedarf für zukünftige Audits Rechnung zu tragen, wurde das Audit-Instrument leicht gekürzt (vgl. Kap. 4).

5.4.6.2 Einrichtungsbezogene Auditergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse vorgestellt, die für jede teilnehmende Einrichtung jeweils nur ein Mal erfragt wurden.

S4b – Koordination von Interventionen

In 23 der 25 Einrichtungen sind die Pflegefachkräfte nach Einführung des Expertenstandards laut Audit-Protokoll 2 (Personalbefragung) dazu autorisiert, Sturzprophylaxemaßnahmen als Bestandteil ihres pflegerischen Leistungsprofils zu koordinieren. Aus zwei Einrichtungen, einem Krankenhaus und einem ambulanten Pflegedienst, liegen diesbezüglich keine Daten vor. Aus den Projektverlaufs-Dokumentationen dieser Einrichtungen ist allerdings zu entnehmen, dass eine entsprechende Autorisierung der Pflegefachkräfte vorgenommen wurde.

⁹ Aus zwei Einrichtungen liegen keine Daten über die Anzahl der ausgegebenen Bögen vor, so dass die Gesamtzahl der beteiligten Pflegefachkräfte nicht exakt ermittelt werden kann, sondern auf der Datenbasis von 23 Einrichtungen errechnet wird.

S5 – Anweisungen über Fortführung von sturzprophylaktischen Maßnahmen

Die Standardebene fünf macht deutlich, dass ein bestehendes Sturzrisiko ein permanent vorhandenes Problem eines Patienten ist und entsprechend prophylaktische Maßnahmen dauerhaft weitergeführt werden sollten. Um dies über die Grenzen pflegerischer Zuständigkeitsbereiche hinweg zu gewährleisten, sind Anweisungen für Organisation und Verfahren zur Sicherung der Maßnahmenkontinuität notwendig. Aus dem Audit wird deutlich, dass 16 der 25 Einrichtungen das Vorliegen solcher Verfahrensanweisungen bejahen, während in neun Einrichtungen eine solche Verfahrensanweisung nicht existiert. Zu diesen neun Einrichtungen gehören vier Krankenhäuser, zwei Einrichtungen der stationären Altenhilfe und drei ambulante Pflegedienste. Aus den Projektverlaufs-Dokumentationen wird deutlich, dass beispielsweise Verfahren zur Weitergabe von Informationen zur Sturzgefährdung erstellt worden sind oder bestehen, allerdings besonders in den Krankenhäusern Schwierigkeiten bei der Organisation der Fortführung spezieller prophylaktischer Maßnahmen innerhalb der Einrichtung anzutreffen sind.

E6 – Vorliegen von Zahlen zu Sturzgeschehen

In 21 der 25 Einrichtungen wurden - in der Regel bereits vor der Einführung des Standards - systematisch Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen ermittelt. Dies gilt für alle Krankenhäuser und für neun von zehn Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Von den fünf ambulanten Pflegediensten werden in zwei Diensten regelmäßig entsprechende Zahlen erhoben. Für die ambulanten Dienste erschwert die naturgemäß höhere Zahl der sich der Wahrnehmung der Pflegefachkräfte entziehenden, verdeckt stattfindenden Stürze deren systematische Erfassung. Die Pflegefachkräfte hatten bisweilen durch Hämatome Hinweise auf Sturzereignisse, an die sich die Patienten allerdings nicht erinnern konnten.

5.4.6.3 Patientenbezogene Auditergebnisse

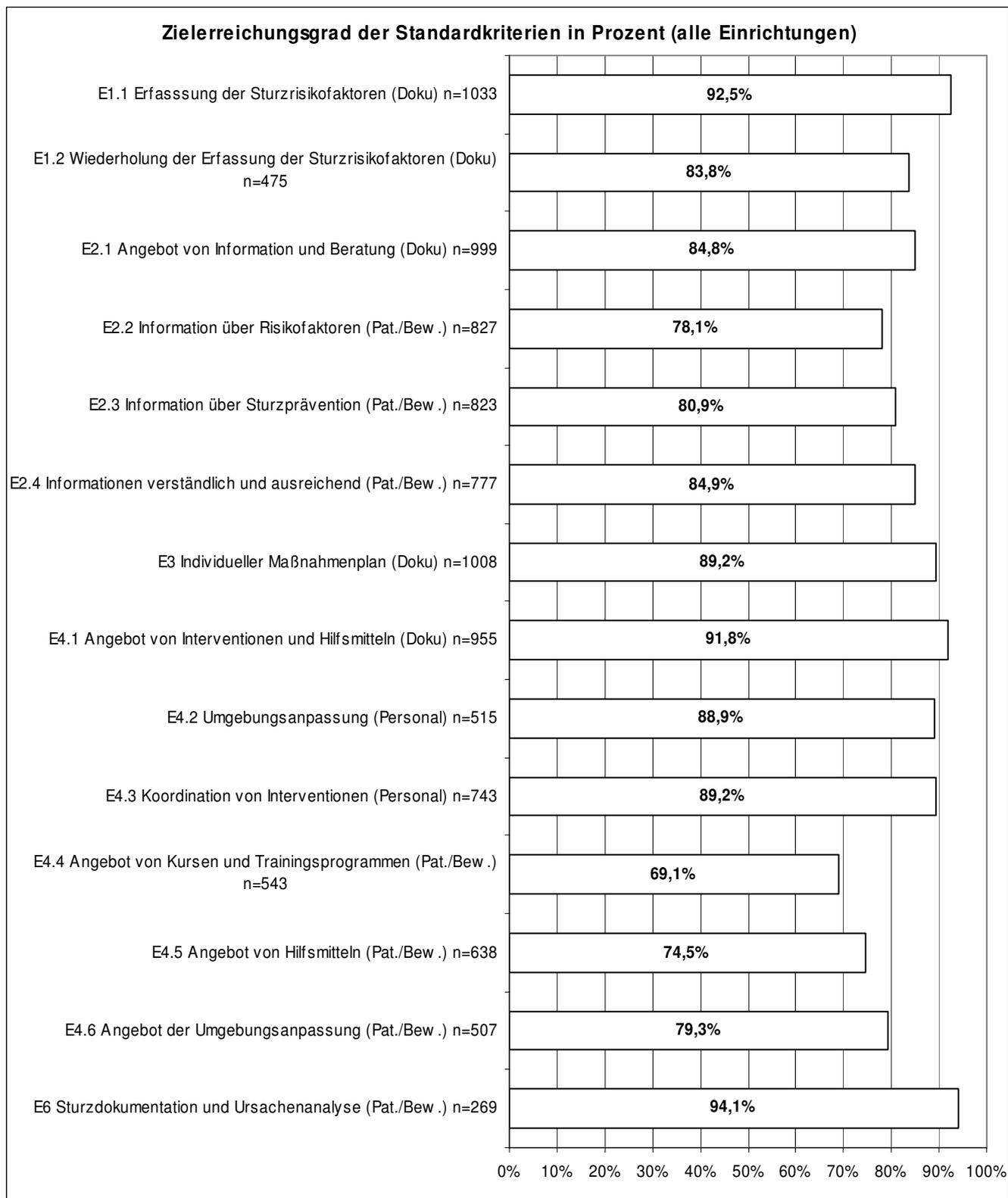
In diesem Kapitel werden die Zielerreichungsgrade der jeweiligen Standardkriterien aller teilnehmenden Einrichtungen sowohl gemeinsam als auch nach Einrichtungsarten getrennt dargestellt. Dabei werden sowohl tabellarische Überblickstabellen als auch differenzierte Darstellungen der einzelnen Kriterienebenen vorgenommen. Dies ermöglicht einen Vergleich und erlaubt Rückschlüsse auf die Anwendbarkeit des Standards in verschiedenen Einrichtungsarten.

Die dargestellten Zielerreichungsgrade beziehen sich auf die jeweils anwendbaren Fälle. Die Fragen zu den einzelnen Kriterien des Audits ließen sich mit „ja“ oder „nein“ beantworten, in einigen Fällen sind die Fragen auch aus logischen Gründen nicht anwendbar, zum Beispiel

konnte Frage E6 (Dokumentation und Analyse eines Sturzes) nicht mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden, wenn der Patient/Bewohner nicht gestürzt war. Die Zahl der nicht anwendbaren Fälle lag bei allen Auditfragen im Durchschnitt bei etwa 281, die niedrigste Zahl lag bei 9 (E1.1, Erfassung der Risikofaktoren) und die höchste bei 773 (E6, Dokumentation und Analyse von Stürzen). Die jeweiligen Gründe für eine Nichtanwendbarkeit sind in den Auditprotokollen dokumentiert und fließen bei Bedarf in die Ergebnisdarstellung der einzelnen Standardebenen ein.

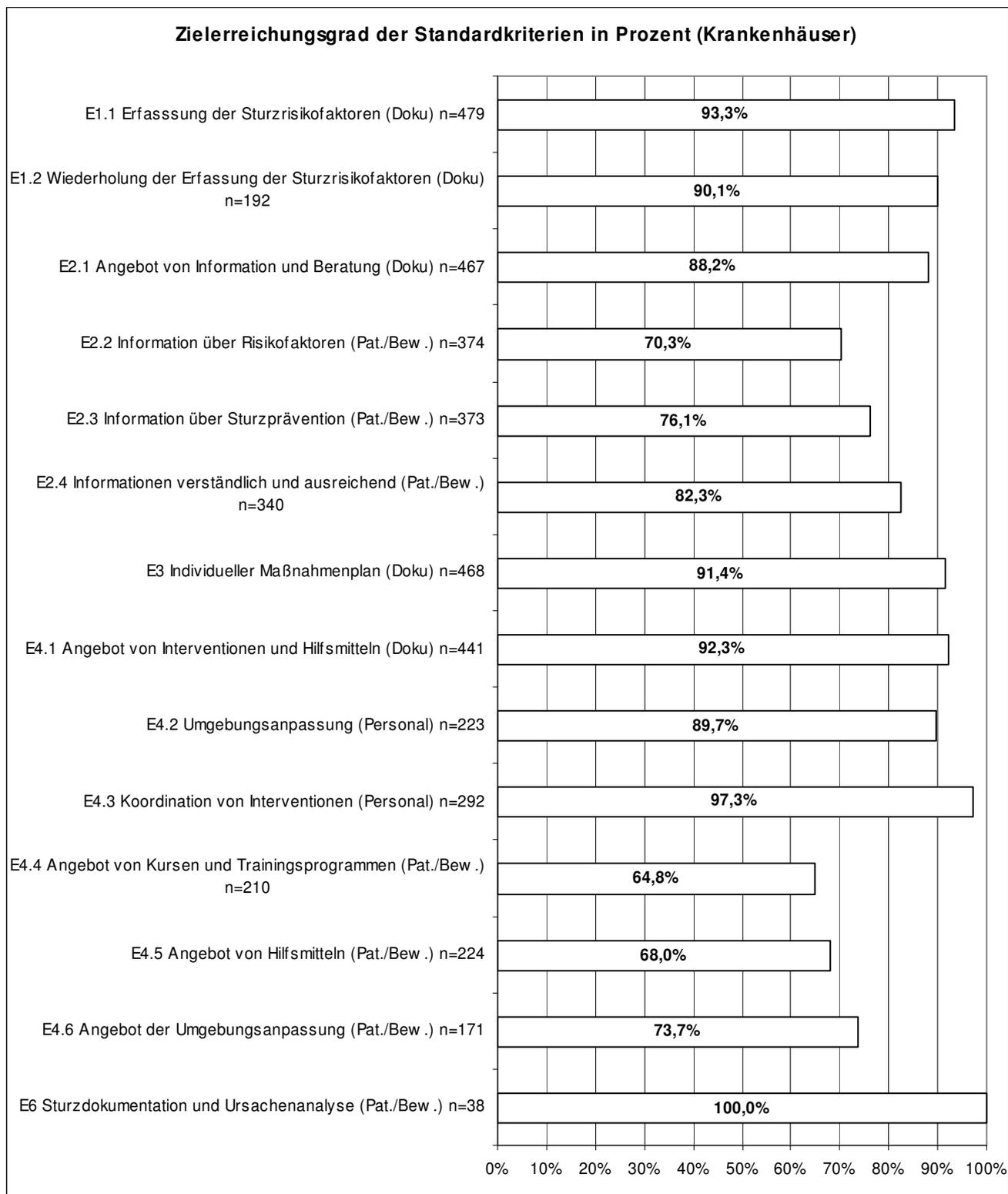
Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisse zu den Standardkriterien dargestellt. Die Abbildungen 12 bis 15 zeigen die Zielerreichungsgrade aller Einrichtungen zusammen und nach Einrichtungsarten getrennt. Die jeweils angegebenen Stichprobengrößen entsprechen den anwendbaren Fällen, die Gründe für Nichtanwendbarkeit werden in den Ergebnissen erwähnt und diskutiert.

Abb.: 12



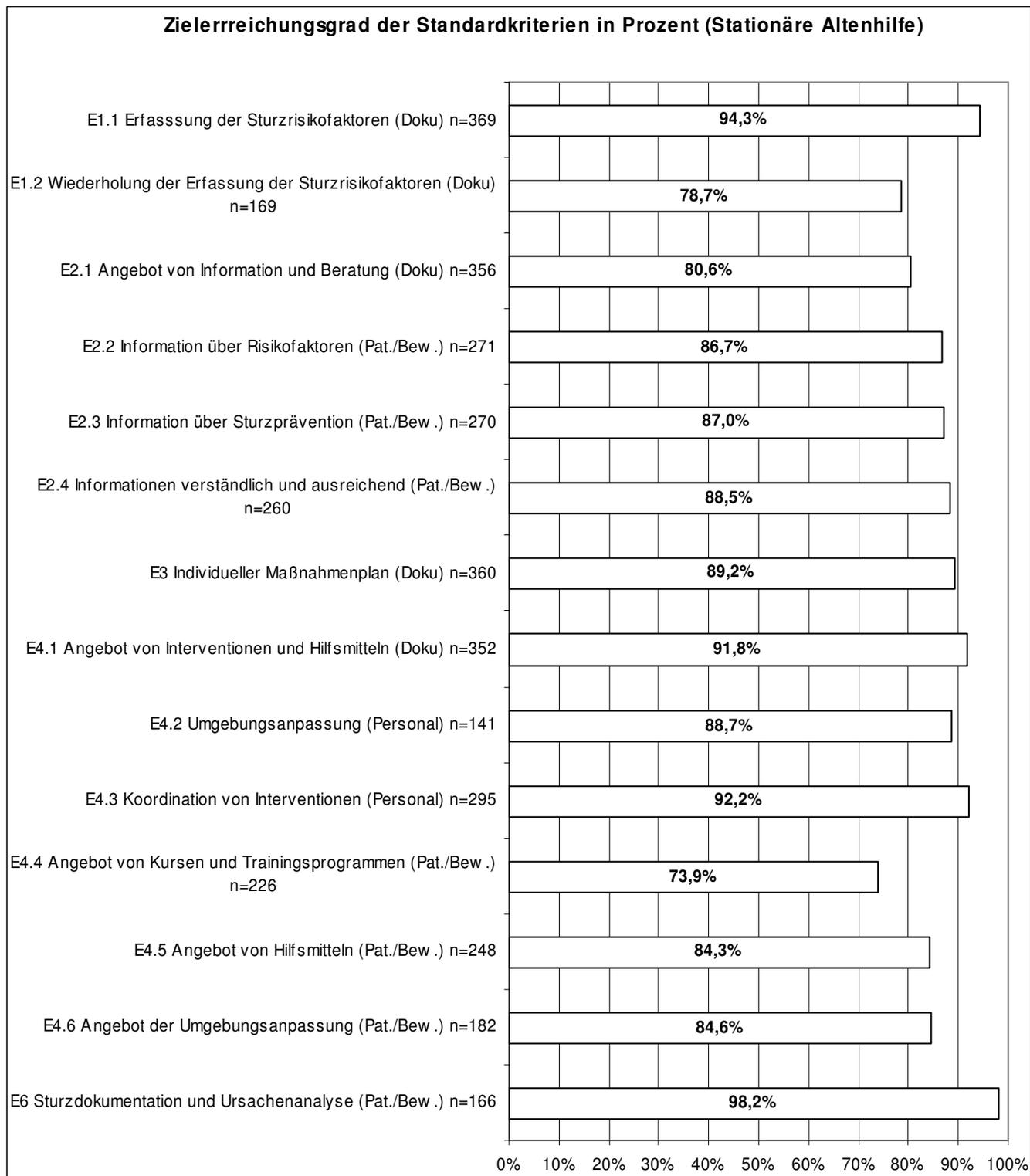
Legende: Doku: Angaben aus der Pflegedokumentation; Personal: Angaben durch Pflegepersonal; Pat./Bew.: Angaben von Patienten/Bewohnern/Angehörigen

Abb.: 13



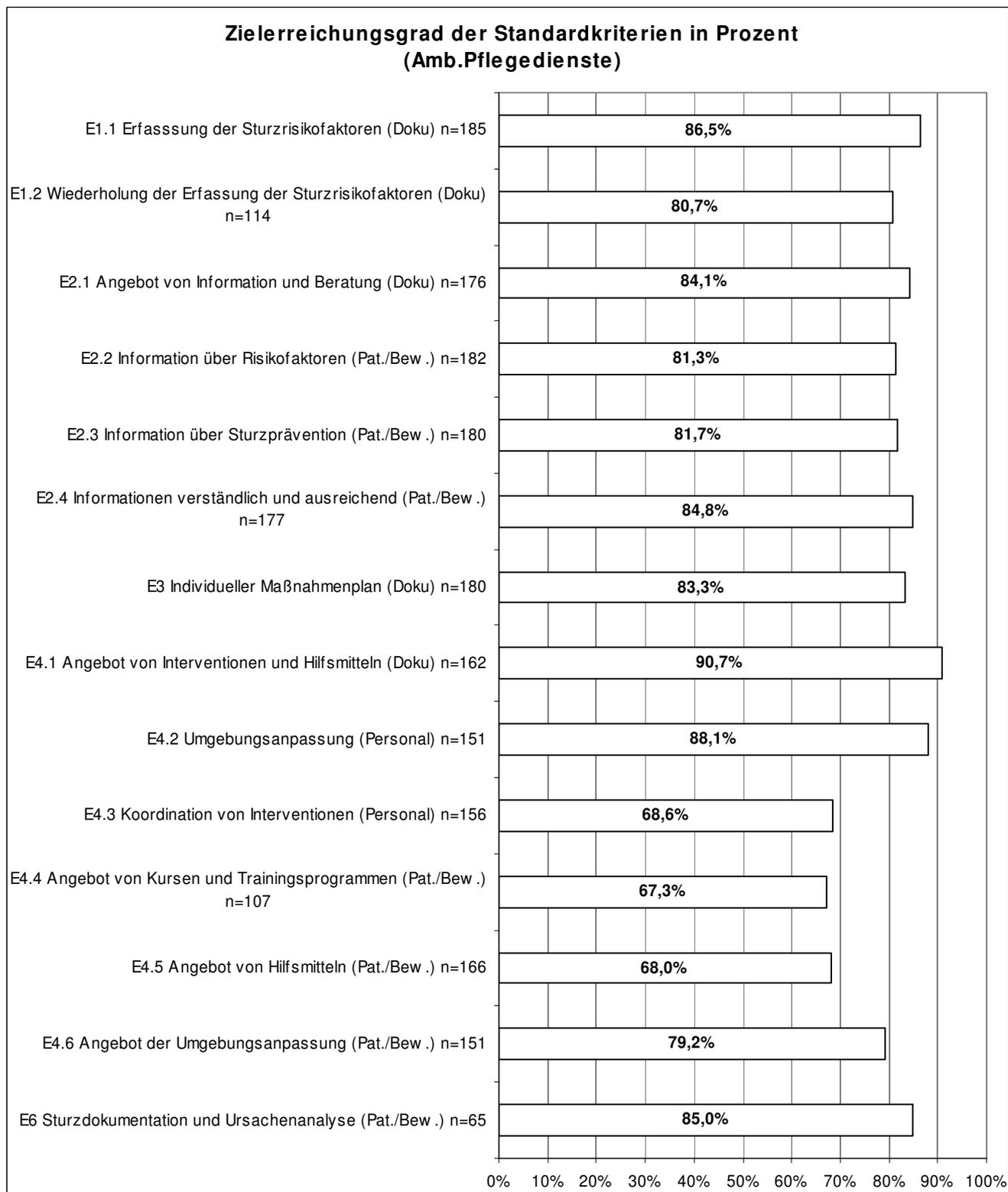
Legende: Doku: Angaben aus der Pflegedokumentation; Personal: Angaben durch Pflegepersonal; Pat./Bew.: Angaben von Patienten/Bewohnern/Angehörigen

Abb.: 14

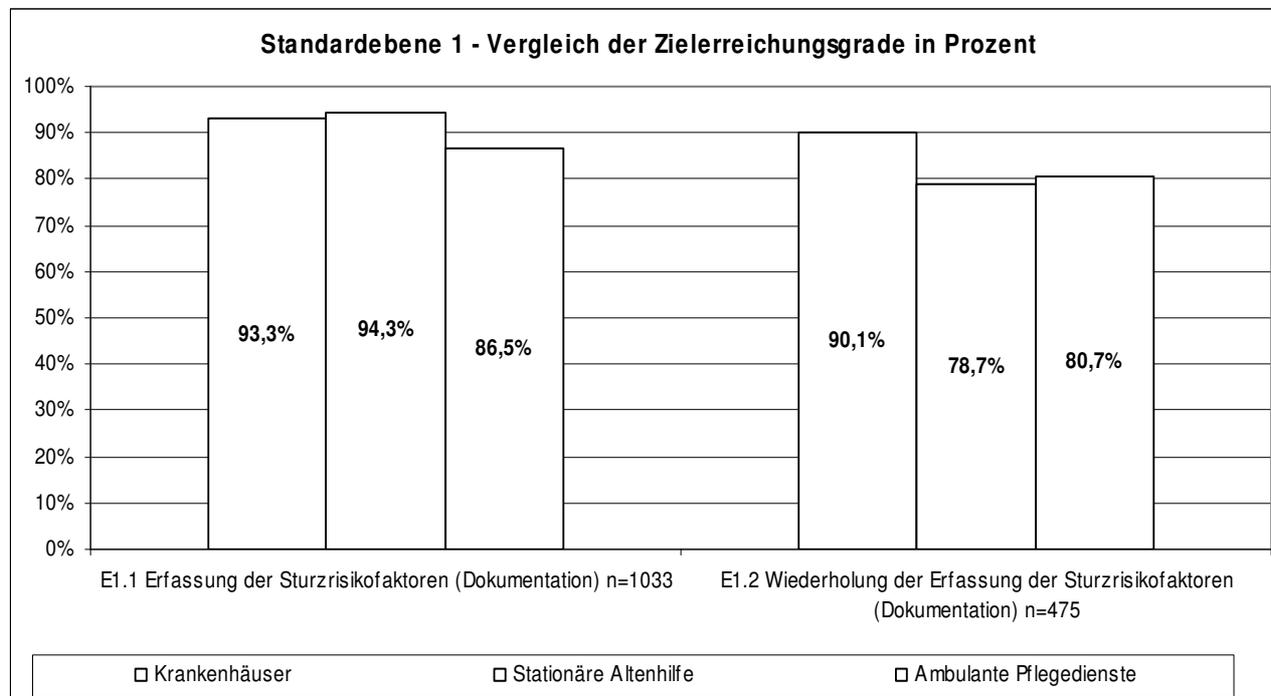


Doku: Angaben aus der Pflegedokumentation; Personal: Angaben durch Pflegepersonal; Pat./Bew.: Angaben von Patienten/Bewohnern/Angehörigen

Abb.: 15



Doku: Angaben aus der Pflegedokumentation; Personal: Angaben durch Pflegepersonal; Pat./Bew.: Angaben von Patienten/Bewohnern/Angehörigen

E1 Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor**Abb.: 16**

Die Frage, ob zu Beginn der pflegerischen Versorgung eine systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren vorgenommen wurde (E1.1), wurde zu 92,5 % bejaht, die Werte liegen für alle Einrichtungen zwischen 77,1 % und 100 %. Als Unterstützung dieser systematischen Erfassung haben 23 Einrichtungen die im Standard vorgestellte Sturzrisikofaktorentabelle genutzt, in der Regel in einer der Dokumentation und Bedürfnissen der Einrichtung angepassten Form. Zwei Einrichtungen haben andere Instrumente genutzt, einmal die Morse-Skala, einmal die STRATIFY-Skala (zu den Sturzrisiko-Assessmentinstrumenten vgl. Kap. 3.4, S. 67).

In den Krankenhäusern wurde in 93,3 % der Fälle eine systematische Einschätzung vorgenommen. Die Werte liegen zwischen 79,3 % und 100 %, außer dem niedrigsten Wert liegen alle anderen über 90 %. In der stationären Altenhilfe betrug der Zielerreichungsgrad 94,3 % bei Werten zwischen 77,1 % und 100 %. Die Werte der ambulanten Pflegedienste sind insgesamt etwas geringer. Im Durchschnitt erreichen sie 86,5 % bei Werten zwischen 81,8 %, und 91,8 %.

In 83,8 % aller Fälle ist bei einer Veränderung der Pflegesituation oder nach einem Sturz des Patienten/Bewohners die Erfassung der Sturzrisikofaktoren wiederholt worden (E1.2). Die Werte liegen zwischen 0 % und 100 %¹⁰. Der Zielerreichungsgrad liegt in den Krankenhäusern bei 90,1 %, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 78,7 % und in den ambulanten Pflegeeinrichtungen bei 80,7 %. Während die Werte für die Ersteinschätzung als sehr gut gelten können, fallen die Folgeeinschätzungen zwar immer noch gut aus, liegen aber insgesamt um fast 10 % niedriger.

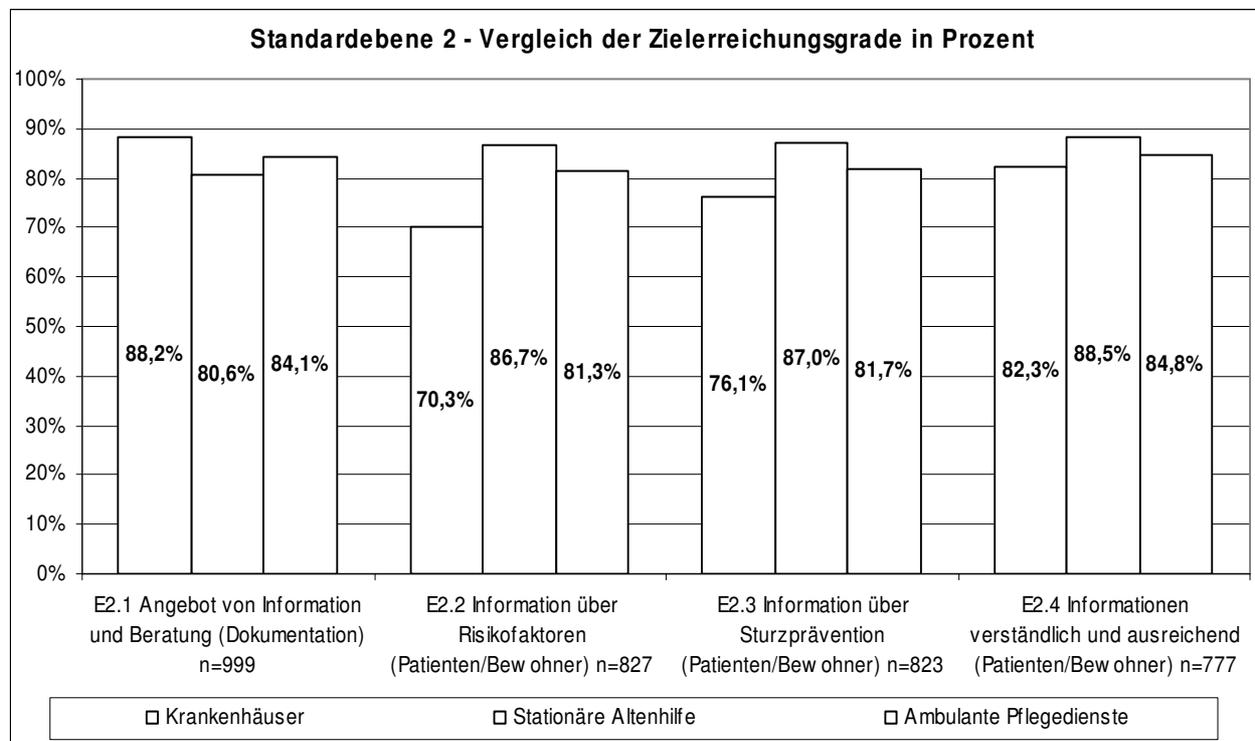
In Bezug auf die Qualität der Einschätzung, ob also in jedem Fall eine explizite klinische Einschätzung vorgelegen hat, ergeben die Auskünfte der Projektbeauftragten, dass bei ca. 180 von 1.033 auditierten Patienten, also 17,4 % ein etwas reduziertes Einschätzungsverfahren angewandt wurde¹¹.

¹⁰ Der niedrigste Wert ist auf Dokumentationsfehler zurückzuführen.

¹¹ In zwei Krankenhäusern wurde bereits das Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors und bei einem ambulanten Pflegedienst das Vorliegen von zwei Risikofaktoren bei einem Patienten als Zeichen für das Vorliegen einer erhöhten Sturzgefährdung angesehen, und zwar unabhängig von der Frage, ob dieses Risiko kompensiert war oder nicht. Es fehlt dann beispielsweise die Einschätzung darüber, ob ein vorliegender Risikofaktor, z. B. ein Sehfehler, ausreichend kompensiert war und damit eben kein *erhöhtes* Sturzrisiko verursachte oder nicht. Dies bedeutet, dass im Sample unter den als sturzgefährdet erfassten eine gewisse Anzahl „falsch positiv“ eingeschätzter Personen sein könnten, also Patienten, bei denen zwar ein Risikofaktor vorliegt, die aber nicht erhöht sturzgefährdet sind. Die betroffenen Einrichtungen haben ihre Vorgehensweise inzwischen revidiert und sind zu einer klinischen Einschätzung des Sturzrisikos anhand der Risikofaktorentabelle übergegangen. Aus dem Gesagten ergibt sich für die Bewertung der Kriterienerfüllung gleichwohl, dass die Einschätzung des Sturzrisikos geringfügig an Aussagekraft verliert, da in einigen Fällen ein „ja“ bei der Kriterienerfüllung nicht auch eine explizite klinische Einschätzung der Pflegekraft beinhaltet. Das heißt, nicht die Prozentzahl der Kriterienerfüllung steht in diesen Fällen in Frage, sondern deren inhaltliche Qualität. Wir kommen bei den Schlussfolgerungen aus der modellhaften Implementierung auf diesen Punkt zurück (s. Kap. 5.5). Für die anderen Kriterienebenen ergeben sich im Sinne eines Qualitätsaudits keine Probleme, da individuelle Maßnahmenpläne, Beratung und Interventionen wie z. B. Umgebungsanpassung, auf die identifizierten Risikofaktoren im individuellen Fall abgestimmt sind.

E2 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die individuellen Risikofaktoren sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

Abb.: 17



Die Zielerreichungsgrade der Standardebene zwei ergeben sich aus einer Kombination von Dokumentationsanalyse und Befragung der Patienten/Bewohner oder ihrer Angehörigen, um ein Bild von Umfang, Angebot, Nachfrage sowie Annahme und Verständnis der gegebenen Beratung und Information zu erhalten. Auf die Frage, ob dem Patienten/Bewohner Informationen und Beratung über identifizierte Sturzrisikofaktoren und mögliche Interventionsmaßnahmen gegeben wurden (E2.1), konnte aus insgesamt 84,8 % der Dokumentationen eine positive Antwort gewonnen werden. Der Wertebereich lag zwischen 20 % und 100 %. Auch bei dieser Frage gibt es zwischen den Einrichtungsarten kaum Unterschiede in den Zielerreichungsgraden, die Krankenhäuser erreichten 88,2 %, die stationären Altenhilfeeinrichtungen 80,6 % und die ambulanten Pflegedienste 84 %.

Dazu gaben 78,1 % der Patienten/Bewohner an, dass sie Informationen und Beratung über ihre Sturzrisikofaktoren (E2.2) und 80,9 %, dass sie Informationen und Beratung über mögliche Interventionsmaßnahmen erhalten haben (E2.3). In den Krankenhäusern liegen die Zielerreichungsgrade für diese Fragen bei 70,3 % und 76,1 %, in den stationären Pflegeeinrichtungen bei 86,7 % und 87,0 % und bei den ambulanten Pflegediensten bei 81,3 % und 81,7 %.

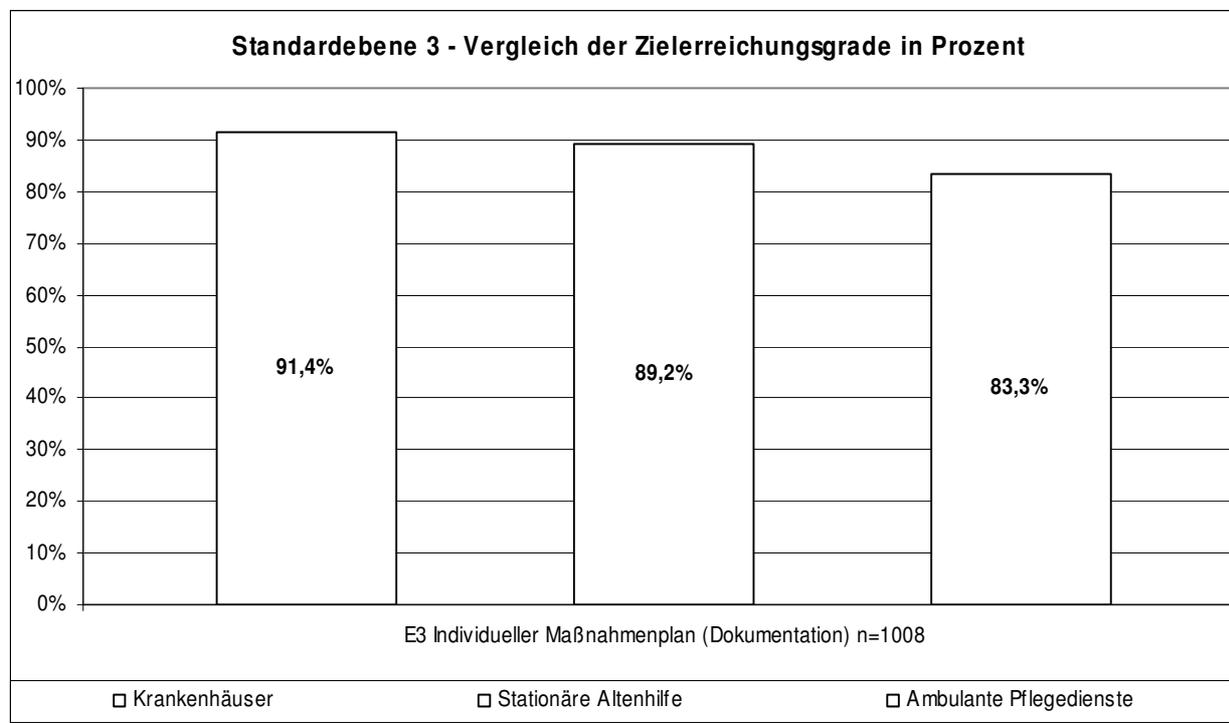
Diese prozentualen Zielerreichungsgrade sind beim generell anspruchsvollen Thema Beratung als hoch einzuschätzen. Zu beobachten ist dennoch, dass die Fallzahlen bei den Fragen an die Patienten/Bewohner nach erhaltenen Informationen in den Krankenhäusern niedriger liegen als die Dokumentation von gegebenen Informationen. Die Projektbeauftragten berichteten, dass viele Patienten/Bewohner sich erst nach erläuternden Hinweisen daran erinnern konnten, von Pflegefachkräften zu Risiken und Maßnahmen informiert worden zu sein. Anders als beim Thema Schmerz, aber ähnlich wie beim Thema Dekubitusprophylaxe mag ein Grund darin liegen, dass die Sturzgefahr im Krankenhaus subjektiv als geringes Problem eingeschätzt wurde und daher wenig Aufmerksamkeit erfuhr.

Während die Beratung im Krankenhaus nicht immer einen gesonderten Platz findet, sondern im Rahmen anderer Tätigkeiten stattfinden kann, scheint ein „Beratungsbesuch“ in der ambulanten Pflege auch als solcher verstanden zu werden, insbesondere wenn z. B. bei der Wohnraumanpassung das individuelle, persönliche Umfeld von möglichen Interventionen berührt wird. In der ambulanten Pflege entspricht die Zahl der dokumentierten Beratungsleistungen den Angaben der Patienten oder ihrer Angehörigen über erhaltene Beratungen. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurden sogar prozentual mehr Beratungssituationen erinnert als dokumentiert, was für ein hohes Niveau durchgeführter Beratungen und vielleicht auch für eine erhöhte Sensibilität der Bewohner für das Thema spricht.

84,9 % der befragten Patienten/Bewohner oder Angehörigen gaben an, dass die ihnen gegebenen Informationen verständlich und ausreichend waren (E2.4), die Werte lagen zwischen 62,5 % und 100 %. Zwischen den Einrichtungsarten bestehen bei den Zielerreichungsgraden nur geringfügige Unterschiede. In den Krankenhäusern geben 82,3 % der Patienten an, verständliche Informationen erhalten zu haben, in den stationären Altenhilfeeinrichtungen 88,5 % der Bewohner oder der Angehörigen und von den Patienten der ambulanten Pflegedienste sind es 84,8 %. Im Vergleich zu dem nach wie vor relativ hoch eingeschätztem Bedarf an Kompetenzerwerb der Pflegefachkräfte im Bereich Beratung (45,8 % aller Pflegefachkräfte, vgl. personalbezogene Auditergebnisse Kap. 5.4.6.4, S. 150), wird deutlich, dass diese ihre Kompetenzen geringer einschätzen, als sie von den beratenen Personen wahrgenommen werden.

E3 Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor

Abb.: 18



Aus der Dokumentationsanalyse geht hervor, dass in 89,2 % aller anwendbaren Fälle ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe vorgelegen hat (E3). Der niedrigste Wert liegt bei 65 %, der höchste bei 100 %. Die Krankenhäuser erreichen einen Grad von 91,4 %, der niedrigste Wert liegt bei 85,7 %, der höchste bei 100 %. Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe erreichen 89,2 % bei einem Wertebereich von 65 % bis 100 % und bei den ambulanten Pflegediensten liegt in 83,3 % der Fälle ein individueller Maßnahmenplan vor, bei Werten zwischen 70 % und 94,3 %. Dies kann insgesamt als hohe Kriterienerfüllung eingeschätzt werden.

E4 Interventionen, Hilfsmittel und Umgebung sind dem individuellen Sturzrisiko des Patienten/Bewohners angepasst und fördern eine sichere Mobilität.

Die Abbildungen 19 und 20 zeigen einen vergleichenden Überblick über die Zielerreichungsgrade der Standardebene

Abb.: 19

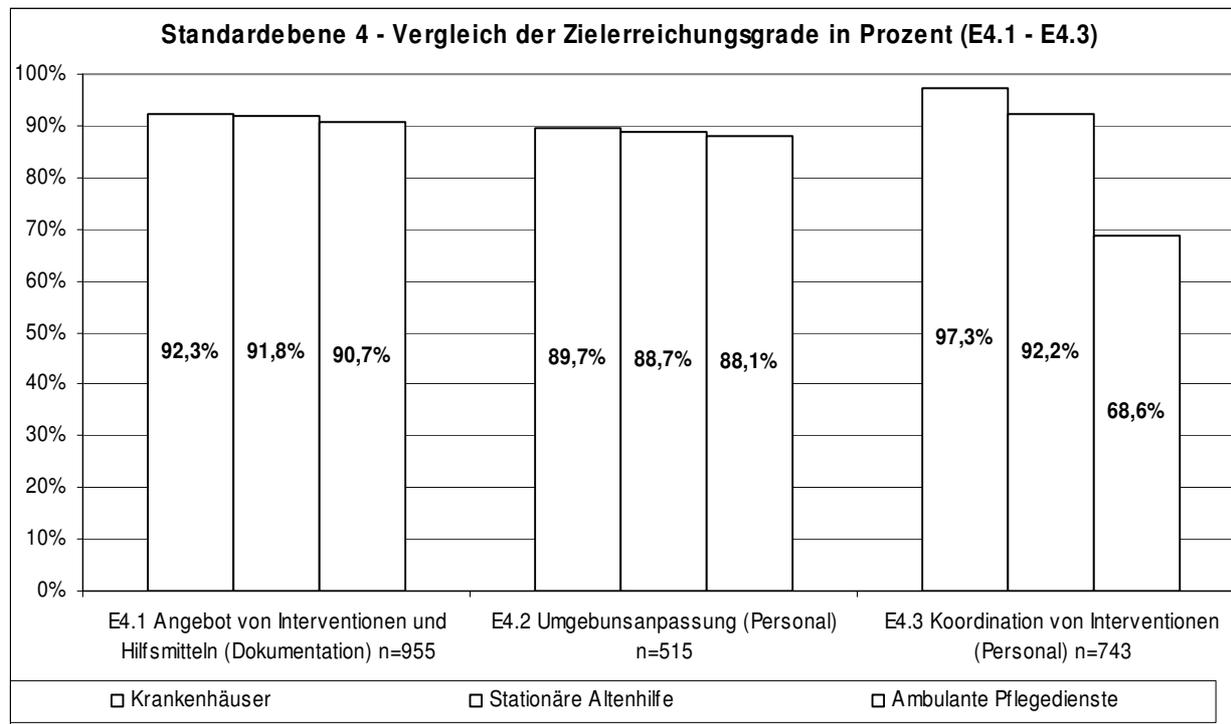
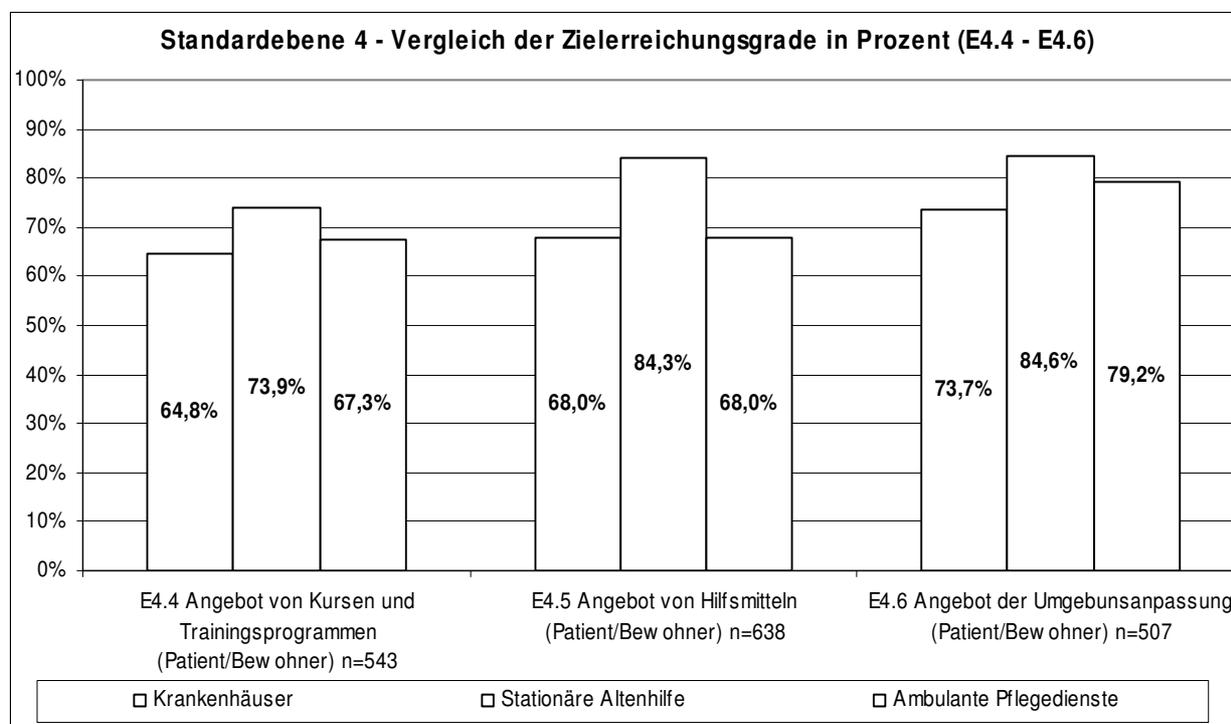


Abb.: 20



In 91,8 % der anwendbaren Fälle wurden dem Patienten/Bewohner die im Maßnahmenplan vorgeschlagenen *Interventionen* angeboten (E4.1), die Werte lagen zwischen 65 % und 100 %. Dabei entfielen auf die Krankenhäuser 92,3 %, die Einrichtungen der stationären Altenhilfe 91,8 % und die ambulanten Pflegedienste 90,7 %.

Aus den Auditprotokollen wird deutlich, dass je nach Einrichtungsart unterschiedliche Maßnahmen vorrangig angeboten wurden. In den Krankenhäusern beruhte der Großteil der Angebote laut Dokumentation auf personeller Hilfe in Form von Begleitung, dem Gewähren von Sicherheit durch mechanische Hilfen (z. B. Klingel) und der Unterstützung körpereigener Ressourcen der Patienten durch Hinzuziehen anderer Berufsgruppen, z. B. durch Planung und Organisation von Physio- und Ergotherapie. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurden deutlich mehr Gruppenangebote gemacht, z. B. zur Steigerung von Kraft und Balance, als in den anderen Einrichtungen und es wurde größeres Gewicht auf Sturzfolgen minimierende Maßnahmen gelegt, z. B. durch Hüftprotektoren. In den ambulanten Pflegediensten kann organisationsbedingt der Einsatz personeller Hilfen nicht so sehr im Vordergrund stehen, so dass hier eher instrumentelle Hilfen zum Einsatz kamen: es wurden vorrangig Rollatoren oder Rollstühle empfohlen.

Die Patienten/Bewohner oder Angehörigen wurden, ähnlich wie zum Thema Beratung, gefragt, ob ihnen *Kurse und Trainingsprogramme* (E4.4) angeboten worden sind. Darauf antworteten in allen Einrichtungen 69 % der Patienten/Bewohner oder der Angehörigen mit Ja. In den Krankenhäusern bestätigten 64,8 % der befragten Patienten das Angebot von Kursen und Trainingsprogrammen. Der niedrigste Wert liegt bei 7,9 %, der höchste bei 100 %. In den Einrichtungen der Altenhilfe liegt der durchschnittliche Wert etwas höher, bei 73,9 %, der niedrigste Wert liegt hier bei 0 %, der höchste bei 100 %. Der niedrigste Wert basiert auf dem Umstand, dass in einer Einrichtung ein Trainingsprogramm zwar geplant, aber noch nicht umgesetzt war. Etwas geringer, aber noch höher als in den Krankenhäusern, liegt der Zielerreichungsgrad der Einrichtungen der ambulanten Pflege: 67,3 % der Patienten oder der Angehörigen wurden spezielle Kurse zur Sturzvermeidung angeboten¹².

Das Angebot von *Hilfsmitteln* zur Sturzprophylaxe und zur Minimierung von Sturzfolgen, wie z. B. Hüftprotektoren (E4.5), bejahten insgesamt 74,5 % aller Patienten/Bewohner. Der niedrigste Wert liegt bei 23,1 %, der höchste bei 100 %. In den Krankenhäuser und in den ambulanten Pflegediensten liegt der Zielerreichungsgrad bei etwas mehr als 68 %, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe deutlich darüber. Hier gaben 84,3 % der befragten Bewohner oder ihre Angehörigen an, ein entsprechendes Angebot erhalten zu haben.

¹² Hier fließen aufgrund eines Erhebungsfehlers in einem Audit nur die Daten von vier ambulanten Diensten in die Auswertung ein.

Die Frage, warum mehr Interventionen angeboten als insgesamt erinnert wurden (91,8 % zu 69 % bzw. 74,5 %), lässt sich – ähnlich wie beim Thema Beratung – nicht abschließend klären. Als wichtige Anhaltspunkte erscheinen gleichwohl die in den Auditunterlagen häufig erwähnten kommunikativen Probleme und kognitiven Einschränkungen der Patienten/Bewohner.

Das Pflegepersonal wurde befragt, in wie fern sie bei Identifikation von umgebungsbedingten Sturzrisikofaktoren dem Patienten/Bewohner eine *individuelle Umgebungsanpassung* anbieten konnten (E4.2). Der Zielerreichungsgrad lag bei dieser Frage für alle Einrichtungen bei 88,9 %, der Wertebereich zwischen 57,1 % und 100 %. Außer dem niedrigsten Wert lagen alle Werte über 70 %. In einer Einrichtung, einem neu erbauten Krankenhaus, waren alle Audits zu dieser Frage nicht anwendbar, weil keine umgebungsbedingten Risikofaktoren identifiziert worden sind. Die Zielerreichungsgrade der Einrichtungsarten unterscheiden sich bei dieser Frage kaum, sie liegen alle etwas unter oder über 89 %. Unterschiedlich sind dagegen die vorgenommenen oder angebotenen Anpassungen. In den Krankenhäusern besteht die individuelle Umgebungsanpassung in der Regel um die Sorge für eine sichere Bettumgebung. Zusätzlich gibt es generelle organisatorische Maßnahmen (trockene Fußböden usw.) und Ergänzungen der Ausstattung von Räumen und Fluren mit Haltegriffen, Handläufen und zusätzlichen Sitzgelegenheiten. In den stationären Pflegeeinrichtungen sind in geringem Ausmaß Maßnahmen zu finden, die eine sichere Umgebung gewähren, wie z. B. ein Nachtlicht im Badezimmer. Es ist davon auszugehen, dass Einrichtungen der stationären Altenhilfe generell mehr an das Prinzip der Barrierefreiheit angepasst sind. Umgebungsanpassungen in der ambulanten Pflege sind in der Regel Angebote kleinerer baulicher Anpassungen, z. B. Haltegriffe im Bad, oder das Beseitigen von Stolperfallen, wie z. B. Teppichen. Hier finden sich in den Audits häufiger Hinweise, dass diese oder ähnliche Interventionen auf Wunsch der Patienten nicht durchgeführt werden konnten.

Bei der Befragung der Patienten/Bewohner zur angebotenen Umgebungsanpassung ergibt sich eine geringere Differenz zu den dokumentierten Werten als beim Thema Interventionen: 79,3 % geben an, ein Angebot zur Umgebungsanpassung erhalten zu haben (gegenüber 88,9 % dokumentierten Angeboten). In den Krankenhäusern lag dieser Wert mit 73,7 % vergleichsweise niedrig. Grund hierfür könnte sein, dass die Umgebungsanpassungen im Krankenhaus von den Patienten nicht in jedem Fall als solche wahrgenommen wurden, während diese in der stationären und ambulanten Pflege stärker als Eingriff in den eigenen Lebensbereich empfunden und damit deutlicher erinnert wurden. Hier lagen die Werte mit 84,6 % (stationäre Altenhilfe) und 79,2 % (ambulante Pflege) deutlich höher.

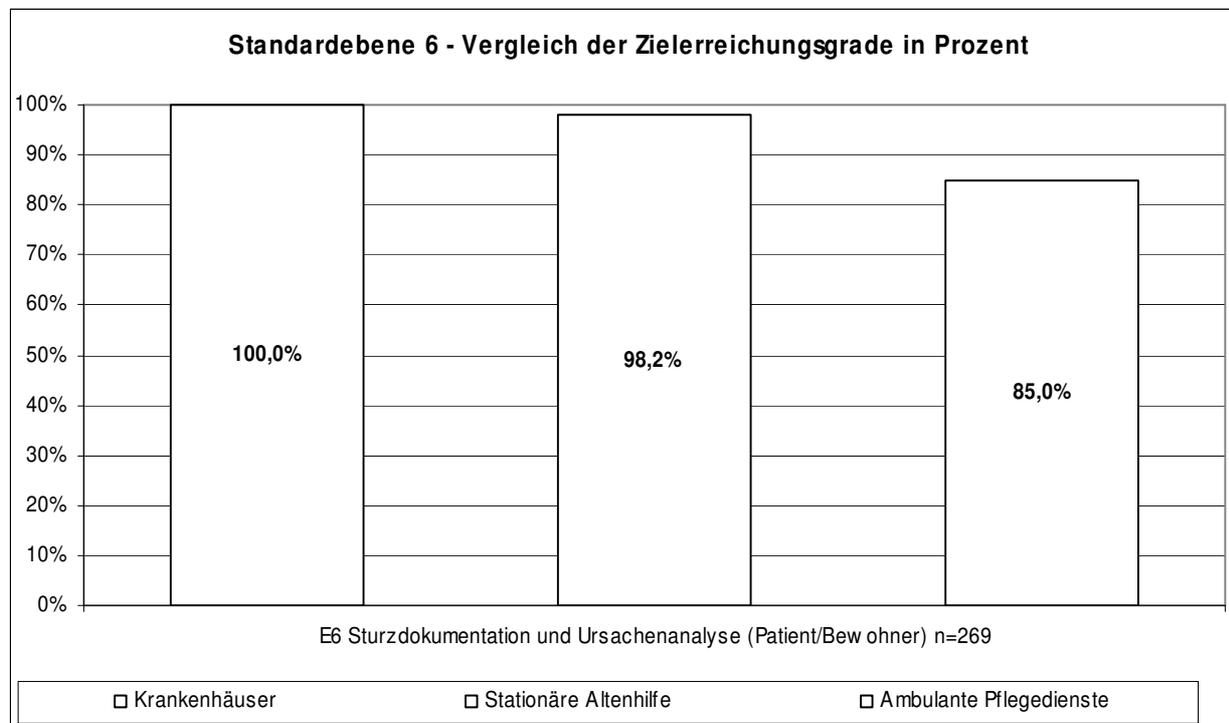
Auf die Frage, ob es möglich war, geplante Interventionen entsprechend zu koordinieren (E4.3), antworteten 89,2 % der Pflegefachkräfte mit Ja. Die Spannweite liegt zwischen 29,6 % und 100 %. Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern sahen sich zu 97,3 % und in der

stationären Pflege zu 92,2 % in der Lage, geplante Interventionen zu koordinieren. Diese relativ hohen Zielerreichungsgrade lassen sich darauf zurückführen, dass die engere Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der stationären Pflege koordinierende Tätigkeiten sowohl ermöglicht als auch erfordert und die geforderte Autorisierung (S4b) erfolgreich umgesetzt werden kann. Bei den ambulanten Pflegediensten liegt der Zielerreichungsgrad bei 68,6 %. Dieser geringere Grad zeigt, dass in der ambulanten Pflege für die Pflegefachkräfte weniger Möglichkeiten der Koordination von Interventionen und Hilfsmitteln bestehen. Dies liegt unter anderem daran, dass die Patienten ein größeres Mitspracherecht beanspruchen, für einen Großteil der Interventionen und Hilfsmittel ärztliche Verordnungen notwendig sind und das generelle Angebot an ambulanten Kursen oder Trainingsprogrammen geringer ist.

Insgesamt ist für diese Kriterienebene positiv festzuhalten, dass während des Implementierungszeitraumes eine große Zahl von unterschiedlichen Interventionen angeboten und durchgeführt wurde, die die sichere Mobilität von Patienten/Bewohnern fördern. So gab es beispielsweise ein erfreulich hohes Angebot der stationären Altenhilfeeinrichtungen an Kursen und Trainingsprogrammen zur Steigerung von Kraft und Balance, mehr als zu Beginn des Projektes vermutet wurde. Der anspruchsvolle gesundheits- und lebensqualitätsförderliche Anspruch dieses Expertenstandards, der sich im Ziel der sicheren Mobilität ausdrückt, konnte weitgehend eingelöst werden.

E6 Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert. In den Einrichtungen liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.

Abb.: 21



Die Standardebene 6 erreicht insgesamt den höchsten Zielerreichungsgrad im Audit, sowohl für alle Einrichtungen zusammen als auch bei den einzelnen Einrichtungstypen. Aus der Analyse der auditierten Pflegedokumentationen geht hervor, dass im Auditzeitraum in allen Einrichtungen 269 Stürze erfasst worden sind. Das Sturzgeschehen unterscheidet sich dabei zwischen den Einrichtungstypen erheblich. In den Krankenhäusern wurden in den Modellpflegeeinheiten durchschnittlich etwa je vier Stürze im Auditzeitraum erfasst, in den stationären Pflegeeinrichtungen knapp 17 und bei den ambulanten Pflegediensten etwas mehr als 15¹³. Von allen erfassten Stürzen wurden 253 systematisch dokumentiert und analysiert. Das entspricht für alle Einrichtungen einem Zielerreichungsgrad von 95 % bei einer Spannweite von 85 % bis 100 %.

In den Krankenhäusern liegt der Zielerreichungsgrad bei 100 %. Alle 38 erfassten Stürze wurden nach den Vorgaben des Standards und entsprechend den in den Krankenhäusern geschaffenen Dokumentationsmaterialien dokumentiert und analysiert. In den Einrichtungen

¹³ Bei den ambulanten Pflegediensten konnten aufgrund eines systematischen Erfassungsfehlers in einem Audit nur die Daten von vier Einrichtungen in die Analyse einfließen.

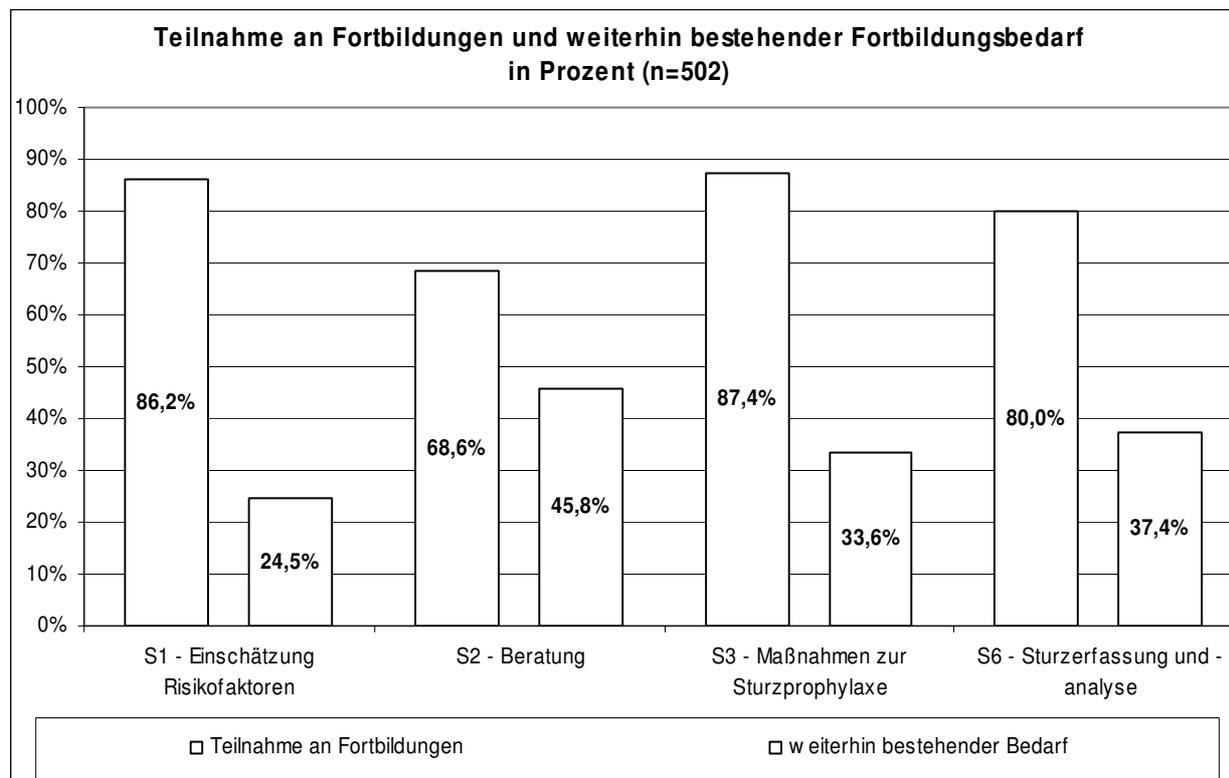
der stationären Altenhilfe wurden mit 166 Stürzen die meisten Stürze aller Einrichtungsarten erfasst. Von diesen 166 wurden 163 dokumentiert und analysiert, das entspricht einem Zielerreichungsgrad von 98,2 %. Der geringste Grad lag bei 93,3 %, ein weiterer bei 95 %, alle anderen acht Einrichtungen erreichten 100 %. In den ambulanten Pflegediensten lag der Zielerreichungsgrad bei 85 %. Es wurden 52 von 61 erfassten Stürzen analysiert und dokumentiert, bei einer Spannweite von 85 % bis 100 %.

Insgesamt sind auf 1.033 auditierte Patienten/Bewohner mit erfassten Sturzrisikofaktoren 269 Stürze dokumentiert. Die Sturzquote beträgt also insgesamt 26 %. In den Krankenhäusern lag die Quote mit 479 Patienten und 38 dokumentierten Stürzen bei 7,9 %. In der stationären Altenhilfe wurden auf 369 Bewohner 166 Stürze verzeichnet, also 45 %. In der ambulanten Pflege kommen auf 185 Patienten 65 dokumentierte Stürze, also 35,1 %.

Diese Zahlen stellen keine systematische Sturzerfassung, sondern nur einen begrenzten Indikator für einen begrenzten Zeitraum (ein Monat) dar. Für eine Sturzerfassung müssten Vergleichsgrößen anzugeben sein, wie etwa Stürze auf Patienten/Bewohnertage pro Jahr. Dies wurde mit dem individuellen Audit nicht erfasst. Zwar verfügen 21 der 25 Einrichtungen über Zahlen zum Sturzgeschehen, diese sind in ihrem Aufbau jedoch zu unterschiedlich, als dass Vergleiche möglich wären. Sowohl die Sturzzahlen im Audit als auch die Sturzerfassungen der Einrichtungen stimmen in der Tendenz mit der Literaturanalyse (vgl. Kap. 3.2.1.2, S. 45) überein, dass das Problem eines erhöhten Sturzrisikos in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen massiv anzutreffen ist, aber auch in den Krankenhäusern auf manchen Abteilungen (Neurologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie oder Abteilungen mit sehr hohem Altersdurchschnitt) ein ernstzunehmendes Problem darstellt.

5.4.6.4 Personalbezogene Auditergebnisse

Die Abbildung 22 zeigt einen vergleichenden Überblick über die Teilnahme an standardrelevanten Fortbildungen der Pflegefachkräfte aller Einrichtungen innerhalb der letzten 24 Monate und ihren subjektiv weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf zu den entsprechenden Themen. Die standardrelevanten Fortbildungsthemen wurden von durchschnittlich 80,5 % aller am Audit teilnehmenden Pflegefachkräfte besucht. 35,2 % der Pflegefachkräfte haben weiterhin Fortbildungsbedarf zu diesen Themen.

Abb.: 22

Die beiden folgenden Abbildungen 23 und 24 zeigen den Anteil der Pflegefachkräfte, die an Fortbildungen teilgenommen haben und den weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf getrennt nach Einrichtungsart.

Ein erster Überblick über die Ergebnisse zeigt, dass die Quote der Teilnahme der befragten Pflegefachkräfte an allen relevanten Fortbildungen gegenüber dem weiterhin bestehenden Bedarf überwiegt, bei einigen Themen ist dieses Übergewicht deutlicher (Einschätzung Risikofaktoren, Präventionsmaßnahmen) als bei anderen (Beratung, Sturzerfassung und -analyse) und es bestehen diesbezüglich leichte Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten. Es kann auch festgestellt werden, dass der Anteil der Pflegefachkräfte, die angeben, an den jeweiligen Fortbildungen teilgenommen zu haben, zwischen den Einrichtungsarten nahezu gleich ist und sich die Unterschiede hinsichtlich des bestehenden Fortbildungsbedarfs aus den Spezifika der jeweiligen Einrichtungsarten ableiten lassen. In der Folge wird auf die einzelnen Fortbildungsbereiche gesondert eingegangen.

Abb.: 23

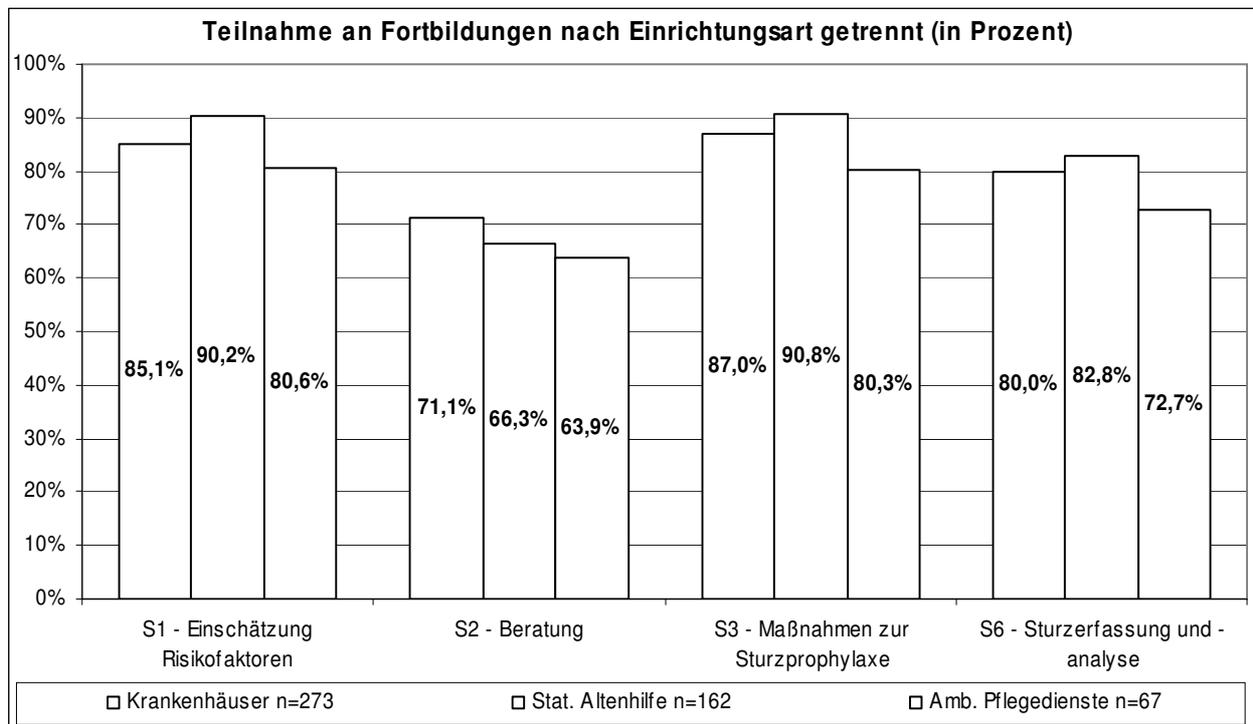
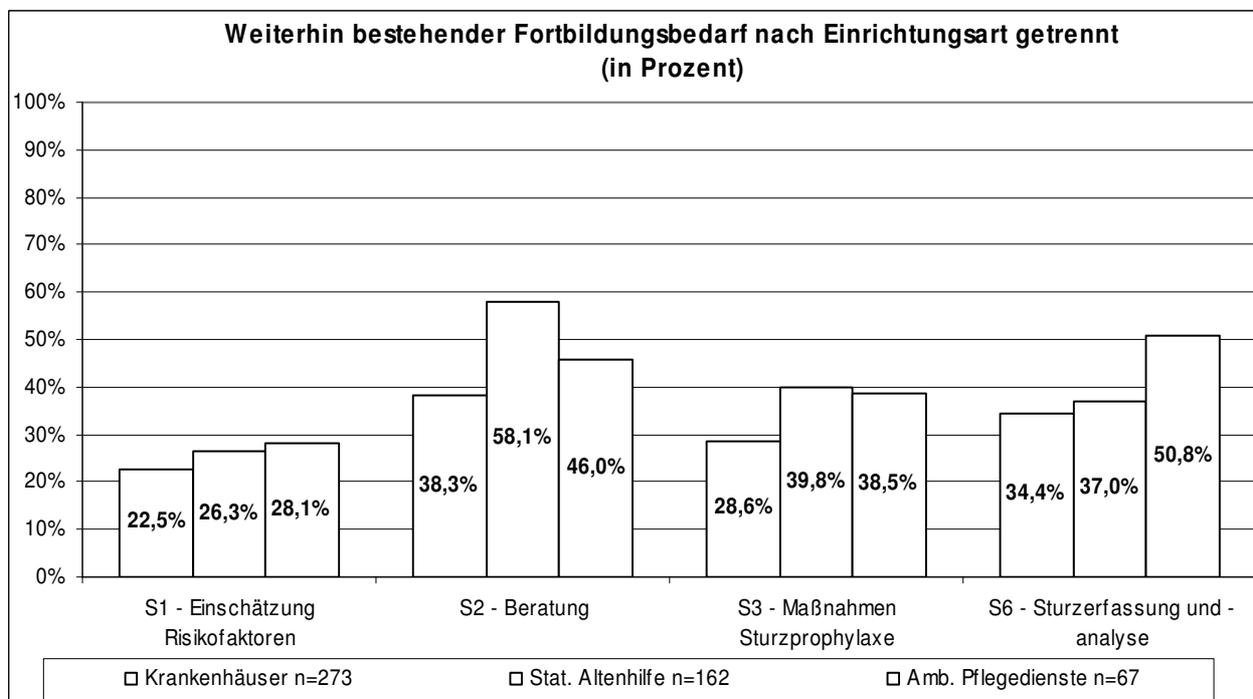


Abb.: 24



S1 Fortbildungen zur Einschätzung der Risikofaktoren

Von allen teilnehmenden Pflegefachkräften geben etwa 86 % an, eine Fortbildung zum Themenkreis der Identifikation von Sturzrisikofaktoren besucht zu haben, einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf sehen bei sich knapp 25 % aller Teilnehmer. Dieser hohe Anteil an Pflegefachkräften, die an einer Fortbildung zu Sturzrisikofaktoren teilgenommen haben, zeigt sich auch an der Verteilung der Teilnahmequote zwischen 61 % und 100 % zwischen allen Einrichtungen bei einer Häufung von Werten um 90 % und nur wenigen Einrichtungen mit Teilnahmequoten unter 75 %.

Auch in den einzelnen Einrichtungsarten spiegelt sich diese Teilnahmequote. In den Krankenhäusern haben 85,1 % der befragten Pflegefachkräfte teilgenommen, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe 90,2 % und in den ambulanten Pflegediensten 80,6 %. Der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf liegt bei durchschnittlich 24,5 % in allen Einrichtungen mit einer Spanne zwischen 0 % und 54,5 %. Dem Wissen und der Erfahrung in der Einschätzung von Sturzrisikofaktoren und der Anwendung dieses Wissens auf den individuellen Patienten kommt in dem vorliegenden Standard große Bedeutung zu. Die große Anzahl angebotener Fortbildungen in diesem Bereich während der Implementierungsphase (23 % aller Fortbildungen) und die hohen Teilnahmequoten an den entsprechenden Fortbildungen zeigen, dass sich die Einrichtungen ebenso wie die Pflegefachkräfte der Bedeutung bewusst sind, die der Erwerb und die Aufrechterhaltung aktuellen Wissens für die Aufgabe der sicheren und patienten- bzw. bewohnerorientierten Sturzrisikofaktoreneinschätzung haben.

S2 Fortbildungen zur Beratung

Die Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen über vorliegende Sturzrisikofaktoren und die Möglichkeit der Minimierung durch gezielte Maßnahmen hat einen wichtigen Anteil an der Sturzprophylaxe. Insgesamt haben 68,6 % der teilnehmenden Pflegefachkräfte eine Fortbildung zum Thema Beratung besucht, einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf geben 45,8 % aller Pflegefachkräfte an. Die Anteile sowohl für die Teilnahme als auch für den Bedarf liegen weit auseinander, zwischen 29,4 % und 100 % für die Teilnahme und zwischen 0 % und 93,3 % für den Bedarf.

In den Krankenhäusern haben 71,1 % der befragten Pflegefachkräfte an einer Fortbildung zum Thema Beratung teilgenommen, einen weiterhin bestehenden Bedarf geben 38,3 % an. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe haben 66,25 % an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen, hier ist darüber hinaus der Anteil derer, die einen weiteren Fortbildungsbedarf haben mit 58,1 % vergleichsweise am größten. Von den teilnehmenden

Pflegefachkräften der ambulanten Pflege geben 63,9 % an, an einer Fortbildung zum Thema teilgenommen zu haben, während 46 % einen weiteren Fortbildungsbedarf wahrnehmen. Wie auch bei den bisherigen Implementierungsprojekten zeigt sich hier ein nach wie vor hoher Entwicklungsbedarf der Pflegepraxis insgesamt, insbesondere aber in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

S3 Fortbildungen zu Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

Die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe erreichen mit durchschnittlich 87,35 % von allen im Audit überprüften Fortbildungsbereichen den höchsten Teilnahmeanteil. Der höchste Wert liegt bei 100 %, der geringste bei 64,3 %. In den Krankenhäusern liegt der Anteil bei knapp 87 %, in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei 90,8 % und in der ambulanten Pflege bei 80,3 %. Demgegenüber geben im Durchschnitt 33,6 % aller teilnehmenden Pflegefachkräfte einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an.

Im Krankenhaus sind dies mit 28,6 % die wenigsten, während in der stationären Altenhilfe und in der ambulanten Pflege mit etwa 39,75 % bzw. 38,5 % ein etwa gleich großer Anteil der Pflegefachkräfte weiteren Fortbildungsbedarf bei sich wahrnimmt. Dies könnte auf die vielschichtigeren Prophylaxe- und Interventionsmöglichkeiten zurückzuführen sein, die den Pflegefachkräften in der stationären und ambulanten Pflege begegnen, z. B. Inhalte aus dem Bereich der Wohnraumanpassung, spezielle Maßnahmen der Sturzfolgenminimierung usw. Dies zeigt sich auch an dem Fortbildungsangebot: Interventionen zur Sturzprophylaxe haben einen Anteil von 23,3 % an allen Fortbildungsangeboten und sind insbesondere in der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege deutlich ausdifferenziert.

S6 Fortbildungen zu Sturzerfassung und -analyse

Dokumentation war der am dritthäufigsten gewünschte und entsprechend angebotene Fortbildungsinhalt. Entsprechend hoch war auch die Teilnehmerquote. Sie liegt bei annähernd 80 %, der geringste Anteil ist etwa 43 %, der höchste in einer Einrichtung 100 %. Der Anteil der Pflegefachkräfte, die noch einen Bedarf an Fortbildungen in diesem Bereich haben liegt bei 37,4 %. Hier ist der geringste Anteil in einer Einrichtung bei 4,76 %, der höchste bei 81,8 %.

Vergleicht man die Einrichtungsarten fällt auf, dass in den Krankenhäusern und in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe die Quoten für die Teilnahme an den Fortbildungen zu Dokumentation und Sturzanalyse annähernd gleich bei 80 % bzw. 83 % und die eingeschätzten Bedarfe bei 34 % bzw. 37 % deutlich darunter liegen. In den Einrichtungen

der ambulanten Pflege ist die Teilnahmequote etwas geringer. Sie liegt bei 72,7 %. Auffällig ist hier der relativ hohe Anteil der befragten Pflegefachkräfte, der einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf hat. Er liegt bei etwa 50,8 %. Dies weist auf einen relativen Nachholbedarf der ambulanten Pflege hin, bei der die Sturzerfassung bislang weniger Aufmerksamkeit fand, da viele Stürze unbeobachtet und – anders als in stationären Pflegeeinrichtungen - außerhalb des direkten Verantwortungsbereiches der Pflegefachkräfte stattfinden.

5.5 Schlussfolgerungen

Insgesamt ist die Projektbilanz – auch aus Sicht der Projektbeauftragten – außerordentlich positiv. Zunächst einmal konnte die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen gegenüber dem Vorgängerprojekt nochmals um 25 % von 20 auf 25 erhöht werden. Dies stellt für das wissenschaftliche Team des DNQP angesichts der Begleitungsaufgaben allerdings eine Obergrenze dar. Es war möglich, den Beitrag der Pflege zu einem Kernbereich pflegerischen Handelns weiter zu verdeutlichen. Das eigenständige Handeln der Pflegefachkräfte in den Modellpflegeeinheiten konnte verstärkt werden. Sowohl die Einschätzung von Qualitätsrisiken, die Beratung als auch die Koordinierung von Maßnahmen stellen eine anspruchsvolle Aufgabe dar, die weit über den immer noch verbreiteten funktions- und ablaforientierten Alltag hinausgehen.

Zum sektorenübergreifenden Einsatz des Expertenstandards

Modellhaft ist der Nachweis gelungen, dass der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege in allen Einrichtungsarten der Pflege und damit allen Versorgungssektoren angewendet werden kann. Dies konnte erstmalig an vergleichbar großen Teilstichproben aufgezeigt werden. Das große Interesse der stationären Altenhilfe ist hier besonders zu betonen. Auch bei den ambulanten Pflegediensten ist ein deutlicher Sprung in der Beteiligung zu verzeichnen, allerdings bilden hier die knappen Ressourcen nach wie vor eine Hemmschwelle. Die besonderen Bedingungen jeder Einrichtungsart müssen bei der Anwendung des Standards berücksichtigt werden. Stellen die sinkenden Verweildauern die Krankenhäuser vor Probleme, so ist es in der stationären Altenhilfe der steigende Pflegebedarf, das höhere Alter und die Multimorbidität der Bewohner. Die ambulanten Pflegedienste müssen sich auf die jeweiligen Besonderheiten der häuslichen Pflegesituationen einstellen und benötigen dafür neben entsprechendem Fallverständnis auch Einschätzungs- und Beratungszeit, die in den aktuellen Finanzierungssystemen nicht vorgesehen ist. Diese Liste ließe sich verlängern. Umso erfreulicher ist der Umstand, dass allen Einrichtungen die modellhafte Implementierung des Expertenstandards hochgradig

gelingen ist und die notwendigen Anpassungen an die jeweilige Einrichtungsart die Kernaussagen und damit das Qualitätsniveau nicht beeinträchtigt haben.

Der sektorenübergreifende Einsatz von Expertenstandards stellt neben dem Professionalisierungsschub für die Pflegepraxis auch deshalb einen zusätzlichen Gewinn für die Qualitätsentwicklung dar, weil damit die gesundheitspolitisch seit langem geforderte Integration der Sektoren vorangetrieben wird. So können beispielsweise individuelle mobilitätsfördernde Maßnahmen in Krankenhäusern in aller Regel nur geplant und begonnen werden. Laut Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege werden nachfolgende versorgende Einrichtungen, z. B. ambulante Pflegedienste, darüber in Kenntnis gesetzt und aufgefordert, für Versorgungskontinuität zu sorgen. Arbeiten diese Einrichtungen dann mit dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege, erhöht sich die Chance auf Herstellung von Versorgungskontinuität beträchtlich.

Zur Einschätzung des Sturzrisikos

Ein Bereich des Expertenstandards, bei dem punktuell Umsetzungsprobleme deutlich geworden sind, ist die klinische Einschätzung eines erhöhten Sturzrisikos anhand einer Risikofaktorentabelle. Es zeigte sich, dass Assessments nach wie vor eine anspruchsvolle Aufgabe für die Pflegepraxis darstellen. Betrachtet man die Situation genauer, so ist ein Wandel festzustellen: der Gedanke des methodisch kontrollierten Vorgehens hat in der Pflegepraxis auf breiter Front Einzug gehalten. Dass der Pflegebedarf eines Patienten/Bewohners und seine pflegerelevanten Risiken nachvollziehbar eingeschätzt werden müssen, wird heutzutage kaum mehr bestritten. Dabei wird der berechtigte Anspruch an die Pflegewissenschaft erhoben, valide Einschätzungsinstrumente zur Verfügung zu stellen, wie sie beispielsweise mit den Schmerzskaleten vorliegen (vgl. Strohbücker 2005, S. 44ff.). Schwieriger wird es, wenn Skalen zwar verbreitet, aber nicht ausreichend valide sind, wie das bei diversen Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisiko der Fall ist (Panfil 2002, S. 53 ff.; Metzging 2004, S. 75ff. insbesondere S. 83). Dementsprechend empfiehlt der Expertenstandard die Beurteilung des Dekubitusrisikos auch nur *mit Hilfe* einer der gängigen, möglichst zielgruppenspezifischen Skalen. Das heißt, die klinische Einschätzung der Pflegekraft bleibt maßgeblich (Bienstein et al. 2004 S. 39). Im Falle des Sturzrisikos hatte die Expertengruppe empfohlen, auf die Verwendung einer der vorhandenen, aber allesamt nicht validierten Risikoskaleten zu verzichten und den Praktikern statt dessen als Einschätzungshilfe die eigens entwickelte Risikofaktorentabelle an die Hand zu geben, auf die sich ein klinisches Urteil stützen kann (vgl. Kap. 2.4, S. 30). Es wurde bereits beschrieben, dass im Modellprojekt diese Tabelle gelegentlich als Quasi-Einschätzungsinstrument benutzt wurde (s. E1, S. 140). Dies zeigt schlaglichtartig die verständlichen Schwierigkeiten der Pflegepraxis mit einer eigenverantwortlichen klinischen Einschätzung, die sich nicht auf validierte Instrumente stützen kann, so dass hier verstärkt

Handeln unter Unsicherheit gefordert ist. Hier ist bei der Einführung des Expertenstandards für ein angemessenes Schulungs- und Leitungsangebot zu sorgen.

Zur weiteren Implementierung des Expertenstandards

Die Zahlen des Audits bestätigen, dass das Sturzrisiko in der stationären Altenhilfe, der ambulanten Pflege und einigen Bereichen der Krankenhäuser erheblich ist und eine flächendeckende Einführung dieses Standards vielerorts angebracht erscheint. Ergänzt werden muss die damit zusammenhängende Qualitätsentwicklung durch abteilungs- und einrichtungsweite Kennzahlen, die über das Sturzgeschehen kontinuierlich und vergleichbar Auskunft geben. Einerseits erhält jede Einrichtung auf diese Weise im Zeitverlauf vergleichbares Datenmaterial, andererseits kann durch die Analyse von Sturzursachen und –umständen (Orte, Tageszeiten, Hilfsmiteinsatz usw.) die Qualitätsentwicklung weiter vorangetrieben werden.

Der zeitliche Aufwand in den Implementierungsprojekten war in den Krankenhäusern im Vergleich zu den anderen Einrichtungsarten größer, wobei die Auditergebnisse der Krankenhäuser und der stationären Altenhilfe vergleichbar waren. Die guten Ergebnisse der stationären Altenhilfe weisen auf höhere Sensibilität und auf größere Erfahrung im Umgang mit diesem Thema hin. Das Sturzrisiko der Bewohner ist hoch und Sturzprophylaxe steht seit längerem auf der Agenda der Implementierungseinrichtungen aus der stationären Altenhilfe weit oben. Was die Verstetigung der modellhaften Implementierung in der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege angeht, erscheinen Fragezeichen angebracht, denn es wurden von den Einrichtungen erhebliche Ressourcen für das Projekt freigemacht, die so im Alltag nicht zur Verfügung stehen. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die teilnehmenden Einrichtungen eine Positivauswahl darstellen, besonders zu beachten. Insbesondere was die Einführung des Standards in weiteren Einrichtungen angeht, sind Einrichtungsträger und Pflegekassen, aber auch die Gesundheits- und Sozialpolitik gefordert, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen. Daher seien an dieser Stelle die wichtigsten Anforderungen an Praxiseinrichtungen wiederholt (vgl. Schiemann & Moers 2004b, S. 129f; Moers & Schiemann 2004, S. 143ff; Moers & Schiemann 2005, S. 150f):

- 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 (Schiemann & Moers 2004c).
- Für die Implementierung von Expertenstandards sollten unbedingt *Projektbeauftragte* benannt werden. Als Projektbeauftragte kommen nur Mitarbeiter mit großer Erfahrung in Qualitäts- und Pflegeentwicklung einschließlich der erforderlichen Projektmanagement-Kompetenz in Frage. Ideal erscheinen für diese Aufgabe pflegewissenschaftlich qualifizierte Experten.
- Ebenso essentiell ist die Einrichtung von arbeitsfähigen, also eher kleinen *Arbeitsgruppen* von maximal sechs bis acht Mitgliedern. Die Einbindung der Leitungsebene der Pflegeeinheit ist dringend zu empfehlen. Um ihre Multiplikatorenfunktion wahrnehmen zu können, benötigen die Arbeitsgruppenmitglieder zeitliche Ressourcen für die eigene Qualifikation ebenso wie für die Beratung und Anleitung von Kollegen.
- Die *themenspezifischen Fortbildungen* müssen möglichst nah am Ort des Handlungsvollzuges geschehen und die AG-Mitglieder explizit einbinden. Ebenso müssen sie rechtzeitig angeboten werden, um für die Einführung des Standards wirksam werden zu können. Es empfiehlt sich, das Fortbildungskonzept der Einrichtung auf die geplanten Einführungen von Expertenstandards abzustimmen.
- Das *Vorgehen in der Einführung* selbst sollte sich nach den vier Phasen Fortbildung - Standardanpassung - Einführung - Audit richten (vgl. Kap. 5.1, S. 116). 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:

Bienstein, Christel et. al (2004): Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage. Osnabrück, S. 34-50

Metzing, Sabine (2004): Aktualisierte Literaturanalyse zur Dekubitusprophylaxe (1999 bis 2002), in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage. Osnabrück, S. 70-92

Moers, Martin und Schiemann, Doris (2004): Die Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück, S. 116-144

Moers, Martin und Schiemann, Doris (2005): Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück, S. 122-152

Panfil, Eva-Maria (2004): Literaturstudie zur Dekubitusprophylaxe, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage. Osnabrück, S. 51-67

Schiemann, Doris und Moers, Martin (2004a): Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage. Osnabrück, S. 101-122

Schiemann, Doris und Moers, Martin (2004b): Expertenstandard und Audit-Instrument auf dem Prüfstand – Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Pilotprojekt, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage. Osnabrück, S. 123-133

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

Strohbücker, Barbara (2005): Schmerzeinschätzung und Dokumentation, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege , Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück, S. 44-54