

**Fachhochschule Osnabrück**  
University of Applied Sciences

**Doris Schiemann und Martin Moers**

Werkstattbericht

über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode

**Stationsgebundene Qualitätsentwicklung  
in der Pflege**

mit einem Kapitel von Andreas Fierdag



**Doris Schiemann und Martin Moers**

Werkstattbericht

über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode

**Stationsgebundene Qualitätsentwicklung  
in der Pflege**

mit einem Kapitel von Andreas Fierdag

Gefördert durch die

**Arbeitsgruppe Innovative Projekte beim Ministerium für  
Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen (AGIP)**

## **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Doris Schiemann

Wissenschaftliches Team: Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann,  
Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Dipl.-Pfleger Jörg Schemann

Fachhochschule Osnabrück · Fakultät Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaften · Postfach 19 40

49009 Osnabrück · Tel.: (05 41) 9 69-20 04 · Fax: (0541) 9 69-29 71

E-Mail: [dnqp@fh-osnabrueck.de](mailto:dnqp@fh-osnabrueck.de) · Internet: <http://www.dnqp.de>

### **Doris Schiemann und Martin Moers:**

Werkstattbericht: Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege  
(mit einem Kapitel von Andreas Fierdag).

Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.  
Osnabrück

ISBN: 3-00-014161-8 (ISBN-13: 978-3-00-014161-4)

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2004 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)





## **Vorwort**

Der vorliegende Werkstattbericht stellt eine kritische Auseinandersetzung mit Prozess und Ergebnis eines dreijährigen Gestaltungs- und Forschungsprojekts dar, in dessen Rahmen die international weit verbreitete Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (im internationalen Sprachgebrauch „ward-based“ oder „unit-based method“) in ausgewählten Pflegeeinheiten der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) eingeführt und weiterentwickelt wurde.

Die Projektergebnisse bestätigen und erweitern bereits vorliegende Befunde aus einer Oxforder und einer Berliner Studie (RCN/National Institute for Nursing 1994, Dahlgaard/Schiemann 1996) zur Wirksamkeit und Akzeptanz der Methode und zu ihren Anwendungsvoraussetzungen. Wichtigste Ergebnisse der Methodenbeforschung in dem vorliegenden Projekt sind, dass die beteiligten Pflegeteams nicht nur großes Interesse an einer evidenzbasierten Pflegepraxis zeigten, sondern auch über hohe fachliche Kompetenzen zur aktiven Mitwirkung an der Entwicklung wissenschaftlich fundierter Pflegestandards und an der systematischen Überprüfung ihrer Umsetzung im Rahmen des Qualitätszyklus verfügten. Darüber hinaus ist es gelungen, in einem gemeinsamen qualitätsmethodischen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis den Qualitätszyklus inhaltlich zu erweitern und zu präzisieren.

Wir möchten der Unternehmensleitung für ihre Unterstützung und allen Projektbeteiligten im Pflegemanagement und auf der Stationsebene für die vertrauensvolle und produktive Zusammenarbeit danken. Zu Dank verpflichtet sind wir darüber hinaus auch den im Rahmen des Projektes ausgebildeten Internen Prozessbegleiter/inne/n für ihre kritisch-konstruktiven Beiträge zur Umsetzung und Modifizierung der Stationsgebundenen Methode.

Doris Schiemann und Martin Moers

August 2004





## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Diskussionsstand zur Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege</b>	<b>15</b>
<b>1.2</b>	<b>Methodische Anlage des Projektes</b>	<b>19</b>
1.2.1	Fragestellung des Projektes und methodisches Vorgehen	20
1.2.2	Die Datenbasis	22
1.2.2.1	Daten der Ist- Analyse	22
1.2.2.2	Projektmonitoring und formative Evaluation	23
1.2.2.3	Abschlussequaluation und Zusammenführung der Daten	24
<b>1.3</b>	<b>Projektvorbereitung</b>	<b>25</b>
1.3.1	Ist-Analyse	25
1.3.2	Einbindung des Pflegemanagements	26
1.3.3	Zeitplan und Ressourcen	27
1.3.4	Auswahl und Schulung der Internen Prozessbegleiter	28
1.3.5	Projektmarketing	29
<b>1.4</b>	<b>Kooperationsstruktur und Projektanlage</b>	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>Darstellung der Qualitätszyklen (Andreas Fierdag)</b>	<b>33</b>
<b>2.1</b>	<b>Zyklus A – der Pilotzyklus</b>	<b>33</b>
2.1.1	Die strukturellen Voraussetzungen der Station A	34
2.1.2	Die Initiierung des ersten Zyklus	35
2.1.3	Pflegerische Werte feststellen und formulieren	37
2.1.4	Themenwahl	38
2.1.5	Standardentwicklung	42
2.1.5.1	Vermittlung theoretischer Grundlagen	43
2.1.5.2	Problemanalyse	44
2.1.5.3	Literaturrecherche	45
2.1.5.4	Standardentwicklung	46
2.1.5.5	Krise der AG-Arbeit	49
2.1.5.6	Überprüfung der Kriterien	51
2.1.6	Einführung des Standards	53
2.1.7	Audit	54
2.1.7.1	Auditinstrument anpassen	54
2.1.7.2	Qualität messen	54
2.1.7.3	Qualität bewerten	57
<b>2.2</b>	<b>Ergebnisse des Zyklus B</b>	<b>60</b>
<b>2.3</b>	<b>Ergebnisse des Zyklus C</b>	<b>65</b>
<b>2.4</b>	<b>Zyklus D</b>	<b>70</b>
<b>2.5</b>	<b>Zyklus E – der Kontrastfall</b>	<b>71</b>
2.5.1	Die strukturellen Voraussetzungen der Station D	71
2.5.2	Initiierung des Zyklus	73
2.5.3	Themenwahl	74
2.5.4	Übergreifende Qualitätsziele entwickeln	75
2.5.5	Standardentwicklung	76
2.5.5.1	Problemanalyse	76

2.5.5.2	Literaturrecherche	78
2.5.5.3	Standardentwicklung	81
2.5.6	Einführung des Standards	83
2.5.7	Audit	87
<b>3</b>	<b>Ergebnisse zur Akzeptanz und Beherrschung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung</b>	<b>88</b>
<b>3.1</b>	<b>Die Befragung des Pflegepersonals der Projektstationen</b>	<b>88</b>
3.1.1	Fragen zu Verständnis, Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Standards	89
3.1.2	Fragen zur Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung	92
3.1.3	Fragen zum Projektverlauf	94
3.1.4	Diskussion der Ergebnisse der schriftlichen Befragung	96
<b>3.2</b>	<b>Die Sichtweise der Projektakteure</b>	<b>97</b>
3.2.1	Gruppen mit hoher Methodenakzeptanz	98
3.2.2	Gruppen mit distanzierter bis ablehnender Haltung zum Projekt und zur Methode	101
<b>3.3</b>	<b>Anwendung des Qualitätszyklus</b>	<b>103</b>
3.3.1	Pflegerische Werte/übergreifende Qualitätsziele	104
3.3.2	Themenwahl	105
3.3.3	Standardentwicklung einschließlich Literaturlauswertung	107
3.3.4	Standardeinführung	109
3.3.5	Durchführung des Audit und Bewertung der Pflegequalität	111
3.3.6	Bearbeitungsdauer der Qualitätszyklen	116
3.3.7	Verbesserung der Pflegepraxis	116
3.3.8	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Qualitätszyklen	117
<b>4</b>	<b>Ergebnisse zur Projektsteuerung</b>	<b>118</b>
<b>4.1</b>	<b>Struktur und Arbeitsweise der Kommission zur Steuerung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (SQE-Kommission)</b>	<b>118</b>
<b>4.2</b>	<b>Die Rolle des gesamtbetrieblichen Managements</b>	<b>122</b>
<b>4.3</b>	<b>Die Rolle des Pflegemanagements</b>	<b>124</b>
4.3.1	Das zentrale Pflegemanagement	124
4.3.2	Das Pflegemanagement auf der Abteilungsebene	125
4.3.3	Das Pflegemanagement auf der Stationsebene	125
<b>4.4</b>	<b>Die Kooperation mit der Medizin</b>	<b>126</b>
<b>4.5</b>	<b>Personalressourcen</b>	<b>129</b>
<b>4.6</b>	<b>Qualifizierung und Qualifikation der Projektbeteiligten</b>	<b>130</b>
4.6.1	Pflegewissenschaftler und Interne Prozessbegleiter (IPB)	131
4.6.2	Die Arbeitsgruppenmitglieder und das Pflgeteam	132
4.6.3	Fachliche und methodische Unterstützung der Teams und AGs	134
4.6.4	Verhältnis von Prozess und Ergebnis	135
<b>4.7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse zur Projektsteuerung</b>	<b>136</b>

<b>5</b>	<b>Zur Weiterentwicklung der Methode</b>	<b>140</b>
<b>5.1</b>	<b>Die zukünftige Bedeutung der Methode</b>	<b>140</b>
<b>5.2</b>	<b>Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Einführung der Methode</b>	<b>140</b>
<b>5.3</b>	<b>Die Modifizierung des Qualitätszyklus</b>	<b>142</b>
<b>6</b>	<b>Literatur</b>	<b>151</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Kooperationsstruktur	31
Abb. 2	Aus dem Protokoll der 2. Sitzung der Arbeitsgruppe A – Pflegerische Werte	38
Abb. 3	Themenfilter	39
Abb. 4	Beispiel eines Pflegestandards des Royal College of Nursing	43
Abb. 5	Problemanalyse zur Mobilisation von Langzeitpatienten	45
Abb. 6	Ergebnis des ersten Standardentwurfs der Arbeitsgruppe A	47
Abb. 7	Folien zu RUMBA und DREAM	51
Abb. 8	Pflegestandard der Arbeitsgruppe A zur Mobilisation von Langzeitpatienten	52
Abb. 9	Auditvorlage zum Standard Mobilisation von Langzeitpatienten	55/57
Abb. 10	Auditprotokoll zum ersten Standard der Station A	58
Abb. 11	Pflegestandard der Station B	60
Abb. 12	Auditinstrument der Station B – Dokumenteninspektion und mündliche Frage an Personal	62
Abb. 13	Personalfragebogen der Station B	63
Abb. 14	Auditprotokoll Station B – Patientenbefragung	64
Abb. 15	Auditprotokoll der Station B – Personalbefragung	64
Abb. 16	Pflegestandard der Station C	66
Abb. 17	Pflegestandard der Station C- Fortsetzung	67
Abb. 18	Auditprotokoll zum 1. Audit – Patientenbefragung und -inspektion	68
Abb. 19	Auditprotokoll zum 1. Audit – Mitarbeiterbefragung	68
Abb. 20	Auditprotokoll zum 2. Audit- Patientenbefragung und -inspektion	69
Abb. 21	Auditprotokoll zum 2. Audit – Mitarbeiterbefragung	69
Abb. 22	Problemanalyse zur Medikation von transplantierten Patienten	77
Abb. 23	Aspekte der Qualität der Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation gemäß Literaturrecherche	80
Abb. 24	Pflegestandard der Station D	82
Abb. 25	Medikamentenplan – Muster der Station D	84
Abb. 26	Checkliste zur Medikationsschulung	86
Abb. 27	Modifizierter Zyklus	142

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	F2: Standard/Verständnis	89
Tab. 2	F3: Standard/Fachlichkeit	90
Tab. 3	F4: Standard/Patientenversorgung	90
Tab. 4	F5: Standard/Umsetzbarkeit	90
Tab. 5	F6: Standard/Maßnahmen	91
Tab. 6	F7: Standard/Einschätzung	91
Tab. 7	F9: SQE-Methode/Wissen	92
Tab. 8	F10: SQE-Methode /Umsetzung	93
Tab. 9	F11: SQE-Methode/Zeitaufwand	93
Tab. 10	F12: SQE-Methode/Effektivität	93
Tab. 11	F13: Projekt/Informationen	94

## Abkürzungsverzeichnis

CBO	Nationales Institut für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen in den Niederlanden
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
FH	Fachhochschule
IPB	Interne ProzessbegleiterInnen
OP	Operation
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
RCN	Royal College of Nursing
SQE	Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung
WM	Wissenschaftlicher Mitarbeiter



## 1 Einleitung

### 1.1 Diskussionsstand zur Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege

Erfahrungen über die Anwendung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung werden in der Pflegepraxis deutscher Krankenhäuser seit Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts gesammelt. Die Initialzündung für eine engagierte Auseinandersetzung mit diesem methodischen Ansatz in deutschen Pflegefachkreisen erfolgte im Rahmen der ersten beiden Workshops des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 1993 und 1994. Ziel dieser Workshops war die Erörterung international erprobter Konzepte, Methoden und Instrumente zur Qualitätsentwicklung.

Im Fachdiskurs über die verschiedenen externen und internen mono- und multidisziplinären Ansätze zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wurde die „unit-“ beziehungsweise „ward-based“-Methode (zunächst Stationsgebundene Qualitätssicherung benannt. In diesem Bericht wird der Name „Stationsgebundene Qualitätsentwicklung“ im Anschluss an die generelle Qualitätsdiskussion vorgeschlagen und verwendet) als ein geeignetes Verfahren zur systematischen und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung identifiziert, das sich auch bereits auf Ergebnisse qualitätswissenschaftlicher Forschung und ihrer praktischen Erprobung in Gesundheitseinrichtungen unterschiedlicher Länder und Kulturen stützen konnte (Schroeder/Maibusch 1984, zit. n. Kitson/Giebing 1990).

Das methodische Konzept beruht auf einem von Schroeder und Maibusch Anfang bis Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts in den USA entwickeltem Organisationsprogramm für ein dynamisches „bottom-up“-System, in dessen Rahmen die Pflegenden auf der Ebene von Fachabteilungen oder Pflegeeinheiten ihre Standards selbst erarbeiten, implementieren, evaluieren und auf der Grundlage ihrer Qualitätsmessungen eine Modifizierung der Pflegepraxis einleiten (Schroeder/Maibusch 1984). Dabei werden sie von sogenannten Internen Prozessbegleiterinnen<sup>1</sup> (IPB) mit einer besonderen Qualifikation für diese Funktion unterstützt. Das dynamische Moment dieser Methode liegt in der permanenten Reflexion und Weiterentwicklung der Pflegepraxis.

---

<sup>1</sup> Zur sprachlichen Vereinfachung wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

Die Kontinuität<sup>2</sup> wird durch die fortlaufende Anwendung eines Qualitätszyklus erreicht, der die folgenden 7 Schritte umfasst (Lang 1976, zit. n. Kitson und Giebing 1990):

1. Feststellung und Festlegen von pflegerischen Werten in der Pflegeeinheit
2. Themenwahl
3. Festlegung von Standards und Kriterien
4. Erhebung von Daten zur Pflegepraxis
5. Beurteilung der Pflegequalität
6. Planung von Änderungen
7. Umsetzung in korrekatives Handeln

Da es sich um eine dezentrale Methode handelt, werden auf der Stationsebene Arbeitsgruppen gebildet, die für die Bearbeitung jeweils eines Themas (es muss sich um ein relevantes Qualitätsproblem handeln) entlang der Zyklusschritte verantwortlich sind. Je nach Komplexität des Themas wird ein Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten benötigt. Die Arbeitsgruppe (AG) befasst sich mit einem selbstgewählten oder von der zentralen Kommission (abteilungsübergreifende Steuerungsgruppe) vorgeschlagenem Thema. Ihre Aufgabe besteht darin, die inhaltliche und organisatorische Arbeit zu den einzelnen Zyklusschritten zu leisten und dafür zu sorgen, dass die übrigen Teammitglieder der Abteilung/Pflegeeinheit durch Protokolle und regelmäßigen fachlichen Austausch in den gesamten Prozess aktiv einbezogen sind und die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsförderung mittragen. Nach Beendigung eines Zyklus ist zur Bearbeitung des nächsten Themas eine Neubesetzung der Arbeitsgruppe anzustreben, damit - über einen längeren Zeitraum betrachtet - eine möglichst gleichgewichtige Verteilung der Qualitätsaktivitäten im Team erreicht wird. Eine zentrale Kommission stellt den Dialog zwischen Betriebsleitung und Fachabteilungen sicher und sorgt für den Aufbau einer geeigneten Infrastruktur. Sie koordiniert, steuert und unterstützt die dezentralen Aktivitäten und stellt den Informationsfluss zwischen den Fachabteilungen sicher. In der zentralen Kommission sind die Sprecher der Arbeitsgruppen, IPB, Mitglieder des Pflegemanagements und Pflegeexperten (möglichst mit wissenschaftlicher Qualifikation) vertreten (u. a. Kitson/Giebing 1991, Dahlgaard/ Schiemann 1996).

In Europa waren es Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts die Niederlande und Großbritannien, in denen die Unit-Based-Methode aufgegriffen wurde. Die in den Niederlanden von Giebing in der CBO (Nationales Institut für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen in Utrecht) und in Großbritannien von Kitson am Forschungsinstitut des Royal College of Nursing (RCN) in Oxford entwickelten Varianten waren eine wichtige Grundlage für den späteren Fachdiskurs über wirksame Qualitätsentwicklungsmethoden im Rahmen der eingangs erwähnten

---

<sup>2</sup>Die Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung lässt sich in den Vereinigten Staaten vor allem auf Deming's Management-Programm zurückführen. Dieses Programm stützt sich auf eine zunächst in japanischen Wirtschaftsunternehmen eingeführte Unternehmensphilosophie und ist durch drei Grundhaltungen geprägt: 1. Jede Aktivität kann als Prozess aufgefasst und entsprechend verbessert werden. 2. Problemlösungen allein genügen nicht, fundamentale Veränderungen sind erforderlich. 3. Die oberste Unternehmensleitung muss handeln, die Übernahme von Verantwortung ist nicht ausreichend (u. a. Kamiske/Brauer 1999)



DNQP-Workshops in Deutschland. Das starke Interesse der Workshop-Teilnehmer an dieser Methode wurde vor allem an den folgenden Punkten festgemacht (ausführlich zur Methode: Dahlgaard K. u. Schiemann D. 1996, S. 28ff)

- Sie bezieht das Pflergeteam aktiv in den Qualitätsentwicklungsprozess ein;
- Sie betrifft im Unterschied zu anderen Qualitätsansätzen auf der Praxisebene die pflegerischen Handlungsprozesse selbst;
- Sie bietet den Pflegepraktikern die Möglichkeit, an ihre methodischen Erfahrungen mit der Pflegeprozessmethode anzuknüpfen;
- Ihre Anwendung kann sowohl mono- als auch multidisziplinär erfolgen und eine Integration in ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem ist nicht nur möglich, sondern auch wünschenswert;
- Es liegen bereits ermutigende Erfahrungen aus dem europäischen Ausland über ihre erfolgreiche Einführung in der Pflegepraxis vor - neben den Niederlanden und Großbritannien auch aus Dänemark, Finnland, Italien, Irland, Norwegen, Rumänien und Schweden.

Die in Folge dieser Workshops in Gang gesetzten Aktivitäten zur Einführung und Erprobung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in deutschen Gesundheitseinrichtungen sollen nicht im Einzelnen aufgeführt werden. Erwähnt werden sollen aber diejenigen Projekte/Aktivitäten, die für eine vertiefte Auseinandersetzung und Verbreitung der Methode in Deutschland von herausragender Bedeutung waren. Dazu zählen:

1. Ein erstes Qualifizierungsprogramm für Interne Prozessbegleiter/innen an der Niedersächsischen Akademie für Pflegeberufe in Osnabrück 1994<sup>3</sup>.
2. Das 1993 bis 1995 von der CBO und der Fachhochschule Osnabrück wissenschaftlich begleitete und vom Bundesministerium geförderte Projekt im Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin zur modellhaften Einführung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in einer chirurgischen und einer konservativen Abteilung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 79, 1996).
3. Die regelmäßige Datenerhebung und Verbreitung eines „Netzwerk-Kataloges“ des DNQP seit 1994 über den aktuellen Stand der Qualitätsaktivitäten in den Mitgliedseinrichtungen, um den beteiligten und anderen interessierten Gesundheitseinrichtungen eine gezielte Kontaktaufnahme zu ermöglichen, den Fachdiskurs zu aktuellen Qualitätsfragen zu forcieren und die Verbreitung effektiver Methoden zur Qualitätsentwicklung zu beschleunigen.

Dem Netzwerk-Katalog von 1999 war bereits ein deutlicher Trend in den beteiligten Gesundheitseinrichtungen zu entnehmen, bei der Entwicklung und Implementierung von Praxisstandards dezentral und systematisch vorzugehen und auf die Schritte des

---

<sup>3</sup> Das Schulungsprogramm wurde auf Initiative des DNQP in Kooperation mit der CBO (dem nationalen Institut für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen der Niederlande in Utrecht) entwickelt und 1993/94 erstmalig an der Niedersächsischen Akademie für Pflegeberufe erprobt.

Qualitätszyklus (zentrales Element der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung) zurückzugreifen. Eine Analyse der Angaben in den vier Netzwerk-Katalogen von 1994 bis 1999 weist darauf hin, dass in diesem Zeitraum in vielen Einrichtungen eine rasante Entwicklung zum Aufbau einer geeigneten Infrastruktur für wirksame Qualitätsentwicklung in der Pflege stattgefunden hat und offensichtlich auch enge Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein einer geeigneten Infrastruktur und der erfolgreichen Arbeit mit der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung bestehen. Es verwundert daher nicht, dass eine Etablierung der Methode bislang vorrangig in Universitätskliniken und personell überdurchschnittlich gut ausgestatteten Gesundheitseinrichtungen mit einem hohen Entwicklungsstand in der Pflege gelungen ist.

Die Ergebnisse der Methodenbeforschung im Rahmen des Projektes im Universitätsklinikum Benjamin Franklin haben ebenfalls deutlich gemacht, dass es sich um ein Verfahren handelt, das ein höheres Entwicklungsniveau in der Pflegepraxis voraussetzt, als es derzeit in deutschen Gesundheitseinrichtungen üblicherweise anzutreffen ist. Für das Verständnis und die Umsetzung der Methode werden zum Beispiel Qualifikationen benötigt, die in den Lernzielkatalogen herkömmlicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge in den Pflegeberufen bislang nicht im Vordergrund standen. Dazu gehören u. a. theoriegeleitetes Fachwissen, (fach-) sprachliche Sicherheit, ausgeprägte kommunikative und gruppendynamische Kompetenzen, problemorientiertes Denken sowie Methodenkenntnisse im Bereich der empirischen Sozialforschung. Anhaltspunkte dafür, ob ein Pflegeteam über solide fachlich-methodische Voraussetzungen für die Einführung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung verfügt, können die Anwendung der Pflegeprozessmethode, der Entwicklungsstand der Pflegedokumentation und die Pflegeorganisationsform liefern, weil eine patientenorientierte und theoriegeleitete Gestaltung dieser Bereiche vergleichbare fachliche Kompetenzen erfordert (vgl. Dahlgaard/Schiemann 1996, S. 54 f).

Zur Wirksamkeitsüberprüfung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung liegen neben Hinweisen aus der Berliner Studie insbesondere auch Belege aus einer Untersuchung des britischen Forschungsinstitutes in Oxford (RCN/National Institute for Nursing 1994) vor, aus denen hervorgeht, dass die Methode grundsätzlich geeignet ist, die Pflegequalität spürbar zu verbessern, wenn bestimmte stationsinterne und -externe Bedingungen erfüllt sind.

In beiden Studien konnte als relevanter stationsinterner Bedingungsfaktor die hohe fachliche Souveränität des Pflegepersonals ermittelt werden, während stationsextern das Vorhandensein eines geeigneten Unterstützungssystems, auf das die Praktiker zurückgreifen können, entscheidend ist. Dazu gehört eine fundierte fachliche und methodische Supervision, der Zugang zu Fach- und Forschungsliteratur und insbesondere auch der Zugang zu aktuellen Expertenstandards.

Die im britischen Projekt gewonnene Erkenntnis, dass der Rückgriff auf bereits vorliegende Expertenstandards zu einem deutlichen Qualitätssprung bei der Entwicklung betriebsinterner Standards führen kann, war im übrigen auch von grundlegender Bedeutung für die Überlegungen im DNQP, den Arbeitsschwerpunkt

zukünftig auf die Entwicklung von Expertenstandards zu legen. Mit diesem Instrument sollte a) das Niveau von Praxisstandards angehoben, b) ein neuer Anreiz zur Einführung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung gegeben und c) der Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis forciert werden. Darüber hinaus bestand aufgrund der dynamischen pflegewissenschaftlichen Entwicklung der vergangenen zehn Jahre auch der Anspruch, mit Hilfe von Experten- und Praxisstandards die Weichen für eine evidenzbasierte Pflegepraxis zu stellen.

Bei der weiteren Beforschung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung im vorliegenden Projekt wurde daher besonderes Gewicht auf die Entwicklung *wissenschaftlich fundierter Pflegestandards* gelegt. Darüber hinaus sollten Erfahrungen mit der *multidisziplinären Anwendung* der Methode gesammelt werden. Die Erkenntnisse aus dem Berliner Projekt zu Projektaufbau, -durchführung und -steuerung wurden dabei angewendet und weiterentwickelt (s. Dahlgaard/Schiemann 1996, S. 71 ff.).

Im Vorgriff auf die Ergebnisdarstellung kann gesagt werden, dass der erste und vorrangige Entwicklungsschritt, die Erstellung von wissenschaftlich fundierten Pflegestandards, gelungen ist. Das zweite Ziel, einen multidisziplinären Qualitätszyklus durchzuführen, konnte nicht erreicht werden - dazu später mehr. Darüber hinaus wurden wertvolle Erkenntnisse gewonnen, die die bisherigen Erfahrungen über die notwendigen Voraussetzungen zur Anwendung der Methode stützen, aber auch zu Anpassungen und Weiterentwicklungen des Qualitätszyklus selbst sowie der Maßnahmen zu seiner Steuerung führten, um der hiesigen Situation gerecht zu werden. Der Zyklus wurde präzisiert und erweitert: bislang implizite Schritte wie Literaturobwohl, Standardeinführung und das abschließende Audit wurden nun explizit gemacht, um den Charakter der evidenzbasierten Standarderstellung, die Betonung eines angeleiteten Einführungsprozesses und die Notwendigkeit der nachhaltigen Umsetzung des Änderungsplanes deutlich zu machen. Damit wird deutlich - und dies ist ein zweiter wesentlicher Erkenntnisgewinn - dass es nicht nur um die methodische, sondern auch die inhaltliche Qualifikation aller an der Qualitätsarbeit Beteiligten geht. Der vermehrte Einsatz von pflegewissenschaftlich ausgebildeten Pflegeexperten ist zukünftig ein Schlüsselkriterium für die Pflegeentwicklung.

## **1.2 Methodische Anlage des Projektes**

Das Projekt ist als Gestaltungs- und Forschungsprojekt angelegt. Es besteht im wesentlichen aus zwei Teilen, der Intervention und der Begleitforschung beziehungsweise Evaluation. Das Projektdesign folgt zu Teilen dem sogenannten Entwicklungsparadigma der Evaluation, in das Anteile des Forschungsparadigmas eingebettet sind (vgl. Kromrey 2000). Die Fragestellung der Evaluation ist für den Teil des Forschungsparadigmas primär die nach der Wirksamkeit der Methode. Das Entwicklungsparadigma wiederum greift insofern, als es um die Anpassung der Methode auf hiesige Verhältnisse, ihre Erweiterung auf interdisziplinäre Anwendung, die gleichzeitige Ausbildung von Internen Prozessbegleitern sowie um den Prozess ihrer Einführung ging. Hier richtet sich das Interesse der Evaluation auf

Grundlagenwissen über die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung, auf die Ermittlung der fördernden und hemmenden Faktoren für den Einsatz der Methode und auf die sozialen Prozesse bei der Implementierung von Innovationen (vgl. Kromrey 2000, Harvey/Kitson 1996). Es werden also Elemente einer formativen sowie einer summativen Evaluation verbunden.

### **1.2.1 Fragestellung des Projektes und methodisches Vorgehen**

Von der Evaluation wurden Erkenntnisse zur Weiterentwicklung und Validierung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung erwartet und dabei insbesondere angestrebt, gesicherte Aussagen über therapeutisch relevante Verbesserungen der Ergebnisqualität treffen zu können, sowie differenzierte Erkenntnisse über die Anwendungsbedingungen der Methode zu gewinnen. Die zentralen Fragen dieses Projektes sind:

- Welche motivationalen und qualifikatorischen Voraussetzungen begünstigen die Anwendung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung auf den verschiedenen Managementebenen und bei den Praktikern vor Ort?
- Welche Schritte des Qualitätszyklus bedürfen einer aufwändigen fachlichen und methodischen Unterstützung?
- Wie lässt sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Prozess- und Ergebnisqualität herstellen?
- Welche Verbesserungen der Qualität pflegerischer und medizinischer Leistungen lassen sich durch Anwendung der Methode
  - a) an Patienten nachweisen
  - b) werden von ihnen selbst erfahren?

Der Intervention ging eine umfangreiche Ist-Analyse der Strukturen und Handlungsbedingungen der vorgesehenen Projektabteilungen voraus. Für die Durchführung der Ist-Analyse konnte eine mit dem weiteren Projektverlauf nicht verbundene, also weitgehend unabhängige Pflegewissenschaftlerin gewonnen werden (vgl. Hellige 1998; diese Teilstudie wurde im Rahmen des Dorothea – Erleben - Programms des Landes Niedersachsen zur Frauenförderung in Wissenschaft und Forschung erstellt). Die Ist-Analyse richtete sich auf die personellen, materiellen und organisatorischen Voraussetzungen struktureller Arbeit, die Erfassung der motivationalen und fachlichen Voraussetzungen der Leitungskräfte und der Pflgeteams in den jeweiligen Pflegeeinheiten, die Organisation der Pflege und das Pflegeverständnis sowie die Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität. Ziel der Ist-Analyse war eine Einschätzung darüber, ob die Bedingungen der Abteilungen eine erfolgreiche Projektarbeit garantieren können. Die Ergebnisse der Analyse wurden den Teams der Pflegeeinheiten und dem Pflegemanagement ausführlich zurückgemeldet.

Eine methodische Schwierigkeit für die weitere Intervention und Evaluation lag darin, dass das wissenschaftliche Team, bestehend aus den beiden Projektleitern sowie dem wissenschaftlichen Mitarbeiter, sowohl an der Intervention als auch an der Evaluation beteiligt war. Diese Aufgabenkombination kann zu dilemmatorischen Situationen führen. Je stärker beispielsweise die Interventionen forciert und unterstützt werden, desto weniger aussagekräftig sind die Ergebnisse in bezug auf ihre Wiederholbarkeit unter Normalbedingungen, das heißt ohne die Sonderbedingungen der wissenschaftlichen Unterstützung im Rahmen eines Projektes.

Die gewählte Lösung sah so aus, dass die Projektleiter vor Ort lediglich als Kooperationspartner im Projektteam und als Mitglieder der zentralen Steuerungskommission (SQE-Kommission) auftraten und sich damit weitgehend zurückhielten, also eher die Rolle von begrenzt involvierten Begleitforschern einnahmen, während der wissenschaftliche Mitarbeiter die Interventionen auf der Ebene des Handlungsvollzuges, insbesondere die Schulungen, die Moderation der ersten drei Arbeitsgruppen sowie die Ausbildung der Internen Prozessbegleiter vornahm. Diese Rolle des Moderators der Arbeitsgruppen ist nicht projektbedingt: Für die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ist die Funktion eines Moderators (im englischen Sprachgebrauch: „facilitator“) unerlässlich. Die Tätigkeit des wissenschaftlichen Mitarbeiters entspricht somit weitgehend Normalbedingungen, abgesehen von der Tatsache, dass sein Qualifikationsniveau (pflegewissenschaftliches Studium) über dem Durchschnitt desjenigen hiesiger Moderatoren/Interner Prozessbegleiter liegt.

Gleichwohl wurde eine enge Verzahnung der Aktivitäten geschaffen. Im Rahmen der Sitzungen des wissenschaftlichen Teams wurde der Mitarbeiter bei seiner Arbeit supervidiert, begleitet und beraten. Auf den Treffen des Kooperationsteams Fachhochschule (FH) und Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wurden die jeweiligen Ergebnisse kommuniziert und diskutiert sowie das weitere Vorgehen beschlossen. Dies entspricht einer formativen Evaluation im Sinne eines beständigen Prozessmonitoring. Die Zurückhaltung der wissenschaftlichen Projektleiter konnte durch eine externe Moderation des Kooperationsteams FH/MHH sowie der SQE-Kommission unterstützt werden.

Bei der Abschlussevaluation kehrten sich die Rollen um: Hier waren überwiegend die wissenschaftlichen Projektleiter tätig, die eine summative Evaluation des Projektgeschehens auf allen Ebenen mittels leitfadengestützter offener Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) sowie eine schriftliche Befragung der Pflegekräfte auf den Projektstationen vornahm. Unproblematisch war das Vorgehen gleichwohl nicht. Das Feedback gerade der Arbeitsgruppen zeigt, dass eine stärkere Anwesenheit der wissenschaftlichen Projektleiter vor Ort gewünscht war. Korrespondierend damit wäre eine Fremdevaluation sinnvoll gewesen. Andererseits erwies sich die genaue Kenntnis des Prozesses seitens der wissenschaftlichen Projektleiter als ausgesprochen hilfreich für die Durchführung und Auswertung der abschließenden Befragung. Sie konnten im Sinne von Experteninterviews geführt werden, da die Interviewteilnehmer davon ausgehen konnten, dass die Sach- und Problemlage allen Beteiligten bekannt war und ihre Sichtweisen auf inhaltliches Verständnis stoßen würden. Das Spektrum der gesamten Evaluation erstreckt sich

über mehrere Bereiche, die sich in den entsprechenden Berichtskapiteln wiederfinden:

- Deskription des Projektverlaufs (Monitoring),
- Messung der Auswirkungen des Programms durch die Audits, die als Teil der Methode der SQE durchgeführt wurden,
- Ermittlung der hemmenden und fördernden Faktoren für den Einsatz der Methode durch Abschlussevaluation (zum Beispiel Eignung der Rahmenbedingungen),
- Bereitstellen von Grundlagenwissen über die Methode durch Begleitforschung und Abschlussevaluation und
- Einblick in soziale Prozesse durch Begleitforschung und Abschlussevaluation (zum Beispiel Akzeptanz der Methode, Implementierung einer Innovation, Kooperation der Berufsgruppen).

## **1.2.2 Die Datenbasis**

Die Datengrundlage für die Evaluation ist ausgesprochen breit, da sie neben einer Ist-Analyse, die vor Projektbeginn durchgeführt wurde, sowohl projektbegleitend die Protokolle aller Gremien und Arbeitsgruppen beinhaltet (Monitoring, formative Evaluation), als auch schriftliche und mündliche Befragungen zum Projektverlauf vertikal durch alle Hierarchieebenen der MHH (summative Evaluation).

### **1.2.2.1 Daten der Ist-Analyse**

Hauptinstrument der Ist-Analyse waren leitfadengestützte Experteninterviews mit Führungskräften und leitfadengestützte Gruppeninterviews mit Mitarbeitern der Pflegeteams. Insgesamt wurden drei Experteninterviews und acht Gruppeninterviews mit jeweils drei bis sechs Personen durchgeführt, transkribiert und nach inhaltsanalytischen Verfahren ausgewertet.

Auf den Pflegeeinheiten wurde jeweils eine Dokumentenanalyse der Pflegedokumentationen vorgenommen. Dabei wurde aus den vorhandenen Dokumentationsmappen eine Stichprobe von drei bis fünf Dokumentationen pro Pflegeeinheit gesichtet. Die Aufmerksamkeit richtete sich dabei vor allem auf Art und Qualität der Dokumentation.

Begleitend fand eine nicht-teilnehmende, semistrukturierte Beobachtung der Arbeitsabläufe statt. Ziel war, sich ein Bild über die Organisation des Pflegedienstes und seine Arbeitsabläufe zu verschaffen. Es wurde eine Schicht pro Pflegeeinheit beobachtet. Die Beobachtungen wurden in Form von kurzen Feldnotizen schriftlich festgehalten.

### 1.2.2.2 Projektmonitoring und formative Evaluation

Das Projektgeschehen, insbesondere die Sitzungen der Gremien und Arbeitsgruppen, wurde ausführlich protokolliert. Hinzu kommen Reflexionen des wissenschaftlichen Mitarbeiters zu den Arbeitsgruppen und den Internen Prozessbegleitern. Es liegen somit sechs unterschiedliche Datensätze zur Deskription des Projektverlaufs vor:

a) *Wissenschaftliches Team:*

53 Protokolle vom 10. November 1998 - 18. November 2001

Inhalte: Vorbereitung der Projektaktivitäten, Bewertung des Projektverlaufs, methodische Diskussionen, Beschlussfassung über projektsteuernde Maßnahmen.

b) *Kooperationsteam:*

16 Protokolle vom 1. Februar 1999 - 18. Dezember 2001

Inhalte: Beschlussfassung über projektsteuernde Maßnahmen, Bewertung des Projektverlaufs, Gestaltung der Kooperation.

c) *SQE-Kommission:*

10 Protokolle vom 30. August 1999 - 18. Dezember 2001

Inhalte: Vorstellung und Diskussion der AG-Arbeit: Themenwahl, Standardentwürfe, Schulungsaktivitäten, Einführung der Standards, Auditergebnisse, Feedback seitens des Managements und des Kooperationspartners FH Osnabrück.

d) *Interne Prozessbegleiter:*

12 Protokolle sowie Reflexionen vom 15. März 2000 - 22. November 2001

Inhalte: Organisation der eigenen Arbeit, Reflexion der Arbeitsgruppensitzungen der Pflegeeinheiten, Reflexion der eigenen Ausbildung, methodische Diskussionen und Diskussion des Projektverlaufs.

e) *Arbeitsgruppen auf den Stationen*

53 Protokolle sowie zahlreiche Reflexionen, 19. August 1999 bis 4. Dezember 2001, im Einzelnen:

AG 1/74 (Mobilisierung):	19 Protokolle, 19. August 1999 - 15. Mai 2001
AG 1/25 (Schmerz):	18 Protokolle, 19. Oktober 1999 - 24. August 2001
AG 1/12 (Dekubitusprophylaxe):	5 Protokolle, 12. Juli 2000 - 16. Januar 2001
AG 1/15 (Medikamenteneinnahme):	6 Protokolle, 07. März 2001 - 04. Dezember 2001
AG 2/12 (Mundpflege bei intubierten Patienten):	5 Protokolle, 29. Mai 2001 - 26. Oktober 2001

Inhalte: Die Schritte des Qualitätszyklus (Qualitätsziele diskutieren, Thema wählen, Literatur auswerten, Standard und Kriterien festlegen, Standard einführen, Erhebungsinstrument anpassen, Pflegequalität messen/Audit, Messergebnisse bewerten, Anpassung/Verbesserung planen und einführen, Pflegequalität erneut messen); Organisation der eigenen Arbeit, Kommunikation mit dem Team, Diskussion der Methode und des Verlaufs des jeweiligen Qualitätszyklus.

f) *Auditergebnisse*

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen, die Standards sowie die Audits nach ihrer Einführung, stellen wichtige Datensätze für die Frage nach der Wirksamkeit der Methode dar. Für den Projektzeitraum liegen drei Auditergebnisse sowie ein Wiederholungsaudit (Dekubitusprophylaxe) vor.

### **1.2.2.3 Abschlussevaluation und Zusammenführung der Daten**

Die Abschlussevaluation teilt sich in leitfadengestützte Experten- und Gruppeninterviews mit den Akteuren des Projektes sowie eine standardisierte schriftliche Befragung aller Mitarbeiter der Pflgeteams auf den Projektstationen. Die beiden hauptsächlichen Ebenen der Befragung waren:

- Beteiligte Stationen: Fragen zur Implementierung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung vor Ort: Qualität der Standards, Akzeptanz und Beherrschung der Methode sowie die Erfahrungen mit der Umsetzung. Informanten sind die Teams, die Arbeitsgruppen und die internen Prozessbegleiter.
- Leitung und Management: Fragen zur Projektsteuerung, zu den Rahmenbedingungen der Implementierung und der Einbindung in ein Qualitätsmanagementsystem sowie die Verstetigung der Methode. Informanten sind die Mitglieder des Pflegemanagements auf zentraler, Abteilungs- sowie auf Stationsebene und die Mitglieder des Klinikvorstandes.

Zwischen April und November 2001 wurden zehn Interviews geführt. Es wurden fünf leitfadengestützte Experteninterviews mit Führungskräften und vier leitfadengestützte Gruppeninterviews mit den Arbeitsgruppen der Projektstationen sowie ein leitfadengestütztes Gruppeninterview mit den Internen Prozessbegleitern geführt. An den Gruppeninterviews nahmen zwischen vier und acht Personen teil. Alle Interviews wurden transkribiert und nach inhaltsanalytischen Verfahren ausgewertet.

Die schriftliche Befragung wurde im Oktober 2001 durchgeführt. Die Fragenkomplexe betrafen den jeweiligen Standard, die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung und den Projektverlauf. Damit sollten Akzeptanz und Beherrschung der Methode sowie die Erfahrungen mit der Umsetzung ermittelt werden. Die Fragen waren teilweise standardisiert. Dieser Teil wurde mit SPSS® erfasst und mit den Methoden der deskriptiven Statistik ausgewertet. Zu vielen Themen wurden Kommentare ermöglicht oder offene Fragen gestellt. Diese Antworten wurden kategorisiert erfasst und mit inhaltsanalytischen Verfahren ausgewertet.

Die Fragebögen waren mit einem Anschreiben versehen und wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter auf die Stationen gebracht, den anwesenden Pflegekräften ausgehändigt sowie der anwesenden Leitungsperson mit der Bitte um weitere Verteilung anvertraut. Nach einem verabredeten Zeitraum wurden sie vom wissenschaftlichen Mitarbeiter wieder eingesammelt. An der schriftlichen Befragung



waren 148 Pflegekräfte beteiligt. Der Rücklauf betrug 98 Fragebögen und damit 66 % der Stichprobe.

Für den Abschlussbericht werden die unterschiedlichen Datensätze zusammengeführt und thematisch bearbeitet. In die einzelnen Berichtskapitel fließen die Daten thematisch gebündelt - und nicht nach Datenquellen getrennt - ein.

### **1.3 Projektvorbereitung**

Neben einer kritischen Sichtung der aktuellen Qualitätsliteratur dienten als Ausgangspunkt des Projektes insbesondere die Ergebnisse, die im Vorläuferprojekt im Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin erzielt werden konnten (vgl. Dahlgaard/Schiemann 1996). Dazu gehörten insbesondere die folgenden Punkte (vgl. 1.3.1 bis 1.3.5), deren Beachtung zu möglichst guten Projektbedingungen führen sollten.

#### **1.3.1 Ist-Analyse**

Ziel der Ist-Analyse war, den Entwicklungsstand der Abteilung in pflegfachlicher und organisatorischer Sicht zu erheben, um die Eignung der Abteilung für das Qualitätsprojekt zu erkunden. Eine solche Analyse erscheint - insbesondere im Lichte der Vorerfahrungen - unumgänglich, da die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung sowohl hohe fachliche und methodische Anforderungen stellt, als auch ein hohes Maß an Eigenständigkeit der am Projekt beteiligten Pflegekräfte verlangt.

Die von August bis November 1998 durchgeführte Ist-Analyse hat sich als Instrument der vorbereitenden Projektsteuerung bewährt. Strukturelle Probleme der Kooperation zweier Bereiche (Anästhesie/OP) wurden identifiziert und sollten vorweg mittels einer Organisationsanalyse geklärt werden, bevor die Qualitätsentwicklungs-Arbeit aufgenommen werden sollte. Ausgehend von Motivation, Qualifikation und Entwicklungsstand der Stationen der Projektabteilung, einer Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, konnte eine Reihenfolge für den zeitlich versetzten Beginn der Arbeitsgruppen bestimmt werden, die sich im wesentlichen bewährt hat.

Ebenso bestätigt haben sich die kritischen Punkte der Ist-Analyse. Die von den Arbeitsgruppen monierte mangelnde technisch-materielle Ausstattung und Unterstützung, vor allem mit Pflegehilfsmitteln, hat deren Arbeit zwar nicht verhindert, aber immer wieder zu Reibungsverlusten geführt. Gravierender sind die aufgetretenen Probleme im Bereich der personellen Ressourcen sowie der Kooperation mit der Medizin. In der Ist-Analyse wurde festgehalten, dass aus Sicht der betroffenen Stationen die personellen Belastungsgrenzen bereits erreicht seien und das Projekt zu keinen weiteren Belastungen führen dürfe. Dem wurde zwar seitens der Kooperationspartner allgemein zugestimmt, es folgte jedoch keine verbindliche Vereinbarung mit dem Gesamtmanagement. Das hatte zur Folge, dass es im Projektverlauf zu weiterem Personalabbau kam, der die Projektarbeit

erschwerte und die Motivation der Mitarbeiter senkte. Ebenso wurde bezüglich der Kooperation mit der Medizin festgestellt, dass hier mangels bestehender Kooperationskultur grundsätzliche Verbindlichkeiten zu schaffen seien. Diese wurden zwar im Projekt angegangen, erwiesen sich jedoch als nicht tragfähig. Auf beide Punkte wird noch detailliert eingegangen.

Festzuhalten bleibt, dass durch die Ist-Analyse die entscheidenden Faktoren und Rahmenbedingungen für die Implementierung der Methode bekannt waren und auch als Entscheidungshilfen genutzt wurden. Diese positive Einschätzung muss allerdings auf den Pflegedienst selbst eingeschränkt bleiben. Das Gesamt-Management und der ärztliche Bereich wurden nur unzureichend in den Vorbereitungsprozess eingebunden, so dass die in der Folge auftretenden Ressourcen- und Kooperationsprobleme strukturell nicht ausreichend aufgefangen werden konnten, sondern viel Energie für die Suche nach Ad-hoc-Lösungen aufgewendet werden musste.

### **1.3.2 Einbindung des Pflegemanagements**

Die Einbindung des gesamten Pflegemanagements der anvisierten Projektabteilung war ein wesentlicher Teil der Projektvorbereitung. Andernorts gemachte Erfahrungen zeigen beispielsweise, dass dann, wenn das Management seine Unterstützungs- und Steuerungsfunktion nicht wahrnimmt, die Stationsleitungen mit Koordinierungs- und Planungsaufgaben belastet werden, die nur das höhere Management effektiv hätte regeln können (Harvey/Kitson 1996, Dahlgaard/Schiemann 1996, Moers/Schiemann 2000). Aber auch die motivierende und fachlich anleitende Funktion des Pflegemanagements ist wichtig.

Daher wurde das gesamte Management der beteiligten pflegerischen Bereiche (Pflegedirektion bis Stationsleitungsebene) im Januar 1999 zu einer zweitägigen Einführungsveranstaltung eingeladen. Beteiligt waren die Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie einschließlich drei bettenführender Stationen, der Operationsdienst und der Anästhesiebereich. Zielsetzungen dieser Einführungsveranstaltung waren zunächst einmal die umfassende Information über die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung und das geplante Projekt sowie die Vorstellung und Diskussion der Ist-Analyse. Erwartet wurde eine klare Stellungnahme des Pflegemanagements darüber, ob diese Qualitätsentwicklungsmethode erwünscht sei und ihre Einführung seitens des Pflegemanagements forciert betrieben werde. Darüber hinaus sollten die unterschiedlichen Rollen und Verantwortungsebenen im Projekt deutlich gemacht werden. Ziel dieser Klärung war, mögliche Überforderung der Akteure vor Ort, also der Arbeitsgruppen und der Internen Prozessbegleiter, zu verhindern.

So gründlich geplant und durchgeführt die Veranstaltung auch war, so erreichte sie ihren Zweck nur teilweise. Gelungen ist neben der generellen Projektinformation die Motivation des überwiegenden Teils des Pflegemanagements. Am Ende der Tagung wurde ein eindeutiges Votum für das Projekt abgegeben. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass im Verlauf des Projektes auf allen Managementebenen Mängel in

der Planung und Unterstützung sichtbar wurden, auf die weiter unten eingegangen wird. So wurde das Projekt auf Abteilungs- und teilweise auch auf Stationsleitungsebene nicht mit zentraler Priorität behandelt: Es arbeiteten keineswegs alle Stationsleitungen in den Arbeitsgruppen mit. Das mittlere Management zog sich komplett auf die Beobachtungsrolle zurück, während das zentrale Pflegemanagement - und auch die Kooperationspartner der Fachhochschule - hier nicht entschieden gegensteuerten.

Eine einmalige Veranstaltung reicht zur Klärung der Rollen und Aufgaben des Managements und zur Stabilisierung ihrer Wahrnehmung in einem langfristig angelegten Projekt offenbar nicht aus. Die Erfahrungen an der MHH selbst mit einem ähnlichen Projekt - der systematischen Personalentwicklung - zeigen, dass das mittlere Management sich ein Projekt erst dann zu eigen macht, wenn es verpflichtend eingeführt wird. Dies wurde bei dem Qualitätsentwicklungsprojekt offenbar nicht so gesehen. Ergänzende Formen der Einbeziehung des Managements werden abschließend zu diskutieren sein.

Ebenso stellt sich bereits hier die Frage, wie die Einbindung des ärztlichen Dienstes intensiver geschehen könnte als dies der Fall war. Das eingesetzte Mittel der schriftlichen Information reicht offenbar nicht aus. Der Hinweis, dass Ärzte für eine derart ausgedehnte Fortbildung nicht zu gewinnen seien, mag realistisch sein, eine Lösung des Kooperationsproblems bietet er nicht und es stellt sich die Frage, wie der ärztliche Dienst für Qualitätsmanagement-Projekte generell zu motivieren ist.

### **1.3.3 Zeitplan und Ressourcen**

Es wurde ein detaillierter Zeitplan erstellt, der im folgenden spürbar überschritten wurde, so dass im Ergebnis nur fünf statt wie geplant acht Zyklen durchgeführt werden konnten. Es ist dem Kooperationssteam FH/MHH nicht gelungen, ausreichend steuernd einzugreifen, um hier eine Trendwende einzuleiten. Die Vielzahl an unterschiedlichen hemmenden Faktoren reicht von Selbstfindungsprozessen der Arbeitsgruppen bis hin zu Dienstplanproblemen bei der Planung von Arbeitsgruppensitzungen. Dennoch wird deutlich, dass sich das Kooperationssteam mehr vom Tagesgeschäft als von strategischen Überlegungen und Analysen leiten ließen.

Die Bereitstellung der Ressourcen zeigt ein ähnliches Bild. Die notwendigen Zeitkontingente konnten am Anfang angemessen bereit gestellt werden, beispielsweise für die Schulung der Internen Prozessbegleiter. Im Projektverlauf ergaben sich vermehrt Probleme, die auf unterschiedliche Weise gelöst wurden, beispielsweise durch flexible Dienstplangestaltung und Engagement der Arbeitsgruppen-Mitglieder und der Internen Prozessbegleiter. Nicht Rechnung getragen wurde der Tatsache, dass diese Ad-hoc-Lösungen zu einer Höherbelastung der betroffenen Teams insgesamt führten. Auch hier fehlten also strategische Lösungsansätze seitens der Projektsteuerung. Seitens des Kooperationspartners der Fachhochschule gab es im Projektverlauf zwar zahlreiche Hinweise auf die negativen Folgen der Ressourcenverknappung, Wirkung auf die Stellenbesetzung zeitigten

diese Hinweise jedoch nicht und es wurden seitens der Projektleiter der Fachhochschule auch keine Konsequenzen für die Kooperation gezogen.

### **1.3.4 Auswahl und Schulung der Internen Prozessbegleiter**

Ein wichtiger Teil der Projektvorbereitung war die Auswahl und Schulung der Internen Prozessbegleiter (IPB). Die hier verfolgte Strategie, sich durch ein aufwändiges internes Bewerbungsverfahren der besten Mitarbeiter für diese anspruchsvolle und noch wenig erprobte Aufgabe zu versichern, hat sich bewährt. Es wurden Moderatoren ausgebildet, die auch in Zukunft in der Qualitätsentwicklung eine hervorragende Rolle spielen können. Im Überblick gestaltete sich das Vorgehen wie folgt:

#### *Rekrutierung der Internen Prozessbegleiter*

Nach einem internen Bewerbungsverfahren wurden acht Bewerber ausgewählt. Folgende Kriterien waren für das Auswahlverfahren maßgeblich:

- außerordentliche fachliche Qualifikation
- hohes Selbstbewusstsein und Stresstoleranz
- Vorkenntnisse in Moderation, Anleitung und Präsentation von Arbeitsergebnissen
- Bereitschaft zur Aneignung fachlichen und methodischen Wissens
- Bereitschaft, Literaturarbeit zu leisten
- EDV- und Englischkenntnisse erwünscht

Aus 17 Bewerbungen wurden acht ausgewählt, drei weitere Teilnehmerinnen kamen aus der Abteilung Qualitätsberatung und Pflegeinformatik hinzu.

#### *Schulung der Internen Prozessbegleiter*

Das Qualifizierungsprogramm der Internen Prozessbegleiter gliederte sich wie folgt. Im Juli 1999 wurde ein dreiwöchiges Grundseminar mit folgenden Schwerpunktthemen durchgeführt:

- Grundlagen des Qualitätsmanagements
- Stationsgebundene Qualitätsentwicklung
- Moderations- und Präsentationstraining, Gruppendynamik
- Evidenzbasierte Praxis
- Literaturarbeit

Von September 1999 bis Mai 2001 wurden neun Tagesseminare mit u. a. folgenden Schwerpunktthemen angeboten:

- Auswertung des Grundseminars
- Evidenzbasierte Pflege
- Präsentation
- Anwendung von Moderationstechniken
- Konstitution von Arbeitsgruppen
- Einführung in Literaturrecherchen/Datenbanken
- Datenerhebungsmethoden / Audit

- Audittraining

Sukzessive hospitierten alle IPB in den eingerichteten Arbeitsgruppen, zum Teil waren sie auch als AG-Mitglieder eingebunden. Drei der IPB begannen im Projektverlauf mit eigenständiger Moderation von Arbeitsgruppen und wurde dabei vom wissenschaftlichen Mitarbeiter fachlich supervidiert. Zu Projektende konnte allen IPB ein Fortbildungszertifikat der FH Osnabrück überreicht werden.

### **1.3.5 Projektmarketing**

Das Mittel der einrichtungswerten Projektinformation, das vom MHH-Kooperationspartner von Anfang an verfolgt wurde, erwies sich als erfolgreich. Sowohl die schriftlichen „Projektinfos“ als auch die Informationsseiten im Intranet, die im Verlaufe des Projektes eingerichtet werden konnten, fanden rege Nachfrage und veranlassten viele Mitarbeiter zu Rückfragen. Der Erfolg dieser Maßnahme blieb allerdings im wesentlichen auf den Pflegedienst beschränkt. Den Weg zu anderen Berufsgruppen konnte das Projekt auch mit diesem Medium nicht finden.

## **1.4 Kooperationsstruktur und Projektanlage**

Die Kooperationsstruktur (s. Abb. 1) zwischen MHH und Fachhochschule hat sich grundsätzlich bewährt. Entscheidend für den erreichten Projekterfolg waren:

- Die Schaffung einer Vollzeitstelle für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter für den gesamten Projektverlauf,
- Die regelmäßigen Arbeitssitzungen des wissenschaftlichen Teams, bestehend aus den beiden Projektleitern der Fachhochschule und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter,
- Die Benennung einer verantwortlichen Projektleitung seitens der MHH für den gesamten Projektverlauf,
- Die regelmäßigen Kooperationstreffen der Partner MHH und FH Osnabrück,
- Die Einrichtung einer projektbezogenen Steuerungskommission (SQE-Kommission) mit ärztlicher und pflegerischer Abteilungsleitung sowie dem wissenschaftlichen Team als Mitglieder und den AG-Sprechern als Partnern in der Qualitätsarbeit,
- Die externe Moderation von Kooperationstreffen und SQE-Kommission durch Prof. Dr. Knut Dahlgard, FH Hamburg.

Für die Aufbauorganisation stellte sich die Frage der Einbindung in ein Qualitätsmanagementsystem. Im Forschungsbericht zum Projekt im Universitätsklinikum Benjamin Franklin wird die Integration der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem empfohlen. In der MHH existierte bisher kein integratives bzw. umfassendes System, sondern vereinzelte und nicht koordinierte Qualitätsprojekte und -maßnahmen. In Verbindung mit Erkenntnissen aus dem Projekt im Universitätsspital Zürich wurde eine Aufbauorganisation für die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung installiert, die

geeignet ist, in ein künftiges umfassendes Qualitätsmanagementsystem integriert zu werden.

Zusätzlich zu bestehenden Organen der Linienstruktur der MHH wurden zwei Arten von Gremien eingeführt:

Arbeitsgruppen (AG) der Pflegeeinheiten:

- Besetzung:** Eine Leitungsperson und vier Mitarbeiter des jeweiligen Pflgeteams; die Gruppe sollte möglichst heterogen zusammengesetzt sein, um unterschiedliche Teammitglieder (interessierte, skeptische, besonders qualifizierte) zu repräsentieren. Bei multidisziplinär zu bearbeitenden Themen sollten andere Berufsgruppen einbezogen werden.
- Aufgabe:** Die AG sollten stellvertretend für das jeweilige Team arbeiten, d. h. die einzelnen Arbeitsschritte der Stationsgebundenen Qualitätssicherung planen und (ggf. mit Beteiligung des Teams) durchführen.
- Besonderheit:** Die AG wählt unter ihren hier gleichrangigen Mitgliedern eine AG-Sprecherin, die die Gruppe nach außen vertritt.

SQE-Kommission:

- Besetzung:** AG-Sprecherinnen der Arbeitsgruppen, Leiter Krankenpflege, ärztlicher Leiter für die Krankenversorgung, Leiterin der Abteilung Qualität, Abteilungsleitungen der Pflegebereiche, Chefärzte der betreffenden Abteilungen sowie die in den Arbeitsgruppen beteiligten IPB, der wissenschaftliche Mitarbeiter und die projektverantwortlichen Professorinnen der FH Osnabrück
- Aufgabe:** Die Kommission übernimmt Feedback- und Steuerungsfunktion. Sie hat z. B. sicherzustellen, dass die AGs über die erforderlichen materiellen und personellen Ressourcen verfügen.  
Neben den Arbeitsgruppen, vertreten durch die AG-Sprecherinnen, beteiligen sich in diesem Gremium auch die IPB an dem Fachdiskurs.
- Besonderheit:** Für die Moderation steht Prof. Dahlgaard von der FH Hamburg zur Verfügung.
- Anmerkung:** In diesem Gremium ist die Kooperation mit dem ärztlichen Dienst von Projektbeginn an institutionalisiert.

Die nachfolgende Grafik stellt die Aufbauorganisation im Rahmen der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung idealtypisch dar.

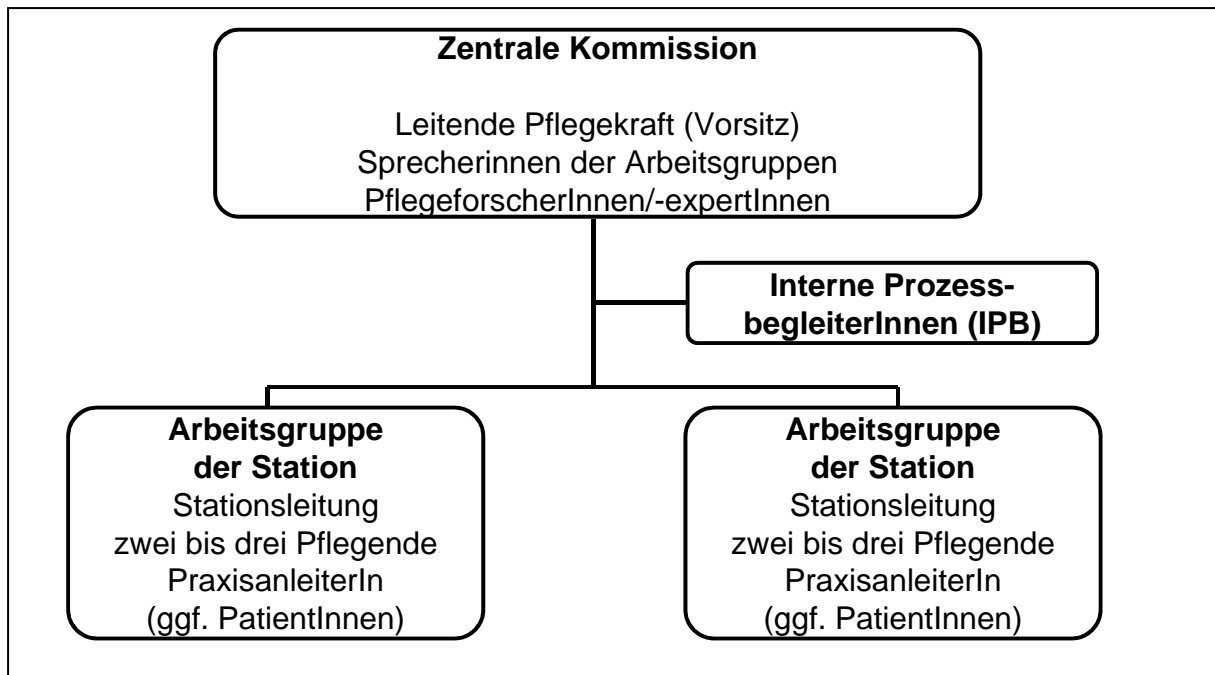


Abbildung 1: Kooperationsstruktur

Für die MHH stand die möglichst schnelle Produktion von Pflegestandards im Vordergrund des Interesses, während für die Fachhochschule auch die Weiterentwicklung der Methode wichtig war. Für das Experimentieren mit den einzelnen Elementen der Methode wurden Freiräume benötigt, die insbesondere dem „bottom-up“ Ansatz der Methode geschuldet sind. In der Sache war es den Kooperationspartnern mit gutem Ergebnis möglich, sich auf ein gemeinsames Vorgehen zur Erreichung qualitativ möglichst hochstehender Standards zu einigen. Die externe Moderation hat sich dabei bewährt, da einerseits die unterschiedlichen Interessen der Kooperationspartner geklärt und andererseits sowohl die Kooperationstreffen als auch die SQE-Kommissionssitzungen ohne die Dominanz (oder das Gefühl der Dominanz) einer der beiden Seiten gestaltet werden konnten.

Ein Schwachpunkt in der Kooperation war, dass vor allem zu Beginn des Projektes die gegenseitigen Informationen vielfach Aufgabe des wissenschaftlichen Mitarbeiters waren, für den dadurch im Falle divergierender Einschätzungen seitens der Fachhochschule und der MHH Rollenkonflikte entstanden. Darüber hinaus war dieses Verfahren bisweilen etwas zähflüssig, es fehlte zunächst eine Art „kooperative Geschäftsführung“ für die Zeit zwischen den Kooperationstreffen - eine Rolle, für die nur die jeweiligen Projektleitungen in Frage kommen. Im Verlauf des Projektes konnte dieser Mangel weitestgehend abgestellt werden.

In der Außenwirkung wurde diese durchaus funktionale Kooperationsstruktur nicht bei allen Beteiligten als günstig wahrgenommen. Der wissenschaftliche Mitarbeiter wurde überwiegend als Vertreter der Fachhochschule angesehen. Dies war seiner Rolle als Moderator nicht zuträglich. Gleichwohl wurde vom mittleren Management

und den Arbeitsgruppen die mangelnde Präsenz der „Fachhochschul-Professoren“ an der MHH moniert. Das Auftreten bei der Informationsveranstaltung für das Pflegemanagement, dem Grundseminar für die Internen Prozessbegleiter und den regelmäßigen SQE-Kommissionssitzungen reichte nicht aus, diesen Eindruck zu korrigieren. Unter dem Gesichtspunkt stärkerer Projektsteuerung, insbesondere bezogen auf den Zeitplan und die Durchführung der kompletten Qualitätszyklen, wäre hier eine andere Aufgabenteilung wahrscheinlich günstiger gewesen. Dem steht ein anderer Teil des Projektauftrages entgegen, die Evaluation. Die Projektleiter der Fachhochschule haben sich auf der Ebene der Standardentwicklung und -überprüfung, also bei dem Qualitätszyklus selbst, bewusst zurückgehalten, um die Anwendbarkeit der Methode in der Praxis möglichst ohne Sonderbedingungen beurteilen zu können. Im Rahmen der regelmäßigen Arbeitstreffen des wissenschaftlichen Teams wurden jedoch alle methodischen Fragen diskutiert und entschieden sowie das Projektgeschehen insgesamt engmaschig begleitet.

In den folgenden Berichtsteilen werden der Projektverlauf (Kapitel 2, Darstellung der Qualitätszyklen) sowie die Sichtweisen der Akteure (Kapitel 3, Akzeptanz und Beherrschung der Methode) dargestellt. Im abschließenden Kapitel 4 werden die Ergebnisse diskutiert und Schlussfolgerungen für die Methodenentwicklung gezogen.



## 2 Darstellung der Qualitätszyklen

Andreas Fierdag

Aufgabe dieses Berichtsteils ist die Rekonstruktion des Verlaufs der Qualitätszyklen auf den Projektstationen. Deshalb werden auch relevante negative Ereignisse nicht ausgelassen. Die unterschiedlichen Verläufe geben Aufschluss über wichtige Erfolgsfaktoren zur Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. Um Rückschlüsse auf Personen zu verhindern, verzichtet der Bericht gänzlich auf personenbezogene Angaben, auch wenn die Leistungen der Teilnehmer insbesondere die Mitglieder der Arbeitsgruppen und die Internen Prozessbegleiter durchaus einer namentlichen Würdigung wert wären.

Die im Projektverlauf durchgeführten Qualitätszyklen stellen sich in einer Überblickstabelle wie folgt dar:

Zyklus	Thema	Laufzeit	Standard	Audit
A	Mobilisation von Langzeitpatienten auf der Intensivstation	8/99 - 5/01	Erstellt	Durchgeführt
B	Schmerzeinschätzung auf einer operativen Einheit	10/99 - 1/02	Erstellt	Durchgeführt
C	Dekubitusprophylaxe	7/00 - 1/01	Expertenstandard angepasst	Durchgeführt
D	Mundpflege bei oral intubierten Patienten	4/01 - 8/01	Richtlinie erstellt	Nein
E	Medikamentenschulung nach Transplantation	1/2001 - 7/02	Erstellt	Geplant

Im folgenden werden die Zyklen A und D als die kontrastreichsten Fälle ausführlich wieder gegeben, während sich die Darstellung der übrigen Zyklen auf die Ergebnisse beschränkt.

### 2.1 Zyklus A – der Pilotzyklus

Der Zyklus der Station A galt als Pilotprojekt. Dies wurde von Beginn an mit allen Beteiligten so kommuniziert. Es war klar, dass hier Probleme auftreten würden, von deren Lösung nachfolgende Zyklen profitieren könnten. Diese Erwartung hatte sich bestätigt. Im Zyklus A bestand die Herausforderung für alle darin, ohne Sonderbedingungen die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung praktisch umzusetzen und mit auftretenden Problemen situationsgerecht umzugehen.

### 2.1.1 Die strukturellen Voraussetzungen der Station A

Der erste Zyklus der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung im Rahmen des Projekts war auf einer intensivmedizinischen Station vorgesehen. Diese Station war mit etwa 70 Mitarbeitern in Teil- und Vollzeitstellung besetzt. Das Pflegeteam wurde von zwei gleichrangigen Stationsleitungen und einer Stellvertretung geleitet. Die Leitungen hatten neben ihrer üblichen Leitungsfunktion untereinander Schwerpunkte verteilt. Eine Leitung war hauptverantwortlich für ein EDV-Dokumentationssystem, über die auch die gesamte Pflegedokumentation geleistet wurde. Die andere Leitung besetzte den Schwerpunkt Personalentwicklung und führte Beurteilungsgespräche mit den Mitarbeitern. Die Stellvertretung sollte nun nach erfolgreicher Bewerbung zur IPB - Ausbildung den Schwerpunkt Qualitätsentwicklung übernehmen.

Die Ist-Analyse hatte ergeben, dass die Mitarbeiter hohen Belastungen ausgesetzt waren. Die personelle Besetzung schränkte die Möglichkeiten, einem qualitativ und betreuerisch angemessenen Anspruch der pflegerischen Versorgung gerecht zu werden, sehr ein. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin wurde personenabhängig zwischen gut und schlecht eingestuft. Hervorzuheben ist die Ambivalenz, dass die Pflegenden kaum selbstbestimmte Arbeitsfelder der Pflege sahen, dafür indes medizinische Aufgaben und Entscheidungen eigenverantwortlich zu übernehmen hatten. Zusätzlich belastend zum bestehenden Arbeitspensum dürften frustrierende Erlebnisse in der Versorgung kritischer Patienten gewirkt haben (zum Beispiel unerwartete Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten trotz großer Anstrengungen), denen sich die Pflegenden nicht entziehen konnten, während gleichzeitig Erfolgserlebnisse wegen kurzer Liegezeiten der eigenen Wahrnehmung entzogen waren. Für notwendig erachtete Verbesserungen der Versorgung der Patienten, wie eine adäquate Schmerztherapie und psychologische Betreuung, wurden seitens des ärztlichen Dienstes auch nach Anfragen der Pflegenden nachrangig behandelt, obwohl geeignete Strukturen, wie eine Schmerzambulanz, im Hause vorhanden waren.

Die in der Ist-Analyse interviewten Mitarbeiter der Station A zeigten sich kritisch gegenüber dem Projekt und äußerten Vorbehalte, die im Bericht so zusammengefasst wurden:

„Allerdings kann man sich vorstellen, die dezentrale oder Stationsgebundene Methode einzuführen, wenn hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen gesichert werden und wenn dadurch eine wirkliche Qualitätssicherung durch die Pflegenden selbst möglich wäre. Eine AG-Arbeit nach der regulären Arbeitszeit würde kaum aufgrund der Arbeitsbelastungen akzeptiert werden beziehungsweise sinnvoll sein, da man dann zum konzentrierten konzeptionellen Arbeiten kaum noch in der Lage wäre. Es muss sichergestellt sein, dass man nicht drei Jahre Zeit, Arbeit, Emotionen investiert und anschließend die Methode nicht weitergeführt wird“ (Ist-Analyse 1998: Mitarbeiter der Station A).

Die Erwartungen an das Projekt können als skeptisch bezeichnet werden. Diese wurden durch die Erfahrung mit Forschungen in der Medizin bestärkt, in denen die Pflegenden zuarbeitende Funktion hatten, ohne Gewinn für die eigene Arbeit. Der

gleiche Vorbehalt bestand gegenüber dem Projekt zur Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. Erfahrungen mit der Entwicklung von Handlungsrichtlinien im Hause hatten ihnen gezeigt, dass diese aufwändig, langwierig und bürokratisch war (viele Verantwortungsträger mussten ihre Zustimmung beurkunden) und mit den aktuellen Entwicklungen in der Praxis nur schwer Schritt halten konnte. Ihre dienstverpflichtende Verbindlichkeit für alle wurde indes geschätzt und ihre Wirkung auf die Auseinandersetzung mit pflegerischen Inhalten als positiver Effekt bewertet. Nicht zuletzt die Vereinfachung der Pflegedokumentation, die vollständig EDV-gestützt war, wurde als Vorteil empfunden.

Bei der Einführung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung hatte für die Mitarbeiter die Selbstbestimmung bei der Gestaltung der pflegerischen Arbeitsprozesse einen sehr hohen Stellenwert, der bisweilen mit der Methode schwer in Einklang zu bringen war. Zum Beispiel führte das Kriterium der Evidenzbasierung dazu, dass wissenschaftliche Erkenntnisse Vorrang vor den Vorstellungen der Mitarbeiter hatten und angesichts der begrenzten personellen Ressourcen bisweilen Ängste vor noch höheren Belastungen auslöste. Andererseits erwarteten sie von der Evidenzbasierung überzeugende Argumente, die zur Durchsetzung ihrer Qualitätsvorstellungen führen könnten. Im Verlauf des Projektes offenbarte sich darüber hinaus, dass im Gegensatz zu den vorhandenen intensivmedizinischen Kenntnissen Defizite im pflegerischen Wissen vorlagen.

Ohne an dieser Stelle der Analyse des Projekts vorzugreifen, kann im Nachhinein festgestellt werden, dass die strukturellen Voraussetzungen aus einem widersprüchlichen Mix bestanden. Die Fachkenntnisse der Mitarbeiter wurden in der Ist-Analyse als vergleichsweise gut eingeschätzt, während sich im Projektverlauf Defizite offenbarten. Diese Defizite sollten kein Problem sein, weil sie im Rahmen der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ein Verbesserungspotential darstellten. Verbunden mit dem Selbstverständnis der Mitarbeiter als Intensivpflegekräfte, dem Anspruch der Selbstbestimmtheit im Gegensatz zur sonst erlebten Fremdbestimmtheit, dem von außen herangetragenem Anspruch der Evidenzbasierung und damit verbundener neuer Erwartungen an die Pflegenden und den engen personellen Ressourcen entstand ein aufgeladenes Spannungsfeld, das im Verlauf des Projekts bisweilen dramatische Wirkungen zeitigte.

### **2.1.2 Initiierung des ersten Zyklus**

Vor der Initiierung des ersten Zyklus wurden alle beteiligten Personen vom Management bis zu den Praktikern über das Projektvorhaben informiert. Bis zum tatsächlichen Beginn verstrichen sechs Monate durch Vorbereitungs-schritte wie die theoretische Ausbildung der IPB und den Aufbau von Qualitätsmanagementstrukturen wie der SQE-Kommission. Die Initiierung des ersten Qualitätszyklus war Aufgabe des wissenschaftlichen Mitarbeiters (WM), der einfühend die Aufgabe eines IPB übernahm. Ein beziehungsweise zeitweilig zwei auszubildende IPB begleiteten ihn, womit ihnen das Lernen am Modell in der Praxis ermöglicht wurde.

Der WM besprach mit den Leitungen der Station A das Vorgehen. Es wurden drei inhaltsgleiche Fortbildungen für das Team zu je 90 Minuten angeboten, womit nahezu jeder Mitarbeiter des Pflgeteams die Teilnahme ermöglicht wurde. Die Leitungen wirkten auf eine hohe Teilnehmerzahl hin, so dass etwa 80 % des Teams geschult werden konnten. Die Inhalte der Schulung waren:

- Die Bedeutung pflegerischer Qualität.
- Die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung.

Unter der Überschrift „Bedeutung pflegerischer Qualität“ wurde der Begriff Qualität einschließlich seiner Ambivalenz zwischen wertneutraler und wertimplizierender Bedeutung sowie seine Konkretisierung für professionelle Pflege expliziert.

Die Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung beinhaltete die organisatorischen Aufbaustrukturen, den Qualitätsentwicklungszyklus unterlegt mit Beispielen und ersten bevorstehenden Arbeitsschritten zur Initiierung des ersten Zyklus. Bereits im Grundseminar der IPB, in dem ein großer Teil das Training zur Durchführung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ausmachte, deutete sich an, dass das Qualitätsverständnis der Pflegenden nicht primär auf patienten-orientierte, therapeutische Belange der Pflege gerichtet sein, sondern ein hoher Anteil organisatorische Qualität betreffen würde. Dieser Hinweis wurde in der Fortbildung umgesetzt, indem der Fokus ausdrücklich auf patientenorientierte und therapeutisch bedeutsame pflegerische Interventionen gesetzt und dies mit Beispielen unterlegt wurde.

Die Schulungen zur Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung sollten insbesondere den Mitarbeitern, die sich nicht unmittelbar als Arbeitsgruppenmitglieder mit der Methode befassen konnten, ermöglichen, sich gut informiert einbringen zu können. Die Fragen der Teilnehmer ließen erkennen, dass die wesentlichen Aspekte des Projekts und der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung verstanden wurden. Weitergehende Fragen zu Einzelheiten der Methode, wie die Themenwahl und die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, spiegelten dies wieder. Die Mitarbeiter zeigten sich bereit, Verbesserungen in der Pflege mit dem vorgestellten Projekt anzustreben, ohne ihre Vorbehalte, wie schon in der Ist-Analyse, zu verbergen. So zeigte sich Abwehr gegen eine mögliche Fremdbestimmung wie zum Beispiel durch die Beteiligung der Ärzte. Auch die Sorge vor Einsparungs- und Kontrollabsichten wurde zum Ausdruck gebracht. Und nicht zuletzt sahen sie es als wichtig an, dass die Führung der MHH das Projekt ausdrücklich unterstützte und Qualitätsverbesserungen zum Ziel hatte und nicht die Fixierung eines geringeren Qualitätsniveaus.

Ein weiterer Schritt zur Initiierung des Zyklus war die Bildung einer Arbeitsgruppe, die der WM mit den Stationsleitungen besprach. Es wurde eine heterogene Zusammensetzung der AG angestrebt, in der einerseits verschiedene fachliche Potenziale und andererseits eine Streuung unterschiedlicher Persönlichkeiten wirksam werden sollte. Die Streuung der Persönlichkeiten sollte dazu dienen, für möglichst viele Mitglieder des Pflgeteams personale Bezugspunkte zur Arbeitsgruppe herzustellen. Aus diesem Grunde wurde auch forciert, eine Person einzubeziehen, die dem Projekt skeptisch gegenüber stand. Die Gruppe wurde auf eine Anzahl von fünf Mitgliedern

begrenzt. Vorgegeben wurde auch die Beteiligung einer Leitungsperson, damit diese die Arbeitsergebnisse und Entscheidungen in ihrer Managementfunktion berücksichtigen konnte.

Die angestrebte Heterogenität der Arbeitsgruppe ist erreicht worden. Es waren Mitarbeiter mit und ohne Intensivfachweiterbildung vertreten. Ein Mitglied hatte seit seiner Ausbildung ein Jahr Intensivfahrung sammeln können, während andere mehrjährige Erfahrung mitbrachten. Auch die Persönlichkeiten unterschieden sich deutlich, von denen sich eine als besonders skeptisch eingestellt gegenüber dem Projekt erwies. Der stellvertretende Stationsleiter wurde für die Besetzung der AG berücksichtigt, obwohl er zugleich zum IPB ausgebildet wurde, da für ihn in näherer Zukunft keine andere Station als Praxisfeld zur Verfügung stand. In der AG sollte er sich auf seine Funktion als AG-Mitglied und Leitung des Pflgeteams beschränken, das hieß nicht moderierend im Sinne der Internen Prozessbegleitung einzugreifen. Seiner Ausbildung sollte die beobachtende Erfahrung in der AG zugute kommen.

In der konstituierenden Sitzung der Arbeitsgruppe gab der WM in seiner Funktion als Interner Prozessbegleiter eine einführende Wiederholung zur Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. Ferner beschlossen die AG-Mitglieder kommunikations- und verbindlichkeitsfördernde Regeln für die Zusammenarbeit und planten die nächsten Sitzungstermine sowie die bevorstehenden Arbeitsschritte. Die Sitzungen waren zunächst je für zwei Stunden in der überlappenden Dienstzeit der Früh- und Spätschicht geplant, was der bereits in der Ist-Analyse gestellten Forderung entsprach. Die Wahl eines AG-Sprechers, der die Gruppe im Pflgeteam und in der SQE-Kommission vertreten sollte, erfolgte zu Beginn der zweiten Sitzung.

### **2.1.3 Pflgerische Werte feststellen und formulieren**

Gemäß des Zyklus der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung bildet die Feststellung und Formulierung pflgerischer Werte den ersten Schritt zur Planung der Qualität. Vorliegende Erfahrungen zeigten, dass die Bestimmung der „Pflgerischen Werte“ breiten Raum im Qualitätszyklus beanspruchte. Die Diskussion nahm mehrere Sitzungen in Anspruch, um mit der Begrifflichkeit zurecht zu kommen und die eher abstrakte Auseinandersetzung zu greifbaren Ergebnissen zu führen. Sie flammten dennoch im Laufe des Zyklus immer wieder auf.

Der WM wählte vor diesem Hintergrund eine Moderationsmethode, die die Diskussion auf weniger als 90 Minuten verkürzte. Per Kartenabfrage wurden die AG-Mitglieder aufgefordert, ihre pflgerischen Werte zu nennen. Die initiale Frage hierzu lautete: „Welche Grundsätze für die Pflege von Patienten halte ich für wichtig?“ Die Nennungen wurden diskutiert und anschließend per Punktabfrage in eine Rangfolge gebracht, wobei von jedem vier Punkte vergeben werden konnten und weitere wichtig erscheinende Nennungen keine Priorität bekamen (s. Abbildung 2). Diese Vorgehensweise leistete keine umfassende Auseinandersetzung mit den eigenen pflgerischen Wertvorstellungen, bot aber Anknüpfungspunkte für künftige Diskussionen. Die fünf bis sieben wichtigsten Werte sollten für die weitere Arbeit als Referenzrahmen für die angestrebte Qualität dienen und auch im gesamten

Pflegeteam zur Diskussion und Reflexion der eigenen Praxis anregen. Die Begrenzung auf die wichtigsten Werte sollte ein überschaubares Spektrum bieten, das einprägsam blieb und seine Wirkung nicht durch eine zu große Zahl verlor.

**Priorisierte Nennungen:**

1. Fachwissen (5 Punkte)
2. Kontinuität (4 Punkte)
3. Sicherheit (3 Punkte)  
Zusammenarbeit mit anderen Bereichen (3 Punkte)
4. Patienten-/Familienorientierung (2 Punkte)  
Information (2 Punkte)
5. Individualität (1 Punkt)

**Nicht priorisierte Nennungen:**

Flexibilität, Menschenwürde erhalten, Wohlbefinden, Humanität, Toleranz, Sensibilität, Distanz ohne Kälte, Intimsphäre einhalten.

Abbildung 2: Aus dem Protokoll der 2. Sitzung der Arbeitsgruppe A – Pflegerische Werte

Die Liste der wichtigsten Werte der AG-Mitglieder erfüllte ihre Funktion in kontroversen Diskussionen in den weiteren Schritten. Wie in den hospitierten Kliniken wurden sie wiederholt diskutiert, jedoch primär als Spiegel, in dem die AG-Mitglieder reflektierten, ob ihre Entscheidungen mit ihren Werten konform gingen. Wenn dies nicht der Fall war, hatten sie zu entscheiden, ob sie ihre Werte oder ihre aktuellen Entscheidungen modifizieren wollten, um Widersprüchlichkeiten aufzuheben. Die AG A modifizierte ihre ursprünglichen Werte nicht.

Neben der Bestimmung der pflegerischen Werte plante die Arbeitsgruppe die Information des Teams. Hierzu wurde ein „SQE-Ordner“ für alle Teammitglieder einsehbar angelegt. Jeder Mitarbeiter erhielt einen Protokollauszug und wurde auf diesen im elektronischen Dokumentationssystem per e-Mail hingewiesen. Außerdem stellten sich die AG-Mitglieder in einer Dienstbesprechung für einen Meinungsaustausch zur Verfügung.

#### 2.1.4 Themenwahl

Im Wissenschaftlichen Team wurde die Themenwahl als einer der wichtigsten Schlüsselfaktoren der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung angesehen. Erfahrungen im Forschungsprojekt zur Stationsgebundenen Methode im Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin (Dahlgard/Schiemann 1996) machten deutlich, dass die Wahl eines geeigneten Themas ausschlaggebend für eine angemessene Relation zwischen Aufwand und Ergebnis, für Patientenorientierung und Fortschritt in der Pflege der Patienten, für den therapeutischen Anspruch der Pflegenden, für die Akzeptanz über das betreffende Pflegeteam hinaus und nicht zuletzt für die Legitimation durch Evidenzbasiertheit sein würde. Um diese Anforderungen bei der Themenwahl zu erreichen, wurde ein Themenfilter entwickelt,

nach dem die Eignung der Themen zur Bearbeitung mit der Stationsgebundenen Methode überprüft wurde.



## Welche Themen...

- **Eignung für die SQS**
  - d.h. keine besser geeigneten Alternativen zur Lösung des Problems (Forschung, Fortbildung, Qualitätszirkel, ...)?
- **Relevanz**
  - wichtiges + häufiges Qualitätsproblem für die Patienten?
  - zu erwartende therapeutische Wirkung?
  - fördert Patientenorientierung?
  - zu erwartender Qualitätssprung?
- **inhaltliche Ergiebigkeit**
  - interaktionsreich?
  - Zugang zu fundiertem Wissen zu erwarten?

Abbildung 3: Themenfilter

Der Themenfilter gliederte sich in drei Kategorien, die mit Hilfsfragen versehen waren. Unter der Kategorie „Eignung für die SQE“ (SQE für Stationsgebundene Qualitätsentwicklung) wurde überprüft, ob andere Herangehensweisen zur Bearbeitung des zur Diskussion stehenden Themas besser geeignet waren. Wenn zum Beispiel für das Problem nicht auf bereits vorhandene Erkenntnisse zurückgegriffen und ein Standard somit nicht auf evidenzbasiertem Niveau entwickelt werden konnte, hätte dazu zunächst Forschung stattfinden müssen. Handelte es sich lediglich um ein Wissensdefizit, das leicht durch Fortbildung hätte beseitigt werden können, so wäre diese weniger aufwändige Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung vorgezogen worden. Unter der Kategorie „Relevanz“ wurde überprüft, ob das Thema bezüglich der Häufigkeit und Wichtigkeit relevant genug erschien. Ferner sollte es im Sinne professioneller Pflegequalität von therapeutischer Bedeutung sein und unmittelbare Wirkung für die Patienten erzielen. Schließlich wurde die Relevanz daran gemessen, ob ein zu erwartender deutlicher Qualitätssprung den Aufwand rechtfertigen würde. Die Kategorie „inhaltliche Ergiebigkeit“ zielte darauf ab zu prüfen, ob nicht lediglich pflegerisch-technische Probleme zu lösen waren, die durch Handlungsrichtlinien (nursing procedures) einfacher zu klären gewesen wären, sondern dem Patienten zugewandte

interaktionsreiche Interventionen verbessert werden würden. Darüber hinaus wurde die Ergiebigkeit in Abhängigkeit zum Vorhandensein fundierten Wissens hinterfragt. Diese Anforderungen grenzten die Wahlmöglichkeiten stark ein. Im Grundseminar der IPB hatte dies in einer Übung dazu geführt, dass nach einem Brainstorming zu Qualitätsproblemen in der Pflege nur ein verschwindend geringer Teil den gewünschten Anforderungen gerecht wurde und die Ablehnung des Großteils der Nennungen als enttäuschend erlebt wurde. Um einer erneuten Enttäuschung gleich zu Beginn eines Zyklus entgegenzuwirken, wurde in den einführenden Fortbildungen der Teams bereits der Fokus auf patientenbezogene und therapeutisch relevante Qualitätsthemen gelenkt und damit den Patienten als Ausgangspunkt zur Identifizierung von Qualitätsproblemen zu nehmen. In der Arbeitsgruppe wurde der Fokus auf geeignete Themen nochmals bestärkt. Die Sammlung von Qualitätsthemen für den ersten Zyklus wurde mit folgender Frage angestoßen:

„Welche Qualitätsprobleme in der Pflege unserer Patienten sind mir aufgefallen?“

Die Arbeitsgruppe zeigte sich motiviert und aktiv. Sie hatte bereits vor der Sitzung zusammen mit dem Team eine Themenliste mit folgenden Nennungen aufgestellt:

Themenliste des Teams:

- Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät)
- Schmerz
- Tubusfixierung
- postoperative Darmmobilisation
- Augenpflege
- Dekubitusprophylaxe
- Betten
- Mundpflege
- Mobilisation

Der WM ließ die Nennungen auf Moderationskarten visualisieren. Er war sich nicht sicher, ob die Themenliste mit der Erwartung verbunden war, Standards im Sinne von Handlungsrichtlinien zu entwickeln, wie es im Hause bereits langjährig praktiziert wurde. Erfahrungsgemäß verstanden die meisten Pflegenden Standards als etwas, das primär der Vereinheitlichung pflegerischer Vorgehensweisen diene und dies wurde als Fortschritt angesehen, denn in der Praxis bestand häufig das Problem, dass die Pflegenden je nach Schule und Krankenhaus, in denen sie ihre Ausbildung absolviert hatten, unterschiedliche Vorgehensweisen in der Pflege angenommen hatten. In der MHH wurde dieser Anspruch dadurch gelöst, dass pflegerische Handlungen auf der Grundlage eines Konsenses der Beteiligten, manchmal unterstützt durch Pflegelehrbücher, schriftlich festgelegt wurden, damit sich künftig alle an die einheitliche beziehungsweise „standardisierte“ Vorgehensweise halten würden. Ein zweites wesentliches Ziel dieser schriftlich fixierten Vorgehensweisen (im Englischen treffender als „nursing procedures“ bezeichnet) bestand in der Erleichterung der pflegerischen Dokumentation. Es konnte auf sie mittels Kürzel Bezug genommen werden, ohne die pflegerische Handlung ausführlich niederschreiben zu müssen.



Die Liste beinhaltete auf den ersten Blick Tätigkeiten der Pflegenden und ließ nicht unmittelbar erkennen, ob sich hinter den Nennungen Probleme verbargen, die vom Patienten ausgehend erkannt wurden oder solche, bei denen es Probleme bei der Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe gab. Um für die Themenwahl weitere Alternativen zu bekommen, bat der WM die AG-Mitglieder in einem Brainstorming zusätzliche Qualitätsprobleme mit einem hohen Interaktionsgehalt zu nennen:

Nennungen des Brainstormings:

- Umgang mit Angehörigen
- Angst
- Übergabe
- verwirrter Patient

Ein AG-Mitglied gab eine Karte mit der Aufschrift ab: „mein Thema ist bedauerlicherweise schon in meinem Kopf fixiert, also nix mehr mit Storming“. Bei diesem Mitglied handelte es sich um die Person, die in der heterogenen Gruppe der Rolle der Skeptikerin am nächsten kam. Sie machte deutlich, dass das Thema Mobilisation vorab im Team festgelegt wurde und sie einer anderen Wahl nicht zustimmen würde. Ihre Aussage deutete bereits darauf hin, dass die Moderation als beeinflussend wahrgenommen wurde. Der WM versuchte, zwischen den Erfolgsfaktoren der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung „Selbstbestimmung der AG-Mitglieder“ und „anspruchsvolle Inhalte“ ein Gleichgewicht zu finden.

Die Arbeitsgruppe diskutierte die Themen im Zusammenhang mit ihren pflegerischen Werten und wurde aufgefordert, mittels des Themenfilters (s. Abbildung 3) die Eignung für die Bearbeitung mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung zu überprüfen. Sie kam zu dem Schluss, dass die Themen Weaning, Schmerz und Mobilisation geeignet waren. Der WM erklärte, dass ein interdisziplinärer Zyklus zusammen mit Ärzten erst später gewagt werden sollte. Die AG-Mitglieder stellten fest, dass die Themen Schmerz und Weaning ohne Beteiligung der Ärzte nicht zu bearbeiten waren und entschieden sich für das Thema Mobilisation. Weil die postoperative Frühmobilisation kein Problem, sondern eine Stärke des Pflgeteams darstellte, grenzten sie das Thema auf die Mobilisation von Langzeitpatienten ein. Die Arbeitsgruppe plante abschließend die Bekanntmachung der Sitzungsergebnisse im Team und ihre Präsentation in der SQE-Kommission.

Im Wissenschaftlichen Team wurde die getroffene Wahl reflektiert. Eine Recherche der internationalen Forschungsliteratur ergab, dass zur Mobilisation von Intensivpatienten kaum verwertbare Forschungsergebnisse vorlagen. Die übrigen von der AG genannten Themen boten sich als Alternativen nicht an, weil sie entweder keine wesentliche Qualitätsverbesserung ermöglichten oder ebenfalls nicht auf Forschungsliteratur zurückgreifen konnten. Eine erneute Suche nach geeigneten Themen schied aus, weil diese Einflussnahme die Motivation der Arbeitsgruppe schwer beeinträchtigt hätte.

In der Sitzung der SQE-Kommission wurde die Themenwahl der Arbeitsgruppe A diskutiert. Der Sprecher der Arbeitsgruppe argumentierte wie folgt:

- „Alle festgestellten pflegerischen Werte der Station A spiegeln sich in dem Thema wieder.
- Es gibt keine Alternative dazu, selbst ein Konzept zur Mobilisation von Langzeitpatienten auf der Station A auszuarbeiten.
- Bei der Mobilisation handelt es sich um ein wichtiges und häufiges Qualitätsproblem für die betreffenden Patienten.
- Die zu erwartende therapeutische Wirkung ist hoch (zum Beispiel in bezug auf die prophylaktische Wirkung, das Körpergefühl, das Wohlbefinden).
- Die AG-Mitglieder gehen davon aus, dass auch das ärztliche Interesse an der frühen und häufigen Mobilisation von Langzeitpatienten hoch ist.
- Das Interesse des Pflgeteams an Strategien zur Mobilisation der oben genannten Patientengruppe ist hoch.
- Die pflegerischen Werte werden den Patienten deutlich.
- Fundiertes Wissen zu diesem Thema ist zu erwarten.
- Mit Langzeitpatienten ist eine Interaktion zur Bewertung der zu entwickelnden Methoden sichergestellt.“

Rückfragen seitens der Kommissionsmitglieder an den AG-Sprecher ergaben, dass die Zahl der betreffenden Patientengruppe auf ein Viertel der gesamten Patienten geschätzt wurde, womit eine genügend große Stichprobe für ein aussagekräftiges Audit zu erwarten war. Ein Qualitätssprung sei zu erwarten, da der gegenwärtige Status ungenügend sei. Auf die Frage nach notwendigen Ressourcen, die zur Verfügung gestellt werden müssten, wurde vom Pflegemanagement zurückhaltend reagiert. Mögliche Geräte wie Patientenlifter oder geeignete Rollstühle kämen in Frage, die dann im Investitionsplan geltend gemacht werden sollten. Die Daten des Audits wurden als Argumentationsgrundlage erwartet. Schulungen zu Basaler Stimulation und Kinästhetik waren Bestandteil des Fortbildungsprogramms im Hause und konnten den Mitarbeitern der Station angeboten werden. Die SQE-Kommission kam zu dem Entschluss, die Station A in ihrem Vorhaben grundsätzlich zu unterstützen. Die anwesenden AG-Sprecher der Station A und der IPB zeigten sich anschließend enttäuscht über das verhaltene Feedback und die geringe Beteiligung der pflegerischen Leitungen an den Diskussionen.

### **2.1.5 Standardentwicklung**

Der nächste Schritt bestand in der Feststellung von Standards und Kriterien. Ziel war die Beschreibung der anzustrebenden Qualität einer pflegerischen Leistung nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse. Dieser Schritt erforderte die Vermittlung des Verständnisses über Pflegestandards, die Analyse des Qualitätsproblems, die Recherche zu Erkenntnissen bezüglich des Problems und schließlich die Entwicklung des Pflegestandards auf der Grundlage dieser Vorbereitung.

### 2.1.5.1 Vermittlung theoretischer Grundlagen

Die Definition des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege fasste die Bedeutung von Pflegestandards zusammen:

„Pflegestandards sind ein professionell abgestimmtes Qualitätsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Zielgruppe angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt.“

Dieses Verständnis wurde der AG-Arbeit zugrundegelegt. Der WM beschrieb einleitend Aufbau und Funktion von Pflegestandards anhand eines Beispiels vom Royal College of Nursing (1994) und grenzte diese Form von den MHH intern häufig als Standard bezeichneten Handlungsrichtlinien (nursing procedures) ab.

## Beispiel eines Pflegestandards

Station 2.1 Standard		
<b>Standard-Statement: Alle Patienten der (Station) werden eine Schmerzkontrolle erfahren, durch die sie innerhalb von 30 Minuten nach Beginn des Schmerzes völlig schmerzfrei sein werden.</b>		
Struktur	Prozess	Ergebnis
S 1. Ein spezifisches Schmerzeinschätzungsinstrument für die (Station) wird entwickelt S 2. Aktuelles Forschungsmaterial wird für das gesamte Personal zur Verfügung gestellt S 3. Geeignete Professionelle werden vom Personal selbst für Fortbildungen hinzugezogen, z.B. Anästhesisten S 4. Alle qualifizierten Mitarbeiter verfügen über effektives Wissen über die gesamte Ausrüstung zur Schmerzlinderung	P 1. Alle Patienten werden mittels der Schmerzeinschätzungsskala bezüglich ihrer Schmerzintensität eingeschätzt P 2. Pflegepläne werden angepasst, um die Bedürfnisse des Individuums zu befriedigen P 3. Die Effektivität der Analgetika wird mittels des Schmerzeinschätzungsinstruments innerhalb von 30 Minuten nach Verabreichung evaluiert P 4. Stelle sicher, dass angemessene Analgetika für jeden Patienten verschrieben werden.	E 1. Analgetika werden sicher streng nach der Distriktmedikamentenpolitik [District Drug Policy] verabreicht. E 2. Schmerzlinderung wird messbar und definierbar sein E 3. Angst des Patienten wird völlig reduziert auf das Minimum E 4. Pflegepersonal wird Berufszufriedenheit erleben und ausdrücken E 5. Schmerzen des Patienten werden bis zur Entlassung und danach kontrolliert E 6. Alle Patienten werden ihr ganzes Potential zur Genesung durch Reduzierung von Komplikationen erreichen E 7. Das Standard-Statement wird erreicht.

Royal College of Nursing of the United Kingdom (1994): Executive Summary – The Impact of a Nursing Quality Assurance Approach, the Dynamic Standard Setting System (DySSy) on Nursing Practice and Patient Outcomes (The ODySSy Project), Oxford, National Institute for Nursing, Report No. 4, Volume 1 (Übers. A. Fierdag)

Abbildung 4: Beispiel eines Pflegestandards des Royal College of Nursing

Den Aufbau des Pflegestandards beschrieb er anhand des Beispiels und konkretisierte die Bestandteile:

<b>Standard-Statement:</b>	allgemeine Beschreibung des angestrebten Qualitätsniveaus der Leistung
<b>Ergebniskriterium:</b>	überprüfbare Aussage über das Resultat der Leistung
<b>Prozesskriterium:</b>	überprüfbare Aussage über die Vorgehensweise
<b>Strukturkriterium:</b>	überprüfbare Aussage über die erforderlichen Voraussetzungen für die Leistung

Die Funktion wurde wie folgt erläutert:

Auf der Grundlage von Pflegestandards werden im Qualitätszyklus

- die angestrebte Qualität beschrieben,
- die tatsächliche Qualität festgestellt oder nach bereits durchlaufenem Zyklus erneut festgestellt,
- ein Änderungsplan aufgestellt, der darauf gerichtet ist, die Abweichungen der tatsächlichen von der erwünschten Qualität zu verringern.

### 2.1.5.2 Problemanalyse

Nach der Klärung des Verständnisses über Standards wurden einzelne Schritte zur Entwicklung des Standards zur Mobilisation von Langzeitpatienten der Arbeitsgruppe vorgeschlagen, um sich zunächst der Problemlage zuzuwenden:

1. Qualitätsproblem eindeutig beschreiben
2. Erkenntnisse/Wissen zum Thema zusammentragen
3. Standard-Statement formulieren
4. Kriterien formulieren
5. Überprüfung anhand einer Kriterienliste

Die AG-Mitglieder sammelten Probleme, die mit der Mobilisation ihrer Langzeitpatienten im Zusammenhang standen, und ordneten sie drei Problemfeldern zu: Patientenbezogene Probleme, methodische Probleme und mitarbeiterbezogene Probleme. Die Zuordnung kam spontan und ohne methodische Einflussnahme zustande, da die AG-Mitglieder offenbar wegen ihres Bedürfnisses nach Selbstbestimmtheit methodische Einschränkungen als manipulativ empfanden. Sie ähnelt gleichwohl den bekannten Ursache-Wirkungs-Diagrammen, die zum Beispiel eine Gliederung in die Hauptzweige Mensch, Methode, Material und Mitwelt vorgeben.

Inhaltlich setzen die patientenbezogenen Probleme den Fokus auf die Zielrichtung der zu verbessernden pflegerischen Intervention (zum Beispiel auf Ängste, Risiken,

Belastungen), während die methodischen Aspekte erste Ansätze in Richtung professioneller Vorgehensweisen (unklare Indikation, kein erkennbares Konzept) zeigten. Die mitarbeiterbezogenen Probleme deuteten auf mögliche Gewinne für die Mitarbeiter (durch anzustrebende Reduzierung der Demotivation, körperlicher Belastung und durch größere Einigkeit im Team) wie auf zu berücksichtigende Probleme (Personal- und Zeitaufwand) hin.

<b>PATIENTENBEZOGENE PROBLEME</b>	<b>METHODISCHE PROBLEME</b>	<b>MITARBEITERBEZOGENE PROBLEME</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– reduzierter Allgemeinzustand des Patienten</li> <li>– Demotivation des Patienten</li> <li>– Angst des Patienten</li> <li>– Risiken für den Patienten (zum Beispiel Verletzung)</li> <li>– Belastung für den Patienten</li> <li>– Unzufriedenheit des Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unklare Indikation beziehungsweise Kontraindikation</li> <li>– patientenfremde Indikation (zum Beispiel Mobilisation zur Visite)</li> <li>– kein erkennbares Konzept</li> <li>– unökonomisches Vorgehen</li> <li>– mangelnde/s Hilfsmittel/Material</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demotivation der Mitarbeiter durch verschiedene Faktoren</li> <li>– körperliche Belastung für die Mitarbeiter</li> <li>– großer personeller Aufwand</li> <li>– Zeitaufwand</li> <li>– keine Einigkeit im Team</li> <li>– mangelnde Koordination mit anderen Berufsgruppen (zum Beispiel Krankengymnasten/ Physiotherapeuten)</li> </ul>

Abbildung 5: Problemanalyse zur Mobilisation von Langzeitpatienten

Bei der Zusammenstellung der Problemanalyse fiel auf, dass die Nennungen zu den patientenbezogenen Problemen fast ausschließlich durch ein AG-Mitglied eingebracht wurden, das in der Wahrnehmung vom WM und dem IPB als humanistisch orientiert charakterisiert wurde. An dieser Stelle kam die Nutzung der unterschiedlichen Potenziale der AG-Mitglieder zur Geltung. Bei einer nicht gezielt heterogenen Besetzung wären fürsorgende Aspekte möglicherweise weniger beachtet worden.

### 2.1.5.3 Literaturrecherche

Die Problemanalyse konnte kein Negativ für die Standardentwicklung darstellen, das lediglich ins Positive zu wenden gewesen wäre. Wichtig war nun, fundiertes Wissen zum Thema zusammenzutragen. Für diesen Schritt schlug der stellvertretende Stationsleiter vor, eine Ganztagsitzung zu planen, um inhaltlich intensiv arbeiten zu können. Diese Anregung ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass bisher bereits vier Monate verstrichen waren, ohne auf der Station praktische Relevanz erreicht zu

haben. Die Resonanz im Pflorgeteam wurde von den AG-Mitgliedern als gegen Null tendierend bis negativ beschrieben. Die AG-Mitglieder stimmten dem Vorschlag des stellvertretenden Stationsleiters zu.

Der WM händigte den AG-Mitgliedern Texte aus, die die auszubildenden IPB im Rahmen eines Seminars zur evidenzbasierten Qualitätsentwicklung und Literaturrecherche zusammengetragen hatten. Die AG-Mitglieder zeigten sich zu diesem Arbeitsschritt durchaus bereit und teilten die Texte untereinander auf. Sie nahmen sich vor, die mitgenommene Literatur bis zur nächsten Sitzung zu lesen. Zur Hilfe bei der Auswertung der Literatur fügte der WM einen Arbeitsbogen mit vier Leitfragen hinzu:

- Was wird unter Mobilisation verstanden?
- Was kann durch Mobilisation für den Patienten erreicht werden? (Ergebnisqualität)
- Was können Pflegende für die Mobilisation der Patienten tun? (Prozessqualität)
- Welche Voraussetzungen müssten für die entsprechende Mobilisation der Patienten gegeben sein? (Strukturqualität)

In der folgenden Ganztagsitzung erfolgte die Bearbeitung der Literatur. Ein Teil der AG-Mitglieder hatte seine Absicht, die Texte freiwillig in der Freizeit zu lesen, umgesetzt. Da dies nicht alle realisiert hatten, erfolgte zunächst die Lektüre während der Sitzung. Dies genügte indes bei weitem nicht, um eine fundierte Diskussionsgrundlage zu schaffen. Deshalb erstreckte sich die Literaturanalyse weit in den Prozess der Standardentwicklung hinein.

#### **2.1.5.4 Standardentwicklung**

Nach dem Lesen der Texte wurde die Standardaussage formuliert, wobei der WM die Aussagen der AG-Mitglieder in einen Satz fasste, der die Zielgruppe und das Qualitätsniveau der Leistung beinhaltete und akzeptiert wurde:

„Alle Patienten der Station A, bei denen nach 48 Stunden (+/- 12 h) noch nicht mit der postoperativen Frühmobilisation begonnen werden kann, werden aktivierend mobilisiert, um ihre körperlichen Funktionen zu erhalten oder zu fördern.“

Die Diskussion der Standardaussage hatte viel Zeit in Anspruch genommen, so dass für die Formulierung der Kriterien vor dem Hintergrund der pflegerischen Werte, der Problemanalyse und der gelesenen Texte zunächst nur Stichpunkte gesammelt wurden, die später in Sätzen formuliert werden sollten (s. Abbildung 6). Ein herausragendes Problem für die AG-Mitglieder stellte die Einbeziehung der Angehörigen dar. Der WM war sich der Bedeutung des Angehörigenkontakts für immobile Patienten der Intensivstation bewusst und gab der Diskussion viel Raum. Es zeigte sich, dass für die Mitarbeiter der Station A die Einbeziehung der Angehörigen eine weitere Erhöhung ihrer Belastung bedeutete.

<b>Struktur</b>	<b>Prozess</b>	<b>Ergebnis</b>
S 1. NANDA-Klassifikation der Immobilität	Der Pflegekraft ...	E 1. Muskulatur erhalten/stärken (?)
S 2. Kenntnisse der Körpermechanik/ Hebelwirkungen/Schwerkraft	P 1. Einschätzung (Ressourcen, Fähigkeiten, ...)	E 2. keine Kontrakturen Bewegungsfähigkeit
S 3. Insbesondere psychische Stabilität des Angehörigen erforderlich	P 2. individueller Mobilisationsplan (Stufenplan)	E 3. Lungenfunktion verbessern (?)
S 4. Fortbildung zu Basaler Stimulation und Kinästhetik	P 3. Information und Anleiten des Patienten	E 4. schnellere Entwöhnung vom Respirator
S5 Kooperation mit anderen Berufsgruppen	P 4. Information und Anleiten des Angehörigen	E 5. Kreislaufstabilität (Dokumentation, Patient)
	P 5. Individuelle Gewohnheiten berücksichtigen	E 6. Körpergefühl/-wahrnehmung wiedererlangen/erhalten
	P 6. Die Pflegepersonen arbeiten im Sinne der Basalen Stimulation beziehungsweise der Kinästhetik	E 7. Wachheit (Dokumentation)
	P 7. Angstminderung	E 8. Orientiertheit
	P 8. Würde achten (Intimität/ Privatsphäre)	E 9. Patient zeigt Aufmerksamkeit (bewusste Wahrnehmung)
	P 9. für Sicherheit sorgen	E 10. Angst mindern
		E 11. Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Waschen/Essen als Indikatoren: Dokumentation)
		E 12. Motivation
		E 13. Zufriedenheit

Abbildung 6: Ergebnis des ersten Standardentwurfs der Arbeitsgruppe A

Sie machten deutlich, dass sie für die emotionalen Reaktionen der Angehörigen weder Zeit hatten, noch sich entsprechend qualifiziert und zuständig fühlten, emotionalen Belastungsreaktionen angemessen zu begegnen. Vor diesem Hintergrund reduzierte sich für sie das Thema „Angehörige“ auf einen Störfaktor, von dem sie Entlastung wünschten, zum Beispiel durch einen Psychologen. Dies erklärt, warum das Kriterium „psychische Stabilität des Angehörigen“ als Strukturkriterium im Sinne von Voraussetzung benannt wurde und nicht als Ergebniskriterium im Sinne von Leistung für den Angehörigen. Angehörige wurden nicht als legitime Empfänger pflegerischer Leistungen angesehen, sondern allenfalls als Bedingungsfaktor für die Pflege des Patienten. Die AG-Mitglieder erkannten schließlich, dass die Berücksichtigung der Angehörigen im Standard dazu führen konnte, dass nach einer Qualitätsmessung das Problem transparent werden und sich auf diesem Wege eine Lösung herbeiführen lassen würde.

Die Ausformulierung war in der gegebenen Zeit nicht mehr möglich und es war abzusehen, dass sie ebenfalls sehr viel Zeit in Anspruch nehmen würde. Deshalb schlug der WM der AG vor, die Sammlung der Stichpunkte auszuformulieren und der AG zur Korrektur vorzulegen. Ferner schlug er der AG vor, den Entwurf im wissenschaftlichen Team zu besprechen, weil die Anzahl der Ergebniskriterien sehr groß war und der daraus resultierende Aufwand für die Qualitätsmessung nach Umsetzung des Standards unverhältnismäßig groß ausfallen würde. Die AG-Mitglieder stimmten diesen Vorschlägen zu.

Wie vereinbart hielt der WM Rücksprache im wissenschaftlichen Team. Zwei wesentliche Neuerungen wurden vorgeschlagen. Um der Standardentwicklung eine klare Richtung zu geben, wurde der Schritt „Kontrastieren“ eingeführt. Dieser sah

vor, dass der „schlimmste Fall“ (worsed case) und der „beste Fall“ (best case) sowie die „schlechteste Praxis“ (worsed practice) und die „beste Praxis“ (best practice) beschrieben wurden. Die Kontraste machten transparent, welche Kriterien für einen Pflegestandard wesentlich waren und welche keinen unmittelbaren Einfluss im Sinne der Qualitätsaussage haben.

Die zweite Neuerung bestand darin, wie bei der Entwicklung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2002) Schwerpunkte zu bestimmen, in die sich der Standard gliedern ließ. Zu den Schwerpunkten sollten jeweils ein Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterium identifiziert werden. Durch diese Vorgehensweise entstand mehr Übersichtlichkeit, wodurch sich Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden ließ.

Auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe in der vorangegangenen Sitzung, als auch einer Literaturrecherche des WM identifizierte das Wissenschaftliche Team folgende Kontraste und Schwerpunkte, die der AG vorgestellt wurden:

**Kontrastierung:**

Schlimmster Fall:

- Keine Kommunikation nach außen
- Völlige Inaktivität

Bester Fall:

- wacher und aktiver Patient

Schlechte Praxis:

- Mobilisation zur Visite, das heißt Patient in Sessel zerrren, Bettlaken als Transfergerät

Beste Praxis:

- wahrnehmungs- und aktivitätsfördernde Methoden

**Schwerpunkte zur Mobilisation von Langzeitpatienten:**

- Einschätzung / Anamnese
- (Frühmobilisation)
- Aktivierung
- Wahrnehmungsförderung
- Angehörige
- Zusammenarbeit

Die Schwerpunkte Aktivierung und Wahrnehmungsförderung ermöglichten die Bezugnahme auf die Therapiekonzepte der Basalen Stimulation<sup>®</sup> und Kinästhetik<sup>®</sup> und auf Erkenntnisse, die zu ihrer Entwicklung führten. Der Schwerpunkt Frühmobilisation stellte einen optionalen Vorschlag für den Fall dar, dass der Standard neben Langzeitpatienten auch für Patienten zur Frühmobilisation geeignet sein würde. Wenn dies der Fall sein würde, hätte überlegt werden können, den Standard für eine größere Zielgruppe zu entwickeln.



Das Wissenschaftliche Team entwickelte zur Erprobung dieses Ansatzes auf der Grundlage der Stichpunkte der AG und einer Literaturrecherche des WM einen Standardentwurf, der dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe des DNQP ähnlich strukturiert war. Das Ergebnis war aus wissenschaftlicher Sicht überzeugend. Für die methodische Anwendung wurde deutlich, dass die Schwerpunktbildung die Komplexität in der Moderation reduzieren konnte und die Fokussierung auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse erleichterte.

Eine weitere Anregung des Wissenschaftlichen Teams war die Einbeziehung von Expertinnen für Basale Stimulation und Kinästhetik. Ihre Teilnahme wurde im Vorfeld der kommenden Sitzung arrangiert. Eine Mitarbeiterin, die hausintern Schulungen zur Basalen Stimulation<sup>®</sup> anbot, sowie eine Mitarbeiterin der Station A, die an einer Schulung zu Kinästhetik<sup>®</sup> teilgenommen hatte, nahmen an der Sitzung teil. Die Mitarbeiterin der Station A wurde künftig festes Mitglied der Arbeitsgruppe. Die Expertinnen beteiligten sich engagiert an der Entwicklung der Qualitätskriterien, wengleich sie noch Schwierigkeiten hatten, ihre Kenntnisse in Qualitätsanforderungen zu transformieren.

#### **2.1.5.5 Krise der AG-Arbeit**

Im Verlauf der Standardentwicklung geriet die AG-Arbeit zwischenzeitlich in eine Vertrauenskrise. Zwischen AG und Projektverantwortlichen wurden unterschiedliche Vorstellungen deutlich. Die AG legte hohen Wert auf Selbstbestimmung der Prozesse und Inhalte, während die Projektverantwortlichen vor allem ergebnisorientiert waren. Dies beinhaltete den Versuch, die Prozesse zu beschleunigen. Dieser Versuch, Qualitätskriterien mit Hilfe der Expertinnen zügig zu entwickeln, gelang schließlich nicht. Es stellte sich vielmehr heraus, dass die inhaltliche Dominanz der Expertinnen dazu führte, dass die Beteiligung der AG-Mitglieder stark zurückging. Überdies glich die direkte Formulierung von Qualitätskriterien mehr und mehr einer abstrakten Übung, die der Praxis sehr fern zu sein schien. Die Standardentwicklung verlor die Bodenhaftung zu den Praktikern und damit das stationsgebundene Prinzip. Gleichzeitig zögerte sich ein produktiver Erfolg für die AG immer weiter hinaus, was mit einem zunehmend negativen Feedback seitens der Kollegen der Station einherging, so dass auch hier das stationsgebundene Prinzip abriss. Hinzu kam, dass die AG-Mitglieder zunehmend unzufrieden mit der Begleitung durch die Fachhochschule und insbesondere mit der methodisch stringenten Moderation waren. Als mit einer e-Mail eine Dateivorlage zum Standardentwurf der AG an den AG-Sprecher zur Vorbereitung für die SQE-Kommission verschickt wurde und versehentlich auch ein Probestandardentwurf des Wissenschaftlichen Teams mit versendet wurde, kam es zur Aussprache.

Die AG-Mitglieder machten deutlich, dass Sie nicht nachvollziehen konnten, dass seitens der Projektverantwortlichen zeitlich Druck ausgeübt werde. Ferner beklagten sie sich darüber, dass ihnen zunehmend die Kontrolle über die Standardentwicklung entzogen werde. Sie hatten das Gefühl, dass als Ergebnis das herauskommen würde, was „Osnabrück“ wünscht und weniger, was sich die Gruppe vorstellt. In der Sache war der Vorwurf nicht ganz von der Hand zu weisen. Seitens der

Projektverantwortlichen wurde der Zeitaufwand für die Standardentwicklung mit Sorge betrachtet. Nicht zuletzt für die Motivation der AG-Mitglieder wurde eine baldige praktische Relevanz ihrer Arbeit für wichtig erachtet. Aber auch der Plan, weitere Stationen im Rahmen des Projekts einzubeziehen, hing von dem Fortschritt der Pilot-AG ab. Der WM suchte vor diesem Hintergrund einen Weg, die Arbeit der AG auf Inhalte und Entscheidungen zu konzentrieren und sie von Fleißarbeiten zu entlasten. Deshalb schlug er vor, die Formulierungsarbeit im Sinne redaktioneller Arbeit dem Moderator beziehungsweise IPB zu überlassen. Die Formulierungsvorschläge sollten dann der AG vorgestellt werden, um von ihnen korrigiert zu werden. Die AG-Mitglieder waren misstrauisch geworden und zeigten sich mit diesem Vorschlag nicht einverstanden, weshalb er schließlich verworfen wurde und die AG die Standardformulierung selbst vornahm.

Für die Bearbeitung der benannten Schwerpunkte des Standards waren zunächst fundierte Kenntnisse zu den Themen Basale Stimulation<sup>®</sup> und Kinästhetik<sup>®</sup> erforderlich. Diese Kenntnisse sollten in Fortbildungen für die AG erworben werden. Um in der Zwischenzeit die Standardentwicklung fortzusetzen, wurden die Themen Einschätzung/Anamnese und Angehörige zuerst bearbeitet. Die Diskussion zum Thema Angehörige gestaltete sich, wie bereits bei der Problemanalyse, schwierig. Für die Einschätzung/Anamnese wurden objektivierende Einschätzungsinstrumente gesucht. Recherchen und Befragungen von Experten führten zu keinen Instrumenten, die für die Statureinschätzung für die pflegerische Mobilisation von Langzeitpatienten geeignet waren. Zum Thema Basale Stimulation<sup>®</sup> konnte eine entsprechend qualifizierte Trainerin, die zudem eine erfahrende Fachkrankenschwester für Intensivpflege war, gewonnen werden. Sie bot der Arbeitsgruppe zwei Veranstaltungen an, in denen sie theoretische Grundlagen und praktisch-methodische Beispiele vermittelte. Ein umfangreicheres Fortbildungsangebot allein für die Station A durch die Abteilung Personalentwicklung ließ sich nicht realisieren.

Die so geschaffene Grundlage für die Standardentwicklung war dünn. Um dennoch eine Diskussion zu ermöglichen, die auf den Kenntnissen der Basalen Stimulation<sup>®</sup> beruhte, visualisierte der WM für die Moderation die wesentlichen Inhalte auf Moderationskarten, die eine Zuordnung zum Standard ermöglichen sollten. In gleicher Weise ging er bezüglich der Kinästhetik<sup>®</sup> vor. Diese Herangehensweise führte zu guten Ergebnissen, schränkte aber die kreative Eigenleistung der AG-Mitglieder zwangsläufig weiter ein. Dadurch, dass sie die präsentierten Fachkenntnisse im Rahmen der moderierten Sitzungen selbst formulierten, wurde der so entstandene Standard schließlich doch eine Leistung der AG, mit dem sie sich auch identifizierte. Letzteres wurde durch die Teilnahme des hinzugestoßenen Mitglieds mit Kinästhetikfortbildung nicht unwesentlich unterstützt.

### 2.1.5.6 Überprüfung der Kriterien

Der zweiseitige Standardentwurf wurde schließlich der Problemanalyse gegenübergestellt. Die AG kam zu dem Schluss, dass er nach geringfügigen Modifikationen für alle genannten Probleme eine Verbesserung versprach. Auch die Überprüfung des Standards anhand der DREAM-Kriterien (s. Abbildung 7) ergab nach veränderten Formulierungen, dass der Standard ihnen gerecht wurde.

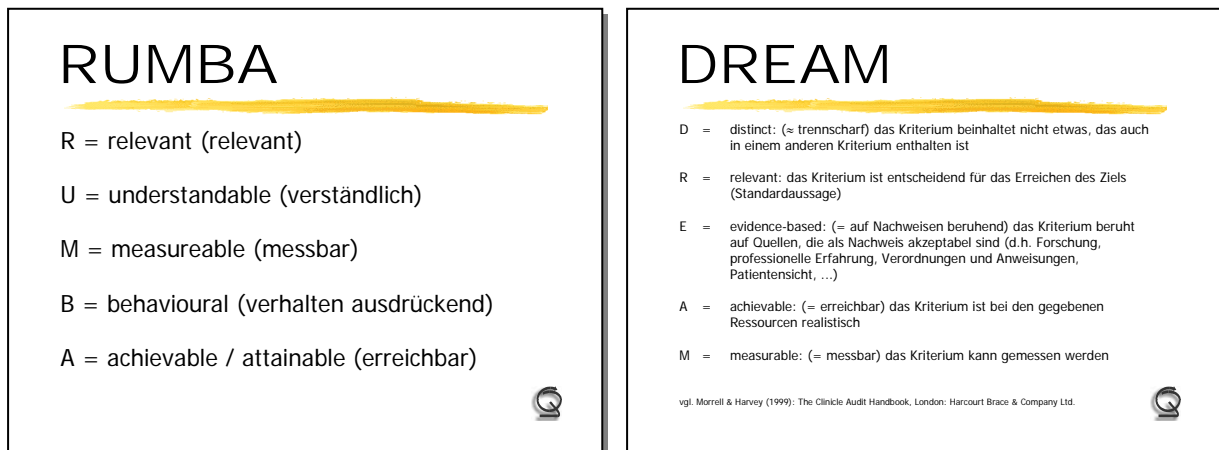


Abbildung 7: Folien zu RUMBA und DREAM

Bisher waren die RUMBA-Forderungen (für Relevant, Understandable, Measureable, Behaviourally stated und Achievable) gängiger Bestandteil der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung. Hier wurden erstmals in Deutschland die DREAM-Kriterien (für Distinct, Relevant, Evidence-based, Achievable und Measureable), wie von Morrel & Harvey (1999) vorgestellt, eingesetzt. Die wesentlichen Unterschiede bestanden darin, dass auf die RUMBA-Forderung „behaviourally stated“ verzichtet wurde, welches dem nach wie vor genannten Kriterium der Messbarkeit (Measureable) diene. Die Prüfung des Standards gemäß der Forderung „Verständlich“ (Understandable) wurde vollständig als entbehrlich angesehen. Hinzugenommen wurde das Kriterium „evidenzbasiert“, womit die Evidenzbasiertheit fester Bestandteil der Standards wurde, was zuvor durchaus nicht vorausgesetzt wurde. Und ebenfalls neu eingeführt wurde das Kriterium „distinct“ im Sinne trennscharf, womit erreicht werden sollte, dass keine Doppelungen oder sehr ähnliche Kriterien vorkamen, was sowohl der Verständlichkeit, der besseren Messbarkeit als auch einem geringst möglichen Umfang zugute kam. So konnte nach langer Entwicklungsarbeit festgestellt werden, dass das Ergebnis im Sinne der Planung der Qualität hohen Ansprüchen einschließlich der stationsgebundenen Problemlage und der Evidenzbasiertheit standhielt.



 <b>Pflegestandard: Mobilisation bei Langzeitpatienten</b>					
Station 74		Stand: 12.10.2000		Seite: 1/2	
<b>Standard-Statement:</b> Alle Patienten der Station 74, bei denen nach 48 Stunden (+/- 12 h) noch nicht mit der postoperativen Frühmobilisation begonnen werden kann, werden aktivierend mobilisiert, um ihre körperlichen Funktionen zu erhalten oder zu fördern.					
<b>Kriterien:</b>					
Kategorie	Struktur	Prozess	Ergebnis		
Einschätzung/Anamnese	S1.1 Ein „Pflegetizblatt“ liegt vor.	P1 Im Rahmen der wöchentlichen Pflegevisite findet eine individuelle und differenzierte Einschätzung der Möglichkeiten zur Wahrnehmungsförderung und Aktivierung statt.	E1 Eine Einschätzung gemäß P1 liegt für alle Pflegepersonen einsehbar vor.		
	S1.2 Für die wöchentliche Pflegevisite stehen eine Stations-/Schichtleitung und zwei betreuende Pflegepersonen für 45 Min. zur Verfügung.				
Aktivierung	S2.1 Alle Pflegepersonen haben an Fortbildungen (intern/extern) zu den wichtigsten Prinzipien zur Bewegungsförderung in Anlehnung an die Kinästhetik teilgenommen.	P2.1 Die Pflegeperson hilft dem Patienten, seine Lebensaktivitäten selbst durchzuführen.	E2 Die physiologischen Bewegungsabläufe des Patienten werden 1x täglich dokumentiert		
	S2.2 Hilfsmittel und Geräte für Lagerung und Transfer stehen zur Verfügung: u.a. geeignete Sessel (sicher und physiologisch), Rollbretter oder Rollmatte, Drehscheibe, Bettfahrrad.	P2.2 Die Pflegeperson lässt den Patienten aktiv an seinen Lebensaktivitäten teilnehmen.			
 <b>Pflegestandard: Mobilisation bei Langzeitpatienten</b>					
Station 74		Stand: 12.10.2000		Seite: 2/2	
Kategorie	Struktur	Prozess	Ergebnis		
Wahrnehmungsförderung	S3 Die Pflegeperson kennt verschiedene Möglichkeiten der Wahrnehmungsförderung wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Initialberührung</li> <li>• Körperbegrenzende Lagerung</li> <li>• Weich-/Hartlagerung</li> <li>• Anbahnende Stimulation des Gleichgewichts</li> <li>• Beruhigende und belebende Waschung</li> </ul>	P3 Die Pflegeperson fördert die Körperwahrnehmung des Patienten nach individueller Einschätzung gezielt (siehe S3).	E3 Wachheit und Aktivität werden mindestens 1x pro Schicht dokumentiert.		
Angehörige	S4 Ein Katalog der Möglichkeiten der Einbeziehung der Angehörigen liegt vor.	P4.1 Die Pflegeperson schätzt die Angehörigen nach ihren Möglichkeiten, sich an der Mobilisation zu beteiligen, ein und aktualisiert die Einschätzung bei Veränderung.	E4.1 Die Angehörigen sind entsprechend der Einschätzung an der Mobilisation beteiligt.		
		P4.2 Die Pflegeperson informiert die Angehörigen über den Mobilisationsstand des Patienten und leitet sie an.	E4.2 Die Angehörigen sind über den Mobilisationsstand informiert.		
Zusammenarbeit	S5.1 Das Pflegeteam hat ein einheitliches Konzept zur Mobilisation, um Kontinuität sicherstellen zu können.	P5 Die Pflegeperson plant den Teil der Mobilisation, zu dem mehr als 2 Pflegepersonen benötigt werden, zu den überlappenden Dienstzeiten.	E5.1 Die Kontinuität der Mobilisation ist in der Dokumentation nachzuvollziehen.		
	S5.2 Im Therapieplan sind Untersuchungen und Eingriffe unmittelbar nach der Entscheidung/Planung dokumentiert.		E5.2 Die geplante Mobilisation findet trotz Untersuchungen/Eingriffe statt.		

Abbildung 8: Pflegestandard der Arbeitsgruppe A zur Mobilisation von Langzeitpatienten

Der Standardentwurf wurde der SQE-Kommission präsentiert und fand hier neben verschiedenen Änderungshinweisen grundsätzlich Zustimmung und beeindruckte Anerkennung. Mit der Überarbeitung des Standards gemäß der Vorschläge der SQE-Kommission fand der Standard zur Mobilisation von Langzeitpatienten seine endgültige Form in einer AG-Sitzung im Oktober 2000 – nach einer bisherigen Laufzeit des Zyklus von über einem Jahr.

### **2.1.6 Einführung des Standards**

Zugunsten zweier weiterer Qualitätszyklen auf anderen Stationen und angesichts des nahenden offiziellen Endes des Projektrahmens nahm der WM in der Phase der Umsetzung des Standards und der Entwicklung der Auditinstrumente bald nicht mehr an den Sitzungen der AG A teil. Der IPB war hinreichend mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung vertraut und in der Lage, seine Aufgabe alleine zu bewältigen. Überdies war er bereits bezüglich des Qualitätsaudits als Mitwirkender am Pretest der Auditinstrumente zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe im Rahmen des bundesweiten Implementierungsprojekts des DNQP (DNQP 2002) gezielt geschult worden. Somit war er auf die weiteren Schritte im Qualitätszyklus vorbereitet.

Die Einführung des Standards fand in zwei Stufen statt. Zunächst wurde die Vorstellung im Pflgeteam im Dezember 2000 geplant. Der Plan beinhaltete u. a.

- einen Folienvortrag,
- das Aushängen von Plakaten, die die Problemanalyse und den Standard abbildeten,
- das Angebot an die Kolleginnen, auf den Plakaten Kommentare zu vermerken
- die Verteilung schriftlicher Unterlagen.

Die AG-Mitglieder zeigten sich in der folgenden AG-Sitzung zufrieden mit ihrer Bekanntmachung des Standards und bewerteten die Resonanz des Pflgeteams als gut. In der Tage später folgenden Sitzung der SQE-Kommission relativierte der AG-Sprecher die Resonanz und bezeichnete sie als unterschiedlich und insgesamt zurückhaltend.

Die zweite Stufe sah die terminierte Umsetzung des Standards vor. Hierzu wurde in einer Dienstbesprechung Mitte Februar 2001 die Gültigkeit des Standards erklärt, der ab sofort umgesetzt werden sollte. Für die Umstellung auf den Standard wurde eine Frist bis zum 1. März 2001 gegeben. Dann sollte die Umstellung – abgesehen von längerfristigen Schritten wie zum Beispiel die sukzessive Schulung der Mitarbeiter zu den Themen Kinästhetik und Basale Stimulation – vorläufig abgeschlossen sein und das Audit beginnen. In der Zwischenzeit sollten die Stationsleitungen die Mobilisation gemäß des Standards in der Übergabe immer wieder thematisieren. Zudem sollten die AG-Mitglieder in der Übergabezeit situationsabhängig Fortbildungen für die Kollegen anbieten.

Nach der Dienstbesprechung stellten die AG-Mitglieder fest, dass die Veranstaltung diesmal nicht gut ankam. Sie führten es auf die Fülle der Informationen, die außerdem Gegenstand der Besprechung waren, zurück. Nun wurde erwartet, dass das bevorstehende Audit die Resonanz vergrößern würde.

### **2.1.7 Audit**

Für den Schritt des Audits hat sich das Wissenschaftliche Team intensiv mit der methodischen Herangehensweise des Royal College of Nursing of the United Kingdom auseinandergesetzt (Royal College of Nursing 1994 a) und diese angepasst und weiterentwickelt (Moers, Schiemann, Fierdag 2002, S. 63 - 70). Das im Rahmen der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe entwickelte Audit-Instrument stand der AG zur Verfügung.

#### **2.1.7.1 Auditinstrument anpassen**

Die Entwicklung der Auditinstrumente orientierte sich eng an dem Standard der AG. Die Qualitätskriterien wurden in Messfragen umformuliert, die entweder mit „Ja“ oder mit „Nein“ zu beantworten waren. Dabei wurde berücksichtigt, welche Informationsquelle und welche Erhebungsmethode geeignet erschienen. Als Informationsquellen kamen regelmäßig der Patient, die Mitarbeiter und Dokumente in Frage. Erhebungsmethoden konnten die mündliche oder die schriftliche Befragung, die Beobachtung oder die Dokumentenanalyse sein. Diese Überlegungen wurden anhand einer Auditvorlage (Abbildung 9) angestellt und für die Besprechung in der Arbeitsgruppe visualisiert. Dabei war es Aufgabe des IPB, einen Vorschlag anzufertigen und der Arbeitsgruppe vorzulegen. In der AG wurde der Vorschlag diskutiert und im Sinne der Umsetzbarkeit unter Berücksichtigung der Gegebenheiten der Station angepasst. Die so entstandenen Messkriterien wurden je nach Informationsquelle verschiedenen Erhebungsinstrumenten zugeordnet (Mitarbeiterfragebogen, Befragungsprotokoll für Patienteninterview sowie für Angehörigeninterview, Beobachtungsprotokoll für Dokumentenanalyse).

#### **2.1.7.2 Qualität messen**

Die Erhebung der Qualität fand mittels des angepassten Auditinstruments statt. Das Personal wurde zu Beginn des Auditzeitraums von etwa zwei Monaten schriftlich befragt. Die Dokumenteninspektion und die Patienteninterviews wurden durch den IPB vorgenommen. Die Interviews von Angehörigen wurden aus pragmatischen Gründen durch Mitarbeiter der Station geführt. Die Koordination der Angehörigeninterviews wurde durch den stellvertretenden Stationsleiter (Mitglied der AG) und den IPB koordiniert.

Es stellte sich heraus, dass die angestrebte Zahl von 40 patientenbezogenen Datensätzen aus Patienteninterviews und Dokumenteninspektion, die sich an den

Empfehlungen des DNQP orientiert, in zwei Monaten nicht erreichbar war. Da es sich um Langzeitpatienten handelte, fiel die Stichprobe geringer aus, als zum Zeitpunkt der Themenwahl angenommen wurde. Tatsächlich wurde eine für die Bewertung der Qualität immer noch aussagekräftige Stichprobengröße von 30 erreicht. In 17 Fällen konnten Angehörige befragt werden. Von den zu befragenden Mitarbeitern wurde mit 29 ausgefüllten Fragebögen ein Rücklauf von nicht ganz 50 % erzielt.

Letzteres deutete auf die geringe Akzeptanz der Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im Pflgeteam hin. In der 18. Sitzung berichtete die Arbeitsgruppe, dass sie im Pflgeteam heftiger Kritik ausgesetzt sei. Zu diesem Zeitpunkt war das erste Audit noch im Gange und ließ bereits erkennen, dass die im Standard formulierten Anforderungen bei weitem noch nicht erfüllt werden konnten. Die Arbeitsgruppe war sehr unzufrieden mit der derzeitigen Situation. Sie brachten eine Reihe von Gründen hierfür an:

- Der Transfer sei nicht ausreichend gelungen.
- Das Standardthema sei zu umfangreich.
- Für viele sei das Thema Mobilisation kein Problem, insofern könne kein Qualitätssprung erwartet werden.
- Es gebe kein echtes Mandat aus dem Team für die AG.
- Viele hätten den Eindruck, die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung sei „verordnet“.
- Das Team der Station A sei zu groß.
- Die Beteiligung der Krankenpflegeleitung sei unbefriedigend.

Die AG-Mitglieder führten die Kritik aus dem Team außerdem auf die derzeitige schlechte Stimmung insgesamt zurück, deren Gründe über den Projektrahmen hinaus gingen, dem wissenschaftlichen Mitarbeiter im Einzelnen aber nicht bekannt waren. Dennoch befürwortete die AG die Fortführung des Audits, um die Situation transparenter zu machen.

**Auditziel:**

**Stichprobe** **Zeit:** **Vom 1.3.2001 bis 1.5.2001**  
 – **Patienten:** **40**  
 – **Personal:** **alle** **Auditor/en:** **IPB**

<b>Quelle</b>	<b>Methode</b>	<b>Code</b>	<b>Frage</b>
Dokumentation	Dokumente durchsehen	S1	Liegt ein Pflegenotizblatt vor?
Personal	Fragen	S1.2	Stehen für die Visite eine Stations-/Schichtleitung und zwei betreuende Pflegepersonen für 45 Min. zur Verfügung?
Personal	Fragen	P1	Findet im Rahmen der wöchentlichen Pflegevisite eine individuelle und differenzierte Einschätzung der Möglichkeiten zur Wahrnehmungsförderung und Aktivierung statt?
Dokumentation	Dokumente durchsehen	E1	Liegt eine Einschätzung zur Wahrnehmungsförderung und Aktivierung des Patienten für alle Pflegepersonen einsehbar vor?
Personal	Fragen	S2	Haben Sie an internen oder externen Fortbildungen zur Bewegungsförderung in Anlehnung an die Kinästhetik teilgenommen?
Personal	Fragen	S2.1	Stehen Hilfsmittel und Geräte zur Lagerung zur Verfügung?
Patient	Fragen	P2.1	Werden Sie in Ihrer Selbständigkeit von der Pflegeperson unterstützt?
Patient	Fragen	P2.2	Haben Sie die Möglichkeit Dinge selbständig zu tun, zu denen Sie zur Zeit fähig sind?
Dokumentation	Dokumente durchsehen	E2	Werden die physiologischen Bewegungsabläufe des Patienten 1x täglich dokumentiert?
Dokumentation	Dokumente durchsehen	E3	Sind Wachheit und Aktivität 1x pro Schicht dokumentiert?
Personal	Fragen	S3.1	Können Sie bestätigen, dass Sie die Methoden der Wahrnehmungsförderung <i>Initialberührung</i> anwenden?
Personal	Fragen	S3.2	Können Sie bestätigen, dass Sie die Methoden der Wahrnehmungsförderung <i>körperumgrenzende Lagerung</i> anwenden?
Personal	Fragen	S3.3	Können Sie bestätigen, dass Sie die Methoden der Wahrnehmungsförderung <i>Weich-/Hartlagerung</i> anwenden?
Personal	Fragen	S3.4	Können Sie bestätigen, dass Sie die Methoden der Wahrnehmungsförderung <i>Anbahnende Stimulation des Gleichgewichts</i> anwenden?
Personal	Fragen	S3.5	Können Sie bestätigen, dass Sie die Methoden der Wahrnehmungsförderung <i>Beruhigende und belebende Waschung</i> anwenden?
Personal	Fragen	P3	Gehen Sie bei der Förderung der Körperwahrnehmung Ihres Patienten von der individuellen Einschätzung aus?
Dokumentation	Dokumente durchsehen	S4	Liegt ein Katalog zur Einbeziehung der Angehörigen in die Wahrnehmungsförderung und Mobilisierung vor?



Dokumentation	Dokumente durchsehen	P4.1	Schätzt die Pflegeperson die Angehörigen nach ihren Möglichkeiten, sich an der Mobilisation zu beteiligen, ein und aktualisiert sie die Einschätzung bei Veränderungen?
Angehörige	Fragen	P4.2/ E4.2	Sind Sie über den Mobilisationsstand informiert?
Angehörige	Fragen	E4.1	Sind Sie aktiv an der Mobilisation Ihres Angehörigen beteiligt?
Personal	Fragen	S5.1	Hat das Pfltegeteam ein einheitliches Konzept zur Mobilisation?
Personal	Fragen	S5.2	Sind im Therapieplan Untersuchungen und Eingriffe rechtzeitig nach der Entscheidung/Planung dokumentiert?
Personal	Fragen	P5	Planen Sie den Teil der Mobilisation, zu dem mehr als 2 Pflegepersonen benötigt werden, zu den überlappenden Dienstzeiten?
Dokumentation	Dokumente durchsehen	E5.1	Lässt die Dokumentation eine Kontinuität in der Mobilisation erkennen?
Personal	Fragen	E5.2	Findet die geplante Mobilisation trotz Untersuchungen/Eingriffe statt?

Abbildung 9 : Auditvorlage zum Standard Mobilisation von Langzeitpatienten

### 2.1.7.3 Qualität bewerten

Die erhobenen Daten wurden vom IPB in Auditprotokollen aufbereitet und der AG zur Bewertung präsentiert. Das Auditprotokoll stellte alle erhobenen Datensätze in Spalten dar und zeigte die Zuordnung zu den Kriterien des Standards in Zeilen. Drei Daten waren jeweils möglich: „J“ für „Ja“, „N“ für „Nein“ und „NA“ für „nicht anwendbar“. Die Antwort „Ja“ drückte aus, dass das angestrebte Qualitätskriterium erfüllt wurde. „Nicht anwendbar“ galt als Antwortoption, wenn eine Beantwortung nicht möglich war, zum Beispiel wenn ein Patient nicht bei Bewusstsein war und Fragen nicht beantworten konnte. In der letzten Spalte wurde prozentual ermittelt, wie groß der Anteil der „Ja“-Antworten im Verhältnis zu den gültigen Antworten („ja“ oder „nein“) war. Der Erreichungsgrad der angestrebten Qualität wurde auf diese Weise pro Standardkriterium bestimmt (Abbildung 10).

Die differenzierte Darstellung der tatsächlichen im Vergleich zu der im Standard geplanten Qualität ermöglichte eine spezifische Bewertung der pflegerischen Praxis und sehr konkrete Schlussfolgerungen für den folgenden Schritt „Verbesserungen planen und Einführen“. Im Rahmen der Darstellung des Qualitätszyklus erfolgt hier keine differenzierte Bewertung der einzelnen Items, da dies Aufgabe der stationsinternen AG- und Teamdiskussion war. Einige positive Aspekte sowie Problembereiche seien gleichwohl erwähnt. Positiv war die Angabe der Anwendung bewegungs- und wahrnehmungsfördernder Pflgetechniken in vier Items durch 57 - 66 % des befragten Personals. Problematisch war beispielsweise, dass nur 34 % des befragten Pflegepersonals ein einheitliches Konzept zur Mobilisation feststellen konnten. Methodisch ist anzumerken, dass das Ausmaß der Qualitätsverbesserung der Pflege mit dem ersten Audit nicht direkt zu erfassen ist, da keine Nullmessung vorliegt.

Station A																																				
Auditprotokoll: Mobilisation von Langzeitpatienten - Personalbefragung																																				
Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	gültig	J	N	NA	in %	
S1.2	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	NA	J	N	N	N	NA	NA	J	J	J	J	NA	J	J	J	J	J	J	J	J	J	25	21	4	4	84
P1	J	N	N	N	N	NA	N	N	J	N	NA	J	N	N	N	NA	NA	J	J	J	N	NA	J	N	J	J	N	N	J	J	24	10	14	5	42	
S2	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	J	N	J	J	J	N	N	J	N	N	J	N	J	N	J	N	N	J	29	10	19	0	34	
S2.1	N	N	J	J	J	J	N	J	N	J	J	N	J	J	NA	J	N	J	N	J	J	J	J	N	J	N	N	N	N	J	28	16	12	1	57	
S3.1	N	J	J	NA	J	N	J	J	J	N	N	J	J	N	J	J	J	J	N	N	N	J	J	N	N	N	N	J	J	N	28	16	12	1	57	
S3.2	N	J	J	J	N	N	J	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J	N	N	N	N	J	J	N	N	J	J	J	J	J	29	19	10	0	66	
S3.3	N	J	J	J	J	N	N	N	N	J	J	J	J	N	J	J	J	N	N	J	N	J	N	N	J	J	J	J	J	29	18	11	0	62		
S3.4	N	N	N	N	N	N	c	N	N	N	N	N	NA	N	N	N	NA	NA	J	N	N	J	N	N	N	N	J	N	J	25	5	20	3	20		
S3.5	N	N	J	J	J	N	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	N	N	J	N	N	J	N	J	J	J	J	29	19	10	0	66		
P3	N	J	J	J	J	N	NA	J	N	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	N	J	N	N	J	J	J	27	20	7	2	74	
S5.1	N	J	J	J	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	N	N	N	J	N	N	J	J	N	J	29	10	19	0	34		
S5.2	N	N	N	N	J	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	NA	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	28	3	25	1	11	
P5	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	29	26	3	0	90	
E5.2	J	N	J	N	J	J	N	N	N	J	N	N	N	N	N	NA	N	J	J	N	N	NA	N	N	N	N	N	N	J	J	27	9	18	2	33	
Auditprotokoll: Mobilisation von Langzeitpatienten - Dokumenteninspektion																																				
Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	gültig	J	N	NA	in %	
S1	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	30	30	0	0	100	
E1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	30	0	30	0	0	
E2	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	N	J	J	J	N	J	J	N	J	30	25	5	0	83	
E3	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	N	J	J	J	J	N	N	J	N	N	J	J	J	J	J	J	J	30	24	6	0	80	
S4	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	30	0	30	0	0	
P4.1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	30	1	29	0	3,3		
E5.1	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	NA	J	N	J	29	26	3	1	90	
Auditprotokoll: Mobilisation von Langzeitpatienten - Patientenbefragung																																				
Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	gültig	J	N	NA	in %	
P2.1	NA	NA	J	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	N	NA	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	J	NA	J	NA	NA	NA	J	9	8	1	21	89	
P2.2	NA	NA	J	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	N	NA	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	J	NA	J	NA	NA	NA	J	9	8	1	21	89	
Auditprotokoll: Mobilisation von Langzeitpatienten - Angehörigenbefragung																																				
Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	gültig	J	N	NA	in %	
P4.2/E4	J	N	N	J	J	N	J	N	J	N	J	J	J	J	J	J	NA	NA													15	11	4	2	73	
E4.1	NA	N	J	J	J	N	N	N	NA	J	N	NA	N	J	N	NA	NA													12	5	7	5	42		

Abbildung 10: Auditprotokoll zum ersten Audit der Station A

Auf eine solche Messung wird bei der Stationsgebundenen Methode verzichtet, da viele der Kriterien, die im Audit abgefragt werden, vor Einführung des Standards nicht zu den Handlungsroutrinen der Pflegekräfte gehören (zum Beispiel Verwendung einer Einschätzungsskala) und eine Nullmessung daher irreführende Werte ergeben würde.

Gleichwohl können die Mitglieder der AG und die IPB beurteilen, inwieweit der Einführungsprozess gegriffen hat und sich veränderte Handlungsweisen einstellen. Die Messergebnisse wurden seitens der Arbeitsgruppe daher unter Berücksichtigung ihrer Beobachtung des Einführungsprozesses bewertet. Ihr Urteil war überwiegend skeptisch. Der Einschätzung der AG nach waren keine wesentlichen Veränderungen seit der Einführung des Standards eingetreten.

Die Reaktion der Arbeitsgruppe war ihre Auflösung. Wie sich bereits während des Audits ankündigte, waren die AG-Mitglieder sehr unzufrieden mit den Rahmenbedingungen. Sie skizzierten diese wie folgt:

- Die Motivation habe unter dem langen Arbeitsprozess gelitten.
- Das dürftige Engagement der SQE-Kommission habe zu dem Mangel an Motivation beigetragen. Sie habe es zum Beispiel nicht geschafft, die für die Umsetzung des Standards benötigten Arbeitsmittel bereit zu stellen.
- Auch sei es der SQE-Kommission nicht gelungen, die ärztliche Mitarbeit zu erreichen.
- Die Mitglieder der AG fühlten sich wie Statisten in dem Projekt. Die Projektverantwortlichen und der WM als Moderator wurden als direktiv erlebt.

- Die verpflichtende Auftaktinformationsveranstaltung für alle Mitarbeiter sei negativ angekommen.
- Die Stimmung auf Station wäre dem Projekt gegenüber sehr negativ gewesen.
- Die Arbeitssituation auf der Station sei sehr angespannt gewesen. Viele Kollegen seien ausgebrannt und wollten neben der täglichen Arbeit keine zusätzliche Belastung auf sich nehmen.
- Viele Kollegen empfänden den Standard als zu ehrgeizig. So sei es zum Beispiel unmöglich, alle Mitarbeiter der Station in Kinästhetik zu schulen.

Die Kritik der AG-Mitglieder fand zu einem Großteil Bestätigung in der Evaluation des Projekts. Die AG sah keine Chance, ihren Qualitätszyklus weiterzuführen. Mögliche Alternativen wurden zwar überlegt, wie die Umsetzung des Standards in Teilen. So wäre es denkbar gewesen, lediglich den Standardschwerpunkt „Aktivierung“ einzuführen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei die Stimmung jedoch so schlecht, dass die Erfolgsaussichten gleich Null eingeschätzt wurden.

Das Ergebnis der letzten Sitzung der AG wurde in der SQE-Kommission vom IPB der Station A mitgeteilt. In der Kommission wurde die hervorragende Arbeitsleistung der Arbeitsgruppe hervorgehoben. Inzwischen hatten Gespräche zwischen den Projektverantwortlichen der MHH mit den Leitungen der Station A stattgefunden. In diesen wurde beschlossen, die Aktivitäten vorübergehend ruhen zu lassen, bis sich die Stimmung normalisiert habe. Dann solle mit einer neu zusammengesetzten Arbeitsgruppe ein Teil des Standards in einem neuen Anlauf eingeführt werden. Dieses Vorhaben wurde bis zum Ende des Forschungs- und Entwicklungsprojekts nicht mehr begonnen.

## 2.2 Ergebnisse des Zyklus B

Die Arbeit der AG ist insgesamt als erfolgreich zu bezeichnen. Es wurde ein Praxisstandard „Schmerzeinschätzung“ auf hohem Niveau entwickelt, auditiert und aufgrund der Auditergebnisse ein Änderungsplan aufgestellt.

Zwei Faktoren haben den Ablauf des Qualitätszyklus in die Länge gezogen: Zum einen litt die AG-Arbeit im Projektverlauf unter zunehmendem Arbeitsdruck und Personalknappheit auf der Station. Zum anderen war die Kooperation mit dem ärztlichen Dienst zur Schmerzbehandlung als notwendige Konsequenz der Schmerzeinschätzung in Form einer für beide Seiten verbindlichen Vorgehensweise trotz mehrfacher Interventionen der SQE-Kommission nicht herzustellen. Dies führte zu erheblichen Frustrationen der AG und des Teams, wie folgendes Zitat deutlich macht:

"Dieser Standard hat außer Arbeit und einer überschaubaren Einschätzung der Pflege, was den Schmerz anbelangt, bisher nicht viel gebracht, weil der Standard nicht beendet ist. Es fehlt der ärztliche Bereich, in dem ich die Umsetzung dessen, was ich an Informationen bekomme, auch dem Patienten wieder zukommen lasse. (...) Ja, und das gibt dann halt eben wieder, ja sagen wir mal, eine Rückkopplung negativer Art von den Mitarbeitern, die fragen: 'Warum machen wir das überhaupt?' " 6/9/M

An diesem Textauszug wird der hohe Kooperationsbedarf der Gesundheitsberufe in einem Krankenhaus mit entwickelter Medizintechnik deutlich. Die Schwierigkeiten in der Kooperation mit der Medizin machen sich hier gravierend bemerkbar. Gleichwohl sind die Ergebnisse des ersten Audit durchaus bemerkenswert und auch ermutigend. Die meisten patientenbezogenen Items rangieren im Bereich von 80 - 100 % Kriterienerfüllung und liegen damit in ähnlicher Höhe wie beispielsweise die Daten des Implementierungsprojektes zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (DNQP 2002, S.80 ff.).



**Pflegestandard: Schmerz einschätzung**

Station B

Stand: 11.04.2001

Seite 1/2

**Standard-Statement:** Bei jedem Patienten<sup>1</sup> findet regelmäßig eine Schmerz einschätzung statt, so dass umgehend auf Schmerzen reagiert wird.

**Kriterien:**

Kategorie	Struktur	Prozess	Ergebnis
Schmerzausschluss		P1: Die Pflegekraft fragt jeden Patienten bei Aufnahme und/oder Übernahme auf Station sowie 1x tgl. abends (Spätdienst), ob er Schmerzen hat.	E1: In der Pflegedokumentation (Kurve) ist täglich erfasst, ob der Patient Schmerzen hat oder nicht.
Schmerzanamnese	<p>Alle Pflegekräfte haben an Fortbildungen zu den Themen</p> <p>S2.1.1: - Schmerzen einschließlich körperlicher und emotionaler Vorgänge</p> <p>S2.1.2: - häufige Fehleinschätzungen und deren Folgen</p> <p>S2.1.3: - Schmerz einschätzung teilgenommen.</p> <p>S2.2: Eine numerische und eine visuell-analoge Skala stehen den Patienten zur Verfügung.</p> <p>S2.3 In der Pflegedokumentation (Nancy) ist analog zu anderen Vitalwerten eine Zeile für die Eintragung der Schmerzintensität vorgesehen.</p>	<p>Die Pflegekraft fragt jeden Patienten, der Schmerzen angibt.</p> <p>P2.1: - wo er Schmerzen hat und</p> <p>P2.2: - wie er die Schmerzen beschreiben würde.</p> <p>P2.3: Die Pflegekraft erkundigt sich nach Beeinträchtigungen, die aus den Schmerzen resultieren.</p> <p>P2.4: Die Pflegekraft fragt, wie stark die Schmerzen sind, wobei beide einen eindeutigen Maßstab verwenden, d.h. entweder eine numerische (z.B. von 0 bis 10) oder visuell-analoge Skala oder eine begriffliche Abstufung (Schmerzfreiheit, leichte, deutliche, starke, stärkste Schmerzen).</p> <p>P2.4.1: Die Pflegekraft vereinbart mit dem Patienten einen Maßstab für die Schmerzintensität, den der Patient versteht und der künftig beibehalten wird. (Schmerzschwelle bei 1 bzw. „leichte“ Schmerzen)</p> <p>P2.4.2: Die Pflegekraft trägt die Schmerzintensität wie die übrigen Vitalwerte in die Kurve ein.</p> <p>P2.5: Die Pflegekraft fragt den Patienten, welche Faktoren sich schmerzlindernd, schmerzverursachend oder schmerzverstärkend auswirken.</p> <p>P2.6: Bei Patienten, die man nicht befragen kann, erkundigt sich die Pflegekraft bei Bezugspersonen und/oder den zuvor betreuenden Pflegekräften, wie der Patient Schmerzen zum Ausdruck bringt und dokumentiert dies.</p>	<p>E2.1: Wenn der Patient Schmerzen angegeben hat, ist die Schmerzanamnese dokumentiert (in der Pflegeanamnese oder im Pflegebericht).</p> <p>E2.2: Der Patient versteht die mit ihm vereinbarte Skala.</p>
Patient informieren	<p>S3.1: Eine schriftlich fixierte Abstimmung zwischen pflegerischem und ärztlichem Dienst regelt die Zuständigkeiten in der Aufklärung des Patienten über die Schmerzbehandlung.</p> <p>Alle Pflegekräfte haben an Fortbildungen zum Thema</p> <p>S3.2.1: - Schmerzbehandlung einschließlich pflegerische Interventionen,</p> <p>S3.2.2: - pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten einschließlich invasive Methoden teilgenommen.</p>	<p>P3.1: Die Pflegekraft erklärt dem Patienten das Ziel der Schmerzbehandlung (d. h. die Schmerzschwelle wird nicht überschritten).</p> <p>P3.2: Die Pflegekraft informiert den Patienten darüber, dass es unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt (pflegerische Interventionen, pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten einschließlich invasive Methoden).</p> <p>P3.3: Die Pflegekraft ist immer ansprechbar, glaubt dem Patienten seine Schmerzen und reagiert umgehend auf Schmerzüßerungen.</p> <p>P3.4: Die Pflegekraft erklärt dem Patienten, dass er Schmerzen nicht aushalten muss bzw. abwartet, sondern sich bei beginnenden Schmerzen sofort melden soll, da das entscheidend zum Erreichen des Zieles beiträgt.</p>	<p>E3.1: Der Patient kennt das Ziel der Schmerzbehandlung.</p> <p>E3.2: Der Patient kennt die Behandlungsmöglichkeiten bei Schmerzen.</p> <p>E3.3: Der Patient gibt an, dass umgehend auf seine Schmerzüßerungen reagiert wurde</p>
regelmäßige Schmerz einschätzung		P4: Die Pflegekraft ermittelt 2x/Schicht am Tage, nachts bei Bedarf (in der Regel zusammen mit den Vitalwerten) ob der Patient Schmerzen hat und ggf. wo und wie stark sie sind. (Zeitraum: wenn 2 Tage keinerlei Schmerzen, dann nur noch 1x tgl. → siehe P1)	E4: Die Schmerzintensität ist in der Pflegedokumentation 2x/Schicht (Kurve/Nancy) eingetragen.

<sup>1</sup> Bei der Formulierung „Patient / Patientin“ ist immer auch die weibliche Form (Patientin / Patientinnen) mitgemeint.

Abbildung 11: Pflegestandard der Station B




## Auditfragebogen: **Schmerzeinschätzung**

Station B
Entwurf: 09.01.2001
Seite 1/3

**Station:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

<i>Quelle/ Methode</i>	<i>Code</i>	<i>Frage</i>	<i>Ant- wort</i>	<i>Kommentare</i>
Dokumentation wird vom IPB (Auditor) durchgesehen.				
<b>Dokumentenanalyse</b>				
	E1	Ist in der Pflegedokumentation (Kurve) täglich erfasst, ob der Patient Schmerzen hat oder nicht?		
nicht anwendbar, wenn keine Schmerzen angegeben wurden	S2.3	Gibt es in der Pflegedokumentation (Kurve/Nancy) eine Zeile für die Eintragung der Schmerzintensität?		
nicht anwendbar, wenn keine Schmerzen angegeben wurden	P2.4.2	Ist die Schmerzintensität in der Kurve eingetragen?		
nicht anwendbar bei Patienten, die sich selber äußern können	P2.6	Ist in der Pflegeanamnese/im Pflegebericht dokumentiert, wie der Patient Schmerzen zum Ausdruck bringt?		
nicht anwendbar, wenn keine Schmerzen angegeben wurden	E2.1	Wenn der Patient Schmerzen angegeben hat, ist dann die Schmerzanamnese dokumentiert?		
nicht anwendbar, wenn keine Schmerzen angegeben wurden	P4 E4	Wird 2x/Schicht ermittelt ob der Patient Schmerzen hat und ggf. wo und wie stark die Schmerzen sind?		
<b>Personal befragen</b>				
zeigen lassen	S3.1	Liegt eine schriftlich fixierte Abstimmung über die Zuständigkeiten in der Aufklärung des Patienten über die Schmerzbehandlung zwischen pflegerischem und ärztlichem Dienst vor?		

Abbildung 12: Auditinstrument der Station B – Dokumenteninspektion und mündliche Frage an Personal



## Auditfragebogen: **Schmerzeinschätzung**

Station B
Personal

Liebe Kollegin, lieber Kollege aus dem Pflegedienst,  
 Sie haben auf Ihrer Station einen Standard zur Schmerzeinschätzung eingeführt. Damit Sie sehen können, inwieweit Ihnen dies bereits gelungen ist und wo Sie noch Verbesserungen erreichen können, wird eine Qualitätsmessung (Audit) durchgeführt. Ein Teil der Messung besteht in der Befragung des Personals. Hierfür hat die AG 1/B diesen Fragebogen angefertigt. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen kurz aus und geben ihn an Ihre Kollegen aus der AG zurück. Vielen Dank.

<i>Code</i>	<i>Frage</i>	<i>Antwort</i>	
		<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
S2.1.1	Haben Sie an Fortbildungen zum Thema Schmerzen einschließlich körperlicher und emotionaler Vorgänge teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2.1.2	Haben Sie an Fortbildungen zum Thema häufige Fehleinschätzungen und deren Folgen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2.1.3	Haben Sie an Fortbildungen zum Thema Schmerzeinschätzung teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3.2.1	Haben Sie an Fortbildungen zum Thema - Schmerzbehandlung einschließlich pflegerische Interventionen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3.2.2	- pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten zur Schmerzbehandlung einschließlich invasiver Methoden teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare:  
 (geben Sie ggf. den Code der Frage an, auf den sich Ihr Kommentar bezieht)

Abbildung 13: Personalfragebogen der Station B



# Auditprotokoll: Schmerz einschätzung

Station B

Seite 1

**Auditziel:** Herausfinden, ob bei jedem Patienten der Station B eine Schmerzeinschätzung gemacht wird.

**Stichprobe** – **Patienten:** 40 (alle Patienten ab dem 5. post OP Tag) **Zeit:** 01.03. – 02.04.2001

Code	Stichprobe																																								Summe						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	gültig	J	N	in %			
P1	n	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	n	40	37	3	92,5			
E1	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	40	39	1	97,5		
S2.2	j	j	j	j	j	j	na	j	j	j	n	j	n	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	n	n	n	n	39	32	7	82				
S2.3	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	na	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	j	39	38	1	97,4			
P2.1	j	j	j	j	na	j	j	na	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	na	j	j	j	j	na	36	35	1	97,2				
P2.2	n	j	j	j	na	j	j	na	j	j	j	n	j	j	n	j	j	n	n	j	na	n	j	j	na	n	j	j	j	j	j	j	n	n	j	na	j	j	j	j	na	35	27	8	77,2		
P2.3	n	j	j	j	na	j	j	na	j	j	j	n	j	j	n	j	j	n	n	n	j	n	n	n	na	j	j	n	n	n	na	na	j	n	n	j	na	34	20	14	58,8						
P2.4	n	j	j	j	na	j	j	na	j	j	n	j	n	j	j	j	j	n	n	j	j	j	n	n	j	j	j	j	j	j	j	j	j	na	j	n	n	j	na	36	29	7	80,6				
P2.4.1	n	j	j	j	na	j	j	na	j	n	n	n	n	n	j	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	j	j	j	n	n	n	na	n	n	na	na	35	12	23	34,3			
P2.4.2	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	na	j	j	na	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	j	j	j	38	37	1	97,4				
P2.5	n	j	n	j	na	j	j	na	j	n	j	n	j	n	j	j	j	j	j	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	j	j	j	j	na	n	n	n	36	16	20	44,5			
P2.6	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	0				
E2.1	n	n	n	n	na	n	n	n	n	j	n	n	j	n	n	n	n	n	na	n	n	j	na	na	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	j	na	n	n	n	n	35	7	28	20		
E2.2	j	j	j	?	na	n	j	na	j	j	na	j	na	j	j	j	na	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	na	na	na	na	30	29	1	96,7				
S3.1	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	40	0	40	0	
P3.1/E3.1	n	j	n	n	na	n	j	na	j	j	j	n	j	n	j	j	n	j	j	j	j	j	j	n	n	n	n	n	n	j	n	j	j	j	na	n	n	na	j	na	35	20	15	57,2			
P3.2/E3.2	n	j	n	j	na	n	j	na	j	n	n	j	n	n	n	j	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	na	n	n	na	j	na	35	9	26	25,7
P3.3/E3.3	j	j	j	j	na	j	na	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	j	n	j	n	n	n	n	n	n	n	n	36	36	0	100
P3.4	n	j	j	j	n	j	j	n	j	j	n	j	n	j	j	j	j	j	j	j	n	j	j	j	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	j	n	j	j	40	32	8	80		
P4/E4	n	n	n	n	na	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	j	n	na	n	n	n	na	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	na	n	n	n	na	35	1	34	2,9

Abbildung 14: Auditprotokoll Station B – Patientenbefragung



# Auditprotokoll: Schmerz einschätzung

Station B

Seite 1

**Auditziel:** Herausfinden, ob bei jedem Patienten der Station B eine Schmerzeinschätzung gemacht wird.

**Stichprobe** – **Personal:** alle Pflegekräfte der Station B (19) **Zeit:** 01.03. – 02.04.2001 **Auditor/en:**

Code	Stichprobe																			Summe			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	gültig	J	N	in %
S2.1.1	j	n	n	ka	n	j	n	j	n											8	3	5	37,5
S2.1.2	j	n	n	ka	n	j	n	n	n											8	2	6	25
S2.1.3	j	n	n	ka	n	j	n	j	n											8	3	5	37,5
S3.2.1	j	n	n	ka	n	j	n	j	n											8	3	5	37,5
S3.2.2	j	j	n	j	n	j	n	j	n											9	5	4	55,6

Abbildung 15: Auditprotokoll Station B – Personalbefragung



### **2.3 Ergebnisse des Zyklus C**

Die Station C hat im Implementierungsprojekt des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege mitgewirkt und den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe eingeführt. Der Expertenstandard ist nahezu unverändert und die Auditinstrumente sind völlig unverändert übernommen worden. Erwähnenswert ist hier, dass die Auditinstrumente in der MHH auf verschiedenen Stationen unter Mitwirkung der auszubildenden IPB einem Pretest unterzogen wurden. Entwickelt wurden sie vom wissenschaftlichen Team der Fachhochschule Osnabrück (Moers, Schiemann, Fierdag 2002, S. 63 ff.).

Die Arbeit der AG ist als sehr erfolgreich einzustufen. Hier konnte in erfreulich kurzer Zeit ein hervorragendes Ergebnis erzielt werden. Die Einbettung in das bundesweite Projekt hat sicherlich das Ihre zu dem Erfolg beigetragen, gleichwohl erfreute sich die AG auch stationsintern großer Unterstützung. So arbeitete eine Ärztin im Praktikum der Station aktiv in der AG mit. Bemerkenswert ist die Durchführung eines zweiten Audits nach einem umgesetzten Änderungsplan acht Monate nach dem ersten Audit. Beide Schritte sind bereits ohne Beteiligung des wissenschaftlichen Mitarbeiters erfolgt. Auffällig sind die sehr niedrigen Werte der Risikoeinschätzung mittels Skala. Dies wurde so erklärt, dass die Ersteinschätzung implizit vorgenommen wurde. Positiv entwickelt hat sich die Patienteneinbeziehung, die beim Implementierungsprojekt insgesamt ein Problembereich gewesen war (Schiemann/Moers 2002, S. 87 ff.). Im weiteren Verlauf der Qualitätsarbeit nachzuprüfen wäre das Missverhältnis von Dekubiti bei der Aufnahme (0 %) zu neu erworbenen Dekubiti (ca. 32 %), das erheblich über dem 1. Audit (23 %) und auch über dem Durchschnitt des bundesweiten Implementierungsprojektes lag (Schiemann/Moers 2002, S. 80 ff.).



**Pflegestandard: Dekubitusprophylaxe**

Station C

Stand: 12.07.2000

Seite: 1/1

Standard der Station C der Medizinischen Hochschule Hannover angaßt nach dem Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (Stand: Mai 2000).

**Standard-Statement:** Jeder dekubitusgefährdete Patient/Betroffene erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

**Begründung:** Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/Betroffener. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. Von herausragender Bedeutung ist, daß das Pflegefachpersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Betroffenen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.

**Kriterien:**

Struktur	Prozeß	Ergebnis
Die Pflegefachkraft	Die Pflegefachkraft	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.
S1 - verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.	P1 - beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patienten/Betroffenen, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes <b>u. a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala, entwickelt auf der Station C der Medizinischen Hochschule Hannover.</b>	



**Pflegestandard: Dekubitusprophylaxe**

Station C

Stand: 12.07.2000

Seite: 2/2

Struktur	Prozeß	Ergebnis
S2 - beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken.	P2 - gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Betroffenen, z. B. 30° Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und scherkräftearmer Transfer, und fördert soweit als möglich die Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen.	E2 Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.
S3a - verfügt über die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen. S3b Druckreduzierende Hilfsmittel (z. B. Weichlagerungskissen und -matratzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z. B. Luftkissenbetten) innerhalb von 12 h.	P3 - wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Betroffenen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zuläßt.	E3 Der Patient/Betroffene befindet sich unverzüglich auf einer für ihn geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet.
S4 - kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.	P4 - leitet auf der Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen.	E4 Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.

Abbildung 16: Pflegestandard der Station C


 <b>Pflegestandard: Dekubitusprophylaxe</b>			
Station C		Stand: 12.07.2000	Seite: 3/3
<i>Struktur</i>	<i>Prozeß</i>	<i>Ergebnis</i>	
S5 - verfügt über Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Patienten/Betroffenen und seiner Angehörigen zur Förderung der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen und zur Druckreduktion.	P5 - erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen, plant diese individuell mit dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen.	E5 Der Patient/Betroffene und seine Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.	
S6 Die Einrichtung stellt sicher, daß alle an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen, und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.	P6 - informiert die an der Versorgung des dekubitusgefährdeten Patienten/Betroffenen Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z. B. Personal in Arztpraxen, OP- und Röntgenabteilungen oder Transportdiensten).	E6 Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Betroffenen Beteiligten bekannt.	
S7 - verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.	P7 - begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Betroffenen in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.	E7 Der Patient/Betroffene hat keinen Dekubitus.	

Abbildung 17: Pflegestandard der Station C - Fortsetzung

Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege

Projekt zur Implementierung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege

**Audit Protokoll (klientenbezogene Daten)**

Standart: Dekubitusprophylaxe

Ziel des Audits: Herausfinden, ob jeder dekubitusgefährdete Klient eine geeignete Prophylaxe erhält.

Stichprobe  
 Klienten/Angehörige: 40 Klienten mit Risiko (sowie alle übrigen Klienten zwecks Risikoausschluss)  
 Personal:  
 Zeitrahmen: 4 Wochen

Teilnehmende Einrichtung:  
 Funktion/Position der Auditorin: IPB  
 Datum: Oktober 2000  
 Gesamtzeit des Audits: 14:54 Stunden (siehe Kommentar)

I. Gesamtzahl der Klienten:  
 davon  
 a) Zahl der dekubitusgefährdeten Klienten: 40  
 b) Zahl der Klienten mit Risikoausschluss: 0

II. Kommentar: Die 14:54 Stunden beziehen sich nur auf die Abfrage des Auditbogens. Dazu gerechnet werden müsst 15:11 Stf Wegezeit  
 00:30 Stf  
 07:00 Stf  
 gesamt: 37:35 Std.

Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	gültig		J	N	in %	
0	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	J	N	N	N	N	N	J	J	N	N	J	J	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	40	13	27	67,50
E 1.1	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	N	J	J	N	J	N	J	N	J	N	N	J	N	J	J	N	J	N	J	J	J	J	J	J	N	N	N	N	N	N	J	J	39	30	9	76,92
E 1.2	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	N	J	J	N	J	N	J	N	J	N	N	J	N	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	N	N	N	N	N	N	J	J	39	31	8	79,49
E 2	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	39	39	0	100,00
E 4	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	40	39	1	97,50	
E 5.1	N	NA	J	J	N	NA	NA	N	NA	N	NA	J	J	J	J	NA	NA	N	J	NA	NA	J	J	J	N	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	NA	NA	NA	N	N	J	NA	J	21	12	9	57,14
E 5.2	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	J	J	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	J	J	J	NA	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	NA	NA	NA	N	J	NA	J	14	12	2	85,71	
E 5.3	N	NA	J	J	N	NA	NA	N	NA	N	NA	J	J	J	NA	NA	N	J	NA	NA	J	J	J	N	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	NA	NA	NA	N	N	J	NA	J	21	12	9	57,14	
E 7	N	J	N	J	N	NA	N	N	N	N	J	N	N	N	N	J	N	N	J	J	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	J	N	N	N	39	9	30	76,92		
E 3.3	J	J	NA	J	J	NA	NA	NA	J	NA	J	NA	NA	J	NA	J	J	J	J	J	NA	NA	NA	J	J	J	NA	NA	J	J	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	19	19	0	100,00
E 3.1	NA	J	NA	J	J	NA	NA	NA	J	J	J	NA	NA	J	NA	J	NA	NA	J	J	J	NA	NA	NA	NA	NA	J	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	16	16	0	100,00		
E 3.2	NA	J	NA	J	J	NA	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	11	11	0	100,00	
min	10	25	18	34	30	10	45	12	15	15	20	10	30	10	15	20	20	20	25	15	20	15	10	10	30	30	40	40	35	10	25	25	15	30	20	25	30	25	15	15	874					

Abbildung 18: Auditprotokoll zum 1. Audit – Patientenbefragung und -inspektion

Projekt zur Implementierung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege

**Audit Protokoll (Personalbefragung)**

Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	gültig		J	N	in %																																					
zum Fortbildungsbedarf																																																																																		
S 1a	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N																		26	3	23	11,54																																		
S 1b	N	N	N	J	J	J	N	J	N	N	N	N	J	J	J	J	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N																			26	13	13	50,00																																
S 2	J	J	J	N	N	N	N	J	N	J	J	J	N	N	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J																				26	18	8	69,23																																
S 3a	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	J	J	N	N	J	J	N	N	J	N																				26	9	17	34,62																																
S 4	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	J	J	N	N	J	N	J	N	J	J	N	N																				26	9	17	34,62																																
S 5	J	J	J	N	J	N	J	J	J	N	N	J	J	N	N	J	N	N	J	N	J	J	N	N	J	N																					26	16	10	61,54																																
zur tatsächlichen Teilnahme an Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Fortbildungen																																																																																		
S 1a	N	N	J	N	N	N	N	N	N	J	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N																			26	4	22	15,38																															
S 1b	J	J	J	N	N	N	N	N	N	J	N	J	J	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N																		26	10	16	38,46																															
S 2	J	N	N	N	N	J	N	N	J	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N																				26	7	19	26,92																														
S 3a	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N																		26	5	21	19,23																															
S 4	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N																				26	2	24	7,69																														
S 5	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N																			26	2	24	7,69																															

Abbildung 19: Auditprotokoll zum 1. Audit - Mitarbeiterbefragung

Projekt zur Implementierung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege

### Audit-Protokoll Juli 2001 ( 2. Audit patientenbezogene Daten)

Standard: Dekubitusprophylaxe

Ziel des Audits: Herausfinden, ob jeder dekubitusgefährdete Patient eine geeignete Prophylaxe erhält.

Gesamtzahl der Patienten: 32  
davon: 31 dekubitusgefährdete Pat.  
1 Pat. mit Risikoausschluss

Code\Inhalt	1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   11   12   13   14   15   16   17   18   19   20   21   22   23   24   25   26   27   28   29   30   31																															Summe							
	güt.	Ja	Nein	in %	güt.	Ja	Nein	in %																															
0 Vorliegen eines Dekubitus bei der Aufnahme?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	31	0	31	100	40	13	27	67,5
E 1.1 Risikoeinschätzung bei der Aufnahme durchgeführt?	N	N	N	N	N	J	J	J	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	31	12	19	38,7	39	30	9	76,9
E 1.2	J	J	N	N	N	N	J	J	N	N	N	J	N	N	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	J	N	N	31	31	0	100	40	39	1	97,5
E 2 Wurde n. einem indiv. Bewegungsplan verfahren?	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	31	31	0	100	40	39	1	97,5	
E 4 Durchführen weiterer Interventionen zu Risikofaktoren?	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	31	31	0	100	40	39	1	97,5	
E 5.1 Wurde der Patient informiert?	NA	J	J	J	NA	J	J	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	J	J	15	13	2	86,7	21	12	9	57,1	
E 5.2 Waren die Infos aus Sicht des Pat. verständlich?	NA	J	J	J	NA	J	J	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	J	J	15	14	1	93,3	14	12	2	85,7	
E 5.3 Anleitung des Pat. zur Dekubitusvermeidung erfolgt?	NA	J	J	J	NA	J	J	J	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N	J	NA	J	J	15	14	1	93,3	21	12	9	57,1	
E 7 Hat der Pat. einen neu entstand. Dekubitus?	J	N	N	N	N	N	J	N	N	N	J	J	N	N	N	J	J	N	N	N	J	J	N	J	J	N	N	N	N	N	31	10	21	67,7	39	9	30	76,9	
E 3.3 Wenn druckred. Hilfsrn. vorgeseh., Einsatz erfolgt?	J	NA	NA	NA	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	27	27	0	100	19	19	0	100	
E 3.1 Waren benötigte druckred. Hilfsrn. sofort zugänglich?	J	NA	NA	NA	J	J	NA	J	NA	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	26	26	0	100	16	16	0	100	
E 3.2 War ein benötigtes Spez. Bett innerh. von 12 Std. verfügbar?	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	NA	J	NA	NA	NA	J	NA	NA	J	NA	NA	J	NA	NA	10	10	0	100	11	11	0	100	

J = ja / N = nein / NA = nicht anwendbar

Abbildung 20: Auditprotokoll zum 2. Audit – Patientenbefragung und –inspektion

Projekt zur Implementierung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege

### Audit-Protokoll Juli 2001 ( 2.Audit Personalbefrag

Anzahl ausgegeb. Fragebögen: 30  
Rücklauf: 16 = 53,3 %

Code   Inhalt	1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   11   12   13   14   15   16																Summe										
	güt.	Ja	Nein	in %	güt.	Ja	Nein	in %																			
<b>Fortbildungsbedarf:</b>																											
S 1a Dekubitusentstehung	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	16	0	16	0	26	3	23	11,5
S 1b Anwendung der Risikoskala	N	N	N	J	N	N	N	N	N	N	J	J	J	N	N	N	N	N	N	16	4	12	25	26	13	13	50
S 2 Gewebeschon. Beweg.-Lag.-u. Transfertechniken	J	N	N	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	16	12	4	75	26	18	8	69,2
S 3a Auswahl geeigneter Hilfsmittel	N	N	N	J	J	N	N	J	J	N	N	N	N	N	N	J	J	J	J	16	5	11	31,3	26	9	17	34,6
S 4	J	N	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	J	J	J	J	J	N	N	16	6	10	37,5	26	9	17	34,6
S 5 Anleitung zur Bewegungsförderung	N	J	N	J	N	J	N	N	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	16	10	6	62,5	26	16	10	61,5
<b>Zur tatsächl. Teilnahme an Info-ve</b>																											
S 1a Dekubitusentstehung	J	J	J	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	16	6	10	37,5	26	4	22	15,4
S 1b Anwendung der Risikoskala	J	J	J	N	J	J	N	J	J	N	N	N	N	N	J	J	N	N	N	16	9	7	56,3	26	10	16	38,5
S 2 Gewebeschon. Beweg.-Lag.-u. Transfertechniken	N	N	J	J	J	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	16	4	12	25	26	7	19	26,9
S 3a Auswahl geeigneter Hilfsmittel	N	N	J	J	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	16	5	11	31,3	26	5	21	19,2
S 4	N	N	J	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	16	3	13	18,8	26	2	24	7,69
S 5 Anleitung zur Bewegungsförderung	N	N	J	J	J	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	N	N	16	4	12	25	26	2	24	7,69

Abbildung 21: Auditprotokoll zum 2. Audit – Mitarbeiterbefragung



## 2.4 Zyklus D

Der Zyklus D war der zweite auf der Station C. Die AG wurde von einer IPB moderiert und arbeitete selbständig ohne Begleitung durch das wissenschaftliche Team der FH. Der Kontakt zum Projekt wurde durch die Supervision der IPB seitens des WM und durch die SQE-Kommission hergestellt. Als Thema der Arbeit wurde „Mundpflege bei oral intubierten Patienten“ gewählt, weil hier erhebliche Qualitätsprobleme gesehen wurden. Mangelnde Mundpflege führt zu Schleimhautschäden und vermeidbarer Umintubation, die eine Belastung für Patienten darstellt. In der Diskussion der Relevanz des Themas stellte die AG fest, dass das Thema zwar relevant sei, jedoch eher in den Bereich der pflegerisch-technischen Probleme und weniger zu den interaktionsreichen Pflegehandlungen gehört, obwohl Information und Beobachtung des Patienten zu beachten seien. Da die Maßnahme jedoch routinemäßig durchzuführen ist, wurde beschlossen, gestützt auf Lehrbücher der Intensivpflege eine Handlungsrichtlinie (Nursing Procedure) zu diesem Thema zu entwickeln. Dies wurde zur Zufriedenheit der AG umgesetzt. Auf eine Abbildung der Handlungsrichtlinie wird hier verzichtet, da Handlungsrichtlinien (Nursing Procedures) nicht zum Gegenstand der Methodenforschung gehören.

## **2.5 Zyklus E – der Kontrastfall**

Der Zyklus E war der vierte im Projektrahmen begonnene und profitierte von den im Verlauf des Projektes gesammelten Erfahrungen, die nun systematisch eingesetzt werden konnten.

### **2.5.1 Die strukturellen Voraussetzungen der Station D**

Die Station D, auf der viele Patienten nach Transplantationen und anderen großen Eingriffen liegen, war mit 37 Mitarbeiterinnen in Teil- und Vollzeitanzstellung besetzt. Das Pflegeteam wurde von einer Stationsleitung und zwei Stellvertretungen geleitet. Die Stationsleitung war zu Beginn des Forschungs- und Entwicklungsprojekts noch Mitarbeiterin einer Intensivstation, die ebenfalls in das Gesamtprojekt einbezogen war. So war sie zwar noch relativ neu auf der Station D, mit dem Hintergrund des Projekts jedoch vertraut. Die Station bestand aus zwei Teilstationen, einer Normalstation und einer Intermediate-Care-Station. Die Station befand sich in dem Prozess, aus zwei Teilstationen mit unabhängig von einander arbeitenden Teams eine Station mit einem Team zu werden. Dies galt es in dem Projekt zu berücksichtigen, insbesondere bei der Besetzung der Arbeitsgruppe, bei der Themenwahl und der Entwicklung eines Standards, der für beide Teilstationen Gültigkeit haben sollte.

In der Ist-Analyse wurden verschiedene strukturelle Voraussetzungen festgestellt. Die Besetzung war zum Zeitpunkt der Ist-Analyse knapp bemessen, so dass die Pflegenden ihren Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit nicht immer gerecht werden konnten. Die in ihrer Ausbildung vermittelten pflegerischen Interventionen (zum Beispiel Mobilisation) konnten häufig nur ansatzweise umgesetzt werden. Im Laufe des Projekts wurde der Druck durch Personalkürzungen verschärft.

Auf beiden Teilstationen wurde Zimmerpflege praktiziert. Auf der Intermediate-Care-Station konnte die Zuordnung einzelner Pflegekräfte zu einzelnen Zimmern und damit Patienten über mehrere Tage aufrecht erhalten werden. Auf der Normalstation kam es durch häufige stationsinterne Verlegungen der Patienten im Laufe des Vormittags dazu, dass eine morgens zugeordnete Pflegekraft mittags andere Patienten in den ihr zugewiesenen Zimmern versorgte.

Die Pflegedokumentation, insbesondere die Pflegeplanung, war EDV-gestützt. In der EDV waren vorformulierte Pflegepläne abrufbar. Die Pflegepläne wurden ausgedruckt und zur papiergestützten Dokumentation hinzugefügt. Als Grundlage für den Pflegeprozess war das Pflegemodell von Roper, Logan & Tierney (1987) vorgegeben. Angewandt wurde es jedoch noch nicht. Bisher waren die Mitarbeiter vor allem mit den ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) durch ihre Ausbildung vertraut.

Auf der Station waren unter der Bezeichnung „Standard“ zahlreiche Handlungsrichtlinien (Nursing Procedures) eingeführt. Diese galten als verbindlich und waren in Ordnern abgeheftet verfügbar. Sie wurden jedoch nach Auffassung der

Mitarbeiterinnen oft nicht der individuellen Situation der Patienten gerecht. Die tatsächliche Pflege der Patienten wich dann auch häufig von den Handlungsrichtlinien ab. Die in den Handlungsrichtlinien formulierten Pflegeziele galten als idealtypisch und unter den gegebenen Personalressourcen nicht selten als nicht erreichbar. Dies reduzierte die Verbindlichkeit der Handlungsrichtlinien und begünstigte die Tendenz der Mitarbeiter, die in der jeweils eigenen Ausbildung angeeigneten Techniken beizubehalten. Dennoch waren die Handlungsrichtlinien für neue Mitarbeiterinnen und Auszubildende eine willkommene schnelle Orientierung. Ferner bildeten Sie eine Grundlage zum Austausch über pflegerische Interventionen. Eine Überprüfung der Umsetzung und Eignung der Handlungsrichtlinien fand bis dato nicht statt.

Die Ärzte sind zu 2/3 der Zeit nicht auf der Station anwesend. Der Informationsbedarf der Patienten fällt in dieser Zeit auf die Pflegekräfte zurück. Die Visiten hingegen werden als „auf hohem Niveau“ eingeschätzt, insbesondere weil sich die Teilnehmenden hierfür viel Zeit nehmen. Allerdings nehmen die Ärzte die Unterstützung der Pflegekräfte zur Verwendung des Dokumentationssystems in Anspruch, mit dem sie nicht selbständig arbeiten. Die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen wurde als personenabhängig unterschiedlich beschrieben. Ebenso wurde in der Abstimmung mit den Physiotherapeuten Verbesserungspotentiale gesehen. Angesichts der psychischen Beanspruchung der Pflegenden insbesondere durch Angehörige – die existenzielle Krise eines transplantierten Patienten ist unvermeidlich auch eine existenzielle Krise seiner Familie – wurde eine stärkere Einbeziehung von Psychologen erwartet. Diese wurde seitens der Ärzte jedoch nicht im entsprechendem Maße veranlasst.

Die Pflegenden gingen trotz der beschriebenen Restriktionen und eines hohen Grades an Fremdbestimmtheit davon aus, dass sie eine hohe Pflegequalität gewährleisten. Sie wiesen zum Beispiel auf gute Wundheilungen und kurze Verweildauern hin. In der Ist-Analyse nach ihren Erwartungen befragt, entgegneten die Pflegenden, dass eine rege Weiterentwicklung in ihrem Team betrieben werde, sie aber dennoch Neuerungen gegenüber zunächst skeptisch eingestellt seien. Ihre Skepsis richtet sich jedoch primär gegen die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit. Sie betonten deshalb die Wichtigkeit, eine Vertrauensbasis aufzubauen und Frustrationen durch Überforderung zu vermeiden. Wenn Standards erarbeitet werden sollten, sollte ihre Umsetzung und Verbindlichkeit gewährleistet werden. Und nicht zuletzt sollte eine zu beauftragende Arbeitsgruppe ohne Druck arbeiten können.

Die Station D wurde als letzte von vier Stationen aktiv in das Forschungs- und Entwicklungsprojekt einbezogen. Insofern profitierte sie von den Erfahrungen der anderen Stationen. Herauszuheben ist indes die tragende Rolle der Stationsleitung, die einerseits die Risiken und Bedingungen des Zyklus mit Skepsis reflektierte und andererseits den schließlich gefassten Entschluss, am Projekt teilzunehmen, nachhaltig unterstützte und vorantrieb. Die gebildete Arbeitsgruppe machte sich den Zyklus zu eigen. Die Begleitung durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter und die Internen Prozessbegleiterinnen wurde von Beginn an konstruktiv und mit Vertrauensvorschluss in Anspruch genommen. Offenbar hat diese strukturelle Konstellation wesentlich dazu beigetragen, dass in dem Zyklus kein Erleben von



Fremdbestimmung vorkam, sondern das stationsgebundene Prinzip der Methode sich entfalten konnte und über den durch die Fachhochschule Osnabrück begleiteten Projektrahmen hinaus fortsetzte.

### **2.5.2 Initiierung des Zyklus**

Der Zyklus der Station D wurde im November 2000 in einem Vorbereitungsgespräch zwischen der Stationsleitung, einer stellvertretenden Stationsleitung, dem für die Fachabteilung zuständigen Pflegedienstleiter und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter eingeleitet. Die Stationsleitung machte auf die personellen Ressourcen aufmerksam und hatte Bedenken, dass sie möglicherweise nicht immer eine Arbeitsgruppe von fünf Personen bereitstellen könne. Hinzu kam, dass eine Mitarbeiterin als IPB ausgebildet wurde und zu Lasten des Stationsbetriebs freigestellt werden musste. Um die Situation zu entschärfen, wurde diese Mitarbeiterin zunächst nicht auf einer anderen Station eingesetzt, sondern mit in die Arbeitsgruppe der Station D aufgenommen. Dies bot ihr die Gelegenheit noch während des extern begleiteten Projektrahmens praktische Erfahrungen mit der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung zu sammeln, wenn auch nicht in der Rolle einer IPB, sondern als AG-Mitglied. Die Stationsleitung erklärte, dass sie das Projekt für wichtig halte und es nach ihren Möglichkeiten unterstützen werde.

Die Zusammensetzung der AG sah vor, dass neben der auszubildenden IPB im ersten Zyklus der Station D die Stationsleitung selbst AG-Mitglied war. Ferner sollten Mitarbeiter beider Teilstationen und mit unterschiedlichem Qualifikationsstand einbezogen werden. Eine als skeptisch eingestufte Person sollte berücksichtigt werden, sofern sie dem Projekt konstruktiv gegenüberstand. Für die AG wurde vereinbart, bis zur Fertigstellung des Standards monatlich acht Stunden für die AG vorzusehen. Dies sollte zügige, für die Mitarbeiterinnen erlebbare Fortschritte ermöglichen, vor allem um die Motivation zu fördern. Nach Fertigstellung des Pflegestandards war ein geringerer Zeitaufwand zu erwarten.

Die ersten konkreten Schritte zur Initiierung wurden geplant. Die Stationsleitung sollte das Team informieren. Drei 1,5-stündige Fortbildungen für alle Mitarbeiter des Teams wurden in drei aufeinander folgenden Wochen im Januar 2001 terminiert. Die Themenwahl sollte – anders als im Zyklus der Station A – vor Ort zusammen mit den Mitarbeitern der Station, das heißt auch den Nicht-AG-Mitgliedern, moderiert durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter, erfolgen. Die Themenwahl vor Ort wurde für Ende Januar und die ersten beiden Sitzungen der AG vorbehaltlich für Februar 2001 geplant.

In den Fortbildungen wurden dem Team, wie zuvor auch in den anderen Zyklen, die Themen Qualität und Stationsgebundene Qualitätsentwicklung vermittelt, wobei zuletzt die ersten konkreten Schritte des Durchlaufs erklärt und mit der Frage nach möglichen Themen verbunden wurde. Die Resonanz in den drei Veranstaltungen war zurückhaltend bis munter. Nach der ersten Veranstaltung wurde eine Liste im Dienstzimmer ausgehängt, in die die Mitarbeiterinnen gewünschte Themen eintragen sollten. In der zweiten Fortbildung berichteten die Anwesenden, dass bereits Themen

notiert wurden. In der dritten Veranstaltung stellte sich heraus, dass drei Themen vom Team in die Liste eingetragen wurden, von denen das Thema „Medikamenteneinnahme nach TX“ (das heißt Transplantation) präferiert wurde.

### 2.5.3 Themenwahl

Anders als in den Zyklen der Stationen A und B wurde die Themenwahl auf den Stationen C und D nicht in der AG getroffen, sondern auf der Station unter Beteiligung der nicht in der AG vertretenen Mitarbeiterinnen. Auf diese Weise sollte eine bessere Einbeziehung des gesamten Teams erreicht werden, das sich durch die aktive Entscheidungsfindung deutlicher mit dem Prozess identifizieren sollte. Ferner konnte hierdurch die Zeit bis zur Fertigstellung des Standards komprimiert werden. In der Teamsitzung, die im Anschluss an die mittägliche Übergabe im Tagesraum der Station und nur eine Woche nach den Einführungsfortbildungen statt fand, nahmen lediglich sechs Personen teil, von denen neben der Stationsleitung drei weitere Personen zu den designierten AG-Mitgliedern gehörten. Die übrigen Teammitglieder waren entweder nicht abkömmlich oder nicht im Dienst. Überdies verzögerte sich der Beginn wegen der angespannten Belastungssituation des Stationsbetriebs um 25 Minuten.

Der wissenschaftliche Mitarbeiter leitete die Besprechung ein und erklärte den Themenfilter (Abbildung 3, S. 37) um insbesondere darauf aufmerksam zu machen, dass die Eignung der Themen sorgfältig abzuwägen war. Die auf der von den Mitarbeitern erstellte Liste gewünschter Themen wurde als Plakat an die Wand geheftet und die Anwesenden wurden gebeten die Liste spontan zu ergänzen. Die Nennungen wurden anhand des Filters besprochen und schließlich durch Punktabfrage priorisiert. Die Themen wurden mit folgender Priorisierung festgehalten:

1. Medikamenteneinnahme nach Transplantation
2. Inhalationstherapie gleichrangig mit Schmerzbehandlung
3. Pneumonieprophylaxe

#### ohne Priorität:

- Abschlussgespräch
- Ängste der Klienten vor OP
- abgesetzte OPs
- Pateninformationen

Die Diskussion war rege und konstruktiv, wobei sich insbesondere die designierten AG-Mitglieder einbrachten. Die Entscheidung für das Thema „Medikamenteneinnahme nach Transplantation“ wurde vorbehaltlich verfügbarer wissenschaftlich fundierter Literatur gefällt. Die AG-Mitglieder nahmen den Auftrag entgegen, dies zu prüfen.

## 2.5.4 Übergreifende Qualitätsziele definieren

Die konstituierende Sitzung der AG fand Anfang März 2001 statt. Es wurden Regeln der Zusammenarbeit beschlossen sowie ein AG-Sprecher und eine Vertretung gewählt. Die AG erklärte sich bei Teilnahme von wenigstens vier AG-Mitgliedern und wenigstens eines Mitarbeiters aus beiden Teilstationen für arbeitsfähig. Außerdem wurde die AG aufgefordert eine grobe Zeitplanung vorzunehmen. Die AG plante die Standardeinführung in einem halben Jahr (September 2001) vorzunehmen. Die Planung beruhte auf der Erfahrung der vorangegangenen Zyklen, in denen der größte Zeitaufwand auf die Standardentwicklung fiel. Diese Zeitspanne sollte verkürzt werden.

Im Zyklus der Station D war der wissenschaftliche Mitarbeiter in der Rolle eines IPB und als Supervisor für zwei auszubildende IPB tätig. Die beiden IPB sollten in diesem Durchgang schon von Beginn an aktiv mitwirken. Dazu trafen sich der wissenschaftliche Mitarbeiter und die IPB zu Vorbereitungstreffen vor jeder AG-Sitzung. Weil die IPB zunächst das Lernen am Modell vorzogen, der wissenschaftliche Mitarbeiter gegen Ende des begleiteten Projekts jedoch seinen Arbeitsschwerpunkt zunehmend auf den Forschungsteil verlegen musste, einigten sie sich darauf, dass alle drei jeweils Abschnitte der Moderation übernahmen. Dies wurde auch den AG-Mitgliedern vermittelt, die es vorbehaltlos akzeptierten.

Nach der Konstituierung der AG konnte der erste Schritt im Zyklus der Stationsgebundenen Qualitätssicherung gegangen werden. Dieser wurde inzwischen als „übergreifende Qualitätsziele benennen“ bezeichnet, wie es der tatsächlichen Praxis entsprach. Die Herangehensweise war die gleiche, wie schon im ersten Zyklus auf der Station A. Übergreifende Qualitätsziele wurden als die Qualitätsziele einer Station beschrieben, die sich nicht nur auf einzelne pflegerische Interventionen, sondern auf das gesamte Spektrum pflegerischer Arbeit am Patienten beziehen ließen. Als Beispiele und erste Vorschläge wurden die übergreifenden Qualitätsziele „Patienten-/Familienorientierung“, „Sicherheit“, „Individualität“, „Kontinuität“ und „mono-/multiprofessionelle Zusammenarbeit“ vorgestellt. Die initiale Frage für die Beiträge der AG-Mitglieder lautete: „Welche Grundsätze für die Pflege von Patienten halte ich für wichtig?“ Die AG-Mitglieder gaben ihre Qualitätsziele an. Die Sammlung ergab acht Qualitätsziele. Die AG nahm jedoch keine Priorisierung vor, sondern ordnete die Qualitätsziele kreisförmig um die Nennung Professionalität an. Es handelte sich um folgende Qualitätsziele:

- Professionalität
- Wertschätzung
- Kontinuität
- Patienten-/Klientenorientierung
- Patientenzufriedenheit
- Transparenz
- Sicherheit
- Fortbildung
- Zusammenarbeit (mono- und multidisziplinär)

Der wissenschaftliche Mitarbeiter regte an, die Nennungen in ganze Sätze zu fassen, um ihre Bedeutung für das Team deutlich zu machen. Diese Aufgabe übernahmen die IPB, um die ausformulierten Qualitätsziele nach Rücksprache mit den AG-Mitgliedern bereits in der kommenden Sitzung der SQE-Kommission durch den AG-Sprecher wie folgt vorzustellen:

„Unsere wichtigsten Qualitätsziele für unsere Patienten sind eine patientenorientierte Pflege, ein wertschätzender Umgang mit unseren Patienten, die Gewährleistung ihrer Sicherheit und eine hohe Patientenzufriedenheit. Unsere Pflege soll durch Kontinuität, Transparenz und Professionalität gekennzeichnet sein. Für die Erhaltung der pflegerischen Qualität wollen wir unsere Fachkenntnisse durch Fortbildungen fortlaufend aktualisieren und die mono- wie auch multiprofessionelle Zusammenarbeit pflegen und fördern.“

In der SQE-Kommission wurde allen Anwesenden deutlich, dass die übergreifenden Qualitätsaussagen einen hohen und gleichzeitig vernünftigen Qualitätsanspruch zum Ausdruck brachten.

## **2.5.5 Standardentwicklung**

Noch in der gleichen ganztägigen Sitzung konnten weitere Schritte des Zyklus bearbeitet werden. Zunächst war zu klären, ob die Themenwahl auf fundierte Literatur gestützt werden konnte. Hierzu hatten der wissenschaftliche Mitarbeiter und die IPB eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese ergab, dass die Medikation von Patienten in der internationalen Forschungsliteratur durchaus einen explizit pflegerischen Schwerpunkt bildete. Sogar die Medikation transplantierten Patienten war bereits in größerem Umfang beforscht worden. Ferner existierte deutschsprachige Literatur zu Bezugsthemen wie zum Beispiel Patientenschulung. Die AG entschied sich folglich, die im Team getroffene Themenwahl anzunehmen.

### **2.5.5.1 Problemanalyse**

Auch wenn die Problemanalyse bisher nicht explizit im Zyklus der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung als Schritt benannt wurde, wurde sie in jedem Zyklus durchgeführt (eine Ausnahme bildete der Zyklus zur Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung). Wie im Zyklus A beschrieben, greift die Problemanalyse besonders die Anliegen beziehungsweise die Motivation der AG-Mitglieder auf und unterstützt die Standardentwicklung dahin gehend, die stationsgebundene Situation gezielt einzuflechten.

Eine IPB moderierte das Gespräch durch Visualisierung der Nennungen mittels Moderationskarten. Die AG-Mitglieder sammelten Probleme im Zusammenhang mit der Medikation der transplantierten Patienten, die sich anschließend in die Cluster „Mensch“, „Struktur“ und „Methode“ gliedern ließen (Abbildung 22).

<b>Mensch</b>	<b>Struktur</b>	<b>Methode</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bequemlichkeit der Patienten</li> <li>– neu für Patienten</li> <li>– Akzeptanz der Situation</li> <li>– Patient kann Pläne nicht lesen</li> <li>– Zusammenstellung der Dosis durch Patienten</li> <li>– Lagerung der Medikamente</li> <li>– Regelmäßigkeit der Einnahme</li> <li>– Kontrolle der Medikamente</li> <li>– Wichtigkeit der Medikamente</li> <li>– Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung von Medikamenten</li> <li>– Zubereitung der Medikamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Platzmangel der Medikamente</li> <li>– Aufbewahrungsort für Medikamente</li> <li>– Medikamentendispenser zu klein</li> <li>– Zeitfaktor (mangelnde Zeit)</li> <li>– Menge der Medikamente</li> <li>– wechselnde Medikamentennamen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ungenaue Medikamentenpläne</li> <li>– mangelnde Einführung in die Medikamente</li> <li>– Zeitpunkt der Übergabe des Medikamentenplanes</li> <li>– keine schriftliche Anordnung</li> <li>– Gestaltung der Medikamentenpläne</li> </ul>

Abbildung 22: Problemanalyse zur Medikation von transplantierten Patienten

Die AG-Mitglieder diskutierten die Problemlage und kamen zu dem Schluss, dass neben organisatorischen Verbesserungsmöglichkeiten ein Hauptproblem in der Compliance der Patienten bestand und der effektivste Beitrag der Pflege darin bestehen würde, die Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme zu verbessern. Deshalb konkretisierten sie das gewählte Thema und nannten es:

„Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation“.

Zum Abschluss der ersten Sitzung wurde die Information des Teams mittels eines Ordners für die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung, eines Plakats mit den übergreifenden Qualitätszielen und mündlich in einer Dienstbesprechung geplant. Ferner gaben der wissenschaftliche Mitarbeiter und die IPB Literatur aus, die die AG-Mitglieder bis zur nächsten Sitzung lesen wollten. Die Aktivitäten bis zur nächsten Sitzung wurden in einem Aktionsplan festgehalten. Die AG-Mitglieder und die IPB bewerteten die Sitzung als interessant, motivierend und produktiv. Die AG-Mitglieder freuten sich schon auf die nächste Sitzung.

### 2.5.5.2 Literaturrecherche

Anfang April 2001 traf sich die AG zur zweiten Ganztagsitzung. Bevor die Literaturrecherche begonnen wurde, wurde eine vorläufige Standardaussage formuliert. Hierzu wurden der beste und der schlechteste Fall sowie die beste und schlechteste Praxis kontrastiert:

#### Kontrastierung:

##### Schlimmster Fall:

- Überdosierung / Unterdosierung
- Fehleinnahme
- Fehlinformation
- Abstoßung des Organs
- Organversagen
- Leukopenie
- Infekt
- Intensivpflichtigkeit

##### Bester Fall:

- optimale Medikamenteneinstellung
- keine Abstoßung des Organs
- optimale Lebensqualität
- Infektfreiheit
- gute Medikamentenverträglichkeit/  
keine Nebenwirkungen
- Sicherheitsgefühl

##### Schlechte Praxis:

- Falscher Plan
- Mangelnde Aufklärung
- Fehlende Schulung
- Ignoranz
- Fehlende Angehörigenschulung
- Mangelnde Anleitung zur  
Selbständigkeit
- Mangelnde Terminplanung/  
Kooperation

##### Beste Praxis:

- optimale Information
- Angehörige einbeziehen
- Anleitung zur Selbständigkeit
- gute Kooperation mit anderen  
Bereichen
- verständliche, korrekte Pläne
- Schulung

Aus der Kontrastierung leiteten die AG-Mitglieder die Qualitätsaussage des Standards ab, die sich durch Patientenschulung auf das therapeutische Ziel der Vermeidung von Risiken und Schäden für den Patienten durch fehlerhafte Medikamenteneinnahme sowie sein Sicherheitsgefühl und seine Selbständigkeit richtete. Sie formulierten die Standardaussage wie folgt:

„Jeder/e transplantierte Patient/in der Station D erhält eine Schulung, um einen sicheren und selbständigen Umgang mit Medikamenten zu erreichen.“

Während die Problemanalyse die Probleme des Teams in der Praxis aufgriff, fokussierte die Kontrastierung und die daraus abgeleitete Qualitätsaussage auf den Nutzen, das heißt therapeutische Qualität für die Patienten und gab der Literaturrecherche eine klare Richtung. Die AG-Mitglieder hatten sich wie geplant mit der an sie ausgegebenen Literatur auseinandergesetzt. Zudem sind die IPB nochmals fündig geworden und haben eine Übersicht in deutscher Sprache über Forschungsbefunde vorgelegt. Die Übersicht erlaubte umfassend und forschungsgestützt Schlussfolgerungen für den zu entwickelnden Pflegestandard abzuleiten.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die IPB ursprünglich der Auffassung waren, dass die Literaturrecherche primär durch die AG-Mitglieder geleistet werden sollte und sie selbst dem nicht vorgreifen sollten. Sie sahen dabei auch den Aufwand angesichts ihrer begrenzten Zeitressourcen als Problem an. Nun zeigte sich, dass sie ihre Zurückhaltung aufgaben, je mehr sie inhaltlich Kompetenz zum Thema entwickelten und dadurch besser auf die Moderation vorbereitet waren. Außerdem wuchs ihr persönliches Interesse an dem Thema, je klarer die Anforderungen an die pflegerische Intervention durch Forschungsbefunde belegt wurden.

Die AG-Mitglieder wurden aufgefordert, die deutschsprachige Studienübersicht zu lesen und nach Aspekten zu durchsuchen, die für den Pflegestandard relevant sein konnten. Sie ordneten ihre Funde stichpunktartig den Qualitätskategorien Struktur, Prozess und Ergebnis zu. Einzelne Aspekte wurden intensiv diskutiert und vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen reflektiert, auch um dem Lernprozess Zeit zu geben. Anschließend trug ein AG-Mitglied die Übersetzung eines englischsprachigen Lehrtextes (Rycroft-Malone et al. 2000) vor, die es zusammen mit einem ärztlichen Kollegen erarbeitet hatte. Daraus wurden ergänzende Aspekte übernommen. Eine Wiedergabe der Forschungsbefunde kann hier nicht erfolgen, da sie sehr umfangreich ausfallen und für den Berichtszweck, die Entwicklung der Qualitätsmethode, auch nicht erforderlich ist. Die nachfolgend aufgeführten Stichpunkte (Abbildung 23) vermitteln eine Vorstellung von den Ergebnissen der Literaturrecherche.

Mit der Zusammenstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche war das Ende der zweiten Ganztagsitzung erreicht. Zum Abschluss planten die AG-Mitglieder ihren Sachstandsbericht für die bevorstehende Sitzung der SQE-Kommission. Sie waren mit ihren Fortschritten sehr zufrieden.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation</li> <li>• Patientenschulung</li> <li>• Psychische Betreuung</li> <li>• Pharmakologische Themen</li> <li>• Relevante Literatur</li> <li>• Broschüre</li> <li>• visuelle Hilfsmittel</li> <li>• Medikamentenplan</li> <li>• wertschätzende kooperative Grundhaltung</li> <li>• Zeitressourcen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• auf Ängste eingehen</li> <li>• Einschätzung der multidimensional                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale/schriftliche Erklärung</li> <li>• Diagramm/ Broschüre</li> <li>• Demonstration</li> <li>• praktische Übung und Wiederholungen</li> </ul> </li> <li>• korrekatives Feedback</li> <li>• Berücksichtigung psychosozialer Situation</li> <li>• intellektuelle Fähigkeiten berücksichtigen</li> <li>• körperliche Fähigkeiten berücksichtigen</li> <li>• Verhaltenstraining</li> <li>• für Rückfragen bereit sein</li> <li>• Einschätzung von Vorstellung und Wissen des Patienten</li> <li>• gemeinsam Lernziele vereinbaren, Lernbereitschaft</li> <li>• schrittweises Vorgehen, angepasst an den Patienten</li> <li>• unvermeidbare Fachausdrücke erklären</li> <li>• Zeitplan der Schulung</li> <li>• Möglichkeit zur Selbstreflexion geben</li> <li>• Selbstbeobachtung in Wechselwirkung mit Medikamenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• langfristige Verhaltensänderung</li> <li>• Erhöhung der Compliance</li> <li>• physiologischer Fortschritt</li> <li>• Akzeptanz</li> <li>• Reduzierung des Risikos</li> <li>• Patient fühlt sich sicher</li> <li>• Selbständigkeit</li> </ul>

Abbildung 23: Aspekte der Qualität der Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation gemäß Literaturrecherche



### 2.5.5.3 Standardentwicklung

In der dritten Ganztagsitzung der AG D berichtete der AG-Sprecher zu Beginn aus der Sitzung der SQE-Kommission, die die Themenwahl der Station D bestätigte und ihre Unterstützung zusagte. Somit konnte die Arbeit der Gruppe fortgesetzt und die Standardentwicklung begonnen werden. Diese Anfangssequenz wurde von einer der beiden IPB moderiert. Die Moderation der Standardentwicklung übernahm der wissenschaftliche Mitarbeiter. Die Standardentwicklung erforderte es, die Inhalte insgesamt zu erfassen, gegebenenfalls unterstützend vorzudenken, den Gruppenprozess zu steuern und die Gruppe bei der Formulierung der Qualitätskriterien zu unterstützen, ohne ihr die Initiative zu entziehen. Die IPB wollten zunächst „vom Zusehen“ lernen.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche (Stichpunkte) waren auf Moderationskarten an einer Tafel gegliedert nach Struktur, Prozess und Ergebnis angebracht. Der wissenschaftliche Mitarbeiter schlug vor, die Prozessaspekte zunächst in eine zeitliche Ordnung zu bringen, um dann Themenschwerpunkte ableiten zu können. Daraus ergab sich eine Ordnung, die dem Pflegeprozess glich. Sie begann mit einer Anamnese, ihr folgte eine Planung, die zur eigentlichen Schulung überleitete und endete mit der Reflexion des Lernfortschritts. Die Zuordnung der gesamten Kriterien (Struktur, Prozess und Ergebnis) nach dem Muster des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege zu den gefundenen Themenschwerpunkten gelang nur teilweise. Es blieben Aspekte, die den Prozess als ganzes betrafen wie das Eingehen auf Ängste und das bereit sein für Rückfragen.

Nun musste die Formulierung der Kriterien erfolgen. Die erste Formulierung wurde in der gesamten Gruppe zur Demonstration vorgenommen. Die übrigen Formulierungen der Kriterien sollten in Kleingruppenarbeit (zwei Gruppen) vorformuliert werden, um sie anschließend zu überarbeiten. Die Kleingruppen stellten ihre Formulierungen auf Folien dar, die in der Gesamtgruppe diskutiert und teilweise modifiziert wurden. Zum Ende der dritten Ganztagsitzung war die Formulierung der Prozesskriterien abgeschlossen.

In der vierten Ganztagsitzung Mitte Juni 2001 entschied sich die AG dafür, nicht in Kleingruppen vorzuarbeiten, sondern die Formulierungen direkt in der gesamten Gruppe vorzunehmen. In der Moderation wechselten sich der wissenschaftliche Mitarbeiter und die IPB ab. Die Strukturkriterien konnten bis 14.00 Uhr fertig gestellt werden. Die Gruppe entwickelte den Ehrgeiz in den verbleibenden zwei Stunden der Sitzung auch die Ergebniskriterien abzuschließen, was ihr gelang. Die Überprüfung des Standards anhand der DREAM-Kriterien erfolgte zu Beginn der fünften Sitzung und führte zu geringfügigen Modifikationen.



 <b>Pflegestandard: Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation</b>					
Station D		Stand: 09.01.2002	Seite: 1/2		
<b>Standard-Statement:</b>		Jeder transplantierte Patient <sup>1</sup> der Station D erhält eine Schulung, um einen sicheren und selbstständigen Umgang mit Medikamenten zu erreichen.			
<b>Kriterien:</b>					
Struktur	Prozess	Ergebnis			
S1	Der Medikamentenplan liegt in übersichtlicher, aktueller, für den Patienten verständlicher und eindeutiger Form vor, inklusive namentlicher ärztlicher Anordnung.	P1.1	Die Pflegekraft sorgt in Absprache mit ihren Kolleginnen und Kollegen für eine ungestörte Gesprächssituation	E1	Der Patient versteht und akzeptiert den Medikamentenplan und die Wichtigkeit seiner Einhaltung.
S2	Ein Leitfaden der Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme liegt in Form einer Checkliste vor.	P1.2	Die Pflegekraft schätzt die körperlichen Fähigkeiten des Patienten bezüglich der Medikamenteneinnahme ein wie: lesen, schreiben, sehen, hören, sprechen, Kraft und Motorik.	E2	Der Patient kennt seine Medikamente und deren Wirkungsweisen.
		P1.3	Die Pflegekraft schätzt das Verstehen des Patienten in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit des Medikamentenplans unter Berücksichtigung seiner psycho-sozialen Situation ein.	E3	Der Patient kann seine Medikamente nach dem derzeit gültigen Medikamentenplan selbstständig stellen, sich verabreichen und fühlt sich sicher in der Handhabung.
S3	Jede Pflegekraft ist zum Thema Compliance und zur Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme geschult.	P1.4	Die Pflegekraft klärt mit dem Patienten seine Vorstellungen und Vorkenntnisse zur Medikation nach einer Transplantation und	E4	In der Dokumentation ist eine standardbezogene Anamnese der Pflegeplanung und des Verlaufsberichtes festgehalten.
S4	Eine Broschüre zur Medikamenteneinnahme ist für jeden Patienten verfügbar (als separater Teil der Abschlussinformationsbroschüre).	P1.5	schätzt diesbezüglich seine Lernbereitschaft und Compliance ein.		
S5	Die Pflegekraft erhält bei Änderungen der Medikation entsprechende Hintergrundinformation seitens des anordnenden Arztes.	P2	Die Pflegekraft plant gemeinsam mit dem Patienten das Ziel und den Zeitrahmen der Medikamentenschulung, unter Berücksichtigung seiner Vorkenntnisse und Ressourcen.		
 <b>Pflegestandard: Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation</b>					
Station D		Stand: 09.01.2002	Seite: 2/2		
Struktur	Prozess	Ergebnis			
S6	Die Pflegekraft und der Patient haben entsprechend der individuellen Bedürfnisse Zeit (vorzugsweise zwischen 11:48 und 14:12 Uhr), die Schulung durchzuführen.	P3.1	Die Pflegekraft verwendet unterschiedliche Methoden, wie praktische Übungen und Demonstrationen, schriftliche und mündliche Information, um den Patienten individuell zu schulen.		
S7	Jeder Patient erhält einen Behälter zur ordentlichen Aufbewahrung seiner Medikamente in Originalpackungen für die Dauer seines Aufenthalts.	P3.2	Die Pflegekraft erklärt unvermeidbare Fachausdrücke.		
		P3.3	Die Pflegekraft überprüft die Kenntnis des Patienten über die Wirkungsweise bzw. Neben- und Wechselwirkungen seiner Medikamente.		
S8	Für jeden Patienten steht ein Medikamentendispenser in ausreichender Größe und Aufteilung zur Verfügung.	P3.4	Die Pflegekraft weist ihn darauf hin, eine Selbstbeobachtung durchzuführen und bei Veränderung sofort die TX-Ambulanz / Station D (siehe Abschlussinformationsbroschüre) zu informieren.		
		P4	Die Pflegekraft führt mit dem Patienten eine Lernzielkontrolle durch, gibt ihm die Möglichkeit zur Selbstreflexion und gibt Feedback.		
		P5	Den Angehörigen <sup>2</sup> wird in Absprache mit dem Patienten die Möglichkeit gegeben an der Schulung zur Medikamenteneinnahme teilzunehmen		
<sup>1</sup> Für die vereinfachte Lesbarkeit wird auf die Nennung beider Geschlechtsformen verzichtet. Es seien jeweils beide angesprochen. <sup>2</sup> Gemeint sind auch nicht verwandte persönliche Bezugspersonen					

Abbildung 24: Pflegestandard der Station D

In der Sitzung der SQE-Kommission im Juni 2001 stellte der AG-Sprecher den Pflegestandard **„Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation“** vor. In der SQE-Kommission wurde er als fachlich beeindruckendes Ergebnis gewertet. Es wurde empfohlen einzelne Kriterien zusammenzufassen, um die Übersicht zu verbessern. Die Anregungen aus der SQE-Kommission wurden von der AG eingearbeitet und der Standard verabschiedet.

### **2.5.6 Einführung des Standards**

Nach einer dreimonatigen Pause, die durch personelle Engpässe bedingt war, setzte die Arbeitsgruppe ihre Arbeit im Oktober 2001 fort. Sie leitete die notwendigen Aktivitäten zur Einführung des Standards aus den Kriterien ab. Zu den wichtigsten Schritten zählten:

1. Beschaffung geeigneter Medikamentendispenser und geschlossener Behälter für die Lagerung der Medikamente in Originalverpackungen
2. Anpassung des Medikamentenplans
3. Abstimmung mit den ärztlichen Kollegen
4. Leitfaden zur Patientenschulung
5. Mitarbeiterschulung
6. Patientenbroschüre zur Medikamenteneinnahme erstellen

Die Ausstattung zur Aufbewahrung der Medikamente der Patienten und zur täglichen Rationierung in Dispensern war unbefriedigend. Die Patienten mussten frühestmöglich lernen, ihre Medikamente selbst zu stellen. Deshalb wurden sie nicht, wie sonst im Krankenhaus üblich, im Medikamentenschrank im Dienstzimmer gelagert, sondern in großen Behältern, die den Patienten zugeordnet waren. Die transplantierten Patienten bekamen keine Tagesdosis ausgehändigt, sondern ganze Packungen, die sie in entsprechend großen Behältern aufbewahrten. Mangels geeigneter Behälter wurden oft Kartons verwendet, die nach Lieferung von Materialien auf die Station übrig blieben. Die Patienten lernten ihre Medikamente den Originalverpackungen zu entnehmen und gemäß Medikamentenplan für jeden Tag zu rationieren. Die Menge der einzunehmenden Medikamente übertraf häufig das Fassungsvermögen der zur Verfügung stehenden Dispenser, so dass mit mehreren Dispensern improvisiert werden musste. Die Bemühungen der AG, andere Dispenser und verschließbare, leicht zu reinigende Behälter zur Aufbewahrung der Originalpackungen zu bekommen, ließen sich bis zum Zeitpunkt der Berichtserstellung nicht realisieren.

Die Verbesserung des Medikamentenplans – des Vordrucks, auf dem die Medikation der Patienten genau eingetragen werden sollte – war ein Anliegen der Mitarbeiter, das schon in der Problemanalyse als sehr wichtig eingestuft wurde. Zuvor kam es zu Problemen, wenn Anordnungen nicht frühzeitig schriftlich fixiert oder wegen handschriftlicher Mängel nochmals mündlich bestätigt werden mussten. Der Medikamentenplan war überdies für die Patienten von herausragender Bedeutung, die danach selbst ihre Medikamente zu stellen lernten. Für sie war es u. a. wichtig,

dass die Bezeichnungen mit den tatsächlich eingesetzten Medikamenten übereinstimmen und die Dosierungen, die Einnahmezeiten und gegebenenfalls Besonderheiten (unter Bemerkung einzutragen) eindeutig zu verstehen waren. Diese Anforderungen sollten durch die Überarbeitung des bisherigen Vordrucks (die Überarbeitung s. Abbildung 25) und Absprachen mit den ärztlichen Kollegen erreicht werden. Schließlich sollte der Medikamentenplan in die EDV-Dokumentation aufgenommen werden. Die ärztlichen Kollegen befürworteten die Änderungen des Medikamentenplans.

Therapieplan vom: \_\_\_\_\_ - 18.00 Uhr bis: \_\_\_\_\_ - 18.00 Uhr

Patient:  
Geb. am:

**Medikamentenplan**

<b>Tabletten</b>	Dosierung	Bemerkung	20	22	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Cyclosporin / Prograf														
Decortin H 5														
Cellsept 500														
Acic 200														
Magnesium Verla														
Calcium Brause														
ACC 200														
Ranitidin / Pantozol														
Vingantolettten 1000														
Furosemid 40														
Sempera														
Cotrim forte 960		Di + Fr												

<b>Tropfen</b>	Dosierung	Bemerkung	20	22	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Paspertin														

<b>Mundpflegemittel</b>	Dosierung	Bemerkung	20	22	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Doroperol		nach den Mahlzeiten												
Amphomoronal	1 Pipette													

<b>Inhalation</b>	Dosierung	Bemerkung	20	22	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Colistin														
Sultanol + ACC		zusammen nehmen												
Amphotericin B														

Station D Stand: 04.12.2001 AG 1/D

Abbildung 25: Medikamentenplan – Muster der Station D

Die Schulung der Patienten zur Medikamenteneinnahme war im Standard in Form von Kriterien beschrieben. Diese allein konnten nicht als Anleitung verwendet werden, sondern bildeten den Maßstab zur Beurteilung, ob die Schulungsaktivitäten den Anforderungen gerecht wurden. Die Umstellung der Patientenschulung gemäß Standard musste durch Schulung der Mitarbeiter eingeführt werden. Hierzu setzten die AG-Mitglieder auf einen Leitfaden, den die Mitarbeiter als Checkliste verwenden konnten, um ihr Handeln gezielt anzupassen. Die Checkliste beinhaltete die Schritte Einschätzung, Planung, Schulung und Erfolgskontrolle. Sie sollte nicht zur Patientenakte hinzugefügt werden, da dies zu einer Doppeldokumentation geführt hätte. Vielmehr sollte die Patientenschulung in der Pflegedokumentation, die inzwischen auf EDV (Software NANCY) umgestellt wurde, als Maßnahme hinterlegt werden. Die Checkliste selbst sollte zur Erleichterung der Umstellung auf den Standard zum Medikamentenplan hinzugefügt werden, wo sie für die jeweils zuständigen Mitarbeiter zur Orientierung bereitliegen sollte.

Die Schulung der Mitarbeiter sollte das zugrundeliegende Problem der Compliance, den Standard, den Medikamentenplan, die Checkliste und ihre Verwendung sowie das Thema Audit beinhalten. Die Erstellung der Patientenbroschüre wurde zunächst zurückgestellt, da ihre Fertigstellung voraussichtlich einige Monate in Anspruch nehmen würde und dies eine erhebliche Verzögerung für die Einführung des Standards bedeutet hätte.


Über den durch die Fachhochschule Osnabrück begleiteten Projektrahmen hinaus ließ die AG jedoch nicht von diesem Vorhaben ab, so dass sie im Juni 2002 schließlich eine 44-seitige Broschüre in Farbdruck vorliegen hatte. Sie fasste eine bisher an die Patienten in Kopie-Form herausgegebene Information zum Abschlussgespräch vor Entlassung (allgemeine Informationen für Herz-, Lungen- und Herz-Lungentransplantierte Patienten) und den Umgang mit Medikamenten zusammen. Sie enthielt allgemeine Hinweise zum Umgang mit Medikamenten einschließlich deren Aufbewahrung und Einnahme und eine umfassende Übersicht über die regelmäßig angeordneten Medikamente mit fotografischer Abbildung der einzelnen Tabletten, der Liste und der Originalverpackungen sowie Hinweisen zu Wirkstoff, Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen.

Die konkrete Einführung des Standards begann mit der geplanten Schulung des Teams Mitte Januar 2002 durch die AG, ohne die Fertigstellung der Patientenbroschüre abzuwarten. Dabei kam ein eigens an der Checkliste orientierter und selbst aufgezeichneter Kurzfilm zum Einsatz. In der Fortbildung beteiligten sich die Anwesenden an der Auseinandersetzung mit den vorgestellten Instrumenten. So wurde der Leitfaden zur Patientenschulung auf deren Anregung leicht modifiziert. Das Problem der Compliance wurde allerdings nicht thematisiert. Hierfür wollte man eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung gewinnen, die eine Diplomarbeit dazu geschrieben hatte. Der Start der Umstellung begann am folgenden Tag. Gleichzeitig wurde angekündigt, dass der Umstellung Zeit bis März 2002 gegeben werden sollte, um dann durch das Audit das Erreichte und das noch zu Verbessende festzustellen.

In der Sitzung im Februar 2002 musste die AG feststellen, dass die praktische Umsetzung des Standards schleppend voran kam. Zwar bewerteten die Mitarbeiter den Leitfaden zur Patientenschulung als verständlich, doch die Zahl der Patienten, bei dem er zum Einsatz kommen konnte, war klein. Somit wurde der Einführungsphase vor dem Audit mehr Zeit eingeräumt.

**Checkliste zur Medikationsschulung**  
**Station D - MHH**

Etikett



für Frau/Herrn:

**A. Vorbereitung**

Behälter + Medikamentenpackungen + Dispenser: Hdz.: \_\_\_\_\_

Medikamentenbroschüre: Hdz.: \_\_\_\_\_

Abgleich der Handelsnamen der Medikamente: Hdz.: \_\_\_\_\_

**B. Einschätzung des Patienten** ja   teilw.   nein   Dat./Hdz.

Keine relevanten körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen				
Angehörige werden einbezogen				
Der Patient zeigt hinreichende Lernbereitschaft				
Der Patient zeigt sich compliant				
Der Patient hat Vorkenntnisse				
Die Vorstellungen des Patienten werden der Problematik gerecht				

**C. Planung mit Patient**

Datum / Handzeichen	Entlassungsziel vereinbart	erreicht
Datum / Handzeichen	Entlassungsziel geändert	erreicht

**D. Einweisung und Anleitung**

	<i>Datum / Handzeichen</i>			
Erklärung des Medikamentenplans				
Hinweise zur Aufbewahrung und Handhabung				
Medikamente stellen				
– erklärt und gezeigt				
– geübt				
– selbständig				
– nicht selbständig				
ggf. Fachausdrücke erklären				
Anleitung zur Selbstkontrolle				
Gesprächssituation war ungestört				

**E. Kontrolle** ja   teilw.   nein   Dat./Hdz.

Patient hat Medikamentenplan verstanden				
Patient stellt die Medikamente richtig				
Patient nimmt die Medikamente zeitlich korrekt ein				
Patient reflektiert seinen Lernerfolg selbst				

Station D MHH
Stand: 04.12.2001

Abbildung 26: Checkliste zur Medikationsschulung

### **2.5.7 Audit**

Die Entwicklung der Auditinstrumente lässt sich parallel zur Einführungsphase des Standards vornehmen. Im Falle der Station D stand hierfür wegen der gedehnten Einführungsphase viel Zeit zur Verfügung, so dass gleichzeitig der Entwicklung der Patientenbroschüre ein größerer Teil der Sitzungszeit eingeräumt wurde. Wie bereits im Zyklus der Station A wurde das standardisierte Instrumentarium angewandt, das heißt anhand der Kriterien des Standards wurden Messkriterien abgeleitet und in Erhebungsinstrumente übertragen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts (und längst außerhalb des begrenzten begleiteten Projektzeitraums) lagen die angefertigten Instrumente noch nicht vor, so dass hier auf eine konkrete Darstellung verzichtet werden muss. Gemäß der später noch zur Verfügung gestellten Protokolle der AG lässt sich berichten, dass die Erhebungsinstrumente im Juli 2002 einschließlich eines Tests auf Praktikabilität und Verständlichkeit durch die beiden IPB im Rahmen eines Probeaudits an einem Patienten fertig gestellt wurden. Somit konnte mit dem Audit Mitte Juli 2002 begonnen werden. Ende November 2002 wurde es beendet. Die Ergebnisse lagen derzeit noch nicht vor. Nach der letzten Sitzung im Juli war die nächste Sitzung zur Auswertung der Auditergebnisse für Januar 2003 geplant.

Doch auch ohne die konkreten Ergebnisse vorliegen zu haben, lässt sich für den Zyklus der Station D resümieren, dass es hier gelungen ist, die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung erfolgreich einzuführen. Insbesondere an der konsequenten Fortsetzung der Arbeit der AG begleitet durch die IPB, über die Zeit der wissenschaftlichen Begleitung hinaus, lässt sich ablesen, dass sich das Prinzip der Stationsgebundenheit voll entfaltet hat.

### **3 Ergebnisse zur Akzeptanz und Beherrschung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung**

Fragen zur Methodenakzeptanz und zur Beherrschung der Methode nahmen im Rahmen der Abschlussevaluation wegen ihrer besonderen Bedeutung für ihre Verstetigung in den Projektstationen und für ihre weitere Verbreitung in der MHH einen zentralen Stellenwert ein. Während mit der schriftlichen standardisierten Befragung alle Akteure der beteiligten vier Projektstationen erreicht werden sollten, um Auskunft über ihre Erfahrungen mit der Einführung der SQE speziell unter dem Gesichtspunkt der Entwicklung und Umsetzung der Pflegestandards zu erhalten, zielten die leitfadengestützten Gruppen- und Experteninterviews mit den Stations-AGs, den Internen Projektbegleiterinnen und Vertretern des Pflegemanagements auf der Stations- und Abteilungsleitungsebene darauf ab, Erkenntnisse über Einstellungen und Erfahrungen unterschiedlicher Gruppen und Einzelakteure zu gewinnen.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung aller Pflegekräfte und der Interviews mit den Projektakteuren ergänzen sich. Während die Pflegekräfte der Projektstationen eine insgesamt positive, zugleich aber auch durch Skepsis und abwartende Haltung zu kennzeichnende Einstellung zur Methode und ihren Produkten, den Standards der Stationen, haben, äußern sich die Projektakteure überwiegend positiv zur Methode und den Standards, weisen jedoch zugleich auf die „wunden Punkte“ des Implementierungsprozesses hin. Deutlich wird, um ein wichtiges Ergebnis bereits hier anzudeuten, dass die Entwicklung einer positiven Einstellung zur SQE die intensive theoretische Auseinandersetzung mit den Charakteristika dieses methodischen Ansatzes voraussetzt. Das heißt, Methodenakzeptanz und -verständnis basieren in hohem Maße auf dem fundierten Wissen über die zentralen Elemente der Methode als Grundlage für ihre flexible und wirksame Anwendung. Darüber hinaus wird teilweise auch ersichtlich, welche Rolle motivationale Dispositionen bei Personen und Personengruppen für den Methodenzugang spielen können und welche Bedeutung den strukturellen Rahmenbedingungen und der grundlegenden Bereitschaft von Management und Personal zu einem partnerschaftlichen intra- und interprofessionellen über die Ziele der Qualitätsentwicklung und das angestrebte Qualitätsniveau in der Abteilung in diesem Kontext beizumessen ist. Wir beginnen mit der Darstellung der schriftlichen Befragung.

#### **3.1 Die Befragung des Pflegepersonals der Projektstationen**

Die schriftliche Befragung des Pflegepersonals aller beteiligten Projektstationen wurde zu Ende der Interventionsphase (Oktober 2001) durchgeführt. Ziel der Befragung war, den Kenntnisstand der Mitarbeiter zum jeweiligen Standard und zur Methode zu erkunden. Weiterhin sollten die Akzeptanz und die Einschätzung der Umsetzbarkeit der Standards erhoben werden. Als letztes sollte eine Rückmeldung zum Projektverlauf erfolgen. Eingesetzt wurde - in Anlehnung an einen von Dahlgaard/Schiemann (1996) im Vorprojekt verwendeten Fragebogen - ein standardisiertes Instrument mit überwiegend dreistufiger Einschätzungsskala. Zu



jedem der drei Themenblöcke (Standard, SQE, Projektverlauf) gab es zusätzlich die Möglichkeit einer offenen Antwort in Form eines Kommentars (s. Fragebogen in der Anlage). Der Rücklauf betrug 98 von 148 ausgegebenen Fragebögen, das sind 66 %. Die beantworteten Fragebögen verteilten sich auf alle Projektstationen und zwar ungefähr der Größe des Pflgeteams der jeweiligen Station entsprechend. Die Qualität der ausgefüllten Fragebögen war recht gut. Es waren pro Item zwischen neun und vierzehn nicht verwertbare Bögen.

Die Antworten zeigen insgesamt eine verhalten positive Einstellung - gemischt mit zum Teil deutlicher Distanz - zu Standards, der Methode der Standardentwicklung und dem Projektverlauf sowie großer Skepsis gegenüber der Umsetzbarkeit der Standards. Dieses gemischte Bild gewinnt erheblich an Schärfe, wenn man die Antworten der AG-Mitglieder denen der Nicht AG-Mitglieder gegenüberstellt. Da sich aus den Unterschieden, die dabei zutage treten, tiefergehende Aussagen zum Projekt und den Projektzielen treffen lassen, wird in den folgenden tabellarischen Darstellungen so verfahren, dass die Ergebnisse für die beiden Teilgruppen getrennt dargestellt und diskutiert werden.

### 3.1.1 Fragen zu Verständnis, Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Standards

Betrachtet man die Ergebnisse zum Themenbereich Standard, so werden einige Unterschiede deutlich. Die Antworten des nicht aktiv am Projekt beteiligten Pflegepersonals unterscheiden sich deutlich von denen der AG-Mitglieder, die eine wesentlich positivere Einschätzung und mehr Wissen zu den Standards angeben. Die Umsetzbarkeit wird von beiden Gruppen kritisch gesehen.

Die Tabellen sind so aufgebaut, dass die Fragen in der Überschrift abgebildet sind, während die Antwortvorgaben sich in der ersten Spalte finden. F2: und so weiter bedeutet dabei die Nr. der Frage im Fragebogen. In der zweiten und dritten Spalte werden die Ergebnisse getrennt nach Nicht AG- beziehungsweise AG-Mitgliedern aufgeführt. Die unterschiedliche Stichprobengröße (n) der Items ist durch Variationen im Antwortverhalten bedingt. Dargestellt werden die gültigen Antworten in Prozenten, in Klammern dahinter die absoluten Zahlen. Dies stellt sich im Einzelnen wie folgt dar:

*„Wenn Sie den Standard lesen, ist er für Sie ...“*

<b>F2: Standard/Verständnis</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=71)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Verständlich	53,5 % (38)	93,3 % (14)
Teilweise verständlich	38,0 % (27)	6,7 % ( 1)
Nicht verständlich	8,5 % ( 6)	0,0 % ( 0)

Tabelle 1

Diese Frage zielte in erster Linie auf die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter. Die Antworten ergeben ein nach Gruppen sehr unterschiedliches Bild. Die AG-Mitglieder fanden den Standard zum größten Teil verständlich, während es bei den Nicht AG-Mitgliedern nur noch knapp über die Hälfte war. Da die Standards ein inhaltlich hohes Niveau aufweisen, deuten diese Angaben auf ein teils vorhandenes, teils aber

auch eingeschränktes Wissen über die in den Standards behandelten Qualitätskriterien hin.

*„Wenn Sie den Standard fachlich bewerten sollen, halten Sie die Inhalte für ...“*

<b>F3: Standard/Fachlichkeit</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=70)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Überzeugend	33,8 % (25)	80,0 % (12)
Teilweise überzeugend	48,6 % (34)	20,0 % ( 3)
Nicht überzeugend	15,7 % (11)	0,0 % ( 0)

Tabelle 2

Die Dimension der fachlichen Bewertung der Standards drückt sich in den Fragen danach aus, ob die Standards inhaltlich überzeugend sind. Bei dieser Frage sind die Unterschiede zwischen den Gruppen ebenfalls deutlich. Bei den Nicht AG-Mitgliedern findet nur ein Drittel die Standards überzeugend, während es bei den AG-Mitgliedern vier Fünftel sind. Mit der fachlichen Bewertung hängt auch die Akzeptanz der Standards zusammen, und diese ist bei den AG Mitgliedern ausgeprägt, bei den Nicht AG-Mitgliedern aber nur zum Teil gegeben.

*„Wenn Sie an die Versorgung der Patienten denken, halten Sie die Anwendung des Standards für ...“*

<b>F4: Standard/Patientenversorgung</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=72)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=14)</b>
Notwendig	33,3 % (24)	64,3 % ( 9)
Nützlich	58,3 % (42)	35,7 % ( 5)
Nicht wichtig	8,3 % ( 6)	0,0 % ( 0)

Tabelle 3

Auch die Frage nach der Notwendigkeit des Standards für die Patientenversorgung zielt auf die Akzeptanz. Auffällig ist, dass selbst die AG-Mitglieder weniger von der Notwendigkeit für die Patientenversorgung als von der Fachlichkeit überzeugt sind. Hier geht die Zustimmung von 80 % auf 64,3 % (von 12 auf 9) herunter. Das spricht dafür, dass nicht alle AG-Mitglieder von der jeweiligen Themenwahl überzeugt waren. Das mehrheitliche Votum der Nicht AG-Mitglieder für „nützlich“ deutet auf eine eingeschränkte Akzeptanz hin, denn nützliche aber nicht notwendige Tätigkeiten werden unter Arbeitsdruck leicht unterlassen.

*„Halten Sie den Standard für ...“*

<b>F5: Standard/Umsetzbarkeit</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=71)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Umsetzbar	26,8 % (19)	46,7 % ( 7)
Teilweise umsetzbar	54,9 % (39)	53,3 % ( 8)
Nicht umsetzbar	18,3 % (13)	0,0 % ( 0)

Tabelle 4

In die ähnliche Richtung des Verhältnisses der Standardkriterien zu anderen pflegerischen Aufgaben zielt die Frage nach der Umsetzbarkeit der Standards. Von der Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen sind nicht einmal mehr die AG-Mitglieder mehrheitlich überzeugt, bei den Nicht AG-Mitgliedern sinkt diese

Überzeugung auf ein Viertel der Antworten. Dies weist auf einen erheblichen Problemdruck hin.

*„Wenn Sie den Standard umsetzen wollen, sehen Sie Bedarf für zusätzliche Maßnahmen?“*

Skepsis gegenüber den Praxisbedingungen zeigt sich auch in der Einschätzung des Bedarfs an zusätzlichen Maßnahmen, um den Standard umzusetzen. 91,3 % (63 von 69) der Nicht AG-Mitglieder und 73,3 % (11 von 15) der AG-Mitglieder sprechen sich für solche Maßnahmen aus. Damit zeigen sich die AG-Mitglieder relativ noch optimistischer als die nicht in das Projekt involvierten Pflegekräfte.

Darüber, welche Bedingungen verändert werden müssten, gibt die Reihenfolge der angekreuzten Bereiche Auskunft. Mehrfachnennungen waren möglich:

<b>F6: Standard/Maßnahmen</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=74)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Absprachen mit anderen Diensten	52,7 % (39)	66,7 % (10)
Beschaffung von Hilfsmitteln	52,7 % (39)	53,8 % ( 8)
Zeitliche Freiräume	50,0 % (37)	60,0 % ( 9)
Angebot für Übung/Anleitung	33,8 % (25)	60,0 % ( 9)
Vermittlung von Fachwissen	31,1 % (23)	66,7 % (10)
Sonstiges	8,1 % ( 6)	20,0 % ( 3)

Tabelle 5

Als größtes Hindernis sehen alle Pflegekräfte Schwierigkeiten, die zur Umsetzung der Standards notwendigen zeitlichen und Maßnahmen bezogenen Absprachen mit anderen Diensten zu treffen. Dass hier in erster Linie der ärztliche Bereich gemeint sein dürfte, wird durch die Themen der sonstigen Bereiche deutlich, die vor allem Schwierigkeiten mit dem ärztlichen Dienst angeben (6), gefolgt von der Forderung nach Beendigung des Personalabbaus (2). Ähnlich hoch rangiert der Bedarf an zusätzlichen Hilfsmitteln sowie zeitlichen Freiräumen zur Umsetzung des Standards. Deutlich niedriger sehen die Nicht AG-Mitglieder den Bedarf an Übung und Anleitung beziehungsweise Fachwissen. In dem Punkt sind die AG-Mitglieder skeptischer, die diesen Bedarf ca. doppelt so hoch einschätzen.

*„Würden Sie allgemein den Ansatz der Qualitätsverbesserung in der Pflege mit derartigen Standards ...“*

<b>F7: Standard/Einschätzung</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=74)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Befürworten	44,6 % (33)	66,7 % (10)
Teilweise befürworten	44,6 % (33)	33,3 % ( 5)
Nicht befürworten	10,8 % ( 8)	0,0 % ( 0)

Tabelle 6

Die diesen Themenblock abschließende Frage nach der allgemeinen Einschätzung der Qualitätsverbesserung durch Standards wird gemischt beantwortet. Es zeigt sich, dass die AG-Mitglieder zu zwei Dritteln dieses Instrument befürworten. Diese Einschätzung deckt sich mit der Frage 4, in der 64,3 % (9) der AG-Mitglieder von der Notwendigkeit der Standards überzeugt waren. Bedenkt man, dass die AG-Mitglieder die Multiplikatoren der Standardumsetzung sein sollen, ist dieses Ergebnis nur mit

Einschränkungen als positiv zu betrachten. Hier schlägt zu Buche, dass auch Skeptiker der Methode aus Gründen der Team-Integration in die Arbeitsgruppen gebeten wurden.

Bei den Nicht AG-Mitgliedern fällt die Befürwortung mit knapp der Hälfte deutlich geringer aus, ist jedoch höher als bei der Frage nach der Notwendigkeit, bei der nur 33,3 (24) überzeugt waren. Die an dieser Stelle erbetenen Kommentare zum jeweiligen Standard der Station (insgesamt 21 Antworten) gehen in erster Linie auf die Umsetzungsschwierigkeiten wegen mangelnder Kooperation mit dem ärztlichen Dienst und wegen zu geringer personeller Ausstattung ein. Vereinzelt werden die Standards als zu komplex, zu theoretisch und zu praxisfremd beschrieben.

Damit zeigt sich eine Tendenz, dass die AG-Mitglieder die Standards als Instrument der Qualitätsentwicklung mehrheitlich akzeptieren und befürworten, während dies bei den Nicht AG-Mitgliedern in erheblich geringerem Maße der Fall ist. Ähnlich sieht die Verteilung beim Wissen über die Standards aus. Die Umsetzbarkeit unter den gegenwärtigen Bedingungen schätzen beide Gruppen sehr skeptisch ein, was die Akzeptanzprobleme teilweise erklären könnte.

### 3.1.2 Fragen zur Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung

Zunächst einmal fragten wir, ob und in welcher Funktion die Befragten diese Methode der Standardentwicklung kennen gelernt haben (F8, Tabelle nicht abgebildet). Mehrfachnennungen waren möglich. 74 Pflegekräfte haben geantwortet. Interessant ist hier, dass 20,3 % (15) der Pflegekräfte angaben, die Methode gar nicht zu kennen. Diese Quote von 1:4 ist angesichts der hohen Personalfuktuation an Unikliniken erklärlich, andererseits hätte die lange Laufzeit des Projektes von drei Jahren neuen Mitarbeitern trotz verpasster Fortbildungsveranstaltungen den Kontakt mit der Methode ermöglichen können.

*„Wie würden Sie ihren Wissensstand über die Methode der SQE beschreiben?“*

Die Frage nach dem Wissensstand zur Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (SQE) kann über die Verankerung des Projektes auf den Stationen Auskunft geben, da sie nicht zum üblichen Aus- und Fortbildungskanon der Pflege gehört, sondern den Mitarbeitern erst im Rahmen des Projektes nahegebracht wurde. Die Selbsteinschätzung zum Wissensstand bezüglich der Methode bietet folgendes Bild:

<b>F9: SQE-Methode/Wissen</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=70)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Könnte erklären	44,3 % (31)	86,7 % (13)
Verstanden, aber nicht erklären	27,1 % (19)	13,3 % ( 2)
Wenig/nicht auseinandergesetzt	28,6 % (20)	0,0 % ( 0)

Tabelle 7

Mit gut zwei Dritteln der Nicht AG-Mitglieder, die angeben, die Methode erklären zu können oder sie verstanden zu haben, zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der Eingangsfrage (F8) nach dem Kontakt zur Methode, wobei die Zahl derer, die sich

intensiver mit der Methode auseinandergesetzt haben („könnte erklären“) mit 44,3 % (31 von 70) etwas geringer ausfällt als bei der Frage nach der Verständlichkeit der Standards (F2) mit 53,5 % (38 von 71). Deutlich wird hier der Unterschied zu den AG-Mitgliedern, die sich überwiegend in der Methode kompetent fühlen - beinahe genau so hoch, wie sie in Frage 2 zu 93,3 % (14 von 15) die Standards verständlich fanden.

*„Meinen Sie, dass Sie für die Anwendung Ihres Standards die Methode der SQE kennen müssen?“*

Die Frage, ob die Kenntnis der Methode für die Umsetzung der Standards notwendig ist, zielt auf einen anderen Aspekt. Mit ihr soll erkundet werden, ob die Befragten die Kompetenz in Qualitätsmethoden als relevant für ihre täglichen Arbeitsabläufe empfinden, in die die Standards integriert werden sollen. Die Antworten ergeben ein gemischtes Bild:

<b>F10: SQE-Methode/Umsetzung</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=69)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Ja, unbedingt	43,5 % (30)	40,0 % ( 6)
Nicht notwendig	24,6 % (17)	60,0 % ( 9)
Weiß nicht	31,9 % (22)	0,0 % ( 0)

Tabelle 8

Knapp die Hälfte der Nicht-AG-Mitglieder halten die Kenntnis der Methode für notwendig, fast doppelt so viele wie nicht notwendig. Bei den AG-Mitgliedern herrscht hingegen die Vorstellung einer Art Arbeitsteilung vor, bei denen die Methodenkenntnisse besitzen, die zur Entwicklung des Standards nötig sind, für dessen Umsetzung zu immerhin 60 % (9) nicht für notwendig gehalten werden.

*„Der Zeitaufwand für die Methode ist nicht gering. Halten Sie ihn für ... “*

<b>F11: SQE-Methode/Zeitaufw.</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=70)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Zu groß	28,6 % (20)	33,3 % ( 5)
Angemessen	37,1 % (26)	66,7 % (10)
Weiß nicht	34,3 % (24)	0,0 % ( 0)

Tabelle 9

Der Zeitaufwand für den Standard wird eher kritisch gesehen. Zwei Drittel der AG-Mitglieder, aber nur noch gut ein Drittel der Nicht AG-Mitglieder halten den Zeitaufwand für angemessen. Es scheint so, dass die intensivere Auseinandersetzung in den Arbeitsgruppen mit den Schritten der Methode und die Kenntnis der AG-Probleme das Verständnis für die teilweise lange Dauer dieses Prozesses erhöhen.

*„Die Methode der SQE dient der Lösung von wichtigen Problemen in der Patientenversorgung. Halten Sie die Methode für ... “*

<b>F12: SQE-Methode/Effektivität</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=69)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=15)</b>
Effektiv	47,8 % (33)	73,3 % (11)
Nicht effektiv	20,3 % (14)	6,7 % ( 1)
Weiß nicht	31,9 % (22)	20,0 % ( 3)

Tabelle 10

Die Abschlussfrage dieses Themenblocks nach der Effektivität der Methode zielt im wesentlichen auf deren Akzeptanz. Sie ist ähnlich angelegt wie die Frage 7 nach der Einschätzung der Standards selbst, so dass hier Vergleiche des Antwortverhaltens möglich werden. Die Einschätzung der Effektivität der Methode schneidet bei den Nicht AG-Mitgliedern mit knapp der Hälfte und den AG-Mitglieder mit gut zwei Drittel ähnlich ab wie die Frage nach der Befürwortung der Standards (F7), die zu 44,6 % (33 von 74) und 66,7 % (10 von 15) positiv beantwortet wurden. Die Akzeptanz ist also bei beiden Themen ähnlich und zwar geteilt: bei den AG-Mitgliedern deutlich, bei den Nicht AG-Mitgliedern verhalten.

#### *Kommentare zur Methode*

Die erbetenen offenen Kommentare zur SQE-Methode bieten folgendes Bild. 14 Antworten mit zum Teil mehreren Inhalten liegen vor. Die Methode selbst wird einerseits positiv eingeschätzt (3 Nennungen), andererseits wird sie als zu zeitaufwendig, zu langsam und zu theoretisch erlebt (5 Nennungen). Ebenso werden die Umsetzungsbedingungen als unzureichend empfunden. Die Themen gehen dabei von der Kooperation mit der Medizin bis zu Personalmangel beziehungsweise fehlenden zeitlichen Freiräumen. Einige Kommentare lasten die lange Entwicklungsdauer den unzureichenden personellen Ressourcen für Standardentwicklung und -umsetzung an und kritisieren dies (3 Nennungen). Damit ähnelt das Meinungsbild zum Themenbereich SQE-Methode insgesamt stark dem zum Themenbereich Standards.

### **3.1.3 Fragen zum Projektverlauf**

Die Fragen zum Projektverlauf sollten uns Auskunft geben über die Informationswege zu den Mitarbeitern und das Ausmaß der Verankerung des Projektes auf den Stationen. Zunächst fragten wir, woher die Informationen über das Projekt stammen. Die folgende Darstellung ist nach der Häufigkeit der Nennungen der vorgegebenen Antwortitems bei den Nicht-AG-Mitgliedern geordnet. Mehrfachnennungen waren möglich:

*„Woher haben Sie die Informationen über das Projekt bekommen?“*

<b>F13: Projekt/Informationen</b>	<b>Nicht AG-Mitglieder (n=65)</b>	<b>AG-Mitglieder (n=14)</b>
AG-Mitglieder	53,8 % (35)	42,9 % ( 6)
Kollegen/innen	50,8 % (33)	14,3 % ( 2)
Fortbildungs-/Infoveranstaltung	41,5 % (27)	64,3 % ( 9)
Projekt-Info (gelber Flyer)	36,9 % (24)	57,1 % ( 8)
Stationsleitungen	30,8 % (20)	64,3 % ( 9)
Interne Prozessbegleiter	21,5 % (14)	78,6 % (11)
Keine Informationen erhalten	10,8 % ( 7)	0,0 % ( 0)
Intranet	7,7 % ( 5)	14,3 % ( 2)
Andere Personen	3,1 % ( 2)	7,1 % ( 1)

Tabelle 11

Zunächst zu den Nicht-AG-Mitgliedern: Mit Abstand führend in der Informationsvermittlung sind die informellen Kontakte mit AG-Mitgliedern und anderen Kollegen der Station. Das heißt, dass die AG-Mitglieder ihre Aufgabe als Multiplikatoren in

erheblichem Maße erfüllt haben. Fortbildungsveranstaltungen und die Projekt-Flyer waren eine ebenfalls ergiebige Informationsquelle. Auch die Stationsleitungen haben für das Projekt als Informationsquelle gewirkt, wenn auch mit gewissem Abstand. Die Internen Prozessbegleiter (IPB), die ja nicht auf ihren Projektstationen arbeiten und dementsprechend selten vor Ort sind, wurden gleichwohl von einer Gruppe von Mitarbeitern mit dem Projekt identifiziert und als Informationsquelle erlebt. Das Intranet, das erst im Laufe des Projektes ans Netz ging, spielte offenbar keine große Rolle. Andere Personen kamen als Informanten faktisch nicht in Frage, bei den wenigen Nennungen wurden „Stationsbesprechungen“ und „AG-Teilnahme“ angegeben. Die Zahl derer, die keine Informationen erhielt, ist gering. Bedenkt man, dass bei Frage 8 immerhin 20,3 % (15) der Befragten Nicht-AG-Mitglieder angaben, die Methode der SQE nicht zu kennen, so kannten doch nur 10,8 % (7) das Projekt nicht.

Schaut man nun auf die AG-Mitglieder, so kehrt sich das Bild beinahe um. Spitzenreiter der Informanten waren die Internen Prozessbegleiter mit 78,6 % (11), die als Moderatoren oder Co-Moderatoren der Arbeitsgruppen fungierten und in dieser Rolle auch als wichtigste Informationsquelle von den AG-Mitgliedern wahrgenommen wurden. Die auffallend hohen Werte für die Stationsleitungen erklären sich aus dem Umstand, dass zu Projektbeginn mögliche AG-Mitglieder von den Leitungen gezielt angesprochen wurden. Infoveranstaltungen und Flyer wurden von den AG-Mitgliedern rege genutzt, während andere Kollegen hier nur eine geringe Rolle spielen. Auch das Intranet wird nur mäßig mehr genutzt als von den Nicht-AG-Mitgliedern.

Generell lässt sich sagen, dass die vom Projektmanagement angestrebte Verbreitung der Projektinformationen zunächst über die Leitungen, dann aber vor allem über die Internen Prozessbegleiter in die Arbeitsgruppen und von den AG-Mitgliedern zu den Kollegen auf den Projektstationen im wesentlichen funktioniert hat.

#### *Positive Kommentare zum Projektverlauf*

Zu der Frage, was im Projektverlauf besonders gefallen hat (F14), gab es insgesamt 20 Kommentare. 14,9 % der Nicht-AG-Mitglieder (11 von 74) und 60 % der AG-Mitglieder (9 von 15) äußerten sich, so dass hier ein relatives Übergewicht der Äußerungen von AG-Mitgliedern besteht, das man wohl auf die stärkere Einbeziehung in das Projekt zurückführen kann. Fasst man die Inhalte zusammen, so werden drei Themenkomplexe deutlich. Zunächst wird die gut moderierte, kollegiale und ergebnisorientierte Gruppenarbeit der AG gelobt (7 Nennungen). Dann wird der Wert der SQE und der entwickelten Standards hervorgehoben (6 Nennungen) und ebenso wird die Information des Gesamtteams und die erhöhte Fachdiskussion mit den Kollegen positiv kommentiert (5 Nennungen).

#### *Negative Kommentare zum Projektverlauf*

Antworten zur Kritik am Projekt (F15) gab es insgesamt 28. 23 % der Nicht-AG-Mitglieder (17 von 74) und 73,3 % der AG-Mitglieder (11 von 15) äußerten sich hier. Auch hier ein relatives Übergewicht der AG-Mitglieder. Zwei große Bereiche werden deutlich. Einmal die Standardentwicklung und -einführung selbst, an der der hohe

Aufwand und die lange Entwicklungsdauer kritisiert werden (8 Nennungen). In diesen Kontext gehören 5 Nennungen, die Mängel der AG-Arbeit anmerken: unfruchtbare Streitdiskussionen, schlechte Information durch das Projektmanagement und folglich Demotivation der AG-Mitglieder. Aber auch das Ergebnis wird kritisiert: die Standards werden als vereinzelt als fehlerhaft, zu komplex und zu theoretisch eingeschätzt (4 Nennungen). Der zweite Bereich bezieht sich auf die Umsetzungsbedingungen. Hier wird mangelnde Unterstützung durch das Projektmanagement, insbesondere die SQE-Kommission, das Pflegemanagement und den ärztlichen Dienst moniert (6 Nennungen). Ebenso werden die verschlechterten Arbeitsbedingungen der Pflegepraxis angemerkt (4 Nennungen).

#### *Empfehlungen an die Projektleitung*

Die abschließende Frage, was den Projektleitern zu empfehlen sei (F16) haben insgesamt 24 Befragte beantwortet: 20,3 % der Nicht-AG-Mitglieder (15 von 74) und 60 % der AG-Mitglieder (9 von 15). Die Empfehlungen spiegeln im wesentlichen die kritischen Anmerkungen. Vorgeschlagen werden einfachere, praxisnähere Arbeitsabläufe für die Standards (5 Nennungen) und eine kürzere Entwicklungszeit der Standards (4 Nennungen) sowie bessere Anleitung und mehr Informationen für deren Einführung (4 Nennungen). Auch eine größere Verpflichtung der Mitarbeiter, sowohl im Pflege- als auch im ärztlichen Dienst, zur Einhaltung der Standards wird angemahnt (2 Nennungen). Die AG-Mitglieder wünschen sich insbesondere mehr Austausch mit anderen Arbeitsgruppen und mit der SQE-Kommission (3 Nennungen).

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Informationsstand über das Projekt insgesamt hoch war. Hauptsächlich wird am Verlauf die lange Dauer und der Zeitaufwand für die Standarderstellung kritisiert. Der Wunsch nach einfacheren, „praxisnahen“ Standards bei gleichzeitigem Hinweis auf die verschlechterten Arbeitsbedingungen der Praxis verweist einerseits auf die bereits dargestellten Umsetzungsprobleme, andererseits aber auch auf Qualifikationsprobleme der Mitarbeiter, die sich bei der Einführung der Standards auch mehr Information und Anleitung erhoffen.

### **3.1.4 Diskussion der Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

Die Ergebnisse der schriftlichen standardisierten Befragung des Stationspersonals in den vier beteiligten Pflegeeinheiten spiegeln eine tendenziell positive bis abwartende Haltung gegenüber der SQE wider, aus der sich jedoch kein klares Votum für die SQE ableiten lässt wie bei den Internen Prozessbegleitern, den AG-Mitgliedern und den Stationsleitungen. Diese Erwartung wäre auch angesichts der relativ geringen Berührungspunkte, über die der überwiegende Teil des Stationspersonals mit der SQE verfügt, unrealistisch. Aufgrund der ressourcenbedingten Zeitverzögerungen konnten nur begrenzte Erfahrungen mit der Durchführung des gesamten Qualitätszyklus gesammelt werden. Betrachten wir die Ergebnisse nun im Einzelnen. Dabei werden mehrere Aspekte deutlich:



- Die standardisierte Befragung wurde von den Pflegeteams gut angenommen.
- Die Äußerungen der Befragten decken sich im wesentlichen mit den Interviewergebnissen (s. Kapitel 3.2).
- Es besteht ein deutlicher Unterschied im Antwortverhalten zwischen den AG-Mitgliedern und den anderen Mitarbeitern der Projektstationen. Dass bei den AG-Mitgliedern das Wissen zu Standards und Methode höher war, überrascht nicht so sehr. Auffällig ist hingegen die erheblich höhere Akzeptanz der Methode und der Standards bei den AG-Mitgliedern im Vergleich zu den Nichtmitgliedern. Daraus lässt sich - in Übereinstimmung mit den Interviewergebnissen - schlussfolgern, dass eine intensive und aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätsentwicklung die Akzeptanz der entsprechenden Methoden und Instrumente erhöht.
- Die Akzeptanz ist bei den Nicht-AG-Mitgliedern mäßig bis verhalten: Ca. 33 % der Befragten halten die Standards für notwendig (F4), immerhin 44 % befürworten sie (F7) und immerhin ca. 48 % halten die Methode der SQE für effektiv (F12). Bei den AG-Mitgliedern liegen die entsprechenden Werte bei 64,3 % (F4); 66,7 % (F7) und 73,3 % (F12). Das ist eine deutliche Zustimmung. Bedenkt man jedoch die Rolle der AG-Mitglieder als Multiplikatoren der Qualitätsentwicklung, wäre hier eine Steigerung wünschenswert.
- Umsetzungsprobleme der Standards werden als erheblich eingeschätzt. Für umsetzbar halten ihn 46,7 % (7) der AG-Mitglieder, aber nur noch 26,8 % (19) der anderen Mitarbeiter (F5). Die größten Probleme werden im Bereich der notwendigen zeitlichen Ressourcen, der Kooperation mit dem ärztlichen Dienst gesehen, aber auch Kompetenzdefizite spielen eine erhebliche Rolle, wie die entsprechenden Items zeigen.
- Am Projektverlauf wird in erster Linie die lange Dauer kritisiert. Immerhin 28,6 % der Nicht-AG-Mitglieder und sogar 33,3 % der AG-Mitglieder halten den Zeitaufwand der SQE-Methode für zu groß (F11). Auch viele Kommentare gehen in diese Richtung. Ein Teil dieser Einschätzung erklärt sich sicherlich aus den oben genannten Umsetzungsproblemen, denn die Arbeit an den Standards wurde immer wieder durch personelle Engpässe auf den Projektstationen, aber auch Qualifizierungsbedarf sowie Kooperationsproblemen behindert. Die Frage, unter welchen Bedingungen ein solch anspruchsvolles Projekt gelingen kann, wird in der Diskussion der gesamten Evaluation sehr aufmerksam zu diskutieren sein.

### **3.2 Die Sichtweise der Projektakteure**

Die Gruppen- und Einzelinterviews mit den Projektakteuren geben einen detaillierten Einblick in Akzeptanz und Verständnis der Methode. In ihrer Analyse wird ebenfalls deutlich, dass Auseinandersetzung mit und Akzeptanz der Methode eng zusammenhängen. Auch hier gibt es Unterschiede in der Einstellung zur Methode. Die meisten Akteure äußern eine hohe Akzeptanz, während einige deutlich skeptisch reagieren. Beginnen wir mit den Sichtweisen der positiv eingestellten Akteure, den Internen Prozessbegleitern und drei von vier Stations-AGs sowie den Stationsleitungen.

### 3.2.1 Gruppen mit hoher Methodenakzeptanz

Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei den IPB und den Stations-AGs um diejenigen Projektbeteiligten handelt, die sich am intensivsten mit der Theorie und Praxis der Methode befasst und im Projekt Multiplikatorenfunktion übernommen haben. Nahezu alle Mitglieder der beiden Gruppen verfügten über eine hohe Projektidentifikation. Dass sie bei den IPB noch etwas ausgeprägter war als bei den AG-Mitgliedern, lässt sich vor allem auf das Schulungsprogramm für die IPB zurückführen. Neben der Aneignung eines fundierten Wissens über die Methode dürfte insbesondere auch die Auseinandersetzung mit der neuen Aufgabe als Change-Agents eine wichtige Rolle spielen. Anzuführen ist außerdem, dass sich die Mitglieder der IPB-Gruppe vor Projektbeginn einem Auswahlverfahren stellen mussten und nicht zuletzt auch deshalb von Anfang an über ein hohes Motivationspotential verfügten und deutliches Interesse an den Projektaktivitäten und ihrem neuen Aufgabenfeld zeigten. Dazu gehören neben der Schulung und Moderation von Stations-AGs die Unterstützung der Arbeitsgruppen bei der Umsetzung der einzelnen Schritte des Qualitätszyklus.

Die Interviews mit den Mitgliedern der Stations-AGs lassen ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang zwischen Projektidentifikation und Methodenakzeptanz auf der einen und Methodenkompetenz und Multiplikatorenfunktion auf der anderen Seite erkennen. Ihre Multiplikatorenfunktion bestand darin, das im Rahmen der AG-Arbeit erworbene Methodenwissen und die Ergebnisse der AG-Sitzungen in das übrige Pflorgeteam zu transferieren und die Umsetzung der Ergebnisse zu forcieren.

Den Interviews mit den Stations-AGs ist darüber hinaus zu entnehmen, dass die Einstiegs-Motivation der AG-Mitglieder nicht durchgehend so hoch war wie bei den IPB und ein Teil der AG-Mitglieder zunächst eine abwartende Haltung einnahm, was vorrangig darauf zurück geführt wurde, dass anfangs das Methodenwissen zu gering war. Von einer Stations-AG wurde die Motivationsschwäche einzelner Mitglieder zu Projektbeginn auf die distanzierte Haltung der Stationsleitung gegenüber dem Projekt insgesamt und einer geringen Beachtung und Wertschätzung der AG-Arbeit zurück geführt.

Ein Motivationsgefälle zwischen beiden Gruppen insbesondere zu Projektbeginn lässt sich, wie bereits erwähnt, auch durch die Unterschiede in der Rekrutierung von IPB und AG-Mitgliedern erklären. Für die AG-Mitgliedschaft ist aus methodischen Gründen kein formales Bewerbungs- und/oder Auswahlverfahren vorgesehen, weil im Laufe weiterer Zyklen jedes Mitglied des Pflorgeteams eher oder später einmal AG-Mitglied sein wird. Die Bildung der AG's erfolgte daher auch ohne gezielteren Selektionsprozess. Auch wenn für die AG-Teilnahme Freiwilligkeit galt, handelte es sich bei der AG-Bildung auch keineswegs um eine Form der Selbstselektion, da der Impuls für die Mitgliedschaft von der Stationsleitung ausging. Zu Projektbeginn bestand im Hinblick auf die AG-Zusammensetzung die Prämisse, dass sich die unterschiedlichen „Strömungen“ des Gesamtteams in der AG widerspiegeln sollen, um das „skeptische Lager“ im Team besser erreichen zu können. Daher wurden auch bewusst Teammitglieder um Ihre Mitarbeit in der AG gebeten, die Vorbehalte gegenüber dem Projekt hegten. Da sich diese Vorgehensweise in der ersten AG als

erhebliches Hemmnis für die Arbeitsdynamik und -produktivität erwies, wurde bei der Bildung der folgenden AG's eine homogenere Zusammensetzung angestrebt, in dem bei der Auswahl der AG-Teilnehmer das zu erwartende fachliche Interesse und persönliche Engagement in den Vordergrund gestellt wurde, ohne dabei die eher skeptisch eingestellten Teammitglieder auszugrenzen.

Obwohl sich dieser Weg bewährte, gab es zu Beginn eines jeden Zyklus immer noch eine deutliche Motivationsdifferenz zwischen IPB und AG-Mitgliedern, die sich aber im Laufe des Zyklus weitgehend verflüchtigte. Angesichts der anfänglich abwartenden Haltung der AG-Mitglieder stellt das im Laufe der weiteren Zyklus-Schritte gewachsene Interesse an der SQE und die relativ hohe Methodenakzeptanz ein wichtiges Einzelergebnis des Projekts insbesondere im Hinblick auf die Verstärkung der Methode dar.

Die Begründungen für die hohe Akzeptanz der Methode weisen in den Interviews mit AG-Mitgliedern und IPB einen hohen Grad an Übereinstimmung auf. Im Vordergrund stehen folgende Aussagen, mit denen die Methode charakterisiert wird:

- Die Methode (Qualitätszyklus) ist unkompliziert. Der prinzipielle Ablauf ist aus anderen Zusammenhängen bereits bekannt.
- Die Auseinandersetzung der Pflegepraktiker mit der aktuellen Fach- und Forschungsliteratur stellt eine Aufwertung der eigenen Arbeit dar.
- Die Pflegenden vor Ort steuern die Qualität ihrer Arbeit in eigener Regie.
- Das angestrebte Qualitätsniveau der Pflegestandards stellt – obwohl es gleichzeitig auch Hürde ist - einen bedeutenden Anreiz für die Standardumsetzung dar.
- Die Methode überzeugt die Beteiligten insbesondere auch wegen des regelmäßigen Audits - das Interesse an den Ergebnissen der Standard-einführung ist hoch, auch wenn der Zielerreichungsgrad zu einzelnen Kriterien Qualitätsdefizite aufzeigt.

In den Interviews mit den AG-Mitgliedern und den IPB sind darüber hinaus auch sehr kritische Anmerkungen enthalten. Diese kritischen Anmerkungen sind jedoch nicht auf die Methode selbst gerichtet, sie beziehen sich auf einzelne Aspekte ihrer Einführung im Rahmen des Projektes. Dazu gehören, neben einführungsbedingten Verständnis- und Anwendungsproblemen einzelner Schritte des Qualitätszyklus, insbesondere die personellen Ressourcen in den Pflegeeinheiten, die Rolle des (Pflege-) Managements und in diesem Kontext auch die Arbeit der Zentralen Kommission sowie die Kooperation mit dem ärztlichen Dienst im Rahmen der Standardentwicklung und -einführung in den Pflegeeinheiten. Auf die Interviewergebnisse zu diesen kritischen Punkten der Methodeneinführung und -anwendung wird später bei der Analyse des Qualitätszyklus selbst eingegangen.

Stationsleiter und -leiterinnen gehören neben den IPB und den AG-Mitgliedern zu den drei Gruppen, die als Multiplikatoren für die Methodeneinführung im Hinblick auf die fachliche und methodische Kompetenz des Stationspersonals zuständig sind und daher möglichst Mitglied der Stations-AG sein sollten. Sie haben außerdem die Aufgabe, halb- bis eintägige AG-Treffen monatlich in die Dienstplanung

aufzunehmen und müssen dafür Sorge tragen, dass trotz der projektbedingten Mehrbelastungen und höherer fachlicher Anforderungen das Interesse und Engagement für Qualitätsentwicklung im Team wächst. Da entgegen den ursprünglichen Vereinbarungen auch die Projekt-Abteilung vom Personalabbau der MHH betroffen war, hatten die Stationsleitungen zur Bewältigung der oben beschriebenen Aufgabe einen schweren Stand gegenüber einem permanent überlasteten Pflgeteam auf der einen Seite und einer teilweise sehr frustrierten Arbeitsgruppe, deren Treffen vom zeitlichen Umfang her häufig unzureichend waren mit negativen Auswirkungen auf die Dynamik der Standardentwicklung und -einführung auf der anderen Seite.

Da sich insbesondere die Stationsleitungen vom Management auf Abteilungs- und Betriebsebene durch den Personalabbau in der Verantwortung für eine erfolgreiche Durchführung des Projekts im Stich gelassen fühlten – hinzu kamen noch eine unzureichende inhaltliche Unterstützung durch die pflegerische und ärztliche Abteilungsleitung – erscheint es nicht verwunderlich, dass die Methodenakzeptanz in dieser Gruppe schwächer ausfällt als bei den IPB und den Mitgliedern der Stations-AGs. Dass die Akzeptanz dennoch relativ hoch ist, drückt sich darin aus, dass die Stationsleitungen von drei Stationen deutliches Interesse an einer Verstetigung der Methode zeigen. Aus den Interviews geht hervor, dass die befragten Stationsleitungen sowohl über ein hohes Methodenwissen verfügen als auch über fundierte Fachkenntnisse zu den in ihrer Arbeitsgruppe entwickelten Pflegestandards. Deutlich ist, dass Sie sich in hohem Maße mit dem methodischen Vorgehen und den erzielten Projektergebnissen - wissenschaftlich fundierte Pflegestandards und vorzeigbare Auditergebnisse - identifizieren. Das gilt vor allem für die beiden Stationsleitungen, die selbst in der Stations-AG mitgewirkt haben und dies auch zukünftig wünschen. Von ihrer Seite werden die Vorzüge der Methode gegenüber anderen ihnen bekannten Ansätzen der Qualitätsentwicklung und -sicherung ähnlich begründet wie von den übrigen AG-Mitgliedern. Der aktiven Mitwirkung der Stationsleitungen in den Stations-AGs wird im übrigen von allen Befragten ein hoher Stellenwert bei der erfolgreichen Anwendung der SQE eingeräumt. Insgesamt lässt sich aus diesen Aussagen deutliche Methodenakzeptanz ableiten.

Vorbehalte gegenüber der Methode werden dahingehend artikuliert, dass der Aufwand sehr hoch ist. Die drei befragten Stationsleitungen weisen in ihren Interview-Ausführungen einhellig darauf hin, dass die im Projekt erzielten Ergebnisse nur mit zusätzlichem Freizeiteinsatz der AG-Mitglieder erzielt werden konnten und ein solcher Einsatz auf Dauer nicht leistbar ist. Die kritischen Anmerkungen der Stationsleitungen richten sich – ebenso wie bei den IPB und den AG-Mitgliedern – so gut wie gar nicht auf die Methode und ihre Spezifika selbst, sondern auf die Voraussetzungen zur Methodeneinführung und ihrer Verstetigung. Diese Aspekte sollen in der Analyse des Qualitätszyklus selbst thematisiert werden.

### **3.2.2 Gruppen mit distanzierter bis ablehnender Haltung zum Projekt und zur Methode**

Im Hinblick auf die Haltung der pflegerischen Abteilungsleitung und einer Stations-AG bestehen gewisse Zusammenhänge, die abschließend thematisiert werden sollen. Zunächst besteht die Absicht, die von den Beteiligten angegebenen Gründe für Distanz und Ablehnung gegenüber der SQE und dem Projekt separat zu behandeln.

Aus dem Interview mit dem Abteilungsleiter geht hervor, dass er grundsätzlich an einem Projekt zur Qualitätsentwicklung interessiert war, sich aber mit den konkreten Projekthaltungen nicht identifizieren konnte. Er hatte vor Projektbeginn eigene Überlegungen für ein Qualitätsprojekt in seiner Abteilung zur Verbesserung der EDV-gestützten Pflegeplanung angestellt und stand dem zwischen MHH und Fachhochschule vereinbarten Projekt zur Einführung der SQE von Anfang an mit großen Vorbehalten gegenüber, die er weder im Rahmen der Projekteinführung für das Pflegemanagement noch in späteren dafür geeigneten Arbeitssitzungen thematisiert hat. Seinen Ausführungen ist zu entnehmen, dass er gegenüber seinen Abteilungsmitarbeitern keinen Hehl aus seiner Ablehnung gegenüber der SQE und dem Projekt gemacht hat, dass ihm bewusst war, mit dieser Haltung maßgeblichen Einfluss auf Projektdynamik und -verlauf genommen zu haben.

Seine Kritikpunkte an Methode und Projektverlauf beziehen sich im wesentlichen darauf, dass aus seiner Sicht

- die SQE viel zu theoretisch ist - kein Praktiker hat Zeit für Lektüre;
- der Zeitaufwand zu hoch ist für einen einzelnen Standard. So hätte die Einführung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe von heute auf morgen erfolgen müssen, stattdessen habe es aber drei bis vier Monate gedauert;
- die Entwicklung und Einführung der eigenen MHH-Pflegerichtlinien vor 7 oder 8 Jahren wesentlich zügiger erfolgten;
- der Stellenabbau mit den hohen Projektanforderungen kollidierte;
- das Projekt zu stark vom Kooperationspartner und zu wenig von der MHH gesteuert wurde – daher die Praxisferne;
- die Arbeitsergebnisse der Stationsteams hauptsächlich den Qualifikationsinteressen des wissenschaftlichen Mitarbeiters dienten.

Im Hinblick auf den letzten Kritikpunkt - die Arbeitsergebnisse der Stationsteams – wird seitens der Abteilungsleitung allerdings auch eingeräumt, dass sie das Qualitätsniveau der erarbeiteten Pflegestandards zu schätzen weiß und die Einführung dieser Standards grundsätzlich für sinnvoll und unterstützenswert hält. Offen bleibt jedoch, welche Rolle die Abteilungsleitung bei einer Weiterführung der SQE tatsächlich einnehmen wird. Auf der einen Seite bestehen zum Ende der Projektzeit deutliche Vorbehalte, auf der anderen Seite gibt es neben den aner kennenden Äußerungen gegenüber den Standards auch die Einschätzung, dass das Projekt insgesamt eine Menge positiver Impulse ganz allgemein für die Pflegepraxis - aber auch für den eigenen Bereich als Leitungskraft - gebracht hat. In

der Gewichtung von ablehnenden und aner kennenden Interview-Aussagen gegenüber SQE und Projekt nehmen die ablehnenden Äußerungen allerdings den weitaus größeren Raum ein.

Die Interview-Ergebnisse mit einer Stations-AG weisen bei einem quantitativen Vergleich von zustimmenden und ablehnenden Aussagen ebenfalls einen hohen Überhang an ablehnenden Äußerungen auf. Beim Vergleich der angeführten Kritikpunkte gibt es ebenfalls einige Parallelen. In einer Reihe von Aussagen wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass die SQE zu theoretisch und abstrakt, das methodische Vorgehen im Rahmen des Qualitätszyklus zäh und zeitraubend sei und der Stellenabbau den Arbeitsdruck enorm verstärkt habe.

Darüber hinaus wurden von dieser Stations-AG das Versagen der zentralen SQE-Kommission im Hinblick auf die erforderliche Unterstützung der Abteilungsleitungen Pflege und Medizin bei Problemlösungen und der Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Standardumsetzung beklagt.

Kritisiert werden außerdem die Einengungen der AG-Autonomie durch Moderator und Methode. Im Hinblick auf den Moderator wurden Steuerungsversuche bei der Standardentwicklung, Themeneingrenzung und Formulierungsvorschläge für Kriterien beklagt. Die Methodenkritik bestand darin, dass die Notwendigkeit einer Qualitätsmessung nach der Einführung des Pflegestandards mit einem standardisierten Audit-Instrument angezweifelt wurde. Favorisiert wurde hingegen eine subjektive Einschätzung des Zielerreichungsgrades zu den einzelnen Standardkriterien. Ein weiterer Kritikpunkt galt dem noch ungeklärten Status von Pflegestandards hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit in der Abteilung. Darin sehen die AG-Mitglieder einen wichtigen Grund für das geringe Interesse an der SQE und dem von der AG vorgestellten Pflegestandard zur Mobilisation von Langzeitpatienten durch einen großen Teil (ca. 50 %) ihrer Kollegen im Pflege team. Geringes Interesse zeigten außerdem auch die Ärzte an dem Projekt an sich und an dem Pflege standard. Das geringe Interesse von Abteilungsleitung, Pflege team und Ärzten führte neben den eigenen Zweifeln an Sinn und Wirksamkeit der SQE zu einem vorläufigen Abbruch des Projektes in der Pflegeeinheit. Einer langen Liste an Negativerfahrungen und Kritikpunkten stand bei den AG-Mitgliedern als positive Erfahrung lediglich die Anerkennung und Wertschätzung ihres Standards durch einige Team-Kollegen und der SQE-Kommission gegenüber. Vor diesem Hintergrund ist die skeptische Haltung der Stations-AG gegenüber der SQE nachvollziehbar. Anders als in den übrigen vier Stations-AG's ist es hier aufgrund einer Reihe negativer Synergieeffekte offenbar nicht gelungen, im Rahmen der Projekteinführung die innovativen Potentiale der Methode im Hinblick auf ihre professionellen Gestaltungsspielräume der Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung zu verdeutlichen. Bei den Beteiligten haben sich dagegen eher gegenteilige Eindrücke in Richtung Einengung des professionellen Handelns und Fremdbestimmung festgesetzt.

Dennoch wurde von Mitgliedern der Stations-AG in Aussicht gestellt, sich zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal mit der Frage auseinander setzen zu wollen, wie der vorliegende sehr komplexe Pflegestandard in „kleinen Häppchen“ in die Praxis

einzuführen ist. Ähnlich wie bei der Abteilungsleitung gibt es auch bei der Stations-AG keine endgültige Absage an die SQE. Beim Vergleich mit den anderen Stationen wird eingeräumt, dass man unter günstigeren Voraussetzungen – die anderen hatten ja bereits aus ihren Problemen gelernt – zu anderen Erkenntnissen über die Praktikabilität der Methode und ihre Eignung zur Qualitätsverbesserung gelangen kann.

Abschließend ist zu konstatieren, dass Zusammenhänge zwischen der geringen Methodenakzeptanz durch die Abteilungsleitung und dieser einen Stations-AG zwar nahe liegen, sich aber gleichzeitig die Frage stellt, wieso die Akzeptanz bei den anderen Stationen hoch ist. Erklärungen für dieses Phänomen dürften hauptsächlich im Bereich negativer Synergien in dieser Station zu suchen sein. Im Hinblick darauf werden neben den bereits beschriebenen Problempunkten im Rahmen der Ausführungen zur Anwendung des Qualitätszyklus noch eine Reihe weiterer Anhaltspunkte zu finden sein.

### **3.3 Anwendung des Qualitätszyklus**

Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse zur Anwendung des Qualitätszyklus im Hinblick auf das Verständnis, die Beherrschung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der einzelnen Zyklus-Schritte dargestellt. Ähnlich wie beim Thema Methodenakzeptanz ist auch hier zu berücksichtigen, dass der Erfahrungshintergrund der befragten Teilnehmergruppen projektbedingte Unterschiede aufweist. Das gilt in bezug auf Umfang und Intensität der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Qualitätszyklus ebenso wie auf die praktische Umsetzung der einzelnen Schritte. Hier war u. a. ausschlaggebend, ob sich die Anwendungs-erfahrung auf einzelne oder sämtliche Schritte des Zyklus erstreckten. Wie bereits dargelegt, ist es in den vier beteiligten Stationen nur bedingt gelungen, den Qualitätszyklus während des Projektzeitraums vollständig einzuführen.

Vorab sei außerdem erwähnt, dass während des Projektzeitraums eine Modifizierung des Qualitäts-Zyklus dahingehend stattgefunden hat, dass ein Zyklus-Schritt umdefiniert und drei weitere Schritte aufgenommen wurden. Das heißt, dass im ersten Projektjahr mit dem siebenschrittigen Zyklus und danach mit dem erweiterten zehnschrittigen Zyklus gearbeitet wurde. Die Gründe für die Modifizierung bestanden hauptsächlich darin, dass bereits implizit vorhandene Schritte, wie die Literaturliteraturauswertung, die Standardeinführung und das abschließende Audit nun explizit benannt wurden, um ihre Bedeutung innerhalb des Zyklus hervorzuheben. Eine inhaltliche Neudefinition erfolgte nur zu Schritt 1. Um den Anwendern den Einstieg in den Qualitätszyklus durch einen in der Alltags-Fachsprache vertrauteren Begriff zu erleichtern, wurden die „pflegerischen Werte“ in „übergreifende Qualitätsziele“ umbenannt (s. auch Kapitel 5).

### 3.3.1 Pflegerische Werte/übergreifende Qualitätsziele

Die Befragungsergebnisse über Erfahrungen mit der Wertediskussion als Einstieg in den Qualitätszyklus von den IPB und einer Stations-AG bestätigen weitgehend die auch bereits im Berliner Projekt gewonnenen Erkenntnisse, dass diese Diskussion von Pflegepraktikern als ‚theoretisch‘ und ‚abstrakt‘ empfunden wird und die Gefahr des Generalisierens und Abschweifens in den Arbeitsgruppen besteht (Dahlgard/Schiemann 1996, S. 63).

Von allen Befragten, die in diesem Projekt Erfahrungen mit dem 1. Schritt des Qualitätszyklus: Festlegen der pflegerischen Werte (s. auch Kapitel 2.1.3) gesammelt haben, wird diese Diskussion als schwierig und zäh bezeichnet. Als Erklärung für dieses Phänomen wird seitens der IPB angeführt, dass das Nachdenken über (pflegerische) Werte in unserer Kultur nicht sehr verbreitet ist und stärker das Methodische und weniger das Prinzipielle im Vordergrund steht.

Aus dem Interview mit der skeptischen Stations-AG wird dagegen deutlich, dass die AG-Mitglieder grundsätzliche Zweifel daran hegten, ob Pflegende in der Intensivpflege eine Chance haben, eigene Werte oder Qualitätsziele in den Behandlungsprozess einzubringen, da sie sich nur bedingt in Einklang mit der ärztlichen Maxime, der Minimalverweildauer von Patienten in der Intensivabteilung, befinden. Die AG-Mitglieder sind sich außerdem auch nicht sicher, ob wegen ausgeprägter Unterschiede in der beruflichen Identifikation im eigenen Pflgeteam ein Wertekonsens überhaupt erreichbar ist. Während eine Gruppe im Team die Pflege als einen Gesundheitsberuf mit eigenen therapeutischen Zielen versteht, identifiziert sich die andere Gruppe in hohem Maße mit den ärztlichen Zielsetzungen der Abteilung. Aufgrund der Befragungsergebnisse wird deutlich, dass sich die Arbeitsgruppe bereits vom ersten Zyklus-Schritt an in einem für sie unlösbaren Konflikt befand, der noch vor Einführung des von der Arbeitsgruppe entwickelten Standards zur „Mobilisation von Langzeitpatienten“ in die Pflegepraxis zu einem (vorläufigen?) Abbruch des Projektes führte (s. Kapitel 2.1.7.3). Deutlich wird auch, dass sich bei der hier beschriebenen Problemlage die Fragestellung nahezu erübrigt, ob es für den Projektverlauf vorteilhafter gewesen wäre, statt der Festlegung der pflegerischen Werte eine Benennung übergreifender Qualitätsziele vorzunehmen, da für beide Vorgehensweisen ein höherer Grad an Übereinstimmung über Wertmaßstäbe und Qualitätsziele in der Patientenversorgung - inter- und intraprofessionell - vorhanden sein muss, als er aus Sicht der AG-Mitglieder zum Zeitpunkt des Projektbeginns in der Abteilung anzutreffen war. Daraus ist zu konstatieren, dass ein bestimmter Grad an Einvernehmen über die Qualität der Patientenversorgung innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen Voraussetzung für die Anwendung der SQE ist. Im Rahmen der Ist-Analyse zum Entwicklungsstand der Pflege vor der Entscheidung zur Einführung der Methode ist dies unbedingt zu berücksichtigen.

In den anderen drei Stationen – darunter auch eine weitere Intensivstation – ist der Zyklus-Einstieg bereits in veränderter Version erfolgt. Das heißt, statt der Wertediskussion wurde eine Diskussion über übergreifende Qualitätsziele geführt. Aus den Befragungsergebnissen ist abzuleiten, dass die Verständigung über



Qualitätsziele innerhalb des Pflegeteams keine Probleme bereitete, ein Dialog zu diesem Thema mit Vertretern des ärztlichen Dienstes aber nur in einer Station gelungen ist. Nach Aussagen der IPB hat es sich als vorteilhaft erwiesen, mit der Diskussion über die übergreifenden Qualitätsziele erst nach der Themenwahl (2. Zyklusschritt) zu beginnen, um ausgehend von einer Debatte über konkrete themenspezifische Ziele in einem weiteren Schritt die Erörterung allgemeiner Ziele zu erleichtern.

Eine andere Möglichkeit zur Forcierung des eigenen „Findungsprozesses“ in den Stations-AGs wird von Seiten der IPB darin gesehen, dass den AG-Mitgliedern zu Projektbeginn eine Einführungsveranstaltung über anerkannte professionelle Werte und Qualitätsziele in der Pflege angeboten wird. Es wird aber eingeräumt, dass ein „theoretischer Einstieg“ nicht für jede Arbeitsgruppe geeignet ist und es von der Zusammensetzung der jeweiligen Stations-AG abhängt, welches Vorgehen für den Zyklus-Einstieg erfolgreich ist.

### **3.3.2 Themenwahl**

Mit dem dezentralen Ansatz der SQE, dass die Praktiker vor Ort ihre Themen und Ziele der Qualitätsentwicklung selbst benennen, werden immer dann positive Effekte erzielt, wenn es gelingt ein geeignetes Thema zu finden, mit denen die Wertvorstellungen und Qualitätsziele in die tägliche Praxis transportiert werden können. Die Gefahr dieses Ansatzes besteht jedoch in der Möglichkeit, dass ungeeignete Themen bearbeitet werden, die zum Beispiel zu komplex oder zu trivial sind und sich deshalb für die Bearbeitung nicht eignen. Insbesondere die Erfahrungen aus dem Berliner Projekt haben gezeigt, welcher Stellenwert einer gelungenen Themenwahl für den Erfolg der weiteren Zyklusschritte beizumessen ist (s. auch Dahlgard /Schiemann 1996, S. 64).

Nur in einem Fall ist im Rahmen des MHH-Projektes ein zu komplexes Thema - die Mobilisation von Langzeitpatienten - ausgewählt worden. Es handelte sich um die Intensivstation, in der auch bereits der Projekteinstieg von den Mitgliedern der Stations-AG im Hinblick auf die Benennung von pflegerischen Werten und Qualitätszielen als problematisch bezeichnet wurde. Die Befragungsergebnisse zur Themenwahl lassen erkennen, dass die AG-Mitglieder Schwierigkeiten hatten, ein anspruchsvolles pflegerisches Thema zu finden, das sie eigenverantwortlich bearbeiten konnten, weil es, wie mehrfach im Interview von unterschiedlichen AG-Mitgliedern betont wird, es „auf einer Intensivstation wie dieser so gut wie kein monodisziplinäres Thema gibt“ und originär pflegerischen Aufgaben weder in der eigenen Berufsgruppe noch bei Ärzten eine therapeutische Bedeutung beigemessen wird. Das folgende Zitat eines AG-Mitglieds zur Bedeutung der Pflege und der benötigten Fachkompetenz des Pflegepersonals in der Intensivpflege wirft ein Schlaglicht auf die Probleme der Stations-AG im Rahmen der Themenfindung:

„Ich will gar nicht sagen, Pflege interessiert keinen (...), aber ein großer Teil dessen, was an Fachwissen gebraucht wird, ist Fachwissen über Intensivmedizin; das hat einen sehr hohen Stellenwert. Wir machen Fortbildungen über Beatmung, über

Schrittmachertherapie, usw. Das heißt nicht, dass wir schlecht pflegen oder zu wenig machen, aber der zeitliche Anteil von Pflege und auch der Fortbildung dazu wird dadurch kleiner, dass wir auch sehr viel den ärztlichen Bereich mit bearbeiten“ 2/15/X.

Die Befragungsergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die Stations-AG stärkere Resonanz auf die Themenwahl (und später den Standard) durch das Pflorgeteam und die Ärzte erhofft hatte. Sie hat dennoch mit großer Anstrengung einen anspruchsvollen Standard entwickelt, sah sich aber aufgrund der Komplexität des Standards und der daraus erwachsenden Vielfalt an neuen Anforderungen für das Pflorgeteam zur Umsetzung nicht in der Lage.

Die Erfahrungen mit dem schwierigen Projektstart im Rahmen von Wertediskussion und Themenwahl in der ‚Pilotstation‘ haben insbesondere auch im Hinblick auf die Themenwahl zu einer erhöhten Sensibilität bei den IPB und den AG-Mitgliedern der anderen Projektstationen geführt. Hierzu zwei Zitate aus dem Interview mit den IPB:

„Die Themenwahl stellt eine Gratwanderung dar, da zu diskutieren und abzuwägen ist, welches Thema sich inhaltlich eignet und ob der Aufwand gerechtfertigt ist“ 1/10/F2.

„Beim Einstieg in die Methode ist konsequent darauf zu achten, dass das Thema nicht zu umfangreich ist, damit erkennbare Fortschritte in einem realistischen Zeitraum erzielt werden (können)“ 1/13/F3.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Themenwahl in drei Stationen als gelungen eingestuft wird und die dort erzielten Projekterfolge größtenteils darauf zurück geführt werden. Es handelt sich um die Themen: „Schmerzeinschätzung“, „Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantation“ und „Dekubitusprophylaxe“.

Als Indiz für eine gelungene Themenwahl werden in den Interviews insbesondere die hohe Identifikation von Arbeitsgruppe und Pflorgeteam mit dem Thema genannt. Ausschlaggebend für das starke Interesse an den ersten beiden Themen war nach Aussagen von AG-Mitgliedern hauptsächlich das Interesse an einer Verbesserung der Patientenversorgung in Bereichen, die aus Sicht der Pflegenden ein gravierendes Qualitätsproblem darstellen. Beim Thema Dekubitusprophylaxe bestand der Anreiz für AG und Stationsteam zu einem großen Teil in der Teilnahme an einem bundesweiten Projekt des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zur Implementierung des ersten nationalen Expertenstandards in der Pflege (s. Kapitel 2.3). Im Unterschied zu den anderen Stationen waren Thema und Standard hier bereits vorgegeben. Nach Aussagen der AG-Mitglieder haben die Vorgabe von Thema und Standard die Motivation von Arbeitsgruppe und Stationsteam zur Anwendung des Qualitätszyklus in keiner Weise beeinträchtigt, es ist dagegen eher gelungen, die Motivation der Beteiligten durch einen beschleunigten Zyklusdurchlauf zu steigern. Da diese Vorgehensvariante im Rahmen der Beforschung der SQE erstmalig in diesem Projekt untersucht wurde, ist der vorliegende Befund als äußerst wichtig anzusehen, dass vorgegebene Themen und Standards sich nicht zwangsläufig motivationshemmend auswirken, wie in der Fachliteratur gelegentlich (Marr/Giebing 1994) behauptet, sondern unter günstigen

Umständen sogar einen positiven Einfluss auf Prozess und Ergebnis der SQE ausüben können.

### **3.3.3 Standardentwicklung einschließlich Literaturlauswertung**

Eine wesentliche Prämisse für die Standardentwicklung im MHH-Projekt war die wissenschaftliche Fundierung, während im Berliner Projekt das vorhandene Fachwissen der beteiligten Pflegekräfte weitgehend als Grundlage für die dort entwickelten Standards diente. Eine zentrale Fragestellung des MHH-Projektes bestand darin, herauszufinden, ob Pflegepraktiker im Rahmen der SQE motiviert sind und über die Kompetenzen verfügen, unter geeigneten Rahmenbedingungen evidenzbasierte Pflegestandards zu entwickeln und anzuwenden. Interesse bestand außerdem daran, konkrete Anhaltspunkte für zusätzlich benötigte Ressourcen zu sammeln. Durch die Verknüpfung des MHH-Projektes mit dem bundesweiten DNQP-Projekt zur Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe sollte außerdem überprüft werden, wie sich die veränderte Vorgabe auf die Akzeptanz des Standards auswirkt. Die Befragungsergebnisse aus den Interviews und der standardisierten schriftlichen Befragung belegen ebenso wie die im Projektzeitraum entwickelten Pflegestandards, dass die Entwicklung und Einführung wissenschaftlich fundierter Standards in der MHH und anderen Gesundheitseinrichtungen mit vergleichbarem Entwicklungsstand in der Pflege grundsätzlich möglich, allerdings an eine Reihe von Bedingungen geknüpft ist.

Einen wesentlichen Anreiz für die engagierte Projektbeteiligung stellte aus Sicht der IPB und der Mehrzahl der Stations-AGs das angestrebte Standardniveau, die Beteiligung an der Literaturrecherche und die weitgehend positive Resonanz auf die in den AGs entwickelten Pflegestandards durch Kollegen und Mitglieder der zentralen SQE-Kommission dar. Zum Stellenwert, den sie der wissenschaftlichen Fundierung der Standards beimessen, sind den Interviews mit den IPB folgende Positionen zu entnehmen:

„Wenn ich als IPB weiter mache, dann nur auf diesem (wissenschaftlichen) Niveau, damit etwas dabei heraus kommt, und das Ergebnis mit ruhigem Gewissen veröffentlicht werden kann. Die Literatur darf nicht von 1964 sein, Aktualität ist wichtig! Ansonsten würde ich mich auch gar nicht trauen, etwas aufzuschreiben und zu sagen, wir haben da was gemacht“ 1/40/M3.

„Die Methode ist aufwendig und wir wollen sie anwenden. Aber nur unter der Bedingung, dass wirklich etwas Fundiertes dabei herauskommt, das auf dem neuesten Wissen ist“ 1/40/F3.

„Das sind wir auch den Teams schuldig, sie würden sich im übrigen auch nicht mit veraltetem Wissen zufrieden geben. Sie haben selbst Interesse und Spaß daran, mit aktuellem Material zu arbeiten“ 1/41/F.

Aussagen zur Bedeutung der wissenschaftlichen Fundierung von Standards sind auch in den Interviews mit den Stations-AGs enthalten, sie werden insbesondere mit den ‚hohen Erwartungen‘ seitens der übrigen Team-Kollegen begründet. Anders als

in den Interviews mit den IPB drücken die AG-Mitglieder in diesem Kontext häufig ihre Sorge hinsichtlich der Umsetzbarkeit des in ihrem Standard festgelegten Qualitätsniveaus aus (s. auch 3.3.4). In einem AG-Interview heißt es dazu:

„Wir haben ein gutes Ergebnis (es handelt sich um den Standard „Mobilisation von Langzeitpatienten“), die Umsetzung ist jedoch ganz ganz schwierig“ 4/24/X.

Im Hinblick auf die Erarbeitung des Standards und das angestrebte Qualitätsniveau wird im Interview einer anderen AG betont, dass die Motivation der Arbeitsgruppe durch „den äußeren Rahmen“ nicht nachhaltig beeinträchtigt wurde:

„(...) wenn wir dann hier saßen und an dem Standard gearbeitet haben, hat das eigentlich Spaß gemacht“ 3/6/M.

Weiteren Ausführungen hierzu in dem selben Interviewabschnitt ist zu entnehmen, dass Vergleiche mit der Entwicklung in anderen europäischen Ländern und richtungsweisende Standardbeispiele aus dem Ausland für die Arbeitsgruppe den eigenen Fachdiskurs bereichert haben.

Zu den Erfahrungen mit der Literaturrecherche lassen die Befragungsergebnisse von IPB und AG-Mitgliedern erkennen, dass bei einigen Beteiligten zwar die Anlaufphase Schwierigkeiten bereitete, die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur im Rahmen der Standardentwicklung aber insgesamt von der großen Mehrzahl der Befragten als besonders interessant und reizvoll betrachtet wird. Die Beteiligung der AG-Mitglieder an der Literaturrecherche wird als persönliche Bereicherung erfahren und als unverzichtbare Voraussetzung für die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Thematik. Betont wird in diesem Zusammenhang allerdings häufig, dass das Lesen und Internetsurfen nicht in den Arbeitsalltag integrierbar war. Als Gründe wurden Zeitmangel und Hektik auf der Station angegeben. Daher wurde diese Aktivität weitgehend in die Freizeit verlegt. Hierzu einige beispielhafte Aussagen der Befragten.

„Anfangs hatten wir wenig Literatur. Nach und nach brachte dann immer jemand einen Artikel mit und das machte immer viel Spaß“ 1/41/F4.

„Zunächst gab es Schwierigkeiten mit der Literaturrecherche, inzwischen gibt es aber reichlich Übung. Man lernt auch, Literaturlisten zu lesen und die richtige Auswahl zu treffen“ 1/41/M2.

„Ein wichtiges Ziel ist die Einbeziehung der AG-Mitglieder in die Literaturlisten, damit sie keine vorgefilterten Informationen erhalten“ 1/42/F3.

„Die Literaturlisten, das Lesen, stellt für mich gleichzeitig Fortbildung dar. Das gilt ebenfalls auch für die AG-Mitglieder, wenn ihnen die Möglichkeit eingeräumt wird. Der größte Teil der Wissensaneignung erfolgt heutzutage ohnehin nicht mehr in Seminaren und Vorträgen“ 1/42/M.

„Texte lesen kann man sowieso nur in der Freizeit. (...) Dann kann ich mich besser darauf konzentrieren, als wenn dann irgendwer kommt oder es klingelt. Man hat dann doch ein schlechtes Gewissen, irgendwo herum zu sitzen. (...) Es ist nicht so, dass

man wirklich eine oder eineinhalb Stunde wirklich Ruhe hat, es (...) fällt immer Arbeit an“ 4/8/A.

Kritische Stimmen zum Thema Literaturrecherche bezogen sich auf den dafür benötigten Zeitaufwand. Sie kamen von einer Stations-AG, die allerdings zum Interviewzeitpunkt noch keine eigenen Erfahrungen hierzu gesammelt hatte, da sie den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ mit Hilfe der SQE eingeführt hat und die Vorstellung äußerte, diese Aufgabe sollte zur Entlastung der Stations-AGs doch besser von einer zentralen Servicestelle geleistet werden. Diese Auffassung wurde im übrigen auch weitgehend von den Interviewpartnern aus dem Pflegemanagement mit der Intention einer effizienteren Ressourcennutzung vertreten.

### **3.3.4 Standardeinführung**

Bedauerlicherweise konnte während des dreijährigen Projektzeitraums nur der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe vollständig eingeführt werden, ein Standard, der von den AG-Mitgliedern nicht selbst entwickelt, aber in hohem Maße von Stations-AG und -Team akzeptiert wurde. In zwei Stationen lag zu Projektende bereits seit geraumer Zeit ein vollständig entwickelter wissenschaftlich fundierter Standard vor, dessen Einführung aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur teilweise erfolgen konnte. In einer Station ist die Standardeinführung hauptsächlich an der Komplexität des Standards selbst (Thema: Mobilisation von Langzeitpatienten) und der geringen Resonanz auf den Standard seitens des übrigen Pflorgeteams, des Pflegemanagements auf Stations- und Abteilungsleitungsebene und dem ärztlichen Team in der Abteilung gescheitert. In der anderen Station mangelte es an der Kooperationsbereitschaft der Ärzte, ihren fachlichen Input zum Thema Schmerzeinschätzung zu leisten. Hier bedurfte es einer Ergänzung der Kriterien zur Schmerzeinschätzung um Kriterien, in denen Aussagen zu den therapeutischen Konsequenzen erfolgen als notwendige Voraussetzung für eine abschließende Bearbeitung des Standards. In der dritten Station, sie hatte als letzte mit der Einführung des Qualitätszyklus begonnen, stand die Einführung des Standards kurz bevor. Verzögerungen bei der Standardentwicklung (Thema: Patientenschulung zur Medikamenteneinnahme nach Transplantationen) waren ebenfalls, wenn auch zunächst nur in geringem Umfang, in Folge unzureichender Kooperation des ärztlichen Teams entstanden. Am Ende der Projektzeit fehlte auch hier ein entscheidender Input von ärztlicher Seite, um die abschließende Version des Standards erarbeiten zu können.

Die Einführung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ wurde von der Stations-AG als überwiegend unproblematisch bezeichnet wurde, weil sich das Niveau der Pflege im Rahmen der Dekubitusprophylaxe nach ihren Aussagen bereits auf dem des Expertenstandards bewegte. Lediglich die Anwendung einer Risikokala, wie sie im Standard gefordert wird, erwies sich als schwierig und zeitaufwendig, weil sich die im Standard empfohlenen Skalen für die eigene Patientenzielgruppe nicht eigneten, und somit die Modifizierung einer dieser Skalen durch die Arbeitsgruppe selbst erfolgen musste.

Den Befragungsergebnissen aus den Interviews mit den übrigen Stations-AGs und den Vertretern der Stations- und Abteilungsleitungsebene zu Folge ist die Verhinderung und respektive Verzögerung der Einführung der drei in der Projektzeit entwickelten Standards vorrangig auf

- den Personalabbau während des Projektzeitraums,
- ein unzureichendes Unterstützungssystem,
- Defizite in der Kooperation zwischen Medizin und Pflege

zurückzuführen. Von einer Stations-AG werden als zusätzliche Hemmfaktoren gravierende Unterschiede in den Wertvorstellungen und Qualitätszielen auf inter- und intraprofessioneller Ebene genannt.

Im folgenden einige beispielhafte Aussagen der Befragten zu zentralen Problemen der Standardeinführung:

„Solange die Rahmenbedingungen derart schlecht sind, habe ich schon bedenken, dass die Stationsgebundene Qualitätsentwicklung umsetzbar ist. (...) immer wieder habe ich auch beobachten müssen, dass Kollegen sich da hinsetzen und sich alles geduldig anhören, nach dem Motto, ich muss ja dabei sein (...)“ 5/4/M.

In diesem Textauszug wird das Dilemma der Arbeitsgruppen deutlich. Sie sind von ihrem Standard überzeugt und möchten ihn einführen, um die Patientenversorgung zu verbessern, sehen aber gleichzeitig die zusätzliche Belastung der Kollegen durch Personalabbau. Ein weiteres wird deutlich, wie der folgende Auszug zeigt:

„Ich denke, es ist sehr schwer nach diesem Standard zu arbeiten, weil die Strukturqualität nicht stimmt. Das ist auch eine Sache, die aus den angelsächsischen Ländern kommt. Ich denke mir, man kann Systeme nicht von einem auf das andere Land übertragen, weil Krankenpflege hier eine andere Wertigkeit hat als in angelsächsischen Ländern“ 2/7/Y.

Sowohl bezogen auf die Qualifikation als auch auf den Stellenwert der Qualitätsarbeit ist die bundesdeutsche Pflege ein Nachzügler. In den angesprochenen Ländern sind ausgeprägte Unterstützungssysteme durch „facilitators“ eine Selbstverständlichkeit in der Qualitätsarbeit. Hier hingegen fehlt solche gezielte Unterstützung bei der Einführung von Innovationen völlig. Eine andere Facette dieses Problems wird im folgenden Zitat deutlich:

„Ich glaube, keiner von uns hat erwartet, dass zu jeder Sitzung hohe Köpfe kommen (...). Was wir erfahren haben ist, so würde ich sagen, mit Nichtbeachtung schmeichelhaft ausgedrückt (...). Wir haben ja schon viel gemacht an der MHH und deshalb ist man ja auch kritisch. Und da wurde als Argument für dieses Projekt und (*die Aussicht auf*) das Gelingen gesagt, die Ärzte sind mit im Boot. Die Klinikchefs sind mit dabei, das heißt, es ist oben aufgehängt“ 2/6/X.

Die Akteure auf Stationsebene erwarten nicht nur Ressourcen für ihre zusätzliche Arbeit, sondern auch Anerkennung durch das betriebliche Management. Der Textauszug zeigt, dass diese in ihren Augen mehr als mager ausfiel. Besonders

angesprochen wurden dabei die leitenden Ärzte. Aber auch auf den Ebenen des Handlungsvollzuges funktionierte die Kooperation vielfach nicht:

„Wir wollen nicht mehr von den Ärzten, als dass sie uns ausführliche und korrekte (*Therapie*-)Pläne geben. Das würde schon viel erleichtern. Das ist das, was wir den Ärzten zumuten“ 4/17/B.

„Die Form, in der wir die Ärzte in diesen Standard einbinden wollten, war sehr gering. Es ging nur um einfache Absprachen zum Beispiel darüber, wann Untersuchungen laufen. Selbst das hat nicht geklappt, in keiner Weise“ 2/15/X.

Die Frustration über diese faktische Missachtung des pflegerischen Anteils an der Qualität der Patientenversorgung schwingt hier in jeder Zeile mit. Es gab aber auch nachdenkliche Kommentare zu diesen Kooperationsproblemen. Zwei Mitglieder einer Stations-AG gaben zu Bedenken, dass die Zusammenarbeit mit den Ärzten möglicherweise darunter gelitten hat, dass sie auf der Stationsebene zu spät in das Projekt einbezogen wurden:

„Man hätte die Ärzte vielleicht gleich involvieren sollen (...), dann wäre es vielleicht besser gegangen“ 3/8/F

„Ja, und weil es immer beide Teams – also die ärztliche und unsere Seite betrifft, es sind ja (...) auch noch andere Themen. Dann wäre es, glaube ich, schon sinnvoll, auch beide Seiten zu beteiligen. Die eine (*Seite*) fühlt sich da völlig ausgeschlossen und will es dann auch nicht akzeptieren“ 3/8/F2.

Abschließend ist zu konstatieren, dass in derjenigen Projektstation, die den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ erfolgreich eingeführt hat, ein positives Unterscheidungskriterium im Vergleich zu den anderen Projektstationen hervorzuheben ist. Hier hat eine produktive Kooperation zwischen Medizin und Pflege in der Form stattgefunden, dass eine in dieser Station eingesetzte Ärztin im Praktikum sich von Anfang an als Mitglied der Stations-AG mit ihrem Sachverstand an der Einführung des Standards beteiligt hat. Das geringe Interesse der übrigen Ärzte blieb davon allerdings unberührt.

### **3.3.5 Durchführung des Audit und Bewertung der Pflegequalität**

Ebenso wie die Literaturrecherche stellten auch die Zyklus-Schritte „Datenerhebung“ und „Bewertung der Pflegequalität“ ein Novum für die Projektbeteiligten dar. Umfassende Projekterfahrungen zu diesen beiden Schritten sind jedoch während des Projektzeitraums nur in einer Station gesammelt worden. Dasselbe galt auch bereits für den Zyklusschritt „Standardeinführung“. Es handelt sich um diejenige Projektstation, die an der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe teilgenommen hat. Darüber hinaus war sie Pilotstation zur Erprobung des Audit-Instrumentes für den Expertenstandard, das heißt, dass die Beteiligten sich intensiver und kritischer, als es normalerweise der Fall gewesen wäre, mit dem Instrument und seiner Anwendung auseinander gesetzt haben.

In zwei weiteren Projektstationen konnten ebenfalls erste Erfahrungen mit der Entwicklung und Anwendung eines Audit-Instrumentes gesammelt werden, obwohl die Standardeinführung (Thema Schmerzeinschätzung, Mobilisierung von Langzeitpatienten) nur partiell möglich war.

Den Befragungsergebnissen der IPB und den AG-Mitgliedern der Projektstationen ist zu diesem Zyklus-Schritt zu entnehmen, dass für beide Befragungsgruppen das Messen der Qualität mit einem standardisierten Instrument – zunächst einmal grundsätzlich betrachtet - einen wichtigen Motivationsanreiz zur Anwendung der SQE darstellt. Die folgenden Zitate aus dem Interview mit den IPB zu den Stärken der SQE:

„Das Neueste diskutieren und Ergebnisse messen“ 1/10/M2

„Messbare Ergebnisse, die sich mit anderen vergleichen lassen, sind für mich entscheidend“ 1/10/F2.

Diese Aussagen bringen mit wenigen Worten auf den Punkt, was auch in den übrigen Ausführungen zu dieser Thematik aus den Gruppen-Interviews zu entnehmen war.

Bezogen auf die konkreten Projekterfahrungen mit der Entwicklung und Anwendung eines Audit-Instrumentes ist den Befragungsergebnissen zu entnehmen, dass die im Team vorhandenen Bedenken vor dieser ersten Qualitätskontrolle bereits im Vorfeld des Audit auf informellem Weg durch die Mitglieder der Stations-AGs ausgeräumt werden konnten. Während des Audit war aus Sicht der IPB die Gewährleistung einer anonymen Datenerhebung wichtig, um Kontrollängste bei Kollegen und das „Ausmachen von Sündenböcken“ zu vermeiden:

„Man konnte nicht nachvollziehen, wer (aus dem Team) welches Ergebnis hatte“ 1/25/F.

So berichtet eine IPB nicht ohne Stolz von ihren Audit-Erfahrungen. Berechtigte Bedenken gab es im Hinblick auf das Audit bei den Team-Kollegen, so die Aussage eines AG-Mitglieds, wegen zusätzlicher Arbeitsbelastungen während der vierwöchigen Datenerhebung. Deshalb wird es als um so wichtiger angesehen, dass dann auch:

„Jeder Einzelne etwas Schriftliches kriegt und sieht, was dabei herausgekommen ist und sagen kann: Mensch, das war eine gute Sache.“ 5/27/F

Dies wird von der Mehrzahl der AG-Mitglieder als sehr bedeutsam für die weitere (Projekt-)Motivation des Teams betrachtet.

Bei der positiven Resonanz zum Audit von Stations-AG und -team spielt in einer der beiden Projektstationen u. a. auch das vorzeigbare Ergebnis eine wichtige Rolle. In diesem Fall sahen sich die Beteiligten in ihrer Selbsteinschätzung bestätigt, das Qualitätsniveau des nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ in ihrer Pflegeeinheit nahezu erreicht zu haben.



Anhaltspunkte dafür, dass der von Stations-AG und -team erwartete Zielerreichungsgrad zu den Standard-Kriterien das Interesse an der Durchführung eines Audits beeinflussen kann, sind auch dem Interview mit einer anderen Stations-AG zu entnehmen, deren Mitglieder vorerst keine Chance für eine erfolgreiche Umsetzung ihres Standards sahen und unter diesen Voraussetzungen eine ablehnende Haltung einnahmen. Diese Haltung wird teilweise damit begründet, dass die Arbeitsgruppe von der Sinnhaftigkeit einer quantitativen Qualitätsmessung ihrer Standardkriterien nicht überzeugt ist, weil subjektive Erfahrungen mit diesem Instrument nach ihrer Meinung nicht erfassbar sind, wie beispielsweise das Befinden des Patienten nach einer pflegerischen Intervention. Hierzu ein Interviewbeitrag im Wortlaut:

„Wenn der Patient dann zufrieden, also für mich sichtlich zufrieden entspannt und mit Wohlbefinden im Bett liegt, dann ist das für mich ein Kriterium, dass das funktioniert, so wie ich es gemacht habe. Aber das ist wieder nicht messbar. Es ist ein subjektiver Eindruck von mir und den kann man nicht messen“ 2/Y/28.

In einem anderen Interviewbeitrag wird die Motivation des Stationsteams in den Vordergrund gestellt. Sich in die Lage der Team-Kollegen versetzend werden Zweifel daran geäußert, dass die Kollegen/innen daran interessiert sein könnten:

(...)„dass man einen Standard kriegt, (...) dann kriegt man ihn gemessen und dann kriegt man wahrscheinlich noch gesagt, so toll ist das jetzt aber nicht, was wir hier gemessen haben“ 2/Z/19.

Im Rahmen dieses Beitrags werden ebenfalls auch Bedenken dahingehend geäußert, ob sich die Qualität der geleisteten Arbeit adäquat in Zahlen und Statistiken ausdrücken lässt „(...) und ob es einem Team gut dabei geht, so zu arbeiten“, und es wird in diesem Kontext angeregt, bei Qualitätsmessungen künftig auch das Befinden des Teams und deren subjektives Qualitätsurteil zu berücksichtigen.

Abschließend sollen zum Thema Audit noch einzelne interessante Aspekte aus dem Interview mit den IPB behandelt werden. Es geht hauptsächlich um Erfahrungen mit der Methodik der Datenerhebung und der Handhabung des standardisierten Instruments. Soweit hierzu Interviewbeiträge aus den Stations-AG vorliegen, werden sie berücksichtigt.

Zur Bewertung der eigenen Kompetenz lassen die Interviewbeiträge erkennen, dass sich die beteiligten IPB in der Anwendung des Instruments sicher fühlten. Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass die Erfahrungen zeigen, dass auch die Befragten deutlich zum Ausdruck gebracht haben, welchen Stellenwert sie ihrer Fachkompetenz beimessen, wie folgendes Zitat aufzeigt:

„Das war jedes Mal ganz wichtig, dass man sich als jemand zu erkennen gab, der von der Materie Ahnung hat“ 1/24/F3.

Die IPB geben an, dass ihr Status als IPB und die Tatsache, dass sie ‚von außen‘ in die Station kamen, also kein Mitglied des Pflegeteams war, eine wichtige

Voraussetzung für die Akzeptanz der Datenerhebung bei den Befragten an. In diesem Kontext wird auch die Auffassung vertreten, dass grundsätzlich niemand aus dem Stationsteam direkt an der Datenerhebung beteiligt sein sollte. Eine Begründung hierzu war:

„Die Patienten würden sich gar nicht trauen alles zu sagen, weil die Abhängigkeit im Krankenhaus – die Sorgen und Ängste – viel zu groß sind“ 1/23/M3.

Der Wert eines neutralen Ansprechpartners für die Patienten wird damit betont. Hinsichtlich der Dokumentenanalyse wird die Einbeziehung von Stationsangehörigen ebenfalls abgelehnt. Dazu heißt es:

„Wenn etwas nicht eingetragen wurde, ist man vielleicht eher bereit anzunehmen, dass die Maßnahme dennoch durchgeführt wurde. Die Neutralität ist nicht in dem nötigen Maße gewahrt“ 1/23/M3.

Angespielt wird hier auf die Gefahr der Betriebsblindheit, bei der Stationsangehörige davon ausgehen, dass eine Maßnahme sicherlich durchgeführt sei, da sie doch zur Stationsroutine gehöre. Das Qualitätskriterium lautet aber, dies auch zu dokumentieren. Im Rahmen der Interviews mit den Stations-AG wurde die Frage der Einbindung von Mitgliedern des Stationsteams ebenfalls thematisiert und es schien auch in der Arbeitsgruppe Einvernehmen darüber zu bestehen, dass das Audit ‚von außen‘ erfolgt soll, damit das Ergebnis anerkannt wird.

Aussagen zum Aufwand der Datenerhebung weisen darauf hin, dass die Befragungen aus Sicht der IPB unbedingt persönlich durchzuführen sind:

„Man kann auf keinen Fall einen Erhebungsbogen zum Ausfüllen hinlegen“.

Die Begründung für diese Ablehnung wird sogleich mitgeliefert:

„Da müssen auch Gespräche geführt werden, beispielsweise mit den Patienten“ 1/22/F3.

Ein ergänzender und bestätigender weiterer Interviewbeitrag zu diesem Aspekt:

„Die Audit-Fragen müssen dem jeweiligen Gesprächspartner angepasst werden, sie dürfen nicht aus dem Erhebungsbogen übernommen werden. Vorab ist auch ein Smalltalk erforderlich, sonst kommt das Ganze nicht an“ 1/22/M3.

Dies verweist auf den eigenständigen Charakter der Datenerhebung, die neben dem funktionalen einen hohen interaktiven Anteil hat: Sie zeigt den Patienten, dass man sich um ihr Wohlbefinden kümmert und signalisiert zugleich dem Pflegepersonal, dass ihre Arbeit wichtig ist und ernst genommen wird. Das IPB-Interview gibt auch Aufschluss zu Problemen mit der Angehörigen-Befragung (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe). Die Fragestellung im Audit war darauf gerichtet herauszufinden, ob Angehörige Informationen zur Dekubitusprophylaxe erhalten hatten. Den Interviewbeiträgen ist zu entnehmen, dass bei Angehörigen intubierter Patienten bei den IPB eine Befragungshemmung bestand:

„...weil davon auszugehen ist, dass sie andere (größere) Probleme haben“ 1/23/M2

Hierzu auch der folgende Beitrag:

„Vor allem dann, wenn sie so richtig Angst haben um das Leben ihrer Angehörigen“  
1/23/M3.

Diese Begründungen sind vor dem Hintergrund von großer Relevanz, dass zum Standardkriterium E5 zur Patienten-/Angehörigen-Information (s. Kapitel 2.3) im Rahmen des Audit mit 57,1 % ein auffallend geringer Zielerreichungsgrad im Vergleich zu den übrigen Standardkriterien erzielt wurde. Im Vergleich mit dem Durchschnittswert von 71,1 %, der zu diesem Kriterium im Rahmen des bundesweiten Pilotprojektes zur Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe ermittelt wurde – dieser Hinweis sei erlaubt – stellte dieser „Ausreißer“ im Audit-ergebnis der Projektstation in der MHH allerdings keine Besonderheit dar (s. auch Schiemann/Moers 2002, S. 87). Auch ist festzuhalten, dass im Wiederholungs-audit der Wert deutlich höher lag (86,7 %).

Zur Bewertung der Pflegequalität und dem Umgang mit den Ergebnissen – es handelt sich um den fünften und sechsten Schritt des Qualitätszyklus - liegen wiederum nur Erfahrungswerte aus dieser Projektstation vor, in der der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe eingeführt wurde und die sich als einzige Station in der Lage sah, einen Qualitätszyklus während des Projektzeitraums abzuschließen und mit einem zweiten zum Thema „Mundpflege bei intubierten Patienten“ (s. Kapitel 2.5) zu beginnen. Wie den oben genannten Ausführungen zur Durchführung des Audits in dieser Station zu entnehmen war, äußerten sich die Mitglieder der Stations-AG dahingehend, dass sich das Projekt für sie insgesamt gelohnt hat. Spezifische Interviewbeiträge zum Vorgang der Qualitätsbewertung, zu den daraus gezogenen Schlussfolgerungen für die künftige Pflegepraxis oder zu den Ergebnissen des 2. Audit liegen nicht vor, weil das Interview etwa ein halbes Jahr vor Beendigung des Projektes stattgefunden hat. Die oben genannten Aktivitäten wurden jedoch in Form von Protokollen sorgfältig dokumentiert, ihre Auswertung ist in die Ergebnisdarstellung eingeflossen (s. Kapitel 2.3).

Dem Interview mit den IPB ist zu dieser Thematik zu entnehmen, dass es am Ergebnis der Datenauswertung nicht viel zu verbessern gab, weil der durchschnittliche Zielerreichungsgrad von 85 % als gut eingestuft wurde. In diesem Kontext wird hervorgehoben, dass das Interesse an den Ergebnissen im Team sehr hoch war und keine Ermüdungserscheinungen auftraten. Dennoch war die weitere Arbeit nicht ohne Probleme zu gestalten, wie folgender Auszug deutlich macht:

„(Beim Folgeaudit) ließ die Power bei einigen nach“, da musste von IPB-Seite „ein wenig dran gearbeitet werden“ 1/26/F2.

Diese Hinweise zeigen, bei allen erreichten Erfolgen dieser Projektstation, dass den weiteren Schritten des Qualitätszyklus, dem Änderungsplan, seiner Einführung und

dem abschließenden Audit vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, soll eine Verstetigung der Qualitätsarbeit erreicht werden.

### **3.3.6 Bearbeitungsdauer der Qualitätszyklen**

Das Problem der Verstetigung der Qualitätsarbeit hängt eng mit dem Zeitaufwand für den Qualitätszyklus zusammen. Eine kurze Bearbeitungsdauer für einen Qualitätszyklus – optimal sind etwa sechs Monate, zwölf sollten nicht überschritten werden – ist von erheblicher motivationsfördernder Bedeutung für Stations-AG und Stationsteam. Da das Interesse an der SQE in hohem Maße von Erfolgserlebnissen durch nachweisbare Qualitätsverbesserungen abhängt, verdient dieser Aspekt besondere Aufmerksamkeit, weil es im Rahmen des Projektes nur einer von den vier beteiligten Stationen gelungen ist, einen Zyklus vollständig abzuschließen. In den übrigen Projektstationen führten Zeitverzögerungen zu teilweise erheblichen Ermüdungserscheinungen und Frustrationen insbesondere bei den unmittelbar Beteiligten. Um für weitere Qualitätszyklen genügend Motivation aufbauen und halten zu können, sind zeitnahe Erfolgserlebnisse für die Stationsteams unumgänglich.

### **3.3.7 Verbesserung der Pflegepraxis**

Zur Frage, inwieweit die Einführung der SQE zu spürbaren Qualitätsverbesserungen bei Patienten geführt hat, liegt aus den Interviews insgesamt nur wenig auswertbares Material vor, schließlich verfügte nur eine der vier Pilotstationen über Erfahrungen mit einer flächendeckenden Standardeinführung und ihrer Auditierung. Es handelt sich um die Station, in der der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe eingeführt wurde. Nach Angaben der Stations-AG war die Qualität zur Dekubitusprophylaxe bereits vor Einführung des Standards auf beachtlichem Niveau angesiedelt, so dass Qualitätsverbesserungen nur dahingehend möglich aber auch zu verzeichnen waren, dass sich nunmehr das gesamte Team im Rahmen der Standardeinführung verpflichtet sah, das hohe Qualitätsniveau des Expertenstandards zu erreichen. Aus dem Interview geht hervor, dass es vor Einführung des Standards größere Qualitätsschwankungen in der Durchführung der Dekubitusprophylaxe innerhalb des Teams gab.

Interviewbeiträge aus einer anderen Pilotstation, die ihren Standard „Schmerzeinschätzung“ bislang nur partiell einführen konnte, belegen, dass, wie auch zu erwarten war, die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen von Fachdiskursen innerhalb des Stationsteams, gezielten Fortbildungsveranstaltungen und der Anwendung eines Einstufungsinstrumentes zur systematischen Schmerzeinschätzung bereits zu einer erhöhten Sensibilität der Mitglieder des Pflegeteams gegenüber Patientenäußerungen geführt hat. Weil die Kooperation mit den Ärzten dringend erforderlich ist, aber selten gelingt, konnten bislang nur in einigen wenigen Fällen spürbare Verbesserungen für Patienten erreicht werden. Die AG-Mitglieder sind aufgrund der vorliegenden Erfahrungen davon überzeugt, dass sich mit der Einführung des Standards „Schmerzeinschätzung“ und dem zu Projektbeginn anvisierten interdisziplinären Folgestandard „Schmerzbehandlung“ in ihrer Pflegeeinheit

kurzfristig ein deutlicher Qualitätssprung im postoperativen Schmerzmanagement erreichen ließe, zumal das Interesse des gesamten Pflegeteams an dieser Thematik außerordentlich hoch ist.

### 3.3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Qualitätszyklus

Zwei wesentliche Erkenntnisse können aus den durchgeführten Qualitätszyklen mit Blick auf die Weiterentwicklung der Methode festgehalten werden. Zum ersten ist es gelungen, den Schritt von reinen Praxisstandards zu *wissenschaftlich fundierten Pflegestandards* zu vollziehen. Dieser Qualitätssprung spiegelt sich in der Erweiterung und Präzisierung des Zyklus wider (vgl. Kap. 5). Das bedeutet, dass es auch unter den Bedingungen der deutschen Pflegepraxis möglich ist, an die internationale pflege- und qualitätswissenschaftliche Diskussion anzuschließen und sich der Forderung nach Evidenzbasierung des pflegerischen Handelns zu stellen. Dies gilt jedoch nicht nur für den Zyklus zur Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, zu dem eine Literaturstudie bereits vorlag, sondern auch für die anderen Pflegestandards, für die umfangreiche Literaturrecherchen und –analysen betrieben wurden.

Damit kommen wir zur zweiten Haupterkennnis aus den Qualitätszyklen. Die Moderation kann sich unter hiesigen Bedingungen der Praxis nicht – wie in der internationalen Qualitätsdiskussion weitgehend vertreten - auf methodische Aspekte beschränken, wenn die Arbeitsgruppen zu wissenschaftlich fundierten Ergebnissen kommen sollen. Vielmehr ist dazu ein inhaltlicher, pflegewissenschaftlicher Input zu leisten. Dazu erscheint der *Einsatz von pflegewissenschaftlich ausgebildeten Pflegeexperten* unabdingbar. Es geht jedoch nicht darum, die Arbeitsgruppen vom wissenschaftlichen Teil des Qualitätszyklus zu entlasten, vielmehr sollen die Pflegepraktiker motiviert und angeleitet werden, sich mit themenrelevanter Forschung und Konzeptbildung zu beschäftigen. Die Erfahrungen im vorliegenden Projekt zeigen eindrücklich, dass dies gelingen kann, wenn die notwendigen zeitlichen Ressourcen, inhaltliche Unterstützung und Wertschätzung dieser Arbeit durch Kollegen und Vorgesetzte gegeben sind (vgl. auch Kap. 4.6). Mit anderen Worten: Prozess- oder Ergebnisorientierung sind kein Widerspruch, sondern bedingen sich teilweise: um gute Ergebnisse zu erzielen, die auch vom Pflegeteam angenommen werden, muss der Prozess unter möglichst starker Einbeziehung der Pflegepraktiker – sowohl in den Arbeitsgruppen als auch in den Pflegeteams – stattfinden.

## **4 Ergebnisse zur Projektsteuerung**

In diesem Berichtsteil wird den Implementierungsbedingungen, die implizit häufig thematisiert wurden, nun explizit Aufmerksamkeit geschenkt, das heißt dem Projekt-aufbau, der Projekteinführung, der Projektdurchführung und der Projektsteuerung sowie dem gesamtbetrieblichen Qualitätsmanagement. Die Leitfrage der folgenden Analyse ist, in wie weit die getroffenen Maßnahmen zu einem Gelingen des Gesamtprojektes beigetragen haben, aber auch, in wie weit sie als hemmende Faktoren zu sehen sind, die einem erfolgreichen Qualitätsmanagement im Wege stehen. Das im Projekt angewendete Verfahren der Stationsgebundenen Qualitätssicherung ist gekennzeichnet durch patientenorientierte, von Praktikern getragene Aktivitäten. Diese sind die direkten Anwender der Methode und verantwortlich für die Durchführung des gesamten Qualitätszyklus, ohne dessen komplette Anwendung messbare Qualitätserfolge nicht möglich sind. Für diese anspruchsvolle und ungewohnte Aufgabe benötigen die Pflegepraktiker intensive Unterstützung seitens des Managements. Dieses gilt für die notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen, für die Organisation und Gestaltung der Arbeitsgruppen, wie auch für den Transfer ins Team und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, allen voran die Medizin.

Kriterien für die erfolgreiche Implementierung eines Qualitätssicherungs-Systems sind nach Harvey & Kitson (1996):

1. Motivation für das Qualitätssicherungs-System
2. Reichweite und Formalisierung des Implementierungsprozesses
3. Rolle und Funktion der Implementierer und Moderatoren
4. Schlüssel-Zielgruppen im Prozess
5. Intensität der Aktivitäten und des Feedback

Zunächst folgt daher eine Analyse der Projektvorbereitung, um die Frage der Motivation in den Blick zu bekommen. Anschließend geht es um die Organisation des Implementierungsprozesses selbst. In diesem Kontext wird die Rolle der unterschiedlichen Prozesssteuerungsebenen untersucht. Dem folgen die Analyse der Rahmenbedingungen für die Arbeitsgruppen und der Kooperationen mit anderen Berufsgruppen. Auch Fragen der Unterstützungsmaßnahmen, der Qualifizierung und der Feinsteuerung des Qualitätszyklus werden dabei aufgegriffen. Abschließend wird der Implementierungsprozess anhand der oben genannten Kriterien zusammenfassend bewertet.

### **4.1 Struktur und Arbeitsweise der Kommission zur Steuerung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (SQE-Kommission)**

Der SQE-Kommission kam im Projektaufbau eine zentrale Bedeutung zu. Sie sollte die zentrale Steuerungsinstanz des Projektes sein. Gemeint ist damit, dass zum einen die Reihenfolge der Einbeziehung der Stationen in die Qualitätsentwicklung festgelegt und die dafür notwendigen Ressourcen bereit gestellt werden sollten. Zum anderen sollte die Machbarkeit der von den Stationen und ihren Arbeitsgruppen gewählten Standard-Themen überprüft und die für deren Umsetzung notwendigen

Ressourcen bereitgestellt werden. Die Kommission sollte also nicht nur beraten, sondern auch entscheiden, die Qualitätsentwicklung voran treiben und die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen. Um die nötige Entscheidungskompetenz einzubringen, waren das zentrale ärztliche und pflegerische Management der Klinik und der betroffenen Abteilungen als Mitglieder der Kommission vorgesehen. Der Arbeitsbereich dieser Kommission sollte auf weitere Abteilungen der MHH erweitert werden, je nach Verbreiterung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung, über die nach Projektablauf entschieden werden sollte.

Mit der Arbeit der SQE-Kommission sollte konkret sichergestellt werden, dass die Arbeitsgruppen die notwendige Unterstützung bei der Umsetzung der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung erhielten. Dazu gehörten personale und materielle Ressourcen, Fortbildungsmöglichkeiten sowie Absicherung der notwendigen Kooperationen, insbesondere mit dem ärztlichen Dienst. Ebenso war es Aufgabe der SQE-Kommission, die Arbeitsgruppen bei der Auswahl der Standardthemen und der Formulierung der Kriterien zu beraten und dabei sicherzustellen, dass die gewählten Themen zentrale Qualitätsprobleme aufgriffen und die Standardkriterien das vereinbarte Qualitätsniveau erreichten und auch die weiteren methodischen Anforderungen erfüllten. Die SQE-Kommission hatte damit eine Doppel- oder auch Scharnierfunktion: sowohl den Arbeitsgruppen den Weg zu ebnen als auch das erwünschte Qualitätsniveau zu gewährleisten.

Daher wurde für die SQE-Kommission von Anfang an eine Zusammensetzung gewählt, die zum Ausdruck brachte, dass Qualität (auch) „Chefsache“ ist. Pflegerische und ärztliche Leitung der betreffenden Abteilungen, die zentrale Pflegedienstleitung und das Vorstandsmitglied für Krankenversorgung (in Vertretung durch seine Referentin für Qualität) sowie die Projektleiterin der MHH waren gemeinsam mit den Kooperationspartnern der Fachhochschule Mitglieder der SQE-Kommission. Grundsätzlich erwies sich diese Entscheidung als richtig, allerdings führten Mängel in der Gestaltung der Kommissionsarbeit in Kombination mit Problemen der Arbeitsgruppen in der Summe zu einem suboptimalen Ergebnis.

Zunächst einmal ist der zeitlich sehr gedehnte Beginn der Kommissionsarbeit festzuhalten. Die erste Sitzung der SQE-Kommission galt der Aufgabenklärung. In der zweiten und dritten Sitzung wurde von den Arbeitsgruppen jeweils ein Standard-Thema vorgestellt, dem auch zugestimmt wurde. In der vierten Sitzung stand die Entscheidung für die Teilnahme am Implementierungsprojekt des nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ und damit ein verkürzter Zyklus auf der Tagesordnung. Erst auf der fünften Sitzung wurde ein erster Standard vorgestellt und diskutiert. Dieser Standard erfüllte die Qualitätskriterien nahezu vollständig und fand die Zustimmung der Kommission. Bis dahin waren allerdings 13 Monate vergangen. Im weiteren Verlauf wurden die Sitzungen inhaltsreicher, da sowohl die bereits durchgeführten Audits als auch weitere Standardthemen vorgestellt werden konnten. Gleichwohl war bei den Kommissionsmitgliedern, die nicht in die tägliche Projektarbeit involviert waren, der Eindruck entstanden, dass hier ein überaus langwieriger Prozess ablaufe. In der Folge sank die Aufmerksamkeit einiger Mitglieder des Managements deutlich.

Verstärkt galt dies für den ärztlichen Dienst. Zunächst einmal ließen sich die Chefarzte vertreten, eine durchaus übliche Praxis in einer Uniklinik. Nachteilig war, dass der sehr engagierte Vertreter der Anästhesieabteilung im Projektverlauf nicht zum Zuge kam, da die ursprüngliche Planung nicht eingehalten werden konnte. Der ärztliche Vertreter stellte seine Teilnahme im Einverständnis mit den anderen Kommissionsmitgliedern bis zum Eintritt seiner Abteilung in das Projekt zurück. Der Vertreter der Projektabteilung nahm an den ersten Sitzungen teil, erschien in der Folge jedoch nur noch sporadisch, da ihm der Zeitaufwand zu groß erschien, zumal aus seiner Sicht die Projektarbeit zu langsam vorstatten ging. Auch mehrfache Interventionen beim ärztlichen Leiter der Abteilung sowie Monita in den Protokollen der SQE-Kommission führten zwar zu Reaktionen, jedoch nicht zu einem vermehrten Engagement. Die im Ergebnis mangelnde Präsenz und Unterstützung seitens des ärztlichen Dienstes hatte nicht nur zur Folge, dass sich die Arbeitsgruppen in ihrer Arbeit von der ärztlichen Berufsgruppe wenig gewürdigt sahen, vielmehr konnten die vorhandenen Kooperationsprobleme mit dem ärztlichen Dienst der Projektabteilung (s. Kapitel 4.1.5) bis zum Projektende nicht gelöst und die SQE-Kommission diesem Teil ihres Auftrages nicht gerecht werden.

Das Pflegemanagement reagierte auf diese und weitere Entwicklungen lediglich reaktiv. Immer dann, wenn Schwierigkeiten auftraten, wurden Gespräche geführt, um Abhilfe zu schaffen. Neben der schwierigen Kooperation mit dem ärztlichen Dienst waren die Beschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie mit zunehmender Dringlichkeit personelle Engpässe häufige Themen der SQE-Kommissionssitzungen. Die Stellenbesetzung im Pflegedienst der Projektstationen verschlechterte sich im Projektverlauf kontinuierlich, das verantwortliche Vorstandsmitglied der MHH reagierte darauf jedoch nicht und blieb bei einer generellen restriktiven Personalpolitik. Das zentrale und mittlere Pflegemanagement wurde jeweils aktiv, um mit den Stationsleitungen Formen der Dienstplangestaltung zu finden, die die Arbeitsgruppen-Treffen weiterhin ermöglichen sollten, strukturelle Lösungen mit dem Gesamtmanagement waren nicht zu erzielen.

Die Arbeitsgruppen-Sprecher und die Internen Prozessbegleiter nahmen als die andere Seite dieser Qualitätspartnerschaft die SQE-Kommission sehr ernst. Deren Urteil war ihnen für ihre Arbeitsgruppen und den Transfer der Ergebnisse ins Team außerordentlich wichtig. Sie bereiteten sich gründlich auf ihre Präsentationen vor und erlebten die Bestätigung der von ihnen erarbeiteten Standards als Erfolg ihrer Bemühungen. Enttäuscht waren sie dann von der aus ihrer Sicht mangelnden Unterstützung seitens der SQE-Kommission. Ein AG-Mitglied drückte dies so aus:

„Bei Einführung der Methode wurde versichert, dass wir auf ein Gremium (zentrale Kommission) zurückgreifen könnten. Da war erstens nie ein Arzt da und für uns wurde das nicht sichtbar angemahnt. Zweitens wurde gesagt, wenn nötig, werden Hilfsmittel angeschafft. Es sind Preisvorstellungen von bestimmten Hilfsmitteln in der Kommission vorgestellt worden. (...) Von diesen Hilfsmitteln ist nie eines angeschafft worden“ 2/5/X.



Weder wurden ihnen die bürokratischen Hindernisse bei der Beschaffung von Hilfsmitteln aus dem Wege geräumt, noch wurden die aus ihrer Sicht notwendigen Freiräume für die Arbeitsgruppen geschaffen oder die Kooperationsprobleme mit dem ärztlichen Dienst gelöst. Den Arbeitsgruppen-Sprechern und Internen Prozessbegleitern stieß die mangelnde Präsenz der Ärzte im späteren Verlauf des Projektes, sowohl in der SQE-Kommission als auch auf den Stationen, als es um die Umsetzung der Standardkriterien ging, besonders unangenehm auf. Bei den Arbeitsgruppen und den Internen Prozessbegleitern herrschte mehrheitlich der Eindruck vor, dass sie ihren Teil der Abmachungen eingehalten haben, vom Management die zu Projektbeginn versprochene Unterstützung jedoch ausblieb.

Andererseits gab es auch Fälle, in denen die Arbeitsgruppen mit erheblicher Zeitverzögerung arbeiteten. Sie erlebten die SQE-Kommission dann nicht als Management-Instrument und Feedback-Instanz, dem gegenüber sie sich zu verantworten hätten. Vielmehr betrachteten sie - in Missverständnis oder auch extensiver Auslegung des Bottom-up-Ansatzes der Methode - ihren Teil der Arbeit als ausschließlich selbstgesteuert.

Ein weiterer, ganz zentraler kritischer Punkt war die letztendlich mangelnde Verbindlichkeit der Kommissionsarbeit - und zwar in beiden Richtungen. Der in einigen Fällen ausgesprochene Rat der SQE-Kommission, Standardthemen und -kriterien einzuschränken und die Arbeit zügiger voran zu bringen, führten zu keiner Änderung der Arbeitsweise der betreffenden Arbeitsgruppe. Aber auch die von den Arbeitsgruppen vorgetragenen hemmenden Faktoren wurden von den Kommissionsmitgliedern in ihrer Managementeigenschaft wo immer möglich ad hoc zu lösen versucht, jedoch nicht strukturell verändert. Dies soll durch zwei Meinungsäußerungen aus den AG-Interviews verdeutlicht werden.

„Diese Ernsthaftigkeit hat da einfach gefehlt. (...) Laufen Studien von Ärzten oder sonst was, dann wird mit der Stationsleitung geredet, das hat dann zu laufen und ist vom Personal zu übernehmen. Dann heißt das, das läuft für diese Zeit, von mir aus ein halbes Jahr und dann wird das gemacht“ 2/12/Y.

„Bei dem Standard war kein Muss dahinter, das hat man gespürt. Das was wir nicht wollten, ist immer wieder gemacht worden. Und das ist von den Ärzten auch so gewollt. Jeder hat letztendlich gemacht, wie er es für richtig hielt und nicht, wie (es) im Standard (steht). Das ist für mich nicht effektiv. (...)“ 2/6/Y.

Die Steuerungsaufgaben einer solchen Kommission verlangen, so zeigen die Erfahrungen, eine verbindliche Kompetenzregelung, die die Umsetzung von Empfehlungen und Beschlüssen garantiert.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Einrichtung, Zusammensetzung, Moderation und Sitzungsrythmus der Kommission funktional waren. Die vom Konzept der Methode her notwendigen inhaltlichen Diskussionen über die zentralen Qualitätsprobleme der Stationen und die entsprechenden Standards wurden nur begrenzt geführt. Größter Schwachpunkt war die mangelnde Verbindlichkeit der Kommissionsbeschlüsse und damit die mangelnde Umsetzung in konkrete Arbeitsschritte auf der Abteilung.

## 4.2 Die Rolle des gesamtbetrieblichen Managements

In den Projektzeitraum fiel eine wesentliche Änderung der betrieblichen Struktur der MHH. Anders als das bis dahin klassische Dreier-Direktorium mit ärztlichem Leiter im Nebenamt, Verwaltungs- und Pflegedienstleiter wurde durch die Reform des niedersächsischen Hochschulrechts ein Gesamtvorstand für die Hochschule geschaffen mit der Zuständigkeit für Forschung und Lehre, Verwaltung und Krankenversorgung. Vorstandsmitglied für die Krankenversorgung ist stets ein Mediziner im Hauptamt. Ihm untergeordnet ist der gesamte Bereich Krankenversorgung der MHH, also auch die Pflegedienstleitung. Dieser Verantwortung hat sich das zuständige Vorstandsmitglied durchaus gestellt. Durch seine Teilnahme an der konstituierenden Sitzung der SQE-Kommission und die Delegation seiner Referentin für Qualität in die Kommission setzte er ein Zeichen, dass er diesem pflegerischen Qualitätsprojekt durchaus Priorität einräumte. In zwei wichtigen Feldern hatte er sich im Verlaufe seiner Vorstandstätigkeit hingegen zu einer Managementpolitik entschlossen, die für das Projekt problematisch war und die die Verstetigung der pflegerischen Qualitätsentwicklung vor Schwierigkeiten stellte.

Im Verlaufe des Projektes wurde vom Klinikvorstand ein Abbau von Personal beschlossen und umgesetzt, der einem Defizit in der Klinikbilanz geschuldet war. Auch der Pflegedienst war davon erheblich betroffen. Auf allen Projektstationen sank im Berichtszeitraum die Personalausstattung spürbar. Dadurch wurde es den Projektstationen erheblich erschwert, die mit dem Projekt verbundenen Extra-Aktivitäten (Arbeitsgruppen-Sitzungen, Teambesprechungen, Schulungen, Audit und so weiter) zu planen und durchzuführen. Vor dem Hintergrund der in der Ist-Analyse festgestellten grenzwertigen Personalausstattung zu Projektbeginn wären andere Managemententscheidungen notwendig gewesen.

Ebenso fiel in den Projektzeitraum eine Managementaktivität anderer Art, die insbesondere für die Verbreiterung und Verstetigung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung Folgen hatte. Der Vorstand maß dem Thema Qualität zunächst einmal deshalb großes Gewicht bei, um den gesetzlichen Forderungen nachkommen zu können. Auf Vorstandsbeschluss wurde im Projektzeitraum mit dem Aufbau eines betriebsweiten Qualitätsprogramms begonnen. Ein erster Schritt dazu war die Einrichtung einer zentralen Stabsstelle für Qualität, die mit einer Referentin als Leitung besetzt wurde und die sich zur Zeit im weiteren Aufbau befindet. Als Qualitätsmanagement-Strategie wurde eine MHH-eigene Kombination von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) und von EFQM (European Foundation for Quality Management) als Selbstbewertungsverfahren gewählt und auf 7 Pilotabteilungen eingeführt. Die Abteilung des SQE-Projektes gehörte nicht dazu und es wurden auch keine Absprachen für die Integration in ein betriebsweites Qualitätsmanagement-System getroffen. Vielmehr liefen die methodisch sehr weit fortgeschrittenen Bemühungen im Pflegedienst und der Beginn von berufsgruppenübergreifendem Qualitätsmanagement auf den Pilotabteilungen unverbunden nebeneinander her. So wurden beispielsweise erneut zahlreiche Promotoren geschult, ohne auf das Know-how oder das Konzept der bereits laufenden Schulung der Internen Prozessbegleiter zurückzugreifen.

Andererseits gab es seitens des Vorstandes das ausgesprochene Interesse, die Abteilung für EDV und Qualität in der Pflege mit ihrer ausgewiesenen Expertise in Qualitätsmanagement-Systemen für den Gesamtbetrieb nutzbar zu machen. So funktional dieses Vorgehen für den Aufbau eines betriebsweiten Qualitätsmanagement auch sein mochte, so bestand die Gefahr, dass das erreichte Niveau der Qualitätsentwicklung im Pflegedienst nicht gehalten werden konnte. Denn auch für die Qualitätsarbeit galten strikte Restriktionen im Personalbereich, so dass sich die jetzigen Mitarbeiter für Pflegequalität primär um die Entwicklung eines Qualitätsmanagements für den Gesamtbetrieb hätten kümmern müssen und kaum noch Gelegenheit gehabt hätten, Qualitätsentwicklung im Pflegedienst zu betreiben.

Ein weiterer Gesichtspunkt war im Rahmen eines betriebsweiten Qualitätsmanagements zu bedenken. Die Integration eines monodisziplinären Ansatzes in ein Gesamt-Qualitätsmanagement bedeutete nicht automatisch funktionierende Interdisziplinarität. Im vorliegenden Projekt wurde vielmehr die Erfahrung gemacht, dass trotz verbindlich erklärter Zusagen die Kooperation mit dem ärztlichen Dienst nicht realisiert werden konnte. Ein Mitglied des Managements drückte das Problem aus seiner Sicht so aus:

„In dem Projekt Schmerz wird ein Arzt wahrscheinlich für sich reklamieren, dass er der Experte ist. Wenn wir das über die Pflege aufziehen, werden Sie hier nicht leicht die Ärzte ins Boot kriegen, da kommt sofort der Rückzug und die Abgrenzung.“ (M1; S.7, Z. 25-27)

In dem angesprochenen Beispiel geht es darum, dass auf jede positive Schmerzeinschätzung seitens des Pflegepersonals eine ärztliche Maßnahme erfolgen muss, um für den Patienten ein befriedigendes Ergebnis zu erreichen. Mit der Weigerung der Mediziner, korrespondierend zum pflegerischen Anteil der Schmerzeinschätzung den medizinischen Anteil der Schmerzbehandlung verbindlich zu regeln, wird der herrschende Monopolanspruch der Medizin für die Krankenversorgung dokumentiert, der mit den Professionalisierungsbemühungen des Pflegedienstes kollidiert. Qualitätsmanagement soll hingegen ein betriebliches Instrument sein, im Interesse des Nutzers Prozesse so zu gestalten und zu koordinieren, dass ein möglichst hohes Qualitätsniveau erreicht wird. Allerdings stößt das Management hier an die Grenzen seiner betrieblichen Anordnungs-kompetenz, wie folgendes Zitat andeutet:

„Deswegen ist es so, dass wir beim Qualitätsmanagement von vornherein den Abteilungsleiter mit ins Boot nehmen. Wenn der oberste Chef der Abteilung ... nicht dahinter steht, können Sie es sowieso vergessen.“ (M1; S. 8, Z. 26 - 29)

Es war also weitgehend in das Belieben der ärztlichen Abteilungsleiter gestellt, ob sie die Qualitätsentwicklung unterstützen oder nicht. Damit lief das betriebsweite Qualitätsmanagement in der MHH Gefahr, zu einer reinen Legitimationsaktivität zu werden, um gesetzliche Vorgaben erfüllen zu können. Es war dann nicht erwartbar, dass es zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung kommen würde. Und ebenso war nicht erwartbar, dass eine zentrale Qualitätsabteilung den gesamten Betrieb an das erreichte Niveau des Pflegedienstes heranzuführen und dieses weiter entwickeln

könnte. Im Gegenteil stand zu befürchten, dass bei einer derartigen Konzeption von Qualitätsmanagement die Aktivitäten im Pflegedienst auf ein Minimum heruntergefahren würden, um zunächst einmal die stärker defizitären Bereiche zu entwickeln.

In diesem Kontext galt es zu Bedenken, dass von Seiten des Vorstandes und der neuen Pflegedienstleitung zu Projektende zwar Absichtserklärungen zur Weiterführung dieses wichtigen Projektes abgegeben wurden, aber keine definitiven Entscheidungen zur Verstetigung und Verbreiterung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung getroffen wurden. Auch war zu Projektende ungeklärt, ob und wie die ausgebildeten und zertifizierten Internen Prozessbegleiter in die weitere Qualitätsentwicklung eingebunden werden sollen.

### **4.3 Die Rolle des Pflegemanagements**

Dem Pflegemanagement kommt bei der Projektsteuerung zweifellos eine Schlüsselrolle zu. Zugleich sind Rollen und Aufgaben je nach Hierarchieebene deutlich unterschiedlich. Daher soll die Funktion und die Arbeitsweise des Pflegemanagement bei der Projektsteuerung getrennt nach zentraler, Abteilungs- und Stationsebene beschrieben werden. Dem zentralen Pflegemanagement zugeordnet ist die Rolle der Projektverantwortlichen.

#### **4.3.1 Das zentrale Pflegemanagement**

Das zentrale Pflegemanagement musste während der Projektlaufzeit nicht nur die veränderte Leitungsstruktur umsetzen. Hinzu kamen personelle Wechsel aufgrund des Ausscheidens des Stelleninhabers. Es war eine lange Übergangszeit mit Vertretungsregelungen und der mit einer Vertretungsstelle verbundenen Planungunsicherheit zu bewältigen. Erst zum Projektende wurde die Stelle wieder regulär besetzt.

Der kommissarische Leiter des Pflegedienstes hatte das Projekt von seinem Vorgänger übernommen und sich den eingegangenen Verpflichtungen gewissenhaft gestellt. Er hatte sich methodisch eingearbeitet und stand voll hinter seiner Aufgabe als Kooperationspartner. Dies dokumentierte sich nicht nur in der Teilnahme an den Sitzungen des Kooperationsteams und der SQE-Kommission, sondern schlug sich in zahlreichen Aktivitäten zur Projektgestaltung und -steuerung nieder. So schuf er eine gut funktionierende Projektaufbaustruktur seitens der MHH, indem er mit der Leiterin der Abteilung EDV und Qualität in der Pflege, die die Projektleitung übernommen hatte, eng kooperierte und arbeitsteilig vorging.

Es konnten zu Projektbeginn viele Freiräume geschaffen werden, die jedoch im Projektverlauf stetig enger wurden. Der Versuch einer strukturellen Lösung gelang nicht, so dass der kommissarische Pflegedienstleiter zahlreiche und aufwändige Einzelaktivitäten unternahm, um eine Durchführung des Projektes doch noch sicherzustellen. In der Außenwirkung stellte sich dies für die Mitarbeiter nicht so positiv dar, wie folgendes Zitat aus den AG-Interviews zeigt:

„(...) das Problem liegt einfach in der Struktur, wie das aufgezo-gen wurde. Also, das ist ja eine gute Sache und ich glaube schon, dass das einige auch glauben. Aber wir sind halt immer von hinten aufgezo-gen worden, wie bei allen Sachen hier. Erst mal gucken was dabei heraus kommt, anstatt erst einmal die Voraussetzungen zu schaffen. (...) Diese Voraussetzungen waren dermaßen schlecht, das musste einfach schief gehen“ 3/5/F2.

Im Textauszug wird deutlich, dass aus Sicht der Mitarbeiter die gefundenen Lösungen meist durch flexiblen Einsatz der reduzierten Ressourcen und nicht durch Erhalt der bisherigen oder durch Schaffung neuer Ressourcen und Strukturen zustande kamen. Die deutlich enger gewordenen Handlungsspielräume der Pflegedienstleitung, die sich aus der neuen Leitungsstruktur der MHH ergaben, wirkten sich überdies negativ auf die vom kommissarischen Pflegedienstleiter angestrebten Unterstützungsmaßnahmen für das Projekt aus.

#### **4.3.2 Das Pflegemanagement auf der Abteilungsebene**

Das mittlere Management erwies sich als die größte Schwachstelle der Projektsteuerung. Trotz frühzeitiger und umfangreicher Einbeziehung in die Projektvorbereitung, so zum Beispiel bei der Auswahl der Projektstationen oder bei der Information über die Methode, fühlte sich das mittlere Management nicht eigenständig für das Gelingen des Projektes verantwortlich. Auch die Teilnahme an den Sitzungen der SQE-Kommission führte nicht zu eigenen steuernden Maßnahmen in den Projektstationen. Von einer interviewten Pflegedienstleitung beispielsweise wurden schnelle Lösungen für akut anstehende Probleme gesucht und dies auch als Stil der Abteilung gesehen. Nachdem sich der Zeitaufwand für die einzelnen Qualitätszyklen als sehr hoch erwies, verlor er sein Interesse an der Arbeitsgruppe und betrachtete das Ganze als quasi externes Projekt der zentralen Pflegedienstleitung. Er beschränkte sich fortan auf die skeptische Kommentierung der Steuerungsversuche seitens der Projektleitung (vgl. Kapitel 3.2.2). Den Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagements sah er nicht als seine zentrale Leitungsaufgabe an. Insgesamt zog sich der Pflegedienstleiter, wie er sagte, „dann doch lange Zeit“ (M4, S. 3, Z. 8) aus dem SQE-Projekt zurück. Dies wirkte sich motivationsmindernd auf die Akteure des ohnehin bereits krisenhaften Projektgeschehens auf der betreffenden Station aus. Aus betrieblicher Sicht ist eine solche Haltung eines Mitglieds der Leitungsebene nicht akzeptabel, da eingesetzte Ressourcen gefährdet werden.

#### **4.3.3 Das Pflegemanagement auf der Stationsebene**

Anders als die mittlere Managementebene waren die Stationsleitungen direkt in das Projektgeschehen involviert. Sie mussten beispielsweise die Arbeitsgruppen zusammenstellen und die Dienstpläne so gestalten, dass Arbeitsgruppen-Sitzungen, Schulungen und Teambesprechungen möglich waren. Es ist deutlich festzustellen, dass die anstehenden Planungs- und Steuerungsaufgaben um so besser gelangen, je näher die Stationsleitungen dem SQE-Projekt waren. Die Mitarbeit der Leitung im

Team erwies sich als der Idealfall. Diese Arbeitsgruppe, die die Anpassung und Einführung des nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe als Aufgabe hatte, konnte den besonders ehrgeizigen Zeitplan, der innerhalb von sechs Monaten die Durchführung eines umfangreichen Audit einschloss, einhalten.

In einem anderen Fall war die Stationsleitung nicht Mitglied der Arbeitsgruppe und räumte dem Projekt auch keine hohe Priorität ein. Auf dieser Station entstanden die größten Probleme. In einem weiteren Fall war die Stationsleitung sehr interessiert und informierte sich ständig über den Fortgang der Dinge. Sie musste aber feststellen, dass dies mühsam war, es Reibungsverluste gab und die Arbeitsgruppe bei auftretenden Problemen, wie etwa der adäquaten Besetzung der Sprecherrolle der Arbeitsgruppe, von außen nur schwer und zeitraubend zu steuern war. Auch erwies sich eine Beeinflussung der aus Sicht der Stationsleitung überlangen Zeitspanne für die Qualitätszyklen von außen als nicht möglich.

Es zeigte sich, dass bei der Einführung einer neuen und anspruchsvollen Methode wie der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung - zumal dann, wenn die Einführung zugleich mit der Ausbildung von Internen Prozessbegleitern verbunden ist und die Station nicht auf erfahrene Moderatoren zurückgreifen kann - eine konsequente Mitarbeit der Stationsleitung im Projekt unerlässlich ist. Um dies zu ermöglichen, ist wiederum eine wirksame Unterstützung und Prioritätensetzung seitens der höheren Managementebenen erforderlich, damit die Stationsleitung nicht zwischen Projekt-aufgaben und anderen Leitungsfunktionen zerrieben wird.

Zusammenfassend ist für das Pflegemanagement festzuhalten, dass sich die vorhandenen Hierarchieebenen nicht immer als förderlich erwiesen. Auch wenn das zentrale Pflegemanagement ein Projekt mit hoher Priorität behandelt, heißt dies nicht automatisch, dass die unteren Managementebenen sich dieses Projekt zu eigen machen und mit entsprechend intensiven eigenen Aktivitäten begleiten, fördern und unterstützen. Steuerungsversuche der Pflegedienst- und der Projektleitung sind dann häufig zeitraubend und mühsam und werden obendrein nicht selten als Einmischung von außen angesehen.

#### **4.4 Die Kooperation mit der Medizin**

Die internationale Qualitätsdiskussion fordert seit geraumer Zeit berufsgruppenübergreifende Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung. Im vorliegenden Projekt wurde dem Rechnung getragen. Aufbauend auf dem monodisziplinären Ansatz der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung, mit dem evidenzbasiertes Handeln in der Pflege eingeführt und damit weitere Schritte zur Professionalisierung unterstützt werden sollen, war in diesem Projekt vorgesehen, Standardentwicklungen zum pflegerischen Anteil eines jeweiligen Themas vorzunehmen und in Kooperation mit dem ärztlichen Dienst dessen Anteil einzubringen, beispielsweise die notwendigen Absprachen zur zeitlichen Reihenfolge von pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen zu treffen. Anschließend sollte die Entwicklung von interdisziplinären Standards erfolgen, zum Beispiel zur Schmerzeinschätzung und -behandlung bei postoperativem Schmerz. Dieses Projektziel konnte nicht erreicht werden. Wie

bereits mehrfach angesprochen, ergaben sich gravierende Kooperationsprobleme. Das ärztliche Management der Projektabteilung war trotz mehrfacher Interventionen nicht zu bewegen, den ärztlichen Dienst zur Teilnahme zu verpflichten. Als Gründe wurden Ressourcenprobleme im ärztlichen Dienst angeführt, denn auch dieser war von der vom Klinikvorstand beschlossenen Personalreduktion betroffen. Dennoch sind weitere Gründe für die Kooperationsprobleme zu suchen, denn einige dieser Probleme wären mit wenig zeitlichem Aufwand zu lösen gewesen, allein - es fehlte offenbar der Wille dazu.

Ein genereller Grund für Kooperationsprobleme ist das Selbstverständnis der Mediziner als Experten und entsprechend das betriebliche Verständnis des Krankenhauses als Expertenbetrieb, das heißt als einer Institution, die sich dem Handeln der Experten unterordnet. Mit diesem Verständnis fällt es Medizinern schwer, andere Berufsgruppen als Partner oder gar „interne Kunden“ zu sehen und sich für den Gesamtprozess des Krankenhauses als Betrieb verantwortlich zu fühlen. Die neue Leitungsstruktur trägt dieser Tatsache Rechnung, indem sie vom Mediziner, der als Leiter der Krankenversorgung fungieren will, verlangt, diese Tätigkeit im Hauptamt auszuführen, um bei ihm ein Selbstverständnis als betrieblich orientiertem Manager zu entwickeln. Nach den ersten Erfahrungen erscheint es fraglich, ob diese Maßnahme genügt, denn zum einen ändert sich das professionelle Selbstverständnis eines Mediziners nicht so schnell, zumal das Amt auf Zeit angelegt ist. Der zweite Punkt ist, dass die ärztlichen Abteilungsleiter, anders als betriebliche Abteilungsleiter der privaten Wirtschaft, in ihren fachlichen Entscheidungen weiterhin völlig frei und eigenständig bleiben. Sie sind nach wie vor lediglich der professionellen Selbstkontrolle durch die Ärztekammer und den medizinischen Fachgesellschaften unterworfen. Damit bleibt dem Vorstand nur das Budget als Steuerungsinstrument, um die ärztlichen Abteilungsleiter zu einer gesamtbetrieblichen Sicht zu bringen.

Ein weiterer hemmender Faktor kommt hinzu. Die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung führt im Ergebnis zu Standards als vereinbartem hohem Niveau einer Dienstleistung, auf die sich ein Team verpflichtet hat. Diese Selbstverpflichtung wird von Medizinern häufig als Einschränkung ihrer professionellen Entscheidungs- und Handlungsfreiheit gesehen, auf die sie mit Blick auf den jeweiligen Einzelfall und das Wohl des Patienten verweisen. Daher verwundert es nicht, dass nicht nur die pflegerische Qualitätsentwicklung, sondern auch die Erstellung medizinischer Leitlinien auf erhebliche Bedenken seitens der Ärzteschaft stößt. In der Praxis blieb die Kooperation vielfach in den Mühlen der Alltagsroutinen hängen, wie folgendes Beispiel der versuchten Kooperation zeigt:

„Also, der eine Arzt ist halt verpflichtet worden, unseren Standard den (übrigen) Ärzten vorzustellen und es ist bei den Ärzten darüber gesprochen worden, dass sie mehr auf unsere Schmerzeinschätzung achten sollen. Letztendlich haben wir aber schriftlich nichts von ihnen bekommen. Fakt ist, dass jeder wieder vor sich hindoktert (...) im Prinzip eigentlich wie vorher. (...) Ich glaube, dieses Thema finden sie einfach nicht so wichtig. Es ist eben eine Chirurgie und das ist nicht das entscheidende Thema nach der OP (...)“ 3/9/F3.

Es wird deutlich, dass die Zusammenarbeit nicht eigentlich verweigert wird, vielmehr gelingt es nicht, den ärztlichen Dienst auf eine verbindliche Absprache zur Reaktion auf die pflegerische Schmerzeinschätzung zu verpflichten. Dies ist für die Patientenversorgung folgenreich, denn wenn ein Patient von einer Pflegekraft nach seinen Schmerzen gefragt wird und er dann gegebenenfalls nur verzögert Hilfe bekommt, so kommt zu den Schmerzen noch die enttäuschte Erwartung auf schnelle Abhilfe hinzu.

Ein Grund anderer Art für die mangelnde Kooperation ist die Zurückhaltung der klinischen Mediziner gegenüber der Qualitätsarbeit als beruflichem Betätigungsfeld. Während für die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Qualitätsarbeit als Arbeitsgruppen-Mitglied oder als Interne Prozessbegleiter eine Erweiterung und Vertiefung ihres Aufgabenprofils darstellt, sehen Mediziner, die sich im Krankenhaus überwiegend in der Facharztweiterbildung befinden, derartige Aufgaben meist als Ablenkung von ihrer eigentlichen Tätigkeit, der direkten qualifizierenden Krankenversorgung, die sich beispielsweise im Nachweis durchgeführter Operationen oder diagnostischer Prozeduren misst. In einem Universitätsklinikum wie der MHH kommt noch hinzu, dass nicht nur Krankenversorgung, sondern auch Forschung zu den zentralen Aufgaben der auszubildenden Mediziner gehört. Zu ihrem wissenschaftlichen Profil ist die zeitaufwändige Forschungstätigkeit unerlässlich, Qualitätsarbeit nützt der Karriere (bislang) nicht.

Betrachten wir nunmehr die positiven Aspekte der Kooperation, die im Projektverlauf sichtbar wurden. Zunächst einmal ist die grundsätzliche Bereitschaft von zwei ärztlichen Abteilungsleitern an der Mitarbeit in einem vom Pflegedienst initiierten und getragenen Qualitätsprojekt ein gutes Zeichen der Kooperationsbereitschaft. Die Defizite traten erst in der Projektdurchführung auf. Als Erstes war als Vertreter der Anästhesieabteilung der direkte Vertreter des Abteilungsleiters und damit ein ranghoher Mediziner bestimmt. Die Kooperation mit ihm kam im Projektverlauf nicht zum Zuge, da es projektbedingte, aber auch abteilungsinterne Schwierigkeiten gab, die ursprünglich geplante Standardentwicklung aufzunehmen.

Im zweiten Falle delegierte der ärztliche Leiter die Aufgabe an einen Oberarzt, der insbesondere Assistenzfunktion für den Chefarzt ausübt. Dieser interessierte sich anfänglich durchaus für die Arbeit der SQE-Kommission und nahm an ihren Sitzungen teil. Als nach dem ersten Jahr keine aus seiner Sicht greifbaren Erfolge für die Krankenversorgung vorlagen, erschien ihm die Qualitätszyklen als viel zu langwierig und sein Interesse erlahmte. Fortan erschien er nur noch sporadisch zu den Sitzungen der SQE-Kommission. Auch gelang es ihm nicht, den ärztlichen Dienst der Projektstationen zur Kooperation zu bewegen.

Ein ausgesprochen positiver Fall war die Mitarbeit einer Ärztin im Praktikum in der Arbeitsgruppe, die sich mit der Anpassung und Einführung des nationalen Standards für Dekubitusprophylaxe beschäftigte. Dieses Engagement hatte, ungeachtet der hierarchisch niedrigen Position der Ärztin, einen motivierenden Charakter, erhöhte das Akzeptanzgefühl auf Seiten des Pflegedienstes sowie das Teamgefühl auf der Station insgesamt. Der Arbeitsgruppe und dem Team gelang es als einzigem,



unterstützt durch diesen und weitere fördernde Faktoren, trotz personeller Engpässe das Projekt im vorgesehen Zeitraum erfolgreich durchzuführen.

Ein Resümee erscheint schwierig. Förderlich für die Kooperation wäre zweifellos ein persönliches Engagement der Leitungsebene gewesen. Sollte eine Delegation notwendig sein, müsste sie verpflichtenden Charakter haben. Dies gilt auch für die Ebene des Handlungsvollzuges, die Stationen. Ideal ist auch hier eine eigenmotivierte Teilnahme der Stationsärzte, anderenfalls wäre eine verpflichtende Teilnahme eines entscheidungsbefugten Mitgliedes des ärztlichen Dienstes wohl unausweichlich, wenn man den Projekterfolg sichern will.

#### **4.5 Personalressourcen**

Die zur Verfügung stehenden Personalressourcen erwiesen sich als außerordentlich kritischer Erfolgsfaktor, weshalb sie hier noch einmal explizit diskutiert werden. Es war bereits angesprochen worden, dass sie sich im Verlaufe des Projektes stetig verringerten. Konnte zu Projektbeginn noch mit durchaus großzügigen Ressourcen, beispielsweise für das dreiwöchige Grundseminar der Internen Prozessbegleiter, geplant werden, so waren im Verlauf nicht nur die Arbeitsgruppensitzungen zunehmend mühsamer und mit Verzögerungen in den Dienstplan der Projektstationen einzuplanen, sondern auch die „Heimatstationen“ der Internen Prozessbegleiter meldeten Bedarf an Ersatz für deren ausgefallene Arbeitszeit an. Diese Dynamik gefährdete den Projektverlauf erheblich. Ein AG-Mitglied drückt es so aus:

„Also, wir hatten dann einen richtigen Abbau von Personal und dann wurde es auch richtig kritisch und den Personalstand, den wir damals (zu Projektbeginn) hatten, haben wir jetzt auch nicht und kriegen ihn auch nicht wieder. So wie es jetzt aussieht, wird es schon schwierig“ 3/16/F3.

Ein weiteres kam hinzu. Es hatte sich schnell herausgestellt, dass die im Ausland, zum Beispiel in Großbritannien, übliche Sitzungsdauer von zwei Stunden bei monatlicher Frequenz für den Bedarf der Arbeitsgruppen in keiner Weise ausreichte. Der Wissensstand sowohl zu Methoden der Qualitätsentwicklung generell, als auch zum jeweiligen Thema der Standardentwicklung erwies sich als insgesamt niedrig, so dass Halbtages- bis Tagesseminare bei monatlicher Frequenz den besten Weg darstellten, in absehbaren Zeiträumen zu Projekterfolgen zu kommen. Ebenso hätten die Internen Prozessbegleiter mehr zeitlichen Freiraum benötigt, wenn sie zusätzlich zu ihrer Ausbildung zeitplangemäß die Moderation von Gruppen hätten übernehmen sollen. Es gab zu Beginn einzelne Verzögerungen, die der eigenwilligen Arbeitsweise der ersten Arbeitsgruppe sowie einem gewissen Erfahrungsbedarf des wissenschaftlichen Mitarbeiters als Moderator entsprangen. Als der SQE-Zyklus jedoch nach den ersten Erfahrungen dem Entwicklungsstand der Stationen und dem Bedarf der Mitarbeiter angepasst war, fehlten zunehmend die Ressourcen zu einem am Zeitplan orientierten Arbeitsgruppentempo. Dies drückte sich in erheblichen Planungsproblemen für Arbeitsgruppen-Sitzungen und die weiteren, im Zyklus vorgesehenen Aktivitäten aus. Diese Probleme erforderten zu ihrer Lösung ihrerseits den Einsatz der ohnehin schmalen Ressourcen des Projektteams und des

Pflegemanagements sowie der Internen Prozessbegleiter und der Arbeitsgruppen-Mitglieder, was das Tempo der Projektarbeit weiter verzögerte.

Als weitere Folge der restriktiven Personalpolitik machten sich Motivationsprobleme bemerkbar. Den Arbeitsgruppen-Mitgliedern fiel es zunehmend schwer, ihre Teams für die Arbeit mit den Standards zu gewinnen, da dies als Zusatzarbeit erlebt und angesichts der angespannten Situation teilweise abgelehnt wurde.

„Ich glaube, wenn wir diesen Standard vorstellen, wird er vom Team erst einmal zerpflückt werden. (...) Da wird dann wirklich gefragt, wie sollen wir das umsetzen, wie kann das funktionieren? (...) Wenn es dann wirklich um die Umsetzung innerhalb der Zeitressourcen geht, wird es auf der Station sicherlich noch einige Schwierigkeiten geben. (...) Da wird man dann wirklich sehen, wo werden Prioritäten gesetzt und was kommt dabei herum“ 4/13/C + B.

Für die hier angesprochenen Mitarbeiter stand also nicht die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Qualitätszielen der Station und dem Standardthema im Vordergrund, sondern die Frage der Arbeitsbelastung, und dies wirkte motivationsmindernd. Aber auch den Internen Prozessbegleitern fiel es schwer, ihr hohes Motivationsniveau zu halten, da sich keine Verbreiterung und Verstetigung ihres neuen Aufgabengebietes, sondern bestenfalls eine Weiterführung auf schmalerer Basis abzeichnete. Daher versuchen die IPB, die neu gewonnenen Qualifikationen anderweitig einzusetzen. Dies hatte in nicht wenigen Fällen zur Folge, dass sie aus der MHH ausschieden und sich andere Arbeitsplätze suchten oder ein Studium aufnahmen. Damit gingen der MHH jedoch gerade hochqualifizierte und -motivierte Mitarbeiter des Pflegedienstes verloren. Es zeigte sich, dass die Investition in Qualität nur als langfristig angelegte Aktivität erfolgreich sein kann. Ein kampagnenhaftes Vorgehen, wie eine einmalige Weiterbildung und Zertifizierung einer Gruppe von Internen Prozessbegleitern und ein zeitlich begrenzter Einsatz der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung auf einigen wenigen Pilotstationen reichen nicht aus, um das Niveau der Mitarbeiter und damit der Qualität nachhaltig zu heben.

#### **4.6 Qualifizierung und Qualifikation der Projektbeteiligten**

Der Zusammenhang von Methodenakzeptanz und fundiertem Wissen über die zentralen Elemente der Methode waren im Kapitel 3 bereits deutlich geworden. Daher sollen nun die qualifizierenden Projektaktivitäten genauer betrachtet werden. Im Projekt sollte der Sprung von „Kochrezepten“ und erfahrungsgeleiteten Maßnahmen zu evidenzbasierter Standarderstellung geleistet werden. Ist er einmal getan, eröffnet sich den Beteiligten die Perspektive professioneller Handlungsspielräume für die Pflege. Als großer Erfolg des Projektes lässt sich festhalten, dass es in allen AGs gelungen ist, diesen wichtigen Schritt zu evidenzbasierter Pflege zu tun und Praxisstandards auf hohem Niveau zu entwickeln. Dieses Niveau ist damit in Deutschland erstmalig in einem Qualitätsprojekt erreicht worden. Gleichwohl sollen auch die Grenzen der Projektarbeit deutlich gemacht werden.

#### 4.6.1 Pflegewissenschaftler und Interne Prozessbegleiter (IPB)

Bei Fragen der Qualifikation geht es in einem Qualitätsprojekt stets sowohl um methodische als auch gleichermaßen um fachliche Qualifikation. Beginnen wir mit der Rolle des wissenschaftlichen Mitarbeiters. Die für das Projekt eigens geschaffene Stelle teilte sich in eine halbe Stelle für wissenschaftliche Mitarbeit im Projekt sowie eine halbe Stelle als Pflegeexperte zur Ausbildung und Supervision der IPB sowie Moderation der ersten Qualitätszyklen. Mit dieser begrifflichen Differenzierung ist gemeint, dass für die Projektdurchführung primär die wissenschaftlichen Kompetenzen (vor allem methodische Kompetenzen) im Vordergrund standen, während für die Ausbildung der IPB und Moderation der AG auch fachliche, didaktische und methodische Kompetenzen zum Tragen kamen, der wissenschaftliche Mitarbeiter also in der Rolle des pflegewissenschaftlich ausgebildeten Praktikers (Pflegeexperte) zum Einsatz kam. Diese Doppelrolle führte naturgemäß zu hohen Belastungen des Projektmitarbeiters, die durch beständige Supervision im wissenschaftlichen Team aufzufangen gesucht wurde. Für Projektdurchführung und Steuerung erwies sich diese Doppelrolle als funktional, für die Qualitätsarbeit selbst führte sie gleichwohl zu Befürchtungen einiger AG-Mitglieder vor einer Fremdbestimmung „durch Osnabrück“. Da die Arbeit mit der Stationsgebundenen Methode zuallererst aufgebaut werden musste, gab es keine Alternative zum gewählten Vorgehen, so dass die aufgetretenen Reibungsverluste in Kauf genommen werden mussten.

Der Einsatz eines pflegewissenschaftlich ausgebildeten Experten erwies sich als unerlässlich, um die anspruchsvolle Aufgabe der Moderation des Qualitätszyklus zu leisten beziehungsweise die IPB auszubilden und bei der Moderation zu supervidieren. Allerdings reichte diese Maßnahme nicht vollständig aus, um für die Arbeitsgruppen von Projektbeginn an qualifizierte Moderatoren in größerer Zahl zur Verfügung stellen zu können, da diese zunächst erst einmal ausgebildet werden mussten. Auch das ist ein Grund für den insgesamt schleppenden Projektverlauf.

Gleichwohl ist dieser Teil des Projektes erfolgreich und auch weitgehend problemlos verlaufen. Zunächst einmal hat sich bei der Vorauswahl der IPB die Suche nach engagierten Praktikern mit hoher Fachkompetenz sowie auch Englischkenntnissen per interner Bewerbung bewährt. Das Schulungskonzept, das ja vom DNQP im wesentlichen bereits entwickelt war (s. Kapitel 1.1), bewährte sich weitgehend. Empfehlenswert wäre eine gleichmäßigere Verteilung der theoretischen Schulungsanteile und der praktischen Einsätze als IPB. Das Gesamtpaket von drei Wochen Schulung, das den Teilnehmern angeboten wurde, einschließlich beispielsweise der Methoden der Datenerhebung, blieb bei ihnen nicht so ganz „hängen“. Gut angenommen hingegen wurden spezifische, angeleitete Übungen wie die zum Audit. Dieser hohe Bedarf an direkter Anleitung verweist allerdings auf eine Problemlage. Denn die Versuche, die Teilnehmer frühzeitig in eine aktive Rolle zu bringen, trafen auf eine reservierte Haltung. Die Teilnehmer fühlten sich schnell überfordert. Sie hielten das „Lernen am Modell“, also eine langandauernde Hospitation, für den besten Lernweg. Anders ausgedrückt verfügten sie aufgrund ihrer bisherigen Qualifikationen nicht über das notwendige Handlungsrepertoire, die Aufgaben der Moderation bewältigen zu können. Dieses Handlungsrepertoire beinhaltete

Kenntnisse der Methoden wissenschaftlichen Arbeitens (Literaturrecherche, Datenerhebung und -auswertung), fundierte Kenntnis der Stationsgebundenen Methode, die Fähigkeit zur Anleitung und Moderation der Praktiker sowie die Kommunikation und Kooperation mit weiteren beteiligten Instanzen (Pflegedienstleitung, ärztlicher Dienst). Idealtypischerweise sind hierfür Pflegeexperten mit einem pflegewissenschaftlichen Studium qualifiziert.

Ein erfreuliches Nebenprodukt des Projektes war, zehn Interne Projektbegleiter ausgebildet zu haben. Die Tätigkeit als IPB stellt eine Möglichkeit des „job enrichment and enlargement“ dar, wenn sie angemessen supervidiert wird. Die im Projekt gefundene Lösung eines Einsatzes von 20 % der Arbeitszeit hat sich grundsätzlich bewährt. Die IPB behalten ihre starke Verankerung in der Praxis. Die Gefahr, dass sie von Kollegen als „abgehoben“ erlebt werden, besteht nicht. Andererseits entwickeln sie sich zu verantwortlichen Pflegefachkräften weiter, die für herausgehobene Tätigkeiten in Frage kommen, so dass diese Fortbildung als Teil eines Personalentwicklungskonzeptes verstanden werden kann. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die 20 % Freistellung real gewährleistet werden, das heißt auch, dass die Stationen, auf denen die IPB als Pflegekräfte eingesetzt sind, in diesem Umfang entlastet werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die IPB zwischen unterschiedlichen Ansprüchen zerrieben werden. Hierfür gab es im Projekt deutliche Anzeichen.

Mit einem solchen Konzept des „job enrichment and enlargement“ wird eine Gefahr vermieden, die von einem 100 % Einsatz als IPB ausgeht. Für ein solch neues Berufsprofil reicht eine begrenzte Fortbildung als Grundlage nicht aus. Hier ist eine höhere Qualifikation als die angebotenen Fort- und Weiterbildungen erforderlich. Angemessen ist - wie bereits ausgeführt - ein pflegewissenschaftliches Studium oder eine ähnliche Qualifikation mit ausreichend pflegefachlicher Kompetenz.

#### **4.6.2 Die Arbeitsgruppenmitglieder und das Pflgeteam**

Die Arbeitsgruppen sind der Dreh- und Angelpunkt der Stationsgebundenen Methode. Deshalb kommt Motivation und Qualifikation der AG-Mitglieder hohe Priorität zu. Von diesen ist zunächst einmal ein hohes Maß an *eigener Qualifizierung* zu leisten. Sie müssen sich in die Methode einarbeiten und sich zugleich die Evidenzbasierung für ihr Standardthema erarbeiten, also in der Regel eine Literaturstudie durchführen. Dazu sind sie eigenständig weder in der Lage noch reichen die zeitlichen Ressourcen der Praxis für ein solches akademisches Vorgehen aus. In diesem Kontext hat die Vorlage der Evidenzbasierung mittels Expertenstandard keineswegs die Motivation der AG gemindert, diesen Standard einzuführen. In jedem Falle benötigen die AG-Mitglieder Zeit sich zu qualifizieren, da sie auch als *Multiplikatoren - und damit als Qualifizierer - ins Team hinein* wirken müssen. Sobald es um die Einführung des Standards geht, benötigen die Mitglieder im Pflgeteam ein gerütteltes Maß an Face to Face-Anleitung, da ihnen die Auseinandersetzung mit Methode und Inhalt teilweise zwar in Form von Schulungen angeboten wurde, die Umsetzung jedoch nochmals eigene Schwierigkeiten mit sich bringt. Dazu reichen die Ressourcen der AG-Mitglieder bei großen Pflegeeinheiten keineswegs aus. Bei

der Standardeinführung waren die im Projekt vorhandenen Ressourcen eindeutig zu gering.

Das bedeutet beim jetzigen Qualifikationsstand der Praxis, dass den AG-Mitglieder viel Zeit zur eigenen Entwicklung eingeräumt werden muss. Wenn dieser Prozess sich allerdings über lange Zeiträume erstreckt, wirkt dies demotivierend auf die AG und das Team, da dann sehr lange keine Ergebnisse zu sehen sind. Daher müssen umfangreiche zeitliche Ressourcen gebündelt bereitgestellt werden. Konkret bedeutet dies, dass Umfang und zeitlicher Abstand der AG-Sitzungen in Abhängigkeit vom erwartbaren Aufwand geplant werden sollten. Die Projekterfahrungen zeigen, dass bis zur Fertigstellung des Standards ganztägige Sitzungen ratsam sind, zwischen denen der Abstand auch nur so groß sein sollte, dass die „Hausaufgaben“ gemacht werden können, um den Prozess so zügig wie möglich voran zu bringen. Anschließend sind in der Regel halbtägige Sitzungen ausreichend. Bei der Standardeinführung sind nochmals zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Ein zügiges Bearbeitungstempo gilt auch für die Qualitätsmessung, mit der die häufig wenig beachtete pflegerische Arbeit sichtbar gemacht werden kann. Ergebnisorientiertes Arbeiten kann die Motivation - so die Projekterfahrung - erheblich steigern und stabilisieren.

Generell ist die Rolle der Moderatoren der Arbeitsgruppen entscheidend für den Erfolg der Stationsgebundenen Methode. Spezifisch qualifizierte Pflegeexperten sind unbedingt und auf Dauer erforderlich, um die anspruchsvolle Rolle eines Moderators und „facilitator“ auszufüllen. Dabei wird es keineswegs genügen, Pflegeexperten vereinzelt in Krankenhäusern einzustellen, wie dies zunehmend bereits geschieht. Andernorts gemachte Erfahrungen zeigen, dass Pflegeexperten sinnvollerweise in einem Team arbeiten, sich austauschen und von einer hoch qualifizierten und einschlägig promovierten Pflegewissenschaftlerin angeleitet und supervidiert werden, wie dies beispielsweise in der Abteilung für Pflegeforschung und -entwicklung des Universitätsspital Zürich geschieht (Moers/Schiemann 2000). Wenn mit innerbetrieblich fort- und weitergebildeten IPB als Moderatoren gearbeitet wird, bleibt gleichwohl ein großer Aufgabenbereich für wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexperten, da die Anleitung und Supervision der IPB sowie die Moderation des gesamten Qualitätsentwicklungsprozesses eine Daueraufgabe darstellt.

Die mangelnde Einbindung und teilweise auch mangelnde Motivation der Teams verweist auf einen größeren Problemzusammenhang, namentlich den der Personalentwicklung und -fortbildung. Es wirkte sich hemmend aus, dass das mittlere Pflegemanagement sich größtenteils nicht vertieft mit der Methode und ihren Anforderungen auseinandergesetzt hatte, so dass die notwendigen Unterstützungs- und Steuerungsleistungen häufig übersehen beziehungsweise anderen Prioritäten, wie beispielsweise der Durchsetzung von Personaleinsparungen, untergeordnet wurden. Die Erfahrungen des Projektes zeigen jedoch einen engen Zusammenhang von Qualifizierungsmaßnahmen und Qualitätsentwicklung. Daher erscheint es notwendig, die bisherige Politik der innerbetrieblichen Fortbildung zu überdenken und sowohl die Arbeit der AG-Mitglieder als auch die Einführung eines evidenzbasierten Standards als Fortbildungsmaßnahme zu sehen und die Ressourcen entsprechend neu zu verteilen. Dies ist um so mehr zu bedenken, als häufig auf die Folgenlosigkeit

allgemeiner, insbesondere externer Fortbildungsmaßnahmen hingewiesen wird. Positiv bleibt festzuhalten, dass die AG-Teilnahme und insbesondere die IPB-Ausbildung durchaus als gelungene Maßnahme der Personalentwicklung betrachtet werden kann.

#### **4.6.3 Fachliche und methodische Unterstützung der Teams und AGs**

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die AG-Mitglieder und teilweise auch die Teams großes Interesse an eigener Auseinandersetzung mit neuen Erkenntnissen hatten. Das Konzept der Evidenzbasierung als Grundlage professioneller Pflegeentwicklung ließ sich gut vermitteln. Das Bedürfnis nach Handlungssicherheit, das sich auf mehr als Routine stützen kann und damit nach Handlungsfreiräumen, die auf Begründungskompetenz beruhen, erwies sich als weit verbreitet. Die Skepsis in den Arbeitsgruppen und vor allem in den Teams bezog sich mehr auf die Realisierungschancen einer evidenzbasierten Praxis als auf das Erfordernis einer solchen Praxis selbst. Ein wesentlicher Erfolg des Projektes besteht darin, dass es gelungen ist, Praktikern die systematische Auseinandersetzung mit Fachliteratur nahe zu bringen und so einen wichtigen Schritt in Richtung evidenzbasierter Pflegepraxis zu tun (vgl. Schiemann/Büscher 2000). Dennoch ist der Wunsch nach Handlungsfreiräumen und Begründungskompetenz nicht gleichbedeutend mit der Erfüllung der Umsetzungsvoraussetzungen.

Zunächst einmal bedarf es eines Unterstützungssystems, das die Arbeit der Arbeitsgruppen sowohl steuert als auch fördert. Die Unterstützungsaktivitäten des Pflegemanagements waren insgesamt durch defensives Agieren gekennzeichnet und im Ergebnis keineswegs ausreichend. Ebenso ergebnisminimierend wirkte sich die weitgehende Abstinenz des ärztlichen Dienstes und die mangelnde Kooperationsbereitschaft auf der Ebene des Handlungsvollzugs aus. Das zeigte sich deutlich in der Arbeit der SQE-Kommission, deren Entscheidungen zuwenig weitreichend und zu wenig verbindlich waren. Zum einen hat sie die Gruppen dann zuwenig gesteuert, wenn es zu negativen Gruppendynamiken kam, in deren Folge ungeeignete Entscheidungen getroffen wurden, wie etwa bei der Wahl eines zu komplexen Themas. Zum anderen hat sie zu wenig Unterstützung geleistet, also bei auftretenden Umsetzungsschwierigkeiten, wie etwa Kooperationsproblemen mit der Medizin oder mangelnden zeitlichen Ressourcen, keine wirksame Abhilfe geschaffen oder Fortbildungsmaßnahmen in erforderlichem Umfang bereitgestellt. Andere Projekte zur Pflegeentwicklung zeigen, dass dies jedoch unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen sind (vgl. Büssing et al. 1998).

Der Bedarf an Unterstützung besteht während des gesamten Zyklus. *Methodische Unterstützung* benötigen die Arbeitsgruppen vor allem bei der Themenfindung, der Standardformulierung, der Standardeinführung sowie der Datenerhebung und Datenauswertung. Es fällt Praktikern schwer, geeignete operationalisierte Kriterien zu finden. Ebenso wenig sind sie in der Anleitung und Beratung ihrer Kollegen geschult und auch methodische Fragen wie die Entwicklung und Anwendung eines Auditinstruments stellen anspruchsvolle Aufgaben dar. Hier hat sich die Vorgabe der Struktur des Auditinstruments bewährt, die vom wissenschaftlichen Team entwickelt

und erprobt worden war (vgl. Moers/Schiemann/Fierdag 2002). Die *inhaltliche Unterstützung* fällt schwerpunktmäßig in die Phase der Standardentwicklung. Literaturrecherche und -auswertung gehören nicht zum Handlungsrepertoire der Pflegepraktiker und auch bei vorliegender Literaturanalyse, wie beim Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, bleibt ein erheblicher Bedarf an inhaltlicher Diskussion und Fortbildung bestehen.

#### 4.6.4 Verhältnis von Prozess und Ergebnis

Während im Vorgängerprojekt am Universitätsklinikum Benjamin Franklin eine deutliche Prozessorientierung vorherrschte lag das Gewicht in diesem Prozess stärker auf der Ergebnisqualität. Die relativ aufwendigen Auditmessungen wurden von den Teams überwiegend als weiterer Anreiz für Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung empfunden. Es wurde positiv erlebt, dass mit dem von den IPB's extern durchgeführten Audit die vielfach unsichtbare und unbeachtete Pflegearbeit sichtbar gemacht und damit aufgewertet wurde. Dies wird durch die Erfahrungen im bundesweiten Implementierungsprojekt zur Dekubitusprophylaxe bestätigt (Schiemann/Moers 2002, S. 97).

Für eine erfolgreiche Ergebnisorientierung ist es wesentlich, den Prozess zu straffen und den Zyklus in überschaubarer Zeit zum Ende zu bringen, wie im Falle des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe zu sehen war, um die Motivation zu halten und Qualitätsentwicklung durch die Verbreitung der Auditergebnisse im Team (auch nach Änderungsplan) sichtbar zu machen. Dazu bedarf es jedoch eines höheren Maßes an strukturellen Maßnahmen, als im Projekt realisiert werden konnte. Erforderlich ist ein Qualitätsmanagement, dass beispielsweise die Kooperation mit dem ärztlichen Bereich sicherstellt und auch die Steuerungs- und Unterstützungsfunktion für die Arbeitsgruppen im Qualitätszyklus effektiv wahrnimmt.

Andererseits sollte der Prozess nicht überfordert werden. Eine alleinige Ergebnisorientierung würde die notwendigen Lernschritte behindern und die Identifikation der AG-Mitglieder und des Teams mit der Qualitätsentwicklung mindern und eine Umsetzung der Standards hemmen. Der Gesamtzyklus ist anspruchsvoll und aufwändig, da inhaltlich Evidenzbasierung der Standards angestrebt und methodisch auf kontinuierliche Qualitätsmessung und -verbesserung abgezielt wird. Auch wenn für den ersten Zyklus gut bearbeitbare Themen gewählt werden, benötigt man dafür realistisch gesehen mindestens acht bis zwölf Monate. Konnte dieser Zeitrahmen eingehalten werden, wie bei der Expertenstandard-Einführung, ist die Motivation in der AG und auch im Team durchaus gut. Dauert der Prozess länger, wie insbesondere beim Zyklus zum Thema „Mobilisierung von Langzeitpatienten“ und „Schmerzeinschätzung“, die 21 beziehungsweise 22 Monate und 19 beziehungsweise 18 AG-Sitzungen benötigten, sinkt die Motivation deutlich und die auftretenden Schwierigkeiten, insbesondere die mangelnde Umsetzung, werden als äußerst frustrierend erlebt.

Wichtig in der AG-Arbeit ist daher, ein Gleichgewicht zwischen Prozess- und Ergebnisorientierung zu erzielen. Die Prozessorientierung muss gewahrt bleiben, um

die unerlässlichen Lernfortschritte bei den AG-Mitgliedern zu ermöglichen. Die Ergebnisorientierung muss eine zügige Bearbeitung des Zyklus sicherstellen. Idealtypischerweise ist für die Prozessorientierung die Moderation (IPB und/oder Pflegeexperte) zuständig, für die Ergebnisorientierung aber die Leitungsebene (Stations- und Abteilungsleitung sowie die SQE-Kommission). Letztendlich muss ein Konsens gefunden werden, der die betrieblichen Ziele mit den Zielen der AG-Mitglieder verbindet. Diese Balance ist in den Arbeitsgruppen auf den Projektstationen nur zum Teil gefunden worden. Die Gründe für die aufgetretenen Schwierigkeiten sind in den vorderen Berichtskapiteln bereits genannt worden: mangelnde personelle Ressourcen und mangelnde Unterstützung der Leitungsebene für die AG-Arbeit einerseits und wenig entwickelte Methodenkenntnis seitens der AG-Mitglieder sowie teilweise geringe Kenntnis und geringes Interesse bei den Teammitgliedern andererseits.

#### **4.7 Diskussion der Ergebnisse zur Projektsteuerung**

Werfen wir abschließend einen Blick auf die eingangs erwähnten fünf Kriterien für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement nach Harvey & Kitson (1996), so lässt sich festhalten:

1. Die Motivation für die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung war zum Teil groß, zum Teil gering. Die vorhandenen Lücken minderten den Erfolg der Projektbemühungen auf allen Ebenen.
2. Die Reichweite des Implementierungsprozesses war grundsätzlich angemessen, mangelhaft war seine Verbindlichkeit. Auch dies verringerte mögliche Erfolge, die in der Projektarbeit angelegt waren.
3. Die Rolle und Funktion der Implementierer und Moderatoren ist vielschichtig. Festzuhalten ist die wesentliche Rolle der Moderatoren, deren grundsätzlich positive Wirkung durch den Umstand begrenzt wurde, dass sie als Weiterbildner und als Weiterzubildende eine Doppelfunktion einnehmen mussten, und in Folge dessen die zeitlichen Ressourcen knapp waren. Die Rolle der Implementierer ist auf Seiten des Kooperationspartners Fachhochschule durch eine gewisse Zurückhaltung vor Ort und intensive Begleitung im wissenschaftlichen Team gekennzeichnet, um die Doppelrolle als Projektimplementierer und -evaluierer nicht zu gefährden. Diese Doppelrolle ist letztlich nicht funktional. Günstig wäre eine intensivere direkte Teilnahme am Prozess und eine externe Evaluation als zusätzliches Feedback. Die Implementierer auf Seiten der MHH hatten ihre Rollen klar definiert, wurden jedoch durch das teilweise mangelnde Engagement einzelner Managementebenen beziehungsweise Berufsgruppen „ausgebremst“.
4. Die Schlüssel-Zielgruppen im Prozess sind die Pflege und der ärztliche Dienst der Projektstationen sowie das Pflege- und das ärztliche Management der betreffenden Abteilungen. Die Ausrichtung auf die Zielgruppe Pflegedienst ist bis auf Ausnahmen als gelungen zu bezeichnen. Bei den anderen Zielgruppen



gibt es im Ergebnis Defizite bei der Einbindung, so dass der Schluss nahe liegt, die Motivationsbemühungen bei diesen Zielgruppen zu verstärken.

5. Die Intensität der Aktivitäten und das Feedback ist für sich gesehen als angemessen zu bezeichnen. Die Arbeitsgruppen waren allesamt sehr aktiv und sowohl durch die SQE-Kommission als auch durch die Audits wurde ausreichend Feedback gegeben. Allerdings hätte der Input an personellen und zeitlichen Ressourcen im Projektverlauf idealerweise nicht abnehmen dürfen, sondern gesteigert werden müssen, um das ehrgeizige Projektziel an durchlaufenen Zyklen zu erreichen.

Das Ergebnis ist, gemessen an den Erfolgskriterien, nur als gemischt zu bezeichnen. Hohes Engagement sowie gelungene Qualitätsansätze stehen zähen und bisweilen störrischen Widerständen auf unterschiedlichen Ebenen gegenüber. Betrachtet man die Ergebnisse der Projektvorbereitung, des Projektaufbaus und der Projektsteuerung abschließend, so lassen sich als Ergebnisse und als Verbesserungspotentiale folgende Punkte herausfiltern:

- Die *Ist-Analyse* ist unverzichtbar und wesentlich. Sie muss stärker beachtet werden und als Früh-Indikator für Steuerungsbedarf eingesetzt werden. Das gilt nicht nur für das Management, sondern auch für die wissenschaftlichen Kooperationspartner, die vor Projektbegeisterung und Interesse an der Pflegeentwicklung nicht realitätsblind werden sollten. So erscheint es erforderlich, bei Zeitverzügen frühzeitiger alarmiert zu sein, nach Gründen zu suchen und gegen zu steuern, um motivationsmindernde Effekte zu vermeiden.
- Das Engagement des *Pflegemanagements* für das Projekt war zu großen Teilen vorhanden. Wesentlich für das Gelingen des Projektes war die Rolle der Projektleitung, unterstützt vom zentralen Management als Motor des Gesamtprojektes und der jeweiligen Stationsleitungen als Motor der Arbeitsgruppen. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor war die motivierende Funktion, die sie für die Qualitätsentwicklung eingenommen haben. Immer dann, wenn das mittlere oder Teile des unteren Management diese Motor- und Motivationsfunktion nicht wahrnehmen, sich zurückhalten und sich damit faktisch als „Lähmschicht“ erweisen, wie im Projektverlauf teilweise zu beobachten war, nutzt zentrales Engagement nur bedingt, denn dessen Wirkung auf die Ebene des Handlungsvollzuges wird erheblich gedämpft und gemindert. Die Einbindung aller Managementebenen ist daher wohl als Daueraufgabe zu konzipieren. Diese Aufgabe ist auch vom Kooperationspartner Fachhochschule zu wenig beachtet worden.
- Bei der *Kooperation mit der Medizin* ist noch viel grundsätzliches Eis zu brechen. Die zarten Pflanzen der kleinen Erfolge sind hierbei um so positiver zu bewerten. Wahrscheinlich empfiehlt sich eine Doppelstrategie, sowohl die zur Qualitätsarbeit motivierten oder am jeweiligen Thema interessierten Mediziner intensiver zu suchen und einzubinden, als auch stärkere Verbindlichkeiten in der betrieblichen Linienstruktur zu schaffen.

- Das *Projektmarketing* war vorbildlich und erwies sich als wichtiger Faktor für die Akzeptanz des Projektes im Pflegedienst. Andere Berufsgruppen konnten allerdings nur punktuell erreicht werden.
- Die besondere Aufmerksamkeit bei der Auswahl der *Internen Prozessbegleiter* hat sich gelohnt. Die Ausbildung zum Moderator - im englischen Sprachgebrauch „facilitator“ genannt - kann ein Baustein der Personalentwicklung sein. Damit wird - neben der individuellen Karriereplanung - eine spürbare Bereicherung, Verbreiterung und Vertiefung des Aufgabenfeldes der Pflege erreicht.
- Die *Kooperationsstruktur* hat sich bewährt. Zu achten ist auf noch klarere Rollenbeschreibungen und kurze Kommunikationswege. Die externe Moderation hat sich als unverzichtbares Hilfsmittel zur Schaffung funktionaler Kooperationsstrukturen erwiesen.
- Die *SQE-Kommission* ist als Instrument unerlässlich. Ihre Doppelfunktion der Erteilung von Arbeitsaufträgen und der Unterstützung der Projektbeteiligten ist wesentlich für das Gelingen der Qualitätsentwicklung. Hier gilt es, den verpflichtenden Charakter der Beschlüsse zu stärken.
- Die Entwicklung eines *betriebsweiten Qualitätsmanagements* steht noch am Anfang. Wenn nachhaltige Qualitätsverbesserungen erzielt werden sollen, kann es nicht nur um Erfüllung gesetzlicher Vorgaben gehen, vielmehr müssen bereits erreichte Erfolge des Pflegedienstes genutzt werden, um Interdisziplinarität zu fördern und zugleich den Pflegedienst weiter zu entwickeln. Der Pflegedienst hat sich zwar im Bereich der Qualität im Vergleich zur Medizin einen Vorsprung erarbeitet, zugleich jedoch ist die Professionalisierung der Pflege im internationalen Maßstab gesehen noch ganz am Anfang und es bedarf weiterer Anstrengungen, um die Pflege zu einer langfristig attraktiven und qualifizierten Tätigkeit zu machen. Qualifiziertes Personal ist eine entscheidende Voraussetzung für jede Qualitätsentwicklung. Auch die für die Qualifizierung notwendigen Personalressourcen müssen langfristig bereit gestellt werden. Hier steht das gesamtbetriebliche Management vor erheblichen Aufgaben.
- Insgesamt zeigen sich im *Problembereich „Qualifizierung“* deutliche Hinweise auf einen erheblichen Bedarf an Input, um die Entwicklung der Pflegepraxis voranzutreiben. Notwendig ist ein Pflegemanagement, das die Inhalte der Pflegeentwicklung beurteilen und fördern kann, eine innerbetriebliche Qualifikationsstruktur (Pflegewissenschaftler und Pflegeexperten) und Qualifizierung vor Ort (themen- und umsetzungsgebundene Fortbildung). Dies alles sollte eingebunden sein in ein Konzept der Personalentwicklung.
- Der *Unterstützungsbedarf im Zyklus* selbst ist komplex. Zunächst einmal werden die entsprechenden Handlungsfreiräume benötigt. Darüber hinaus zeigt es sich jedoch, dass sowohl in den Teams als auch in den Arbeitsgruppen ein hoher Bedarf an fachlicher Unterstützung besteht. Dies

bezieht sich sowohl auf Wissensaspekte als auch auf pflegepraktische Handlungskompetenz. Das erforderliche Wissen ist nicht allein faktischer Natur, vielmehr muss im Rahmen der Standardentwicklung das erwünschte Pflegehandeln konzeptualisiert werden, also ein Praxiskonzept erstellt werden, dass dem Ziel und den Kriterien des Standards zugrunde liegt. Der inhaltliche Aspekt ist in der bisherigen Qualitätsdiskussion zu wenig beachtet worden, vielmehr wurde stets der Moderationsaspekt („facilitator“) und damit die methodische Seite betont. Der methodische Unterstützungsbedarf kommt zum inhaltlichen hinzu. Das bedeutet einen größeren Bedarf an Unterstützung und zeitlichen Ressourcen für Arbeitsgruppen und Teams, es bedeutet jedoch auch eine höhere Komplexität der Anleitungs-, Unterstützungs- und Moderationsarbeit für die Pflegeexperten und somit höhere Anforderungen an deren Qualifikation.

- Der Anspruch der *Evidenzbasierung* und der *Messbarkeit der Ergebnisse* wurde von den meisten Arbeitsgruppen-Mitgliedern begrüßt. Allerdings wurde im Projekt deutlich, dass die Praktiker nicht nur methodische Unterstützung (Moderation) benötigten, sondern auch erhebliche inhaltliche Qualifizierung. Damit verschiebt sich das Verhältnis von „bottom up“ und „top down“ in Richtung einer gewissen Federführung durch Pflegeexperten, denn beispielsweise hängt die Auswahl eines geeigneten Themas nicht nur von methodischen, sondern auch von fachlichen Erwägungen ab, beispielsweise ob genügend wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Auch ist die Formulierung von Kriterien nicht frei, sondern unterliegt dem Anspruch der Operationalisierung und damit Messbarkeit der Kriterien. Diese Gewichtsverschiebung in der Stationsgebundenen Methode ist einerseits dem mit der Forderung nach Evidenzbasierung gestiegenen Anspruch an diese Methode der Standardentwicklung, andererseits aber auch dem geringen Entwicklungsstand der deutschen Pflegepraxis insgesamt geschuldet. Zugleich bedeutet sie eine große Herausforderung für die Einbeziehung, Qualifizierung und Motivierung der Praktiker, die nur bei angemessener Kompetenz der Pflegeexperten und der Schaffung eines Unterstützungssystems für AG und Team zu realisieren ist.

## **5 Zur Weiterentwicklung der Methode**

### **5.1 Die zukünftige Bedeutung der Methode**

Der Wert der Methode für die Qualitätsentwicklung in der Pflege kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Dies begründet sich in ihrer Funktion als Motor für die inhaltliche Pflegeentwicklung, die ihr zusätzlich zur Funktion der Qualitätsentwicklung und -sicherung innewohnt. Zugleich wird damit deutlich, dass sie nicht als Insellösung eingeführt werden kann. Vielmehr muss sich das gesamtbetriebliche und das Pflegemanagement in der Frage der Qualitätsentwicklung der Pflege vereinheitlichen: interdisziplinäre Kooperationen, pflegewissenschaftliche Expertise, zeitliche und materielle Ressourcen, Fortbildungs- und Personalentwicklungskonzepte, Handlungsabläufe auf den Stationen und deren fortlaufende Evaluierung und Entwicklung müssen in einen Gesamtprozess eingehen und verstetigt werden.

Aufgrund der vorherigen (vgl. Dahlgaard/Schiemann 1996, S. 33 ff.) und der aktuellen Projekterfahrungen sowie der aktuellen Qualitätsdiskussion lassen sich einige Schlussfolgerungen zu den Rahmenbedingungen der Methode und zu den Schritten des Qualitätszyklus selbst ziehen, die abschließend diskutiert und in Form von Empfehlungen zusammengefasst werden.

### **5.2 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Einführung der Methode**

Ein wesentliches Projektziel war, weitgehend ohne projektbedingte Zusatzressourcen die Stationsgebundene und Evidenzbasierte Methode einzuführen, um ihre Tauglichkeit und Wirksamkeit unter Normalbedingungen zu erproben. Der Ressourcenaufwand für diese Methode ist insgesamt groß. Sinnvoll ist er nur, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Diese Bedingungen konnten im vorliegenden Projekt nur teilweise geschaffen werden. Da es im Projekt sowohl fördernde als auch hemmende Bedingungen gab, ist das Ergebnis gemischt. Zu den Ressourcen gehörte das wissenschaftliche Team und die Ausbildung der IPB. Günstige Rahmenbedingungen waren die funktionale Projektaufbaustruktur einschließlich der SQE-Kommission und die zu Beginn des Projektzeitraumes vorhandenen zeitlichen Ressourcen sowie die überwiegend hohe Motivation der Arbeitsgruppen und auch der Teams. Hemmende Faktoren waren mangelndes betriebsweites Qualitätsmanagement, mangelnde Kooperation der Medizin, fehlende Übernahme der Führungsaufgaben durch das Pflegemanagement, Personalabbau auf den Projektstationen, zu Beginn geringe Vertrautheit der AG-Mitglieder mit der Methode, mäßige Auseinandersetzung des Pflegepersonals der Stationen mit der Methode und den fachlichen Inhalten, mangelnde Verbindlichkeit für die Anwendung der Standards sowie mangelnde Unterstützung bei deren Einführung. Hauptergebnis dieser Gemengelage ist, dass zwar die Entwicklung, Einführung und Evaluierung von evidenzbasierten Praxisstandards auf hohem Niveau gelungen ist, eine Verstetigung des Projektes hingegen nicht erreicht werden konnte.

Für die Einführung der Methode unter den Qualifikations- und Arbeitsbedingungen der deutschen Pflegepraxis erscheinen folgende Punkte unerlässlich:

- Schaffung eines betriebsweiten Qualitätsmanagement-Systems, mindestens aber die ausdrückliche gesamtbetriebliche Unterstützung des Projekts
- Sicherung der aktiven Kooperation mit dem medizinischen Dienst
- Fachliche, methodische und leitungsbezogene Einbindung des Pflegemanagements auf allen Ebenen
- Bildung eines verbindlich arbeitenden Unterstützungs- und Supervisionssystems für die Arbeitsgruppen und die Stationsteams (hier: SQE-Kommission)
- Erfahrene und gut qualifizierte Moderatoren (IPB und/oder Pflegeexperten) unter pflegewissenschaftlicher Leitung
- Zeitliche Ressourcen für die Moderatoren und Arbeitsgruppen auf den Stationen
- Zeitliche Ressourcen, methodische und fachliche Schulung und Anleitung für das gesamte Team einer Station während des gesamten Qualitätszyklus, insbesondere aber während der Einführungsphase von Standards.

Die dezentrale Methode verlangt eine intensive Einbeziehung des Teams. Daher ist zu Beginn der Qualitätsarbeit eine Schulung des Teams über die Arbeitsweise der Methode und ihre Einbindung in das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung erforderlich. Erst auf einem grundlegenden Wissenstand hat das Team die Möglichkeit, die Methode erfolgreich anzuwenden.

Die Arbeitsgruppen sind die Motoren der Qualitätsarbeit auf den Stationen, zumal bei angespannter Belastungssituation des Teams. Daher ist eine Teilnehmerauswahl wichtig, die Motivation, kritische Reflektion und Handlungskompetenz zusammenführt. Deshalb gehört die Stationsleitung in die AG, zumindest aber eine explizit autorisierte Stellvertretung, die zum Beispiel auch Dienstplankompetenz hat. Ebenso gehören die Teammitglieder mit hoher fachlicher Kompetenz und hoher Motivation zur Pflegeentwicklung in die AG. Die Größe sollte zwischen drei und fünf Teilnehmern liegen. Angesichts der komplexen Aufgaben der Arbeitsgruppen sollte mit längerfristig kontinuierlicher Besetzung gearbeitet werden. Es erscheint nicht sinnvoll, für jeden Zyklus eine komplett neue Gruppe zu wählen, da beim bisherigen Qualifikationsstand des Pflegepersonals die Reibungs- und Zeitverluste erheblich wären, ein teilweiser Austausch ist allerdings erforderlich, damit sich im Team eine breite Methodenkompetenz entwickeln kann.

Eine Daueraufgabe der AG ist der kontinuierliche Transfer der AG-Ergebnisse in das Team und die Evaluation des Feedback aus dem Team. Als Moderatoren eignen sich idealtypisch Pflegeexperten mit einem pflegewissenschaftlichen Studium. Werden intern fortgebildete IPB eingesetzt, bedarf es der Supervision durch erfahrene Pflegeexperten. Darüber hinaus wird ein fachliches und methodisches Unterstützungssystem benötigt, wie es beispielsweise ein Pflegeentwicklungszentrum unter Leitung eines hochqualifizierten pflegewissenschaftlers sein kann. Pflegeexperten als Einzelkämpfer in einer Einrichtung reichen nicht aus.

### 5.3 Die Modifizierung des Qualitätszyklus

Ein Qualitätszyklus sollte in einem Zeitraum von sechs bis acht, maximal zwölf Monaten abgeschlossen sein. Im folgenden werden die dazu notwendigen Schritte des Zyklus in ihrer veränderten und im Projekt teilweise bereits erprobten Form skizziert.

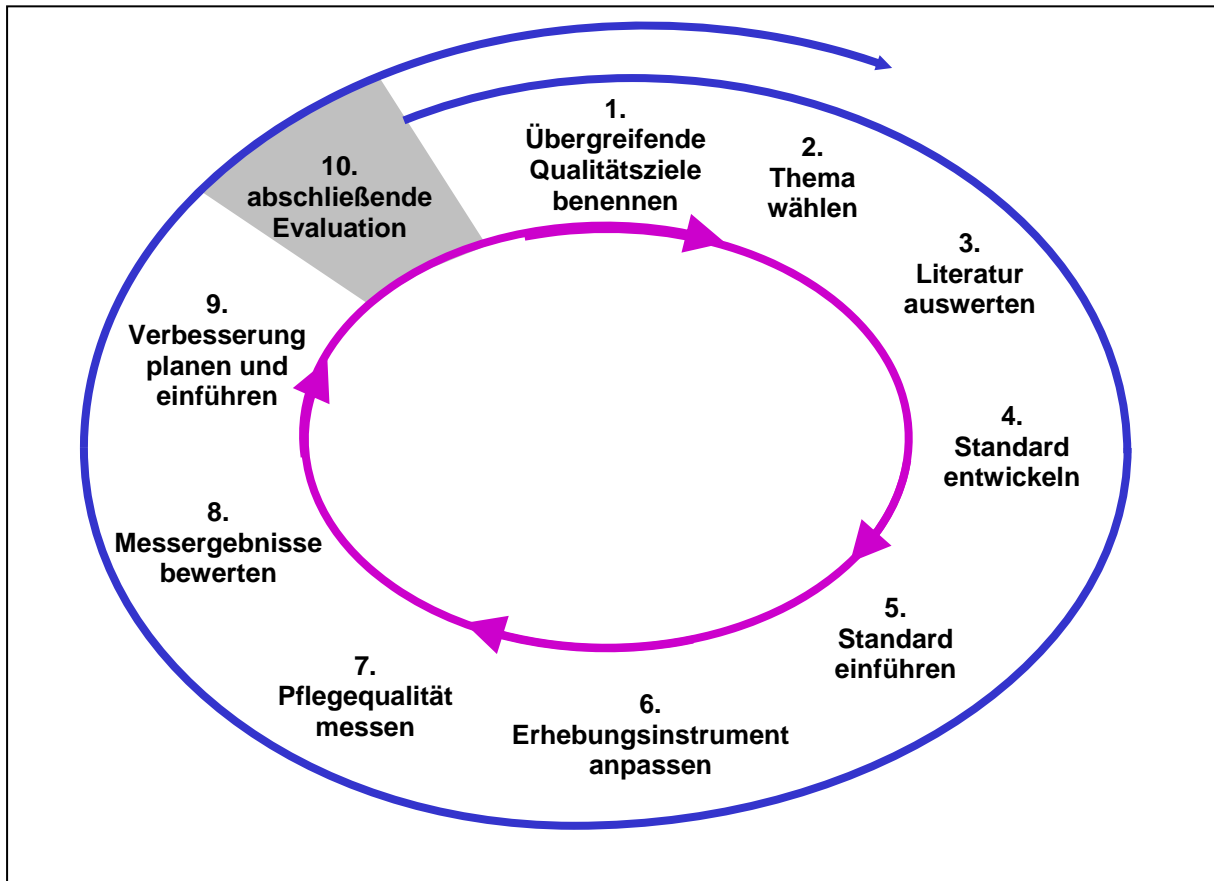


Abbildung 27: Modifizierter Qualitätszyklus

#### 1. Schritt: Übergreifende Qualitätsziele benennen

Ziel dieses Schrittes ist die Ausrichtung der dezentralen Qualitätsarbeit an bereits vorhandenen Betriebs- und Pflegeleitbildern im Rahmen des Qualitätsmanagement-Programms der Gesundheitseinrichtung. Grundsätzlich geht es bei den *übergreifenden Qualitätszielen* um die Orientierung an Bedarf und Bedürfnissen des Patienten. Je nach Zielgruppen können unterschiedliche Differenzierungen gewählt werden. So hat die Fachgesellschaft für pädiatrische Pflege des Royal College of Nursing „Familienzentrierte Pflege“, „Individuelle Pflege“, „Sicherheit“ und „Kontinuität der Pflege“ (Royal College of Nursing 1999) als übergreifende Qualitätsziele gewählt, um dem besonderen Bedarf von Kindern und ihren Eltern Rechnung zu tragen. Im Bereich des Umgangs mit dementierenden alten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beispielsweise könnte die „Schaffung einer vertrauten

Umgebung“ (Bosch 1998) vorrangiges Qualitätsziel sein und bei chronisch Kranken könnte die „Eigenständige Lebensgestaltung“ (Grypdonck 2000) im Vordergrund stehen.

Die Erfahrung zeigt, dass eine Diskussion über die übergreifenden Qualitätsziele - und in diesem Kontext auch über die pflegerischen Werte der AG-Mitglieder - als Fundament für weitere Qualitätsdiskussion im Rahmen der Standardentwicklung (4. Schritt des Qualitätszyklus) sehr sinnvoll sein kann. Wird sie ungesteuert geführt, kann sie jedoch sehr zeitaufwändig und kontraproduktiv sein. Daher empfiehlt es sich, diese Diskussion möglichst konkret an einer Patientengruppe oder einem spezifischen Thema zu führen. Pflegeteams, deren Mitglieder beispielsweise an der Entwicklung eines Leitbildes oder eines spezifischen Praxiskonzeptes beteiligt waren, tun sich mit der Benennung übergreifender Qualitätsziele deutlich leichter. Wenn es gelingt, eine weitgehende Übereinstimmung über das anzustrebende Qualitätsniveau der Pflege im Team zu erreichen, ist damit eine wichtige Voraussetzung für die Formulierung konkreter Qualitätskriterien und die Akzeptanz der Standards geschaffen.

## **2. Schritt: Thema wählen**

Hier gilt es, zwei Ziele zu verbinden. Zum einen muss die Standardentwicklung ein drängendes und relevantes Qualitätsproblem betreffen, zum anderen muss das Team konstitutiv in die Themenwahl einbezogen werden. Zur Klärung der Relevanz des Problems ist vorweg eine gründliche Ist-Analyse der Arbeitsprozesse und -ergebnisse notwendig, um das vorliegende Qualitätsrisiko in seinen Ausprägungen (dazu gehört auch die Häufigkeit) konkret benennen zu können. Hierzu eignen sich Dokumentenanalysen sowie Patienten- und Personalbefragungen. Nach Klärung der Relevanz ist zu prüfen, ob ein benanntes Problem nicht auch mit weniger aufwändigen Maßnahmen als die Entwicklung und Implementierung eines Pflegestandards zu beheben ist (Handlungsrichtlinie, Fortbildung, Konfliktgespräch oder ähnliches). Dann ist darauf zu achten, dass zu seiner Bearbeitung ein ausreichendes Maß an evidenzbasiertem Wissen (Literatur, Expertenstandards, bereits entwickelte Praxisstandards) vorliegt. Weiterhin muss das Thema von seinem Schwierigkeitsgrad im vorgesehenen Zeitraum von sechs bis acht Monaten bearbeitbar sein. Das heißt, dass eine unerfahrene AG mit einem einfachen Thema und überschaubarem Thema beginnen sollte. Und schließlich muss das Thema inhaltlich ergiebig sein. Dazu gehören interaktionsreiche Handlungen mit Patienten und Angehörigen, von denen eine Ausstrahlung auf andere Bereiche erwartet werden kann.

Die Entscheidung über die Eignung des Themas muss seitens der Moderation und des Pflegemanagements beziehungsweise einer SQE-Kommission gesteuert werden, da ansonsten die Ergebnisse der AG-Arbeit minimiert werden. Zugleich sollte jedoch von Anfang an auf die Teameinbindung geachtet werden. Daher empfiehlt es sich, die Themenwahl im Team und nicht nur in der AG vorzunehmen. Die Sichtweise der Pflegedienstmitarbeiter ist ernst zu nehmen, sie muss freilich mit den Kriterien für die Themenwahl in Übereinstimmung gebracht werden. Ein weiteres

Steuerungsproblem ist an dieser Stelle zu bewältigen: es ist ohne Literaturrecherche kaum abzuschätzen, ob für ein frei bestimmtes Qualitätsthema genügend gesicherte Erkenntnisse vorliegen, die eine evidenzbasierte Standardentwicklung ermöglichen. Daher ist hier eine gewisse Federführung der Moderation, die sich ihrerseits möglichst auf eine Abteilung zur Pflegeforschung und -entwicklung stützen kann, notwendig.

Als Vorgehensweise empfiehlt sich die Sammlung von Themenvorschlägen im Team, ihre Bearbeitung nach den Auswahlkriterien in der AG, die Rückmeldung ans Team mit einer gewichteten Vorschlagsliste und einer möglichst gemeinsamen Entscheidung zu einem Thema. Gelingt dieser Konsens, so ist eine gute Grundlage für die Akzeptanz der weiteren Zyklusschritte geschaffen.

### **3. Schritt: Literatur auswerten**

Literaturarbeit ist für evidenzbasierte Standards unerlässlich, allerdings gehört dies nicht zum Handlungsrepertoire von Pflegepraktikern. Hier ist inhaltlich klare Anleitung wichtig. Optimal ist eine vorbereitete Literaturrecherche, die punktuell ergänzt wird und dann gelesen sowie diskutiert werden kann. Expertenstandards bieten exzellente Vorlagen inklusive der Literatur, sonst sollte man „best-practice“ Standards suchen und als Vorlage nehmen. Um die Inhalte der notwendigen Literaturarbeit genauer bestimmen zu können, empfiehlt sich eine Problemanalyse des Themas. Die Analyse führt zu thematischen Kategorien, die dann weiter bearbeitet werden können, zum Beispiel der Einschätzung eines Risikos oder Zustandes anhand von standardisierten Instrumenten.

Für die Literaturarbeit ist zunächst einmal die Literaturrecherche, also die Nutzung von Bibliotheken und aktuellen Datenbanken einzuüben. Ebenso ist in die Grundlagen wissenschaftlicher Literaturarbeit einzuführen, also in das kritische Lesen von Texten im Lichte einer spezifischen Fragestellung sowie die Erstellung eines themenbezogenen Literaturüberblicks. Eine Kombination von arbeitsteiligem Vorgehen („Hausaufgaben“) und Auswertung der Ergebnisse in der Arbeitsgruppe empfiehlt sich. Dazu bedarf es einer gezielten Qualifizierung durch die Moderation der Arbeitsgruppe.

Die literaturgestützte Arbeit zur Evidenzbasierung von Praxisstandards stellt darüber hinaus eine fachliche Fortbildung neuen Typs dar. Ihre Ergebnisse beschränken sich nicht auf die AG-Mitglieder, sondern erfassen spätestens mit der Einführung des entwickelten Standards das gesamte Team.

### **4. Schritt: Standard entwickeln**

Jeder Standard beginnt mit einer allgemeinen Zielformulierung und der Benennung der Zielgruppe, dem Standardstatement oder der Standardaussage. Dem folgt eine summarische Begründung für diese Aussage. Die Problemanalyse und Literaturauswertung sollten genügend Anhaltspunkte hervorgebracht haben, Ziel und Niveau



pflegerischer Handlungen festzulegen. Gleichwohl erfordert die Formulierung des Standardstatements eine vereinheitlichende Diskussion in der AG und ihren Transfer in das Team.

Nunmehr ist das Standardstatement zu operationalisieren, das heißt es sind messbare Kriterien zu entwickeln, die die Erreichung der Standardaussage in Einzelschritte zerlegen. Dazu hat es sich bewährt, aus der Literaturrecherche heraus inhaltliche Kategorien zu bilden. Jede dieser Kategorien bildet eine Kriterienebene, die sich aus Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zusammensetzt. Strukturkriterien beziehen sich auf die notwendigen personellen, qualifikatorischen, materiellen und organisatorischen Ressourcen zur Erreichung der Qualitätsziele. Prozesskriterien sind auf die wünschenswerte Durchführung erforderlicher Pflegehandlungen gerichtet, zum Beispiel in welcher Weise der Pflegebedarf zu erfassen ist, also welche Einschätzungsskala zu benutzen ist oder ähnliches. Ergebniskriterien beschreiben die Wirkung der pflegerischen Intervention im Hinblick auf das Gesundheitsbefinden, -wissen und -verhalten des Patienten und/oder seiner Angehörigen. Nicht jedes Ergebniskriterium gibt das Gesamtergebnis wider; zum Beispiel „aktuelle Risikoeinschätzung liegt vor“ beschränkt sich auf den definierten Teilbereich der Kriterienebene. Jedoch muss entweder die Kombination der Ergebniskriterien oder ein abschließend evaluierendes Ergebniskriterium die Standardaussage erfassen.

Kategorien und Kriterien bilden also eine Matrix, bei der jeder Kategorie ein Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterium zugeordnet ist. Schematisch stellt sich dies wie folgt dar (vgl. DNQP 2002):

Kategorie/Kriterienart	Struktur	Prozess	Ergebnis
„Risikoeinschätzung zu Problem x“	Kompetenz, Skala liegt vor	Einschätzung mittels Skala	Aktuelle Risikoeinschätzung liegt vor
Anleitung von Patient/Angehörigen x	...	...	

Bei der Auswahl und der Reihenfolge der Kategorien und damit der Kriterienebenen empfiehlt sich ein Vorgehen nach den Schritten der Handlungssteuerung, wie sie beispielsweise in der Pflegeprozessmethode angewandt wird (Problemeinschätzung, Maßnahmenplanung, -durchführung und Evaluation).

Als nächstes erfolgt eine Überprüfung der Kriterien anhand der sogenannten DREAM-Kriterien (Morell & Harvey 1999)

- D** = distinct (trennscharf): das Kriterium beinhaltet nicht etwas, das auch in einem anderen Kriterium enthalten ist
- R** = relevant: (wesentlich): das Kriterium ist entscheidend für das Erreichen des Standardziels
- E** = evidence based (evidenzgestützt) das Kriterium beruht auf Quellen, die als Nachweis akzeptabel sind (Forschung oder Expertenmeinung)
- A** = achievable (erreichbar): das Kriterium ist bei den gegebenen Ressourcen realistisch
- M** = measureable (messbar): das Kriterium kann objektiv gemessen werden.

Die eigene Bearbeitung ist für die AG-Mitglieder wichtig, um sich mit einem Standard zu identifizieren. Andererseits sind methodisches Durcharbeiten der Standardthemen auf der Kriterienebene anspruchsvoll und redaktionelle Formulierungsarbeiten in der Gesamtgruppe zeitaufwändig. Dieses Spannungsverhältnis kann nur durch Moderation gelöst werden. Dabei sollten vom Moderator einerseits Formulierungsvorschläge gemacht werden, andererseits aber Diskussionen und Entscheidungen in der AG gemeinsam getroffen werden. Auch hier ist letztendlich von einer gewissen Federführung des Moderators auszugehen.

Abschließend muss der Standard von der Leitungsebene/SQE-Kommission bestätigt werden.

### **5. Schritt: Standard einführen**

Wesentlich für die Einführung des Standards ist zunächst einmal die klare Leitungsentscheidung auf Stations- und Abteilungsebene zur verbindlichen Einführung des Standards in die Praxis der Station. Dies muss mit Motivation, aber auch Anordnungs-kompetenz, Nachhaltigkeit und den notwendigen Unterstützungsmaßnahmen realisiert werden. Das heißt, dass die Entscheidung zur Einführung und der Zeitpunkt mit dem Team umfassend kommuniziert und diskutiert wird.

Als nächstes sind die Teammitglieder in den neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Erreichung des angestrebten Qualitätsniveaus festgelegt wurde, zu schulen und anzuleiten. Die Bedeutung der Anleitung und Schulung der Praktiker bei der Einführung eines Standards kann nicht genug betont werden. Zum einen sollten die AG-Mitglieder an dieser Aufgabe beteiligt sein und zum Beispiel Kollegen die Anwendung einer Skala zeigen können. Zum anderen müssen pädagogisch geschulte und fachkompetente Personalressourcen deutlich mehr zum Einsatz kommen, als das bislang üblich ist. Schulung und Anleitung vor Ort sind hier das Fortbildungsmittel der Wahl. Die AG-Mitglieder haben zwar eine Multiplikatorenfunktion, sie können aber weder die Leitungs- noch die Fortbildungsfunktion ersetzen, ohne überfordert zu werden.

Für die Teammitglieder muss klar sein: Zum einen haben sie sich in einem aufwändigen Prozess auf ein hohes Qualitätsniveau verpflichtet, zum anderen stehen ihnen Begleitung und Anleitung in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Der Einführungsprozess eines Standards sollte für den Zeitraum der Einführung das Hauptthema der Stationsbesprechungen mit Vorstellung des Standards sein. Der Standard und der Einführungsprozess sollten für die Teammitglieder visualisiert werden (Plakate) und Gelegenheit zur Rückmeldung gegeben werden (Besprechungen, Wandzeitung und so weiter).

### **6. Schritt: Auditinstrument anpassen**

Ein standardisiertes Auditinstrument ist für Qualitätsnachweise außerordentlich wichtig. Im Projekt wurde eine Grundstruktur für Auditinstrumente entwickelt und erprobt (Moers/Schiemann/Fierdag 2002), die für jeden Praxisstandard angepasst werden kann. Nach dem Vorbild dieses Expertenstandard-Audits soll möglichst pro Kriterienebene eine Messung vorgenommen werden. Dabei sind die drei möglichen Quellen (Dokumentation, Patient/Angehörige, Pflegefachkraft) zu nutzen. Für die Erreichung des Standardziels ist unbedingt die Aussage des Patienten/Angehörigen und/oder je nach Thema die Einschätzung seiner Situation einzubeziehen, zum Beispiel ob ein Dekubitalulcus vorliegt oder nicht. Die Beherrschung der Standardkriterien durch die Mitarbeiter ist in einem extra Fragebogen zu erheben. Auch hier ist seitens des Moderators ein Vorschlag zu machen, der mit der AG diskutiert und gemeinsam entschieden wird. Dadurch werden etwaige Kontrollängste minimiert und zugleich ein erster Pretest vorweg genommen, da die AG-Mitglieder die erhebungspraktischen Probleme (und deren Lösungsmöglichkeiten) besser einschätzen können als der stationsexterne Moderator.

### **7. Schritt: Pflegequalität messen**

Zunächst ist ein Erhebungszeitraum und die Zahl der zu auditierenden Patienten festzulegen. 40 Patienten in vier Wochen können dabei als Richtgröße gelten, die jedoch je nach Zielgruppe und Thema variabel ist. Eine externe Messung durch einen IPB mit Messerfahrung ist zu empfehlen, um den erheblichen Zeitaufwand zu reduzieren. Auch wird durch einen externen Auditor Betriebsblindheit beziehungsweise Beeinflussung weitgehend vermieden. Das Audit ist dabei als Aufwertung der pflegerischen Arbeit - und nicht als Kontrolle - zu gestalten und zu kommunizieren. Die Ergebnisse der Kriterienerfüllung sollen die Pflegeeinheit insgesamt darstellen und keineswegs auf einzelne Mitarbeiter zurückzuführen sein.

Das konkrete Vorgehen sieht dabei so aus, dass zunächst einmal alle Patientenakten der Pflegeeinheit vom Auditor eingesehen werden. Die Patientenakten ohne Standardanwendung werden beiseite gelegt. Bei den anderen werden zunächst die Auditfragen ausgefüllt, bei denen die Dokumentation als Datenquelle dient. Im nächsten Schritt sollte - am besten zusammen mit der verantwortlichen Pflegekraft - der Patient/Angehörige aufgesucht und befragt werden.

Abschließend sollte die verantwortliche Pflegekraft befragt werden, wobei auch offen gebliebene Fragen (zum Beispiel Lücken in der Dokumentation) erörtert werden können. Bei dem nächsten Besuch des Auditors auf der Station werden die neu aufgenommenen Patienten auf die gleiche Weise auditiert. Dieser Vorgang wiederholt sich, bis die vereinbarte Patientenzahl erreicht oder der Auditzeitraum abgelaufen ist.

Die Kompetenz des Pflegepersonals muss nicht patientenbezogen erhoben werden, hier kann einmalig das gesamte Team befragt werden. Zur Sicherung der Anonymität hat sich eine „Wahlurne“ auf der Pflegeeinheit bewährt, die vom Auditor dort aufgestellt und nach einem vereinbarten Zeitraum wieder abgeholt wird.

### **8. Schritt: Messergebnisse bewerten**

Die ausgewerteten Ergebnisse werden pro Kriterienebene mit einem prozentualen Zielerreichungsgrad ausgewertet. Bei der Auswertung ist zu überprüfen, ob es methodische Mängel gab beziehungsweise ob es zu erhebungspraktischen Problemen kam. Ein Hinweis darauf sind beispielsweise hohe Zahlen von Patienten, bei denen einzelne Standardkriterien nicht anwendbar waren. So würde es auffallen, wenn ein Drittel oder die Hälfte der Patienten oder ihre Angehörigen nicht selbst befragt werden könnten.

Bei der Bewertung der Messergebnisse ist die AG gefordert. Sie muss Verantwortung dabei übernehmen, welcher Zielerreichungsgrad angestrebt wird. Dieser ist variabel und hängt von der Qualifikation, den Ressourcen und der Schwere der Krankheitsbilder beziehungsweise des Zustandes der Patienten ab. Beispielsweise könnte das Ergebniskriterium „Patienten sind postoperativ schmerzfrei“ zu 100 %, mindestens aber zu 95 % angestrebt werden, wenn aus der Literatur bekannt ist, dass diese Schmerzform gut beeinflussbar ist. Ein anderes Beispiel ist die Prophylaxe von nosokomialen Infekten. Diese wird zwar 100-prozentig angestrebt, aber ein gewisser Prozentsatz an Infekten wird in der Literatur immer wieder beschrieben. Überschreitet die Zahl der vorgefundenen Infektionen nicht das Maß der in der Literatur angegebenen Fälle, ist es legitim, mit einer solchen Kriterienerfüllung zufrieden zu sein. Ebenso steht es mit Interventionen zum emotionalen Befinden von Patienten wie etwa Angstabbau vor Operationen. Die Erfolgsquote bei Kriterien zur Interaktionsqualität wird generell wohl kaum 100 % betragen können. Höheren Zielen als denen aus der Literatur bekannten kann man sich gleichwohl stellen, deutliche Abweichungen von aus der Literatur bekannten Werten nach unten sind hingegen in jedem Falle begründungspflichtig.

Gemeinsam mit Stations- und Abteilungsleitung einerseits und dem Team andererseits sollte dann das angestrebte Qualitätsniveau festgelegt werden. Wichtig ist dabei, motivationsfördernd zu wirken, also nicht den Kontrollaspekt zu betonen, sondern die Darstellung professioneller pflegerischer Leistung als Selbstkontrolle anzustreben.

Die Auditergebnisse sind in geeigneter Form allen Teammitgliedern zu Verfügung zu stellen. Ebenso müssen die Diskussionsergebnisse zur Bewertung der Ergebnisse mittransportiert werden.

### **9. Schritt: Änderungen planen und einführen**

Ist das angestrebte Qualitätsniveau festgelegt, dann werden alle Kriterien, die unter dem Soll-Ergebnis liegen, überprüft. Dabei werden die Handlungsabläufe daraufhin untersucht, welche Ursachen für die Minderleistung in Frage kommen. Die Feststellung der Ursachen ist die Grundlage für den Änderungsplan. Dieser kann organisatorische Maßnahmen, materielle oder personelle Ressourcen oder auch weitere Fortbildungsmaßnahmen beinhalten.

Auch der Änderungsplan muss - wie die Standardeinführung selbst - für alle Mitglieder des Pflorgeteams verbindlich sein. Daher kann er nicht von der AG allein verantwortet und realisiert werden, vielmehr bedarf es erneut einer gemeinsamen Entscheidung von AG und Managementebene, die im konkreten Vorgehen vom Moderator (IPB, Pflegexperte) herbeigeführt wird. Dann erst können, mit den dazu notwendigen Ressourcen, Abläufe geändert und/oder Kompetenzen der Mitarbeiter erhöht werden. Auch hier gilt es wieder, durch umfassende Information das gesamte Team einzubeziehen, für den Änderungsplan zu motivieren und auf ihn zu verpflichten.

### **10. Schritt: Abschließende Evaluation**

Hier genügt es, die problematischen Kriterienebenen erneut zu messen. Gegebenenfalls kann bei dieser Wiederholungsmessung die Stichprobe auch auf 20 Patienten verkleinert werden, um den Aufwand überschaubar zu halten. Danach findet eine abschließende Bewertung des erreichten Qualitätsniveaus statt.

Fällt das Ergebnis bei einigen - hoffentlich wenigen - Kriterien wiederum nicht zur Zufriedenheit aus, ist für die betreffenden Kriterien erneut eine Analyse durchzuführen und ein Änderungsplan aufzustellen. Dabei sollte die Erreichbarkeit des Kriterium nochmals genau überprüft werden, um keine Frustration bei den Teammitglieder hervorzurufen. Eine Senkung des Niveaus darf natürlich keinesfalls hinter fachlich anerkannte Mindeststandards (zum Beispiel „sichere Pflege“; Exchaquet/ Züblin 1975) zurückfallen.

Bei einem positiven Ergebnis der Evaluation gilt der Standard als erreicht, das heißt es besteht eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Soll- und Ist-Qualität. An diesem Punkt ist die angestrebte Qualitätsverbesserung erreicht. Der Standard selbst muss in festgelegten Abständen auf seine Aktualität überprüft werden. Eine Wiederholung des Audits sollte ebenfalls in festgelegten Abständen stattfinden, eventuell auch mit einer kleineren Stichprobe und zu einzelnen Kriterien.

Mit der Absolvierung des zehnten Schrittes ist der Zyklus beendet und die AG kann sich einem weiteren Thema zuwenden. Die erfolgreiche Beendigung eines Zyklus sollte jedoch nicht sang- und klanglos vonstatten gehen, sondern in geeigneter Form, unterstützt durch das Management und die SQE, gewürdigt werden.

Langfristig erscheint es sinnvoll, zusätzlich zu stationsexternen Audits eine kontinuierliche Selbstdokumentation von zentralen Messdaten einzuführen. So könnten Dekubitusraten oder auftretende Versorgungsdefizite bei Entlassung erfasst und damit wertvolle epidemiologische Qualitätsdaten für die Einrichtung generiert werden. In einem weiteren Schritt kann, insbesondere im Rahmen von Expertenstandards, über regionales oder nationales „benchmarking“ nachgedacht werden.

## 6 Literatur

- Antrag an die Arbeitsgruppe Innovative Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen zur Einrichtung eines Angewandten Forschungsschwerpunktes „Patienten- und klientenorientierte Konzepte zur Systematisierung der Pflegepraxis“, Fachhochschule Osnabrück 1998
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Abschlussbericht. Nomos, Baden-Baden 1996
- Dahlgard, K. und Schiemann, D.: Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 79. Nomos, Baden-Baden 1996
- Bosch, C.: Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Ullstein Medical, Wiesbaden 1998
- Büssing, A., Barkhausen, M. und Glaser, J.: Modernisierung der Pflege durch ganzheitliche Pflegesysteme? Ergebnisse einer formativen Evaluation. In: Pflege 11: 183-191, 1998
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück 2002
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Sonderdruck Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2002
- Duff, L. A., Kitson, A., Seers, K. und Humphries, D.: Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. In: Journal of Advanced Nursing 23 (5): 887-895, 1996
- Exchaquet, N. und Züblin, L.: Wegleitung zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs für Krankenstationen in Allgemeinspitälern. Bern 1975
- Grypdonck, M: Het leven boven de ziekte uittillen: de verpleegkundige als bondgenoot van de chronisch zieke. In: Grypdonck et al.: 10 jaar Verplegingswetenschap in Utrecht: nieuwe accenten in de zorg voor chronisch zieken. Spruyt, Van Mantegem & D Does bv, Leiden: S. 3-31, 2000
- Hellige, B.: Projekt: Stationsgebundene Qualitätssicherung in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover, Krankenpflegedienst. Ergebnisse der Ist-Analyse. FH Osnabrück, unveröffentlichtes Manuskript 1998
- Harvey, G. und Kitson, A.: Achievement improvement through quality: an evaluation of key factors in the implementation process. Journal of Advanced Nursing 24: 185-195, 1996
- Kamiske, G. und Brauer, F.: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe der Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag München Wien 1999
- Kitson, A.: Research Utilisation: Knowledge for Practice. London 1998
- Kitson, A., Ahmed, L. B., Harvey, G., Seers, K. und Thompson, D. R.: From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. In: Journal of Advanced Nursing 23 (3): 430-440, 1996
- Kitson, A. und Giebing, H.: Nursing quality assurance in practice. A guide for practitioners using the dynamic approach to quality assurance. A joint publication by Royal College of Nursing (RCN) and National Organization for Quality Assurance in Health Care in The Netherlands (CBO). London/Utrecht 1990
- Kitson, A. und Giebing, H.: Standard Setting in Nursing Quality Assurance. A Guide for Practitioners in Using a Dynamic Approach to Quality Assurance. Royal College of Nursing (RCN) and National Organization for Quality Assurance in Health Care in The Netherlands (CBO). London/Utrecht 1991

- Kromrey, H.: Die Bewertung von Humandienstleistungen. Fallstudie bei der Implementation und Wirkungsforschung, sowie methodischer Alternativen. In: Müller-Kohlenberg, H., Münstermann, K. (Hrsg.): Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Leske & Buderich, Opladen, S. 19-61, 2000
- Lang, N.: Issues in quality assurance in nursing. In: Issues in evaluative research. Kansas City, American Nursing Association 1976
- Marr, H. und Giebing, H.: Quality Assurance in Nursing. Concepts, Methods and Case Studies. Campion Press Limited, Edingburgh 1994
- Moers, M. und Schiemann, D.: Das Projekt „Pflegediagnostik“ im Universitäts-spital Zürich. Ergebnisse einer externen Evaluation zur Projekteinführung, -durchführung und -steuerung. In: Müller-Kohlenberg, H. und Münstermann, K. (Hrsg.): Qualität von Humandienstleistungen. Leske & Buderich, Opladen 2000
- Moers, M., Schiemann, D. und Fierdag, A.: Das Audit-Instrument zum Experten-standard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück 2002
- Morell, C. und Harvey, G. : The Clinicle Audit Handbook. Improving the Quality of Health Care. Baellieré/Tindall, London 1999
- Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrell, P. und Shaw, D.: Nursing and medication education. Nursing Standard 14 (50): 35-39, 2000
- Roper, N., Logan, W. und Tierney, A.: Die Elemente der Krankenpflege. Recom Verlag, Basel 1987
- Royal College of Nursing/ National Institute for Nursing: The impact of a nursing quality approach, the dynamic Standard Setting System on nursing practice and patient outcomes (executive summary). Report No. 4, Vol. 1, 1994
- Royal College of Nursing/Society of Paediatric Nursing: Pflegestandards in der Kinderkrankenpflege. Huber, Bern/Göttingen 1999
- Royal College of Nursing/Society of Paediatric Nursing: Standards of Care for Paediatric Nursing. 2. Edition, Dorwyn Limited, Hants 1994
- Schiemann, D. und Büscher, A.: Evidenzbasierte Pflegepraxis- Beispiel „Schmerzeinschätzung“. In: Kunz, R. et al. (Hrsg.): Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Deutscher Ärzteverlag. Köln 2000
- Schiemann, D. und Moers, M.: Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: Igl, G. et al. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Schattauer 2002
- Schroeder, P. und Maibusch, R. M.: Nursing quality assurance. A unit-based approach. Aspen Publication, Maryland 1984
- Zwischenbericht des Forschungsschwerpunktes „Patienten- und klienten-orientierte Konzepte zur Systematisierung der Pflegepraxis“, Fachhochschule Osnabrück 2000



## Gestaltungs- und Forschungsprojekt „Qualitätsmanagement in der Pflege“

Medizinische Hochschule Hannover und Fachhochschule Osnabrück



### Fragebogen zur Auswertung des Projekts

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Ihre Station hat an dem Projekt zur Einführung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (nachfolgend mit SQE bezeichnet) teilgenommen. Wir, Prof. Dr. Doris Schiemann und Prof. Dr. Martin Moers von der Fachhochschule Osnabrück, möchten gerne Ihre Rückmeldung dazu haben, wie gut dies gelungen ist und wie Sie die Methode beurteilen.

Ihre Angaben werden anonym behandelt. Sie sollen für die weitere Arbeit in Ihrem Hause genutzt werden und in den Projektbericht einfließen. Dort werden Sie die Ergebnisse nachlesen können.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Nutzen sie auch die Möglichkeit, Kommentare abzugeben.

---

### Fragen zum Standard

1 *Zu welchem Thema bzw. welchen Themen wurde auf Ihrer Station ein Standard entwickelt?*

.....

*weiß nicht*

2 *Wenn Sie den Standard lesen, ist er für Sie...*

*verständlich*

*teilweise verständlich*

*nicht verständlich*

3 *Wenn Sie den Standard fachlich bewerten sollen, halten Sie die Inhalte für...*

*überzeugend*

*teilweise überzeugend*

*nicht überzeugend*

4 *Wenn Sie an die Versorgung der Patienten denken, halten Sie die Anwendung des Standards für...*

*notwendig*

*nützlich*

*nicht wichtig*



- 5 Halten Sie den Standard für ...
- umsetzbar                       teilweise umsetzbar                       nicht umsetzbar
- 6 Wenn Sie den Standard umsetzen wollen, sehen Sie Bedarf für zusätzliche Maßnahmen?
- nein
- ja, und zwar...
- Vermittlung von Fachwissen
  - Angebot von praktischen Übungen/Anleitungen
  - Beschaffung von Hilfsmitteln
  - Schaffung zeitlicher Freiräume für die Umsetzung
  - Absprachen mit anderen Diensten/Bereichen
  - Sonstiges (bitte angeben):
- .....
- 7 Würden Sie allgemein den Ansatz der Qualitätsverbesserung in der Pflege mit derartigen Standards
- befürworten                       teilweise befürworten                       nicht befürworten

Kommentare zum Standard Ihrer Station:

---

## Fragen zur SQE

- 8 Wie haben Sie die SQE kennengelernt? (Mehrfachnennung möglich)
- Ich war Mitglied einer Arbeitsgruppe im Rahmen des Projekts.
  - Ich hatte als Leitung mit der Methode zu tun.
  - Ich hatte als Mitarbeiter der Station mit der Methode zu tun.
  - Ich habe die Methode noch gar nicht kennengelernt.



- 9 *Wie würden Sie Ihren Wissensstand über die Methode der SQE beschreiben?  
(nur eine Angabe möglich)*
- Ich könnte die Methode einem Arbeitskollegen (grob) erklären.*
  - Ich habe die Methode verstanden, könnte sie aber nicht erklären.*
  - Ich habe mich mit der Methode bisher wenig bis gar nicht auseinandergesetzt.*
- 10 *Meinen Sie, dass Sie für die Anwendung Ihres Standards die Methode der SQE kennen müssen?*
- ja, unbedingt*       *nicht notwendig*       *weiß nicht*
- 11 *Der Zeitaufwand für diese Methode ist nicht gering. Halten Sie ihn für...*
- zu groß*       *angemessen*       *weiß nicht*
- 12 *Die Methode der SQE dient der Lösung von wichtigen Problemen in der Patientenversorgung. Halten Sie die Methode für...*
- effektiv*       *nicht effektiv*       *weiß nicht*

*Kommentare zur Methode der SQE:*



---

## Fragen zum Projektverlauf

13 *Woher haben Sie Informationen über das Projekt bekommen?*  
(Mehrfachnennung möglich)

- Ich habe keine Informationen erhalten*
  - „Projektinfo“ (gelber DIN-A-4-Bogen)*
  - Fortbildungs- bzw. Informationsveranstaltung*
  - Intranet*
  - Stationsleitung oder andere Leitungspersonen*
  - Arbeitsgruppenmitglieder*
  - KollegInnen*
  - Interne Prozessbegleiter (IPB)*
  - andere Personen*
- .....

14 *Was hat Ihnen besonders gefallen?*

15 *Was hat Sie besonders gestört?*

16 *Gibt es etwas, das Sie den Projektleitern empfehlen möchten?*

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

**ISBN-10: 3-00-014161-8**  
**ISBN-13: 978-3-00-014161-4**