

# Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege –

## *QalifA*

Kooperationsprojekt des  
Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V.  
mit dem  
Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE),  
Standort Witten

## Abschlussbericht

Witten/Köln, den 31. März 2018

Projektleitung Caritas: Dr. Heidemarie Kelleter

Projektkoordination Caritas: Sylvia Herfen

Projektleitung DZNE: Prof. Dr. Martina Roes

Projektkoordination DZNE: Mike Rommerskirch



Diözesan-  
Caritasverband für das  
Erzbistum Köln e. V.



Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V.  
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.  
Caritasverband für die Stadt Köln e. V.  
Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V.

**Abstract 6****Einleitung 7****1. Hintergrund 9****2. Projektziele 11**2.1 Die übergeordneten Projektziele von *QalifA* 11

2.2 Ziele der iterativ, responsiven Evaluation 12

**3. Organisation und Beteiligte 13**

3.1 Zeit- und Aktionsplan 13

3.2 Inhalte und Vorgehen 13

3.3 Teilnehmende Träger und Dienste 14

3.4 Aktivitäten im Verlauf des Projektes 17

3.4.1 Vermittlung von Kompetenzen 17

3.4.2 Umsetzung und Begleitung 17

3.4.3 Ressourcen 18

3.4.4 Projektbeirat 18

**4. Parallel laufende wissenschaftliche Begleitung 19**

4.1 Fokusgruppeninterviews 19

4.2 Auditinstrument *Q-DeSS* 21

4.2.1 Entwicklung des Instrumentes 21

4.2.2 Qualitätskategorien 22

4.2.3 Stichprobe 27

4.2.4 Ethik und Datenschutz 29

4.2.5 Datenerhebung und Datenmanagement 29

**5. Ergebnisse der Ist-Analyse 31**

5.1 Kategorie 1: Allgemeines zur Implementierung analog „Einstep“ 31

5.2 Kategorie 2: Eigene Erfahrungen bei der Implementierung 33

© 2018

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Kein Teil des Werkes darf außerhalb der im Urheberrecht geregelten Erlaubnisse ohne Genehmigung der Autoren verwertet werden.

**Zitierweise für diesen Bericht:**

Heidemarie Kelleter, Sylvia Herfen, Martina Roes, Mike Rommerskirch (2018).

Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – QalifA. Abschlussbericht.

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln / Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten.

5.3	Kategorie 3: Sich sicher in der Anwendung des Strukturmodells fühlen	35
5.4	Kategorie 4: Bewertung der neuen Dokumentation	36
5.5	Kategorie 5: Teilnahme am Projekt <i>QalifA</i>	39
5.6	Zwischenfazit nach Ist-Analyse (Fokusgruppeninterviews)	40
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen</b>	<b>41</b>
6.1	Selbstreflexion der mit den Workshops korrespondierenden Inhalte	41
6.2	Ergebnisse aus Trägergesprächen	46
6.3	Ergebnisse aus einrichtungsspezifischen Coachings	48
6.4	Ergebnisse aus den Reflexionstreffen	49
<b>7.</b>	<b>Ergebnisse aus den Audits</b>	<b>52</b>
A1 – A1.3	Feld B in der SIS®	52
A5	Risikomatrix und SIS®	53
A6 – A6.6	Differenzialeinschätzung	55
B9	Beratung und Risikomatrix	55
B5	Klientenpräferenzen/Massnahmenplanung	57
B9	Beratungsergebnis und Massnahmenplan	57
B14	Evaluation	58
C1 – C7.5	Organisatorische Anforderungen	59
<b>8.</b>	<b>Abschlussveranstaltung</b>	<b>60</b>
<b>9.</b>	<b>Statt eines Fazits –</b>	
	<b>Mögliche Konsequenzen, die sich aus dem Projekt <i>QalifA</i> ableiten lassen</b>	<b>61</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>63</b>
	<b>Anhang</b>	<b>67</b>

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Methodisches Vorgehen (Herfen/Kelleter 2017)	12
Abbildung 2:	A5 Risikomatrix	23
Abbildung 3:	B3 Risikomatrix/Massnahmenplan	26
Abbildung 4:	B9 Beratung/Massnahmenplan	26
Abbildung 5:	B8 Beratung/Plausibilität	27
Abbildung 6:	Ein Ergebnis-Inselbild <i>QalifA</i>	42
Abbildung 7:	Eingeschlossene Dokumentationen (Audit 1 und 2)	52
Abbildung 8:	SIS® und Berichtblatt (Audit 1 und 2)	53
Abbildung 9:	Risikomatrix (Audit 1)	54
Abbildung 10:	Risikomatrix (Audit 2)	54
Abbildung 11:	Beratung und Risikomatrix (Audit 1)	55
Abbildung 12:	Beratung und Risikomatrix (Audit 2)	56
Abbildung 13:	Beratung nachvollziehbar (Audit 1 und 2)	58
Abbildung 14:	Berichtblatt (Audit 1 und 2)	59
Tabelle 1:	Schwierigkeiten inhaltlicher und organisatorischer Art	45
Tabelle 2:	Rückmeldungen aus den Reflexionstreffen	50

## Abstract

### Hintergrund

Mit dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit – weg von der Verrichtungsorientierung, hin zur Erfassung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen – wird ein Paradigmenwechsel eingeläutet. Ambulante Pflege ist dabei als Kernaspekt im Gesamtkontext einer häuslichen Versorgung zu sehen. Zur professionellen Steuerung dieser Versorgungsprozesse sind vor allem auch Kompetenzen zur Anleitung und Beratung in der ambulanten Pflege neu zu definieren, aufzubauen und die Pflegedokumentation zu systematisieren.

### Vorgehen

In dem Projekt „Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – QalifA“ bildet die Kombination aus Vermittlung von Inhalten (wie personenzentrierte Pflege), der Reflexion praktischen Handelns sowie der dokumentierten Inhalte die Schwerpunkte eines Schulungskonzeptes. Die Qualifizierungsoffensive wurde fachlich während der praktischen Umsetzung begleitet. Parallel wurde eine iterativ, responsive Evaluation durchgeführt. Dazu wurde ein neu entwickeltes Audit-Instrument pilotiert.

### Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine Verbesserung im Umgang mit dem Strukturmodell und der SIS<sup>®</sup> und den daraus resultierenden fachlichen und strukturellen Anforderungen. Das Auditinstrument *Q-DeSS* (Qualität der Dokumentation des Strukturmodells und der SIS<sup>®</sup>) macht die Qualität des dokumentierten Pflegeprozesses sichtbar. Die Erkenntnisse des Projektes sind für das interne Qualitätsmanagement auch in der teilstationären und stationären Langzeitversorgung zu nutzen.

## Einleitung

Bereits im Pflegestärkungsgesetz I wird die ambulante Versorgung im häuslichen Kontext stärker in den Fokus gerückt. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs über das Pflegestärkungsgesetz (PSG) II geht ein Paradigmenwechsel einher, von der Verrichtungsorientierung hin zum Ansatz, die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt der Betrachtung zu setzen. Dieser Perspektivenwechsel zeigt somit neue Versorgungsaspekte auf, wie z. B. die Intensivierung von Beratung und Anleitung sowie den verstärkten Fokus auf das Empowerment der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen. Ambulante Pflege ist dabei als Kernaspekt im Gesamtkontext einer häuslichen Versorgung zu sehen, in den neben der Familie auch viele andere Akteure involviert sind. Zur professionellen Steuerung dieser Versorgungsprozesse sind neben der Koordination und Kooperation vieler Akteure vor allem auch Kompetenzen zur Anleitung und Beratung in der ambulanten Pflege neu zu definieren und aufzubauen. Dabei sind die Bedürfnisse und Erwartungen der Nutzer/-innen<sup>1</sup> an Leistungen zur Versorgung und die fachlichen Erfordernisse zu reflektieren.

Der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. vertritt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen die ihm angeschlossenen Einrichtungen und Dienste. Insgesamt sind dem Diözesan-Caritasverband Köln für den Bereich der ambulanten Pflege 26 Träger mit 72 Diensten angeschlossen. Zielsetzung der Arbeit der katholischen Pflegedienste im Erzbistum Köln ist es unter anderem, den Verbleib von Hilfe- und Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit oder die Rückkehr dorthin zu ermöglichen und ihnen so weit wie möglich ein selbstbestimmtes, selbstständiges Leben zu sichern.

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „Nutzer/-innen“ werden Pflegebedürftige, Kunden und Klienten subsumiert.

## 1. Hintergrund

Die ambulanten Dienste des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V. haben vielfach eine lange Tradition und sind flächendeckend aufgestellt. Sie tragen so zur Sicherung der städtischen wie auch der ländlichen Versorgung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger bei. Ein wesentliches Kennzeichen ist die quartiersnahe Versorgung der Nutzer/innen durch die ambulanten Dienste.

Derzeit versorgt jeder ambulante Dienst auch im interkulturellen Kontext rund 120 bis 140 Pflegebedürftige jeweils im Durchschnitt mit 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen fachlichen Qualifikationen. Die angebotenen Leistungen gehen dabei über die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Sozialversicherungsbereiche SGB<sup>2</sup> V (häusliche Krankenpflege), SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB XII (Hilfe zur Pflege) hinaus. Zum weiteren Portfolio der ambulanten Dienste gehören Angebote der niederschweligen Betreuung, spezielle Angebote für die Versorgung und Betreuung dementer Menschen, Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige usw. Diese Offerten finden entweder in der Häuslichkeit der Nutzer oder aber als Gruppenangebote in dafür geeigneten Räumlichkeiten statt. Darüber hinaus bieten die Dienste auch allumfassende palliative Pflege für Menschen in besonderen Lebenslagen. Der Schwerpunkt liegt hier vor allem auf der würdevollen Begleitung und pflegerischen Versorgung zum Lebensende hin. Dazu gehört auch die Sterbe- und Trauerbegleitung sowohl beim Pflegebedürftigen als auch bei den betroffenen Angehörigen. Zum Einsatz kommen hier speziell qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Kinder und deren Familien stehen in dem besonderen Angebot der Familienpflege der Caritas im Fokus der Versorgung und Betreuung. Es ergaben sich zudem weitere Gründe, um das Projekt *Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege* – im Folgenden *QalifA* – zu initiieren, die nachfolgend aufgeführt werden:

---

<sup>2</sup> Sozialgesetzbuch

- Die Zahl der Menschen mit neurodegenerativen Veränderungen und anderen Pflege- und Betreuungsbedarfen, die noch zu Hause leben, steigt an.
- Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit korrespondierende Anforderungen an die Einschätzung von Pflege-/Betreuungsbedarfen stellen eine Herausforderung für die Pflegepraxis dar.
- Aus den Krankenhäusern werden zunehmend Menschen mit hohem Hilfebedarf in die postakuten Nachsorgebereiche entlassen, dies führt zu höheren Anforderungen an die Pflege zu Hause beziehungsweise im Quartier.
- Das Leistungsspektrum der Versorgung bei krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen steigt an.
- Beratung, Anleitung und personenzentrierte Versorgungsprozesse zu gestalten, zu beobachten sowie deren Zielerreichung zu überprüfen, erhält eine neue Bedeutung, wie beispielsweise hinsichtlich der Begleitung in kritischen Lebensphasen oder der Teilhabe am sozialen sowie kulturellen Leben im Quartier.

Zugunsten der Nutzer/-innen von ambulanten Leistungen ist eine hohe Qualität in der Erbringung von Leistung sowohl hinsichtlich der Struktur-/Prozess- als auch insbesondere der Ergebnisqualität unabdingbar. Auch der Qualitätsnachweis nach § 113 f im Pflegeleistungsgesetz II bekommt eine neue Bedeutung in der ambulanten Pflege.

Für die verstärkte Fokussierung des Pflegeleistungsgesetzes II auf (Ergebnis-)Qualität sind alle katholischen ambulanten Dienste des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln verstärkt gefordert, sich qualitätsgeleitet in einem Versorgungsnetzwerk aufzustellen. De facto werden die Anforderungen an die ambulanten Dienste weiterhin steigen. Die Effekte werden die Arbeitsprozesse und Kompetenzen in der Pflege betreffen.

## 2. Projektziele

Durch das Projekt *QalifA* sollten die beteiligten ambulanten Dienste in die Lage versetzt werden, einerseits mittels einer strukturierten Vorgehensweise in Anlehnung an das Neue Begutachtungsassessment (NBA) Selbstbestimmung und Beratungsaspekte in den fachlichen Kontext zu setzen und in der Pflegedokumentation darzustellen.

Sie sollten andererseits darin gestärkt werden, das Strukturmodell sowie die strukturierte Informationssammlung (SIS®) mittels eines personenzentrierten Ansatzes anzuwenden und zur Qualitätsförderung für das interne Qualitätsmanagement wirksam zu nutzen. Die eingesetzten wissenschaftsbasierten Instrumente sollten im Rahmen des Projektes nachhaltig in den beteiligten Einrichtungen implementiert und evaluiert werden, verbunden mit der Intention, die Qualität der Versorgung und der pflegerischen Dokumentation in der ambulanten Pflege zu fördern. Zudem wurden in dem Projekt Aspekte der Leistungen, Beratung sowie Kooperationen reflektiert und die Kompetenzen weiterentwickelt. Die aus der Evaluation resultierenden Projektempfehlungen sollten sowohl inner- als auch außerbetrieblich vorgestellt und zudem publiziert werden.

### 2.1 Die übergeordneten Projektziele von *QalifA*

- Verbesserung einer an der Person orientierten Dokumentation durch die Umsetzung des Strukturmodells, insbesondere der strukturierten Informationssammlung (SIS®)
- Verbesserung der personenzentrierten Pflege, insbesondere der Analyse und Integration von Präferenzen und Prioritäten, unter anderem der Erwartungen, der Selbstbestimmung und der Erfordernisse von Pflege für Pflegebedürftige/Angehörige in der häuslichen Versorgung
- Verbesserung der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie deren Evaluation durch eine systematische und strukturierte Reflexion analog der strukturierten Informationssammlung
- Förderung von (Pflegefach-)Kompetenzen sowie Darstellung von Pflegeexpertise auf wissenschaftlichem Stand

## 2.2 Ziele der iterativ, responsiven Evaluation

Das Grundprinzip der iterativ, responsiven Evaluation (vgl. Kromrey 2000:56) liegt in der kontinuierlichen Reflexion der einzelnen Projektschritte und damit korrespondierender Implementierungsaktivitäten. Eine Reflexion des Projekterfolgs setzt voraus, sich zu Beginn des Projektes einen Überblick über den aktuellen Stand zu verschaffen und im Projektverlauf anhand von Real-Fällen beziehungsweise Audit-Daten die initiierten Veränderungen zu evaluieren. Zentrales Element ist die aktive Einbindung derjenigen, die im Praxisalltag die Veränderungen aktiv vornehmen. Dadurch gelingt sowohl eine unmittelbare Reflexion der eigenen Performanz als auch von anderen zu lernen (vgl. Bornwasser 2009:94ff.).

**Damit korrespondierende Ziele, bezogen auf die Dokumentation:**

- Inwiefern bildet sich in der SIS® plus Maßnahmenplanung, Berichteblatt und Evaluation ein nachvollziehbarer Verlauf von Pflege und Beratung in der Dokumentation ab?
- Inwiefern verbessert ein für die ambulante Pflege adaptierter personzentrierter Ansatz die Dokumentation von Pflege und Beratung?
- Inwiefern trägt die Implementierung des Strukturmodells zu einer verbesserten Falldarstellung bei und damit zu einem sichtbaren Nachweis der Versorgung und ihrer Prozess- beziehungsweise Ergebnisqualität?

**Damit korrespondierende Ziele, bezogen auf den Implementierungsprozess:**

- Welche Frage- und Unterstützungsbedarfe artikulieren die Teilnehmer/-innen in den verschiedenen Projektphasen, und welche Strategien werden eingesetzt, um auf diese Bedarfe einzugehen?
- Welche Faktoren erleben die Teilnehmer/-innen als förderlich beziehungsweise hinderlich in der Umsetzung der Projektziele, und welche Strategien werden eingesetzt, um auf diese Faktoren einzugehen?
- Inwiefern trägt die Implementierung des Strukturmodells inkl. SIS® etc. zur Verbesserung der Vorstellung des „Falles“ bei externen Prüfungen und internen Audits bei?

## 3. Organisation und Beteiligte

### 3.1 Zeit- und Aktionsplan

Das Projekt *Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege (QalifA)* wurde durch den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (DiCV) finanziert und in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten im Zeitraum vom 1. April 2016 bis 30. September 2017 durchgeführt. Zudem wurde vonseiten des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V. für das Projekt eine 50-prozentige Projektstelle über den 18-monatigen Projektzeitraum gefördert.

### 3.2 Inhalte und Vorgehen

Die Qualifizierungsoffensive, die mit dem Projekt *QalifA* für katholische ambulante Dienste im Erzbistum Köln verbunden war, setzte sich aus folgenden Komponenten zusammen (siehe dazu auch die Abbildung 1: Methodisches Vorgehen):

- Workshops mit Anteilen der Vermittlung von Inhalten (Strukturmodell & SIS®, personzentrierte Pflege und Präferenzen, Beratung in der ambulanten Pflege, neues Pflegeverständnis des NBA).
- Kritische Reflexion bisheriger Praxis (insbesondere mit Blick auf die Dokumentation), der sukzessiven Umsetzung erwünschter Veränderungen (beispielsweise hinsichtlich Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen)
- Flankierende fachliche Begleitung während der praktischen Umsetzung mit Fokus auf förderliche und hinderliche Aspekte sowie die Analyse von Unterstützungsbedarfen
- Über den gesamten Projektzeitraum wurden die Dienste durch das Projektmanagement mittels verschiedener Maßnahmen begleitet.
- Bestandteile der iterativen und responsiven Evaluation waren neben den Maßnahmen die mit Projektbeginn durchgeführten Fokusgruppeninterviews wie auch die im Projektverlauf erfolgten Audits in den Diensten.

## Methodisches Vorgehen

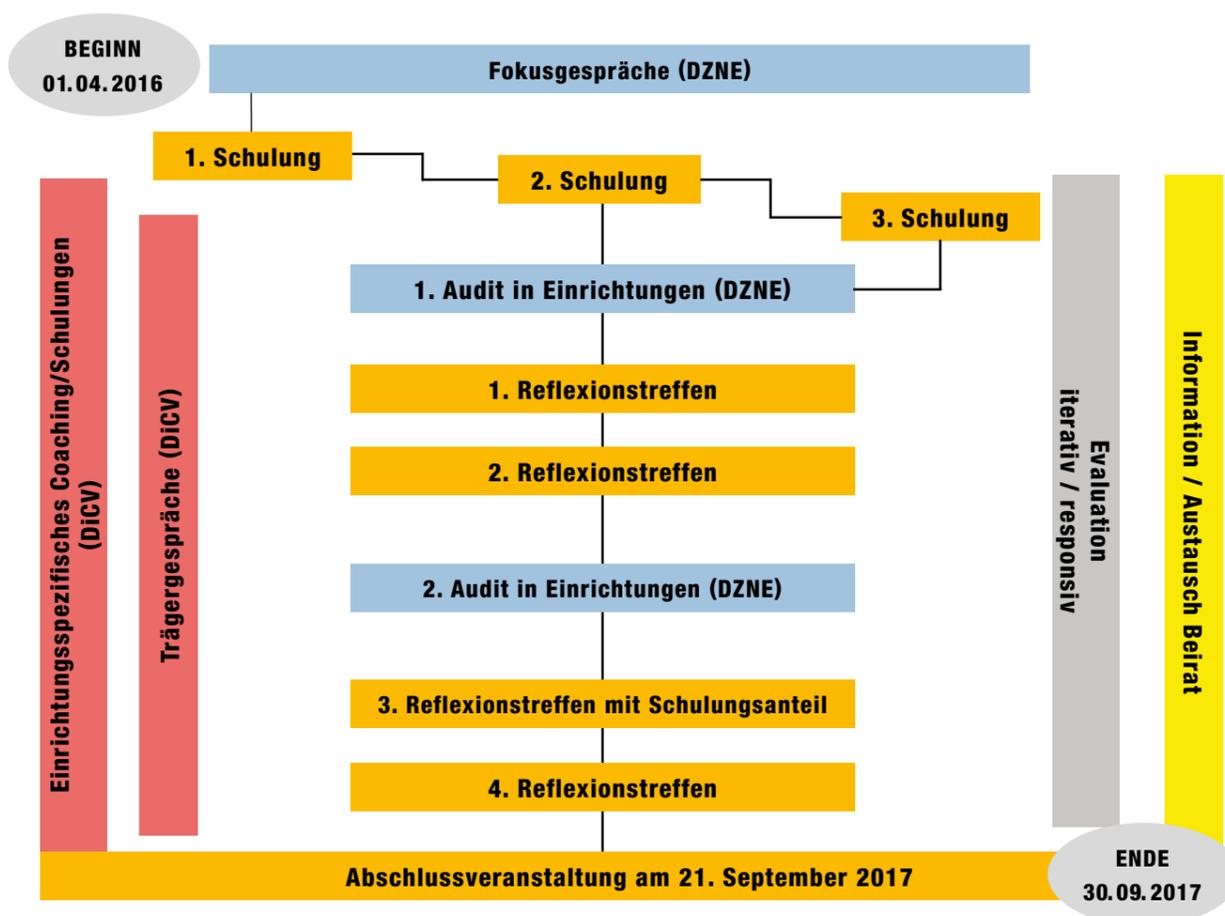


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen (Herfen/Kelleter 2017)

### 3.3 Teilnehmende Träger und Dienste

Um über die Möglichkeit der Projektteilnahme und die Bedingungen zu informieren, fand eine Informationsveranstaltung für die katholischen ambulanten Dienste des Erzbistums Köln statt. Gezielt sollten sich die ambulanten Dienste angesprochen fühlen, die sich innovativ auf die neuen Anforderungen sowie Herausforderungen vorbereiten und an einer wissenschaftsbasierten Qualitätsförderung mitarbeiten wollten. Nach einer Bewerbungsfrist von 14 Tagen wurden die teilnehmenden Dienste ausgewählt. Im Anschluss wurden die Leitungen der teilnehmenden Dienste zu einer halbtägigen Einführungsveranstaltung eingeladen und über die konkreten Projektinhalte und Vorgehensweisen informiert. Realisiert wurden diese Arbeitspakete im 1. Quartal 2016.

Für die Teilnahme der ambulanten Dienste waren bestimmte Anforderungen definiert:

- Der ambulante Dienst musste sicherstellen, dass das Strukturmodell und die strukturierte Informationssammlung (SIS®) bereits angewandt wurden und die Schulungen zur SIS® bereits im Vorfeld trägerintern aufgrund von eigenen Ressourcen erfolgt waren.
- Die Mitarbeiter/-innen, die Kooperationspartner und die Nutzer/-innen der Leistungen sollten im Vorfeld über das Projektvorhaben informiert werden.
- Als Multiplikatoren waren zwei erfahrene Pflegefachpersonen möglichst ohne hierarchische Einbindung oder Zuordnung im Qualitätsmanagement des Dienstes zu benennen.
- Die benannten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren waren möglichst für den gesamten Projektzeitraum von der Mitarbeit in anderen Projekten freizustellen.
- Eine verbindliche Teilnahme der Multiplikatoren an den mit dem Projekt korrespondierenden Workshops, Reflexionstreffen sowie Fokusgruppendifkussionen und Audits war von der Leitung des Dienstes beziehungsweise vom Träger zu gewährleisten.
- Zudem sollten mindestens zehn Neuaufnahmen je Dienst entsprechend den Projektvorgaben erfolgen, unter anderem die Entkoppelung der fachlichen Ersteinschätzung von der Vertragsberatung, auch wenn dieses möglicherweise eine doppelte Wegezeit/Personalkapazität erforderte.
- Die bereits im Projekt gewonnenen Erkenntnisse sollten in den Diensten diffundieren können. Demnach sollte eine nachvollziehbare Rückkopplung der Projekterkenntnisse im internen Qualitätsmanagement gewährleistet werden.

Mit dem Projektstart am 1. April 2016 konnten acht ambulante Dienste aus fünf Trägerverbänden des Erzbistums Köln in das Projekt Qalifa einbezogen werden. Versorgt wurden in diesen Diensten am Stichtag 1. Mai 2016 insgesamt 1254 Pflegebedürftige. Einer der Dienste etablierte sich neu am Markt und befand sich in der Aufbauphase. Das Spektrum der Versorgung in den ambulanten Diensten umfasste Leistungen nach SGB V, SGB XI und SGB XII sowie Kombinationen aus den genannten Leistungsbereichen. Einen besonderen Versorgungsschwerpunkt hatte keiner der Dienste mit den Pflege-/Krankenkassen vereinbart. Jedoch wurden in einigen Diensten zu den Leistungen der Pflege auch hauswirtschaftliche Leistungen erbracht. In den Regionen versorgten die Dienste Pflegebedürftige im städtischen und im ländlichen Raum, zudem war einer der ambulanten Dienste in Rhein-

land-Pfalz angesiedelt.<sup>3</sup> Im Projektzeitraum variierte die Quote der Pflegefachpersonen in den Diensten zwischen 55 und 100 Prozent je nach Versorgungsaspekt und deren räumlicher Verortung.

Mit der Umstellung ihrer Pflegedokumentation auf das Strukturmodell und SIS® hatten die beteiligten Dienste zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen. Die ersten arbeiteten schon seit Juli 2015 mit dem Strukturmodell und der SIS®. Vier der insgesamt fünf Träger der Dienste waren bereits in das bundesweite Pilotprojekt zur Erprobung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung eingebunden, welches im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von September 2013 bis Februar 2014 (Beikirch et al. 2014) durchgeführt worden war. Diese haben sich auch anschließend entsprechend beim Projektbüro EinSTEP registriert. In einem ersten Analyseschritt kristallisierte sich heraus, dass in den Diensten die SIS® teils in Papierform, teils IT-gestützt und in wenigen Diensten auch in einer Kombination von Papierform und IT-gestützt angewandt und bearbeitet wurde. Eine Trennung des Erstgesprächs mit einer Erhebung der SiS® vom Vertragsgespräch zur Klärung der zu vereinbarenden Leistungen wurde in keinem der Dienste zum Zeitpunkt des Projektbeginns *QalifA* umgesetzt.

Zwei Mitarbeiter/-innen wurden von jedem Dienst als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren benannt. Entgegen der Vorgabe in der Projektplanung waren diese zumeist in der Funktion einer Pflegedienstleitung oder im Qualitätsmanagement tätig. Rund ein Drittel der Teilnehmer/-innen waren in ihrem Dienst in keiner hierarchischen Einbindung. Auf Wunsch der Träger wurden im Verlauf der Projektlaufzeit für drei der Projektdienste weitere Mitarbeiter/-innen aufgenommen.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Damit waren teilweise abweichende Regelungen im Landesrahmenvertrag für diesen Dienst geltend.

<sup>4</sup> Zur Motivation der Träger bei der Auswahl der Mitarbeiter/-innen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren siehe Kapitel „Trägergespräche“

### 3.4 Aktivitäten im Verlauf des Projektes

#### 3.4.1 Vermittlung von Kompetenzen

In **sechs 2-Tages-Workshops** wurden unterschiedliche Themenschwerpunkte bearbeitet. Die Workshops starteten im April 2016 und wurden von beiden Projektleitungen (Caritas und DZNE) kooperierend und mit einem partizipativen Ansatz (vgl. DeGEval 2015) gestaltet. Darin standen folgende Inhalte für die Teilnehmer/-innen im Fokus:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das Neue Begutachtungsassessment – NBA –, das Strukturmodell, die strukturierte Informationssammlung (SIS®), die Risikomatrix und der Umgang mit Prophylaxen
- Personzentrierte Pflege und Präferenzen in der Pflege älterer Menschen
- Ansätze der Beratung und Anleitung, Ergebnisqualität

#### 3.4.2 Umsetzung und Begleitung

In dem Projekt wurde die Qualität der Prozesse (Seghezzi 2003:38f.) fördernd für das interne Qualitätsmanagement in den Fokus gerückt. Die vermittelten Inhalte, oben genannte Workshops wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilnehmenden Einrichtungen mit der bisherigen Routinearbeit reflektiert, so dass Denk- und Handlungsmuster in den Pflegeprozessen modifiziert werden konnten (vgl. Argyris/Schön 2006:34f.). Das bedeutete, Erkenntnisse von Anpassungen aus der veränderten Dokumentation analog dem Strukturmodell mit der SIS® wie auch die personzentrierte Pflege entsprechend den Präferenzen im definierten Zeitraum umzusetzen. Der Beginn der Umsetzung sollte unmittelbar nach Teilnahme am ersten Workshop erfolgen.

Parallel wurden die Multiplikatoren vom Projektmanagement des Diözesan-Caritasverbandes Köln zeitnah und bedarfsorientiert begleitet. Durch einen intensiven Austausch der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren untereinander sowie kollegial mit dem Projektmanagement zeigten sich Synergieeffekte, die das Voneinander-Lernen und Handlungskonsequenzen förderten (vgl. Zepke 2005:27ff.). Dafür war ein Zeitraum von sechs Monaten geplant.

Vor dem Hintergrund der verwertbaren, nachhaltigen Verbesserung wurden nach Abschluss dieser intensiven Umstellungsphase vier Reflexionstermine mit den Akteuren des Projektes sowie mit der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt.

### 3.4.3 Ressourcen

Für die Freistellung der Mitarbeiter/-innen im Projekt wurden je nach Größe des Dienstes zwischen 10 und 25 Prozent der Personalkosten einkalkuliert, damit interne mögliche Reorganisationsprozesse erfolgen und die Projektziele erreicht wurden. Dieser Aufwand war der Eigenanteil der Projekteinrichtungen.

Zusätzliche Kosten, um grundsätzlich an dem Projekt *QalifA* teilzunehmen, wurden vonseiten des Diözesan-Caritasverbandes Köln nicht erhoben, jedoch waren die unter 3.3 genannten Vorleistungen zu erbringen. Hierzu gehörte, wenn nicht bereits erfolgt, vor allem eine systematische und kritische Prüfung des internen Qualitätsmanagements, wie beispielsweise die Verfahrensanweisungen, die Leistungsbeschreibungen und die Konzepte zur Beratung.

### 3.4.4 Projektbeirat

Das Projekt wurde über die gesamte Projektlaufzeit von einem Beirat begleitet, dessen Ziel es war, den Austausch mit Kooperationspartnern im Versorgungssetting der ambulanten Pflege über das Projekt und dessen Ergebnisse anzuregen. Der Beirat setzte sich zusammen aus einer Landespflegekasse (AOK), dem Medizinischen Dienst (Nordrhein), dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) NRW, dem Diözesan-Caritasverband Köln, dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen und einer Projekteinrichtung.

Für die Vorbereitung und Moderation der drei Beiratstreffen in dem 18-monatigen Projektverlauf lag die Federführung – in Abstimmung mit den Projektakteuren – bei der Projektleitung des Diözesan-Caritasverbandes Köln. Durchgeführt wurden drei Beiratssitzungen (zu Beginn des Projektes, nach Abschluss der Workshops und zum Ende des Projektes).

## 4. Parallel laufende wissenschaftliche Begleitung

Für das Projekt *QalifA* wurden flankierend zwei methodische Vorgehensweisen gewählt. Um die Ausgangslage hinsichtlich der Umsetzung des Strukturmodells mit der SIS® in den acht Pflegediensten zu erfassen, wurden direkt zum Projektstart Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt (siehe dazu auch Kapitel 5.1). Zur Erfassung der Qualität der Dokumentation sowie der Nachvollziehbarkeit von Abweichungen, die sich im Projektverlauf ergaben, wurde das vorab entwickelte Auditinstrument „Qualität der Dokumentation des Strukturmodells und der SIS®“ – *Q-DeSS* – eingesetzt (Erläuterungen dazu im Kapitel 5.2).

### 4.1 Fokusgruppeninterviews

Die leitfadengestützten Interviews wurden in Gruppenform mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern jedes ambulanten Dienstes vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in den Räumen des Diözesan-Caritasverbandes durchgeführt. Mit diesem Ansatz wurde analysiert, wie der jeweilige Stand in der Anwendung und Umsetzung in jedem der acht beteiligten Dienste mit dem *entbürokratisierten* Dokumentationssystem war. Der Leitfaden für die Fokusgruppeninterviews beinhaltete Fragen bezogen auf das Vorgehen im Rahmen des EinSTEP-Bundesprojektes zum Implementierungsprozess des neuen Dokumentationskonzeptes, die Erfahrungen bei der Implementierung, die erforderlichen Kompetenzen bei der Anwendung des Strukturmodells, die Bewertung der SIS®/Risikomatrix sowie die Beweggründe für die Teilnahme an dem Projekt *Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – QalifA*.

Zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews zählten die verantwortlichen Pflegefachpersonen, die Qualitätsmanagementbeauftragten sowie die Bezugspflegefachpersonen respektive die Einrichtungsleiter. Zwei bis drei Teilnehmer/-innen haben in der Regel an den Fokusgruppeninterviews teilgenommen. Acht Fokusgruppeninterviews wurden insgesamt durchgeführt. Diese wurden digitalisiert aufgezeichnet und anschließend anonymisiert vereinfacht nach Dresing & Pehl (2011) transkribiert.

Die durchgeführte inhaltsanalytische Auswertung (Clustern der Antworten) der Fokusgruppeninterviews wurde mithilfe von MAXQDA 12.3.1 vollzogen.

Bei der inhaltlichen Analyse wurde einerseits deduktiv vorgegangen, folglich wurden in einem ersten Schritt die Oberkategorien sowie Unterkategorien des Fragebogens als Codebaum übernommen. Andererseits wurde eine induktive Analyse durchgeführt, so dass bei entsprechender Erkenntnis weitere induktiv gebildete Kategorien in die Analyse hätten einfließen können. Folglich konnten als Ergebnis der inhaltsanalytischen Auswertung aller Interviews fünf Überkategorien sowie zwölf Unterkategorien identifiziert werden. Dazu gehörten die Kategorien:

- (1) Allgemeines zur Implementierung von Strukturmodell/SIS®/Risikomatrix
  - Vorgang der Implementierung
  - Veränderungen seitens der Einrichtungen
- (2) Eigene Erfahrungen bei der Implementierung
  - Informationsfluss
  - Feedback Projektbüro/Regionalkoordinatorinnen
- (3) Sicher in der Anwendung/Umsetzung des Strukturmodells
  - Sicherheit bei der Anwendung des Strukturmodells
- (4) Bewertung der neuen Dokumentation
  - Beobachtbare Veränderungen bei der Verwendung des Strukturmodells
  - Veränderungen, bezogen auf das Arbeitsumfeld
  - Veränderungen in der Beziehung zwischen Klient und Pflegepersonal
  - Das Besondere in der ambulanten Pflege in Bezug auf SIS®/Risikomatrix
- (5) Teilnahme am Projekt *Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – QalifA*
  - Gründe/Motivation zur Teilnahme an dem Projekt
  - Erwartungen, bezogen auf die Teilnahme an dem Projekt
  - Raum für persönliche Wünsche an das Projekt

## 4.2 Auditinstrument *Q-DeSS*

Das Instrument *Qualität der Dokumentation des Strukturmodells und der SIS®* (in der Folge *Q-DeSS*), welches im Vorfeld des Projektes *QalifA* entwickelt und in dessen Rahmen modellhaft erprobt wurde, dient der systematischen Unterstützung der Pflegefachpersonen zur Optimierung der entbürokratisierten pflegerischen Dokumentation beziehungsweise dem dokumentierten Pflegeprozess analog dem Dokumentationssystem der teilnehmenden Einrichtung. Im Rahmen des Projektes steht die Förderung der Reflexion der Pflegenden im Fokus sowie eine Schwerpunktsetzung auf die Plausibilität innerhalb dieses vierstufigen Pflegeprozesses. Dies gründet sich im Rahmen der entbürokratisierten Dokumentation auf die Rückbesinnung auf den Zusammenhang zwischen Pflegeprozess und Pflegedokumentation sowie die Verwendung der Dokumentation in erster Linie als ein professionelles Kommunikationsmittel in der Pflege (Büscher 2017), wenngleich andere Zwecke (wie z. B. Nachweispflicht der Behandlungspflege) nicht ignoriert werden können. Demgemäß rückt nicht nur die Optimierung des Dokumentierens von für die Pflege relevanten Inhalten, sondern auch die des Pflegeprozesses in den Mittelpunkt einer qualitativ hochwertig dokumentierten professionellen Pflege (Chelagat et al. 2013:237ff.). Dem vorausgehend wird die Anwendung des Pflegeprozesses allgemein als eine eminente Struktur für die Praxis und als Kernelement professioneller Pflege verstanden (Petro-Yura/Walsh 1967) und kann nicht losgelöst ohne eine Aufzeichnung bestehen (Höhmman et al. 1997:1ff.; Leoni-Scheiber 2004:9). Die damit einhergehende Entscheidung für den vierstufigen Pflegeprozess (Petro-Yura/Walsh 1967) reflektiert zugleich die bisher dominierende Anwendung der sechsstufigen Pflegeprozesse nach Fiechter und Meier (1981). Reflektiert wird unter anderem, wieso sich einerseits der vierphasige Pflegeprozess von Roper et al. (1980) nicht durchsetzte, obwohl andererseits gerade deren Pflegemodell der Activities of Daily Living (ADLs) in der Langzeitpflege weit verbreitet war.

### 4.2.1 Entwicklung des Instrumentes

Aufgrund der Aktualität des derzeitigen Diskurses bezüglich der Befreiung der pflegerischen Dokumentation vom unnötigen Dokumentationsaufwand beziehungsweise der kritischen Reflexion anderer an die Dokumentation gebundener Zwecke (unter anderem Nachweispflicht von Leistungen) und der damit verbundenen flächendeckenden Implementierung des Strukturmodells (= vierphasiger Pflegeprozess) mit der SIS® (Bachem et al. 2014:296;

Beikirch et al. 2016:2) lagen zu Projektbeginn noch keine geeigneten Auditinstrumente zur Erfassung der Dokumentationsqualität vor. Deshalb wurde ein auf Basis geeigneter und bewährter Instrumente sowie auf die Anforderungen der entbürokratisierten Dokumentation angepasstes Auditinstrument entwickelt und diese Lücke geschlossen.

Das *Q-DeSS* basiert in erster Linie auf dem validierten Auditinstrument Quality of Australian Nursing Documentation in Aged Care (in der Folge QANDAC) von Wang et al. (2014). QANDAC wurde mit dem Ziel entwickelt, die Qualität der pflegerischen Dokumentation in der pflegerischen Versorgung von älteren Menschen unabhängig von der Dokumentationsart (papierbasiert respektive elektronisch) zu erheben. QANDAC wurde durch eine im Vorfeld realisierte umfassende Literaturrecherche in den zentralen Suchmaschinen (Med-Line, CINAHL, EMBASE sowie GeroLit) unter Einbezug der entsprechenden Schlagwörter (Ableitung anhand der Fragestellung sowie darüber hinaus Schlagwörter zu dem Thema Dokumentationsqualität, Auditinstrumente, pflegerische Dokumentation und weitere Ausprägungen) identifiziert. Anschließend wurde QANDAC vorwärts übersetzt, an die deutschen landestypischen Bestimmungen sowie an die Anforderungen der entbürokratisierten Pflegedokumentation entsprechend angepasst und in einem Pre-Test im Projekt *Qalifa* auf seine Praktikabilität und Passgenauigkeit erprobt. Der durchgeführte Pre-Test beinhaltete neben der testweisen Anwendung des Auditinstrumentes bei jeweils einer Dokumentation der acht ambulanten Dienste zusätzlich eine Befragung/Feedbackmöglichkeit der befragten Experten. Abschließend konnten aus der Zusammenführung der Ergebnisse des Pre-Tests sowie des Feedbacks der Experten weitere Modifizierungen abgeleitet und das daraus resultierende Auditinstrument *Q-DeSS* in die modellhafte Pilotierung überführt werden. Ein Handbuch zur Anwendung des Auditinstrumentes wird derzeit abschließend erstellt. Ebenfalls ist eine psychometrische Testung (Validität, Reliabilität) vorgesehen.

#### 4.2.2 Qualitätskategorien

Inhaltlich setzt sich *Q-DeSS* aus drei übergeordneten Qualitätskategorien für die pflegerische Dokumentation zusammen. Dazu zählen die Kategorien:

- (1) Inhalt (Fallspezifische Vollständigkeit der Angaben in der Pflegedokumentation)
- (2) Funktion (Fallspezifische Plausibilität des vierstufigen Pflegeprozesses)
- (3) Format (Organisatorische Anforderungen an die Dokumentation)

Im Detail beinhalten die verschiedenen Qualitätskategorien folgende relevante Qualitätskriterien und Fragestellungen an die pflegerische Dokumentation:

#### (1) Inhalt

##### *Fallspezifische Vollständigkeit der Angaben in der Pflegedokumentation*

– 8 Fragen –

In der ersten Kategorie wird erhoben, zu welchen Bereichen zum Zeitpunkt des Audits in der Dokumentation Aussagen vorzufinden sind. Hierbei orientiert sich die Reihenfolge der Fragen am Aufbau des Strukturmodells beziehungsweise der SIS<sup>®</sup>. Demgemäß fokussieren sich die ersten Fragen auf die Aussagen in der SIS<sup>®</sup>, wie zum Beispiel des Feldes B *Eigenwahrnehmungen des Pflegebedürftigen und Fragen zur Situation*, sowie auf die Inhalte der weiteren pflegerelevanten Kontextkategorien. Hieran schließt sich eine *Eins-zu-eins*-Übertragung der Risikomatrix der vorliegenden pflegerischen Dokumentation in das Auditinstrument an. Dies bedeutet: Es wird mithilfe von *Q-DeSS* die in der Pflegedokumentation vorgefundene Risikomatrix mit all ihren Anmerkungen und Inhalten in das Auditinstrument übertragen. Dieser Schritt ist deshalb von großer Wichtigkeit, da dies in der Kategorie (2) Funktion von großer Relevanz für die Reflexion und Bewertung der Plausibilität innerhalb der Dokumentation ist. Weiterhin schließen sich die Fragen nach den durchgeführten Differenzialeinschätzungen und vollzogenen Beratungen an sowie die Frage, von wem und in welchem Zeitfenster die SIS<sup>®</sup> erstellt wurde.

#### (2) Funktion

##### *Fallspezifische Plausibilität des vierstufigen Pflegeprozesses*

– 15 Fragen –

Nach der Erhebung aller bisher dokumentierten pflegerelevanten Aussagen in der Dokumentation – Kategorie (1) – wird mithilfe der Kategorie (2) die vorliegende Dokumentation auf ihre inhaltliche Plausibilität hin bewertet. Dies bedeutet: Es wird verstärkt ein Blick einerseits auf die Verschränkung der pflegerelevanten Kontextkategorien in der SIS<sup>®</sup> mit der Risikomatrix gerichtet und andererseits auf den Zusammenhang der dokumentierten Inhalte in der SIS<sup>®</sup> mit dem Maßnahmenplan, den Beratungsinhalten sowie dem Pflegebericht und den Inhalten zur Evaluation. Demgemäß verbinden sich die Fragen der Kategorie (1) des Auditinstrumentes mit denen aus der Kategorie (2). Folglich wird erhoben, in welchen Kon-

textkategorien in der SIS® pflegerelevante Phänomene und/oder Risiken identifiziert werden konnten und ob diese mit den vermerkten Risiken in der Risikomatrix übereinstimmen. Zusätzlich wird eruiert, ob aus den entsprechenden identifizierten Risiken in der Risikomatrix Interventionen in der Tagesstruktur/Maßnahmenplanung resultieren. Weiterführend wird nach den im Vorfeld aufgenommenen Präferenzen und deren Auswirkung auf die Maßnahmenplanung gefragt, genauso wie nach der Güte (orientiert an der Personzentrierung/ Evidenz – Expertenstandard) der jeweiligen Maßnahmen. Darüber hinaus werden der Umgang mit den durchgeführten Beratungen und deren Auswirkungen auf die durchgeführten pflegerischen Interventionen beleuchtet. Als letzter Schritt der Erhebung in der Kategorie (2) werden die Qualität der Evaluation und deren Ergebnisse auf den fortlaufenden Prozess erhoben. Hier wird wie in dem im Vorfeld schon thematisierten Vorgehen der Zusammenhang zwischen der Evaluation der Kontextkategorien in der SIS®, deren Auswirkung auf die Risikomatrix und das Resultat dessen im Maßnahmenplan eruiert.

**(3) Format**

Organisatorische Anforderungen an die Dokumentation

– 7 Fragen –

Die letzte Qualitätskategorie des Instrumentes *Q-DeSS* setzt sich aus den Anforderungen, bezogen auf die organisatorischen sowie strukturellen Bedingungen, an die pflegerische Dokumentation zusammen. Demgemäß wird erhoben, inwiefern die in der Dokumentation getroffenen Aussagen sachlich, objektiv, klar sowie prägnant sind. Zusätzlich wird erfragt, ob alle in der Dokumentation benutzten Abkürzungen bekannt sind. Darüber hinaus fließt in die Bewertung ein, ob alle Seiten der Dokumentation mit dem Namen des Pflegebedürftigen, dem Datum versehen sowie von einer zuständigen Pflegefachperson abgezeichnet wurden. Die Bewertungen der einzelnen Dokumentationsaussagen werden innerhalb des Instrumentes *Q-DeSS* mithilfe einer nominalen (Ja/Teilweise/Nein) sowie einer metrischen Skala (100 % / 75 % / 50 % / 25 % / 0 %) vollzogen. Hierbei wurde sich an dem Radarbewertungssystem des EFQM-Excellence-Modells orientiert. Demgemäß wird die nötige Trennschärfe der einzelnen Prozentangaben der metrischen Skala mithilfe einer Ausdifferenzierung in 100 % – umfassende Nachweise; 75 % – klare Nachweise; 50 % – Nachweise; 25 % – einzelne Nachweise sowie 0 % – kein Nachweis erreicht (vgl. EFQM 2009:19ff.). Eine abschließende Bewertung der gesamten pflegerischen Dokumentation anhand fest-

gelegter Scores/Cut-off-Werte ist in der bisherigen Version des Instrumentes noch nicht vorgesehen respektive war, bedingt durch den Erprobungscharakter von *Q-DeSS*, nicht zielführend. Folglich lassen sich die Ergebnisse der Erhebungen mit *Q-DeSS* bisher nur deskriptiv auswerten und darstellen. Dies verstärkt jedoch bei den professionell Pflegenden den Impuls zur Reflexion über Dokumentationsmängel und unterstützt in der Folge bei der Optimierung der Dokumentation.

*Auszug Auditinstrument Q-DeSS*

Im nachfolgenden Abschnitt wird der Aufbau des Instrumentes *Q-DeSS* präsentiert. Ein erster Einblick in die Kategorien (1) und (2) des Auditinstrumentes wird hier exemplarisch an einzelnen Beispielfragen vorgestellt.

Insgesamt betrachtet besteht *Q-DeSS* aus 31 Fragen, aufgeteilt in drei Qualitätskategorien. Damit wird die Konzentrierung auf den Qualitätsaspekt der Darstellung des Pflegeprozesses innerhalb der gesamten Dokumentation und die Auditierung deutlicher.

		Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstige	
		W. E.	N. E.										
A5	Wurde ein Risiko in der Risikomatrix vermerkt?	<input type="checkbox"/>											
A5.1	Welche Version der Risikomatrix liegt vor?	<input type="checkbox"/>											
A5.2	Nicht relevant	<input type="checkbox"/>											
1.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>											
2.	Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>											
3.	Krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen	<input type="checkbox"/>											
4.	Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>											
5.	Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>											

Abbildung 2: A5 Risikomatrix

Demgemäß werden mithilfe des Instrumentes *Q-DeSS* die Pflegenden dazu angehalten, alle Pflegeprozessschritte sowie die inhaltliche Konsistenz der dokumentierten Inhalte, die Beratung im pflegerischen Kontext sowie die Evaluation als abschließenden Prozessschritt zu reflektieren.

		100%	75%	50%	25%	0%	Trifft nicht zu
<b>B3</b>	<b>Sind für die in der Risikomatrix bewerteten Risikobereiche inhaltlich nachvollziehbare Maßnahmen erkennbar?</b>						
B3.1	Kognition und Kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>					
B3.2	Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>					
B3.3	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>					
B3.4	Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>					
B3.5	Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>					

Abbildung 3: B3 Risikomatrix/Maßnahmenplan

Zudem liefert das Auditinstrument Hinweise auf Inkonsistenzen zwischen identifizierten Risiken und den daraus resultierenden Maßnahmen, die nicht im Maßnahmenplan dokumentiert waren. Infolgedessen zeigt das Auditinstrument Verbesserungspotenzial auf.

		100%	75%	50%	25%	0%	Trifft nicht zu
<b>B9</b>	<b>Werden die im Rahmen der Beratung identifizierten Maßnahmen im Maßnahmenplan/ Berichtsblatt/ der Evaluation erwähnt?</b>						
B9.1	Dekubitus	<input type="checkbox"/>					
B9.2	Sturz	<input type="checkbox"/>					
B9.3	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>					
B9.4	Schmerz	<input type="checkbox"/>					
B9.5	Ernährung	<input type="checkbox"/>					
B9.6	Sonstige	<input type="checkbox"/>					

Abbildung 4: B9 Beratung/Maßnahmenplan

Bei der Frage B9 Beratung/Maßnahmenplan handelt es sich um die im Ergebnis abgestimmten Maßnahmen der Beratung, die im gemeinsam abgestimmten Maßnahmenplan zwischen Klient und professionell Pflegenden dokumentiert sein sollten.

		Ja	Nein	Trifft nicht zu
<b>B8</b>	<b>Ist die Beratung im Beratungsblatt, zu der im Vorfeld angekreuzten Risikomatrix, inhaltlich nachvollziehbar dargestellt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 5: B8 Beratung/Plausibilität

Regelmäßig und fallspezifisch angewendet, kann somit auch die Optimierung der Dokumentation transparent dargestellt werden und damit zusammenhängend die direkt erbrachte Pflegequalität beeinflusst werden. Im Rahmen des Projektes *QalifA* wurde dieser Aspekt allerdings nicht vertiefend bearbeitet.

#### 4.2.3 Stichprobe

Als Auftakt des Projektes wurde im Frühjahr 2016 eine Kick-off-Veranstaltung beim Diözesan-Caritasverband in Köln unter Teilnahme des DZNE Witten initiiert. Zu dieser wurden die dem Erzbistum Köln zugehörenden Träger der ambulanten Pflege eingeladen. Verfolgt wurde hiermit das Ziel, das Projekt vorzustellen und die dort teilnehmenden Trägerverantwortlichen der 72 ambulanten Pflegedienste für eine Teilnahme an dem Projekt *QalifA* zu begeistern. Vorgesehen war die Teilnahme von sechs ambulanten Diensten. Für die Teilnahme beworben hatten sich neun Dienste. Nach Auswahl durch die Projektleitung konnten folglich acht ambulante Pflegedienste unterschiedlicher Träger des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V. freiwillig an dem Projekt *QalifA* teilnehmen.

In den Projektdiensten wurden jeweils zwei zeitlich voneinander getrennte Audits (Audit 1 und Audit 2) durchgeführt. Festgelegt wurden zwei Stichtage, ab denen die bis dato schon fertiggestellten Dokumentationen für die Audits eingeschlossen werden sollten. Dies verfolgte den Zweck, dass das zuvor generierte Wissen wie auch der Zuwachs an Wissen der Teilnehmer durch die Qualifizierung in den Workshops, (Einzel-)Schulungen und den Refle-

xionstreffen für die Aktualisierung bestehender oder neu zu erstellender Dokumentationen genutzt werden konnten. In die Stichproben wurden nur Dokumentationen von Pflegebedürftigen einbezogen, die Leistungen gemäß SGB V in Kombination mit SGB XI oder ausschließlich nach SGB XI erhielten. Zur Erprobung des Audits wurden nur Dokumentationen einbezogen die eine Multidimensionalität an pflegerischen Phänomenen von Pflegebedürftigen beinhalteten.

Für das Audit 1 konnten 405 Dokumentationen in die Gesamtstichprobe eingeschlossen werden. Mithilfe von SPSS Statistics Vers. 21.0.0.2 wurden 82 pflegerische Dokumentationen aus dieser Gesamtstichprobe randomisiert für das erste Audit ermittelt. Dies beinhaltete eine 100%-Ersatzstichprobe, so dass schlussendlich im ersten Audit 41 Dokumentationen auditiert werden konnten. Die Ersatzstichprobe begründete sich aufgrund des pflegerischen Settings der zu überprüfenden Dokumentationen. Da es aus vertraglichen Gründen erforderlich ist, die Dokumentationen im ambulanten Sektor bei den Kunden vor Ort zu belassen, sollte damit sichergestellt werden, dass bei nicht vorliegender Dokumentation aus der Hauptstichprobe eine Ersatzdokumentation für das Audit vorlag.

Die Ermittlung der zweiten Stichprobe für das zweite Audit orientierte sich exakt an dem Vorgehen der ersten Stichprobenziehung. Wichtig ist, zu erwähnen, dass es sich bei den zwei Erhebungen nicht um abhängige Stichproben im klassischen Sinne gehandelt hat. Es wurden zwar jeweils die gleichen ambulanten Pflegedienste auditiert, dies schloss jedoch nicht auch dieselben Dokumentationen mit ein. In das zweite Audit konnten 501 Dokumentationen zum Stichtag in die Gesamtstichprobe eingeschlossen werden. Davon wurden mithilfe des Statistikprogramms 104 Dokumentationen randomisiert für die Stichprobe ermittelt. Auch bei dem zweiten Audit wurde eine Ersatzstichprobe mitberücksichtigt, so dass bei 46 pflegerischen Dokumentationen ein Audit durchgeführt werden konnte.

#### 4.2.4 Ethik und Datenschutz

Die beteiligten ambulanten Dienste sollten ihre Kunden über das Projekt informieren.<sup>5</sup> Eine ethische Problematik, bezogen auf die Erhebung der Daten, wurde nicht gesehen. Der Fokus lag auf der Weiterentwicklung des Instrumentes *Q-DeSS* und damit der Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses in der Dokumentation. Somit wurden Sekundärdaten ausgewertet. Pflegebedürftige wurden nicht einbezogen und personenbezogene Daten nicht erfasst. Auskunftgebende in dem Audit waren zuvor ausgewählte Pflegefachpersonen, die Einblick in die Dokumentation nahmen. Aufgrund des professionellen Status der Pflegenden konnte eine Vulnerabilität ausgeschlossen werden.

Entsprechend den Projektvorgaben wurden die ambulanten Pflegedienste mithilfe eines Informationsschreibens über das Ziel und den Inhalt der Erhebung sowie zu den Interviews und Audits informiert. Zudem wurde der Nutzen des Projektes zur Förderung der Qualität in den Diensten aufgezeigt mit dem Hinweis, dass es in dem Projekt nicht um die Beurteilung der Arbeit von Mitarbeitern geht. Deshalb war von vornherein vorgesehen, dass die Mitarbeiter/-innen freiwillig an den Audits sowie an den Interviews teilnahmen und auch ihre Zusage zur Teilnahme zurücknehmen konnten.

Um den Datenschutz bei den Pflegebedürftigen zu gewährleisten, erhielten sowohl die Einrichtungen als auch die einbezogenen Fälle entsprechende Codierungen durch das DZNE. Das Team des DZNE Witten hatte zu keinem Zeitpunkt Einblick in die Dokumentation der Kunden. In dem Audit wurden die Auditfragen des Evaluationsinstrumentes *Q-DeSS* durch Vorlesen der Dokumentationsaspekte von den Pflegefachpersonen beantwortet.

#### 4.2.5 Datenerhebung und Datenmanagement

Die Datenerhebungen der zwei Audits wurden im November 2016 beziehungsweise im März 2017 durchgeführt und erfolgten bei fast allen acht ambulanten Pflegediensten direkt vor Ort. Als Auskunftgebende nahmen überwiegend die verantwortlichen Pflegefachpersonen respektive Bezugspflegefachpersonen oder auch die Qualitätsbeauftragten der verschiedenen Dienste teil. Darüber hinaus nahm die Projektmitarbeiterin des Diözesan-

<sup>5</sup> Schriftliche Erklärung zur Verschwiegenheit der Träger/Trägervertreter/-innen

Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V. an einigen Audits in der Beobachterrolle teil. Die jeweiligen Aussagen wurden in das Auditinstrument *Q-DeSS* digitalisiert (mithilfe eines Tablet-Computers) aufgenommen und handschriftlich protokolliert.

Bei den Audits wurden alle Daten via CAPI-System (Computer Assisted Personal Interviewing) mithilfe eines PDF-Formulars erhoben, in einer Antwortdatenbank gesammelt und anschließend nach SPSS Vers. 21.0.0.2 exportiert. Zur Sicherstellung der Datenqualität erfolgte die Prüfung der Datensätze hinsichtlich logischer Konsistenz anhand verschiedener Plausibilitätskriterien. Dazu wurden im Prozess der Datenaufbereitung die SPSS-Rohdatenfiles zunächst standardisiert und validiert (Prüfung auf Redundanz, Vollständigkeit und Fehlerfreiheit). Nach abgeschlossener manueller Überprüfung der Validierungsergebnisse folgte die Datenbereinigung, wobei etwaige Korrekturen umgesetzt wurden. Diese wurden zur besseren Nachvollziehbarkeit der Daten innerhalb der Datenbereinigungssyntax dokumentiert. Ausgehend von dem bereinigten Datensatz, wurde ein Analysefile erstellt.

#### Datenauswertung

Die Auswertung der Ergebnisse der zwei Audits erfolgte mithilfe des zuvor erstellten Analysefiles in SPSS Statistics 21.0.0.2. Hierbei wurden die verschiedenen Ergebnisse mithilfe deskriptiver Verfahren (einfache Häufigkeiten) ausgewertet und anschließend unter Zuhilfenahme von Windows Excel in verschiedenen Diagrammen dargestellt. Weiterführend wurde bei der Auswertung der verschiedenen erhobenen Risikomatrizes mithilfe von SPSS-Syntaxen eine Auswertung der Überlappung der Matrizes – siehe *Q-DeSS*, Kategorie (1) und (2) – erzeugt, so dass die interne inhaltliche Übereinstimmung in der jeweiligen Dokumentation nachvollzogen beziehungsweise bewertet werden konnte.

## 5. Ergebnisse der Ist-Analyse

Die Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews orientiert sich an dem im Vorfeld präsentierten Codebaum (siehe 4.1 auf Seite 179). Dementsprechend werden die Ergebnisse entsprechend den thematisch zusammengeführten Kategorien vorgestellt.

### 5.1 Kategorie 1: Allgemeines zur Implementierung analog „EinSTEP“

In der Kategorie (1) wurde insbesondere das Vorgehen hinsichtlich Entscheidungsprozess, Vorbereitung sowie Durchführung der vom Projektbüro EinSTEP initiierten Implementierung erfragt. Auch wurde in einem weiteren Unterpunkt nach den Veränderungen, welche die EinSTEP-Implementierung nach sich zog, gefragt. So wurde von den teilnehmenden Interviewpartnern exemplarisch, bezogen auf den Entscheidungsprozess zur EinSTEP-Implementierung, unter anderem angemerkt:

*„... im Grunde ist die SIS® ein Muss, ja, (...) alles baut quasi aufeinander auf, und die SIS® ist ein Baustein, der mit dazugehört, und wenn ich da jetzt nicht rechtzeitig mit einsteige, dann hinke ich hinterher (...) irgendwann (...) hinterher ...“ (O1; 11)*

oder auch:

*„... was für Ausmaße das letztendlich auch angenommen hat und dass ich mir eigentlich relativ sicher war, wie ich das erste Mal SIS® hörte, dass man (...) wieder zu diesen Anfängen zurückkommt ...“ (O2; 77)*

sowie:

*„... dass der Mensch wieder im Mittelpunkt steht, wir aber auch rechtlich abgesichert sind ...“ (R1; 13)*

Hier verdeutlichte sich aus Sicht der Interviewten, dass mit der Implementierung der *entbürokratisierten Dokumentation* verschiedene Erwartungen an die neue Dokumentation gestellt wurden. Für die Interviewten stand die Rückbesinnung auf die Dokumentations-tätigkeit im Sinne ihres eigentlichen Zweckes der Dokumentation inkl. der Abbildung des Pflegeprozesses im Fokus. Des Weiteren besteht der Wunsch, die Dokumentation weiter zu reduzieren und die Personzentrierung herauszustellen.

Bei den Fragen zu der Vorbereitung der Durchführung der Implementierung der geänderten Dokumentation wurde auch Bezug auf die Teilnahme an den internen Schulungen des Caritasverbandes zu dem Thema der entbürokratisierten Dokumentation oder auch an den Fortbildungen durch das Projektbüro EinSTEP (Multiplikatoren-schulung) beziehungsweise die Registrierung als teilnehmende Projekteinrichtung genommen. Teilweise wurde angemerkt, dass eigene Dokumente zur Verwendung des Strukturmodells im Rahmen der Umstellung angefertigt wurden, da exemplarische Dokumente vom Projektbüro zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht waren. Demgemäß wurde von den Interviewten unter anderem angemerkt:

*„... bei der internen Schulung (...) von unserer Qualitätsbeauftragten haben wir alle (...) Charts bekommen, die das Strukturmodell komprimiert darstellen ...“ (R1; 73)*

und:

*„Die Handlungsanleitung gibt es ja schon viel länger. Also mit dem habe ich die ersten Schulungsunterlagen ausgearbeitet, als es den Foliensatz noch gar nicht gab ...“ (B1; 64– 65)*

Kritisch wurde angemerkt, dass die Fortbildungsinhalte, die von den Regionalkoordinatorinnen und Regionalkoordinatoren des EinSTEP-Projektbüros angeboten wurden, sich teils stark voneinander unterschieden. So gaben die Interviewteilnehmer/-innen an, dass dadurch unterschiedliche Schwerpunkte bei der Verwendung des Strukturmodells dargestellt wurden. Auch wurden Fragen zu gleichen Themenkomplexen teilweise inhaltlich verschieden beantwortet. Dies führte für die Interviewten zu Unsicherheiten in der Anwendung des neuen Dokumentationssystems:

*„... die zwei anderen Mitarbeiter, die wir (...) nachgeschult haben, die kamen zurück und sagten: Wen hattet ihr denn da? Also unsere hat uns das ganz anders dargestellt ...“ (O1; 51– 52)*

sowie:

*„... dass die Schulungen teilweise sehr unterschiedlich aufgezo-gen waren und man eigentlich das Gefühl hatte, wir haben unterschiedliche Dinge gelernt ...“ (B2; 137)*

Bei der Durchführung der Implementierung griffen die Interviewten auf verschiedene Vorgehensweisen zurück. So wurden konkrete Beauftragte zur Unterstützung in der Umstellung der pflegerischen Dokumentation benannt, spezielle Dokumentationstage für Pflegefachpersonen eingerichtet oder auch strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen beziehungsweise festgesetzt. Hierbei verdeutlichte sich durch die edukativ ausgerichtete Implementierungsstrategie des EinSTEP-Projektbüros eine überaus große Vielfalt seitens der acht ambulanten Pflegedienste, bezogen auf die gewählten Methoden zur Implementierung. Dies barg laut den Experten die Chance, das Vorgehen praktikabel und angepasst auf ihren jeweiligen Dienst abzustimmen. Demgemäß äußerten sich die Interviewpartner/-innen wie folgt:

*„... unsere SISI, unsere Fachfrau für SISI® (...), die hat sich da so richtig reingebissen und auch versucht, die Mitarbeiter (...) anzuleiten (...) Also wir machen Qualitätszirkel, wir erarbeiten die Dokumente dann zusammen ...“ (O1; 19–21; 39)*

und:

*„... wir uns (...) eine Mustermappe gemacht ...“ (K1; 38–39)*

sowie:

*„... wir haben ja für uns klar Linien gesetzt (...), wie wir vorgehen ...“ (G1; 22)*

als auch:

*„Und im Moment ist es dann in der Tat so, dass ich die ‚SISI‘ bin – in Anführungsstrichen –, weil die Leute dann kommen und fragen: ‚Was soll ich denn jetzt in diesem Themenfeld eigentlich bearbeiten?‘ Und dann zeige ich ihnen (...) diese Unterlagen und sage: ‚Hier kannst du dich ganz wunderbar dann abarbeiten, weil da steht das alles drin‘ ...“ (R1; 75)*

## 5.2 Kategorie 2: Eigene Erfahrungen bei der Implementierung

Die Kategorie (2) beinhaltete Fragen zu den eigenen Erfahrungen der Interviewten im Rahmen der durch das Projektbüro EinSTEP initiierten Implementierung in ihren jeweiligen Einrichtungen. Die Fragen an die Interviewten bezogen sich auf den Informationsstand über das Dokumentationssystem, die Bewertung der Implementierung sowie darauf, ob ihrerseits wichtige Vorgehensweisen oder Informationen zur Implementierung fehlten. Abschließend wurde nach einem Resümee bezüglich der Unterstützung vonseiten des Projektbüros EinSTEP (Regionalbüro/Regionalkoordinatoren) gefragt.

Insgesamt wurde von den Interviewten ein sehr heterogenes Bild dargestellt. So wurde über den Informationsfluss sowie die Unterstützung der registrierten Einrichtungen seitens des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten EinSTEP-Projekt beziehungsweise der Regionalbüros beziehungsweise der Regionalkoordinatoren teilweise kritisch berichtet:

*„... die ganzen Unterlagen, die es gab, fand ich noch nicht so aussagekräftig ...“  
(O1; 47)*

sowie:

*„... insgesamt hat diese Projektstruktur, die war nicht so wirklich so effizient, also das ist scheinbar jetzt weggebrochen, wir kriegen keine weiteren Informationen darüber ...“  
(O2; 9)*

als auch:

*„Und anschließend konnte man sich zwar registrieren, aber (...) es kam ja keine Reaktion, monatelang passierte gar nichts, also haben wir keinerlei Unterstützung vom Projektbüro bekommen. Also null, würde ich sagen ...“ (B1; 78–79)*

im Gegensatz dazu:

*„Also und insgesamt fühlte ich mich da sehr unterstützt und fand, dass das sehr unproblematisch verlaufen ist ...“ (B1; 95)*

Auch wurden eigene Implementierungsstrategien kritisch reflektiert, und die Funktion des Multiplikators wurde hinterfragt:

*„Das (...) ist jetzt keine gute Idee gerade, sie als Multiplikator ...“ (K1; 79)*

und:

*„... wir aber festgestellt, weil die (die Multiplikatorin, Anmerkung der Verfasser) das so ein bisschen federführend macht mit der Umschreibung, dass die Mitarbeiter sich mehr zurücklehnen und denken: ‚Da haben wir ja jetzt einen, der es tut.‘ Und dann geht viel verloren. Also dann fühlen die sich gar nicht mehr so verantwortlich ...“ (O1; 21)*

Darüber hinaus wurden der Austausch sowie die Möglichkeit zur Reflexion innerhalb der vom Projektbüro EinSTEP angebotenen Treffen positiv dargestellt:

*„Ja, wir hatten viel Austausch im Pilotprojekt ...“ (B1; 97–98)*

Zusätzlich wurde von den Interviewten berichtet, dass es essenziell für die Implementierung war, welche Qualität der Dokumentation vor Implementierung der „entbürokratisierten“ Dokumentation vorlag. So wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass die Implementierung nur so „reibunglos“ verlaufen konnte, da der jeweilige Dienst schon im Vorfeld „gut aufgestellt“ war:

*„... dadurch ist die Umsetzung von den SIS®-Bögen uns nicht so schwergefallen, und Maßnahmenpläne haben wir vorher auch in dieser Form schon fast gehabt ...“ (G1; 79)*

sowie:

*„Tagesstrukturen oder so was (...), das hatten wir sowieso bei aufwendigen Patienten schon längst gehabt, weil das einfacher war ...“ (B2; 89)*

### 5.3 Kategorie 3: Sich sicher in der Anwendung des Strukturmodells fühlen

Die Fragen hier richteten sich auf die Einschätzung, bezogen auf die Fähigkeiten der Interviewten hinsichtlich der Anwendung des Strukturmodells. Hierbei zeichnete sich inhaltlich ein konsistentes Bild ab. Das heißt, es wurde berichtet, dass die Verschriftlichung des Maßnahmenplans / der Tagestruktur respektive der SIS® zumeist kein Problem darstelle. Herausforderungen beständen bei der Bearbeitung der Risikomatrix und deren Verständnis beziehungsweise deren korrekter Anwendung. Auch wurde durch die neue Art der Dokumentation und des Dokumentierens oftmals der Wunsch nach Fortbildungen in den Bereichen der Kommunikation, Beratung sowie der wertfreien Formulierung von pflegespezifischen Aussagen formuliert. Die Interviewten formulierten unter anderem:

*„... der (Maßnahmenplan, Anmerkung der Verfasserin) ist für mich klar, da brauche ich keine Hilfe, ich glaube, das ist selbsterklärend ...“ (K1; 122)*

bezogen auf die Risikomatrix:

*„Was mir ein bisschen Schwierigkeiten macht, ist wirklich diese Risikomatrix. Also die, ja, die ist so ein bisschen diffus ...“ (O1; 63)*

auch:

*„Ja. Da frage ich mich (...) immer wieder: Was muss ich jetzt da ankreuzen? Finde ich kompliziert (...) Ja, diese Risikomatrix ist halt ein Thema ...“ (B1; 135–136; 173)*

bezogen auf den Fortbildungsbedarf:

*„Überhaupt auf Kommunikation und auf aktives Zuhören (...) Und (...) diese Sensibilität (...) wieder zu verstärken für Veränderungen oder für Aussagen auch, dass sie die hören ...“ (O1; 73)*

sowie:

*„Ja, ich finde immer, für Mitarbeiter ist es schwer (...), frei zu formulieren und neutral zu formulieren ...“ (B1; 157–158)*

oder auch:

*„... die meisten Schwierigkeiten bestehen bei uns in Beratung ...“ (G1; 214)*

Insbesondere die Konzentration der Aussagen bei den Problemen auf die Risikomatrix und damit die Bewertung von pflegerischen Risiken in der Verknüpfung mit den Kontextkategorien der SIS® wurde von allen Interviewten als eine überaus große Herausforderung angesehen. Bezogen auf die Anwendung der Tagesstruktur / des Maßnahmenplans, zeichnete sich eine im Vorfeld schon qualitativ hochwertige Dokumentation als förderlich für den weiteren Verlauf bei der Anwendung des entbürokratisierten Dokumentationssystems ab.

#### 5.4 Kategorie 4: Bewertung der neuen Dokumentation

In Kategorie (4) werden insbesondere mehrdimensionale Veränderungsaspekte, die mit der vom Projektbüro EinSTEP initiierten Implementierung in den ambulanten Pflegediensten korrespondieren, thematisiert. Die Interviewten verwiesen auf Veränderungen unter anderem in den Bereichen: Beziehung zwischen Klienten und professionellen Pflegenden, im eigenen Team und in der Organisation sowie speziell zu den verschiedenen Aspekten, die im Rahmen des Pflegeprozesses insbesondere durch die Anwendung der SIS® auftraten (Pflegerisiken / Sicherheit versus Personenzentrierung).

Bei den Interviewten zeigte sich insgesamt ein einheitliches Antwortbild. So äußerten sie sich dahingehend, dass die entbürokratisierte Dokumentation eine Möglichkeit biete, auf eine andere Art und Weise mit den pflegebedürftigen Menschen ins Gespräch zu treten. Auch wurde der Pflegeprozessschritt der Informationssammlung inklusive Assessment zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegenden als offener und vertrauter be-

schrieben. Dies begründe sich dadurch, dass die pflegebedürftigen Menschen direkt in den Pflegeprozess mit eingebunden würden, sie einen Raum bekämen und sie somit aus ihrer Sicht ihren pflegerischen Bedarf / ihre Situation verbalisieren könnten.

Kritisch wurde geäußert, dass die Umstellung auf das Strukturmodell und die SIS® sowie auch deren nachhaltige Verwendung damit einhergeht, dass – insbesondere zu Beginn des Projektes – eine zeitliche Zunahme der Dokumentationstätigkeit zu verzeichnen war und ist. Auch wurde die Finanzierung einer solchen Umstellung der pflegerischen Dokumentation thematisiert. Gleichwohl überwogen die positiven Aussagen und die Chance, professionelle Pflege aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Die Interviewten äußerten unter anderem Folgendes:

*„Die Zusammenhänge werden dann auch klarer. Wenn man eher weiß, was derjenige auch von Beruf (war, Anmerkung der Verfasserin), weil er einfach mehr erzählt, was er gemacht hat, dass er vielleicht deswegen nur einmal die Woche Duschen für sinnvoll hält und nicht unseren Anspruch, dreimal die Woche muss es mindestens sein. Also man hat tatsächlich ein höheres Verständnis für den Gegenüber, warum er was wie wünscht ...“ (B2; 215)*

oder auch:

*„Im Erstgespräch geht man schon eher auf die Bedürfnisse ein (...) bei der alten Dokumentation halt nicht, da lag der Fokus mehr auf Einschätzung vom Pflegepersonal ...“ (K1; 165–167)*

sowie:

*„... die Kunden, wenn sie so zum Erstbesuch kommen, und die Angehörigen, die sind ja wie ein Wasserfall, die gießen sich ja erst mal aus (...) Sehr offen und sehr erfreut (...) Also die sind da, es könnte für die wöchentlich stattfinden ...“ (O1; 25)*

Bezüglich der Veränderungen für das Team und die Organisation wurden folgende Punkte genannt:

*„Ich habe nicht mehr so das Gefühl, dass wir dokumentieren, um dem MDK quasi Recht zu geben (...) wir fangen jetzt an (...) selbstbewusst zu sagen (...): ‚Da ist jetzt alles drin‘ ...“ (B2; 231)*

und:

„Es fällt mehr auf. Also ich merke jetzt, in der SIS® fallen mehr Ungereimtheiten auf, die man dann kritisch hinterfragt. Und ich merke auch, wie es vielen Mitarbeitern unangenehm ist, wenn sie dann gefragt werden. Sie müssen (...) Stellung beziehen ...“ (O1; 115–16)

oder auch:

„Ich glaube, am Anfang ist es gar nicht so, weniger zu schreiben, und kostet genauso viel Zeit ...“ (G1; 37)

Bezogen auf den Fallbezug und die Einschätzung von Pflegerisiken sowie die Einschätzung des Pflegebedarfs / der Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (in der Folge MDK), äußerte man sich wie folgt:

„... die Doku war individuell genug, und sie war so geschrieben, dass man tatsächlich als Fremde (...) sich vorstellen kann: Was erwartet mich, was muss ich tun (...) Jetzt, dadurch, dass das viel freier aufgenommen wird im Gespräch, kriegt man schon viel mehr raus ...“ (B2; 206)

sowie:

„... hatten das erste Mal (die) SIS® geprüft (durch MDK, Anmerkung der Verfasserin), haben sich sehr schnell zurechtgefunden und auch ganz schnell orientiert ...“ (B1; 205)

Kritisches wurde jedoch auch formuliert, unter anderem:

„... wer bezahlt das alles? Also es ist ein unglaublich hoher Zeitfaktor (...), dass wir für diese Dokumentation mit den Erstbesuchen 32 Euro bezahlt bekommen, wir sitzen aber effektiv zwei bis drei Stunden an der SIS®, weil die lässt sich nicht, von der praktikablen Seite her nicht, beim Pflegebedürftigen vor Ort ausfüllen ...“ (O1; 25)

Über das Besondere an der SIS® in Bezug zum ambulanten pflegerischen Setting sagten die Experten:

„Die schnelle Erfassung von der Ist-Situation und von der gewünschten, (...) Es sind ja immer Abweichungen und dass man das alles so erfasst und das anbieten kann, was der Patient sich vorstellt ...“ (G1; 202)

## 5.5 Kategorie 5: Teilnahme am Projekt QalifA

In der letzten Kategorie wurden die Experten nach ihren Gründen und der Motivation zur Teilnahme am Projekt QalifA befragt. Es bestand im Weiteren die Möglichkeit, thematische Wünsche bezüglich der geplanten Workshops innerhalb des Projektes zu äußern. Ferner war es für die Interviewer/-innen noch von Bedeutung, welche Erwartungen die Teilnehmer/-innen, bezogen auf das Projekt, mitbringen. Hierzu äußerten sich die Experten wie folgt:

„Ja, weil (...) schön ist, noch mal genauer etwas das anzugucken, vielleicht auch noch was dazulernen oder vielleicht auch noch was dazu zu sagen, wie man was vielleicht anders machen kann. Also wir sind eigentlich noch sehr offen dafür ...yyyyyy“ (K1; 235)

Bezogen auf die Erwartungen an die Teilnahme an dem Projekt QalifA, äußerten sich die Teilnehmer der Interviews sehr einvernehmlich:

„Na ja, ich hoffe, dass am Ende des Projektes (...) die Schwächen weg sind, weil wir sie identifiziert und weil Lösungen dafür gefunden werden, wie man das beheben kann ...“ (R1; 280)

und:

„Ganz viel Sicherheit im Umgang mit Dokumentation und auch wirklich das Hintergrundwissen, wie ist es alles umgesetzt worden ...“ (B2; 258)

auch:

„Die Erfahrungswerte, da hoffe ich durch andere Einrichtungen, dass man da auch noch mal schaut: Wie machen die das? Dass man hier eher in einem Austausch ist ...“ (O1; 121)

sowie:

„... dass wir die durch Ihren Beistand, durch Ihre professionelle fachliche Hilfe, dass wir darin sicher werden (...), dass man – auch so wie jetzt – also mir ist das wirklich noch mal bewusst geworden mit der Biografie, was da eigentlich außer für uns, (...) die Beziehungsebene besser wird, ja ...“ (R1; 288)

Folglich stand insbesondere ein Mehr an Sicherheit im Umgang mit der entbürokratisierten Dokumentation für die Teilnehmer/-innen der Interviews im Vordergrund. Auch wurde ver-

mehrt der Wunsch geäußert, den theoretischen Hintergrund, dem dieses Dokumentationssystem zugrunde liegt, besser zu verstehen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit eines einrichtungsübergreifenden Austausches als Chance zur Qualitätsverbesserung genannt. Als Herausforderung wurde von den Interviewten noch der Umgang mit der Dokumentation bei Menschen mit einer Demenz erwähnt. Hierbei verdeutlicht sich die Anforderung der entbürokratisierten Dokumentation an eine gesteigerte Beobachtungskompetenz der professionell Pflegenden.

### 5.6 Zwischenfazit nach Ist-Analyse (Fokusgruppeninterviews)

Zusammenfassend zeigte sich über alle Interviews hinweg, dass ein sehr einheitliches Bild hinsichtlich erlebter Herausforderungen sowie gut angenommener und umgesetzter Teilaspekte des entbürokratisierten Dokumentationssystems gezeichnet wurde. Demzufolge wurde die Umsetzung der entbürokratisierten Dokumentation als ein positiver notwendiger Schritt im Kontext der weiteren Gestaltung der professionellen Pflege in Deutschland empfunden. Auch wurden innerbetriebliche Fortbildungen zur Anwendung der neuen Dokumentation als sehr hilfreich beschrieben. Hier stand insbesondere der einrichtungsübergreifende Austausch im Fokus.

Schwierigkeiten zeigten sich laut den Experten bei der Zusammenarbeit und den Workshops des EinSTEP-Projektbüros. Demnach variierten die jeweils anwendungsbezogenen Fortbildungsinhalte erheblich und führten bei den Teilnehmern im späteren Austausch zu Unsicherheiten. Die Implementierungsstrategien der Einrichtungen variierten von Einrichtung zu Einrichtung. Hier bestand jedoch der Konsens darin, dass entweder speziell Verantwortliche für die SIS<sup>®</sup> benannt wurden oder extra systemische Rahmenbedingungen geschaffen wurden, wie zum Beispiel: Bürotage, Qualitätszirkel oder auch ein übergreifender Austausch zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Kritisch wurde angemerkt, dass bei der Benennung einer konkret zuständigen Pflegefachkraft für das neue Dokumentationssystem die anderen Mitarbeiter der Einrichtung sich oftmals auf diese eine Person verlassen haben und sich teilweise aus der aktiven Einbindung der Umstellung der Dokumentation und den damit korrespondierenden Auseinandersetzungen zurückzogen. Dies wirkt sich – so die Interviewten – konträr auf eine nachhaltige Implementierung des neuen Dokumentationssystems aus.

## 6. Ergebnisse aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen

### 6.1 Selbstreflexion der mit den Workshops korrespondierenden Inhalte

Die drei Workshops bestanden, wie bereits ausgeführt, aus **sechs inhaltlichen Schwerpunkten**, welche in Blöcken von jeweils zwei Tagen zu Themenschwerpunkten durchgeführt wurden. Der zeitliche Umfang der einzelnen Workshops entsprach 6,5 Zeitstunden pro Tag und analog 14 Unterrichtseinheiten je Workshop. Start war im Mai 2016, die weiteren Workshops wurden im Juni und Juli 2016 durchgeführt.

Die **ersten zwei Workshop-Tage** wurden eingeleitet mit den Themen Neues Begutachtungsinstrument (NBA) und Vertiefung zum Strukturmodell der Entbürokratisierung. Die Kenntnis und das Verständnis der neuen Pflegebedürftigkeit und des NBA wurden in der Selbsteinschätzung der Teilnehmer/-innen für ihre Einrichtungen sehr heterogen dargestellt. In einem Dienst waren Vorerfahrungen beziehungsweise Wissen der Mitarbeiter/-innen zum NBA vorhanden. Drei Dienste hatten noch für das laufende Jahr Schulungen zum NBA geplant, und in vier Diensten erfolgte auf dienstlicher Ebene hierzu noch keine Auseinandersetzung. Nach intensiver Reflexion und Diskussion des Pflegebedürftigkeitsbegriffs blieben folgende Feststellungen als Resümee des ersten Workshop-Tages:

- In der Anwendung des NBA im Kontext des Strukturmodells (speziell der SIS<sup>®</sup>) ist es entscheidend, in welcher Rolle das Strukturmodell genutzt wird. In der Begutachtung wird das NBA zur Ermittlung eines sozialrechtlichen Leistungsanspruchs genutzt. Zur Steuerung des Pflegeprozesses müssen neben den pflegefachlichen Aspekten auch die Präferenzen und der individuelle Bedarf des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.
- In Beurteilungen der SIS<sup>®</sup> bleibt zu prüfen, wie viele Fälle aus Leistungen herausfallen, weil
  - die gewünschte/benötigte Leistung keinem Leistungskomplex zugeordnet werden kann,
  - keine Verhinderungspflege oder Auszahlung von Geldleistungen erfolgt, da keine Pflegeperson benannt werden kann (wenn z. B. keine Angehörigen da sind).

Mit der Einladung zum ersten Workshop wurden folgende Aufgaben an die Teilnehmer/-innen übermittelt: Bitte fertigen Sie auf Ihrer Einrichtungsebene (möglichst im Team) ein **Inselbild**, bezogen auf **Entbürokratisierung** beziehungsweise **QalifA**, für Ihre Einrichtung an und bringen Sie dieses am 23. Mai mit. Zur Bearbeitung benötigen Sie ein Flipchart, drei verschiedene Farbstifte und etwas Kreativität! Die Insel (grün) steht für die Basis und repräsentiert die Kompetenzen/Sicherheit. Das Schwemmland (gelb) steht für die Kompetenzbereiche, in denen sich das Team etwas sicher fühlt, aber noch Unterstützung benötigt. Das offene Meer (blau) steht für Unsicherheit und repräsentiert die Themen, die noch offen beziehungsweise unklar sind / womit sich noch nicht befasst wurde.

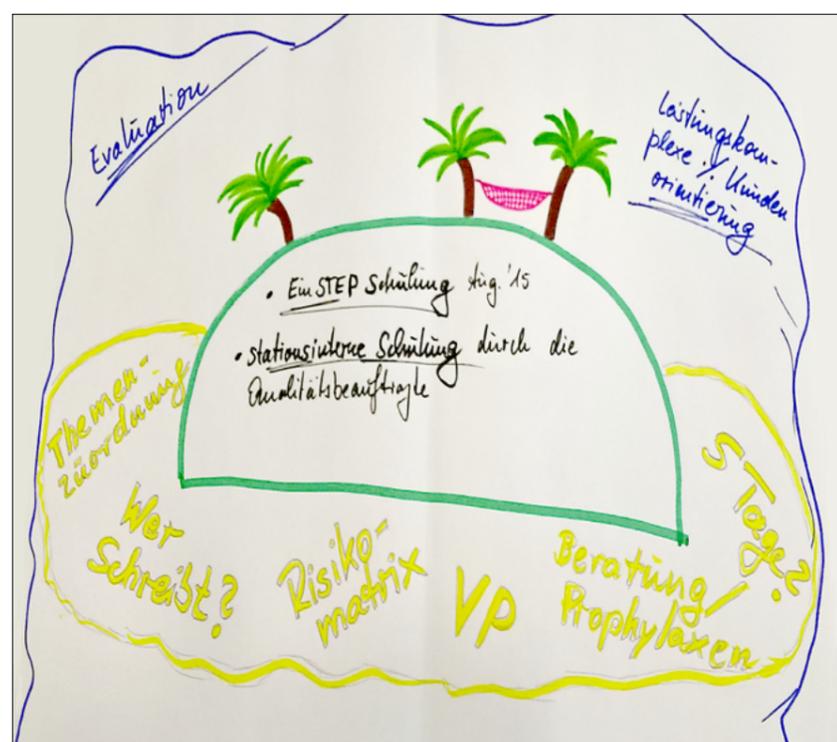


Abbildung 6:  
Ein Ergebnis-Inselbild QalifA

In der Zusammenfassung der Selbsteinschätzungen anhand der *Inselbilder* zeigte sich, dass die Teilnehmer/-innen sich im Umgang mit dem Thema Beratung und in der Erstellung und Anwendung eines Maßnahmen- beziehungsweise Tagesablaufplans weitestgehend sicher fühlten. Themenbereiche, in denen sich die Teams etwas sicher fühlten, aber noch Unterstützung benötigten, und Themen, die noch offen beziehungsweise unklar waren:

- Evaluation
- Risikomatrix
- Erstellung/Abschluss der SIS®
- Gesprächsführung (Erst-/Folge-/Beratungsgespräch)

In der Vertiefung an diesem Schultag wurde deutlich, dass im Zusammenhang mit der Nutzung des Strukturmodells und der SIS® noch Fragen offenblieben. Diese waren beispielsweise:

- Welches Pflegemodell liegt der Dokumentation in der Einrichtung zugrunde?
- Wie erfolgt die Einbindung der SIS® in den Pflegeprozess?
- Erfolgt die Evaluation in der Einrichtung zur Dokumentation der Ergebnisse der Pflegeprozesssteuerung oder zur Qualitätssicherung?
- Wo und wie wird Beratung in den Pflegeprozess eingebunden?

Aus der Reflexion der aktuellen Dokumentationspraxis auf Basis der Musterdokumentationen wurden weitere Fragen deutlich:

- Wie bildet sich der „rote Faden“ der Versorgung in der Dokumentation ab?
- Wie können weiterführende Kompetenzen hinsichtlich der Anwendung der SIS® und Risikomatrix sowie im Bereich der Gesprächsführung erworben werden?
- Wie kann eine Erweiterung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte (unter anderem in Bezug auf Expertenstandards) erreicht werden?

Der **zweite Workshop** im Juni 2016 war dem Thema *Personzentrierung in der ambulanten Pflege* mit dem Blick auf die Präferenzen der Pflegebedürftigen und dem Thema Beratung gewidmet, flankiert mit Konsequenzen, die aus dem personenzentrierten Ansatz resultierten. Für den Themenblock Beratung waren die Teilnehmer/-innen aufgefordert, ihre internen Vorgaben zur Beratung (beispielsweise Standard, Konzept, Verfahren) mitzubringen.

Zu Beginn des ersten Workshop-Tages wurden, wie in jedem nachfolgenden Workshop und später realisierten Reflexionstreffen, Rückmeldungen der Teilnehmer/-innen zum aktuellen

Stand des Projektes in ihren Einrichtungen eingeholt. Da die Teilnehmer/-innen im Projekt als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult wurden, waren eine ihrer wesentlichen Aufgaben die Weitervermittlung der Inhalte sowie eine kontinuierliche Reflexion mit den Beteiligten in ihren Einrichtungen. Als offene Fragen und Anmerkungen brachten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren folgende Hinweise aus ihren Einrichtungen mit:

- Die Einordnung der Risikomatrix mit den Elementen differenziertes Assessment und Beobachtung ist weiterhin unklar.
- In den Einrichtungen werden aus organisatorischen Gründen Verkaufsgespräch und Erstgespräch in einem Termin zusammen durchgeführt. Die Erfahrung zeigt, dass dies für die Kunden zu viele Informationen auf einmal sind! Außerdem werden durch die Kombination dieser beiden Gespräche die unterschiedlichen Intentionen, die mit den zwei Gesprächsinhalten verbunden werden, für die Kunden nicht eindeutig nachvollziehbar.
- Eine Frage der beteiligten Leitungskräfte: Wie bringe ich die Mitarbeiter dazu, wieder mit der Dokumentation zu arbeiten?

Das Thema *Personzentrierte Pflege in der ambulanten Pflege* mit dem Blick auf die Präferenzen der Pflegebedürftigen wurde eng mit den Ergebnissen der Review-Studie von Kitson et al. (2013) verknüpft. Einprägsam zur Personzentrierung war für die Teilnehmer/-innen eine in den Workshop integrierte Übung, die sie zu der vertieften Einsicht führte, dass, je schwerer pflege- beziehungsweise hilfsbedürftig sie selbst wären, sie umso mehr Wert auf eine fachlich hochwertige Pflege legen würden.

Die Vermittlung von Inhalten zur *Beratung* mit den Ansätzen und Konsequenzen, die aus dem personzentrierten Ansatz resultieren, deckte auf, dass die vorhandenen Beratungskonzepte der Einrichtungen stark formale Aspekte der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI widerspiegeln. In den vorliegenden Konzepten wurden die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) fokussiert – ohne die Mehrdeutigkeit von *Beratung* inhaltlich zu differenzieren. Folglich wurden die Nutzer der Leistungen, abhängig von ausgewählten Aspekten, ausschließlich informiert.

Die Einladung für den **dritten Workshop-Block** im Juli 2017 beinhaltete neben der Information, dass die Themen *Ergebnisqualität und Dokumentationsqualität* vorgesehen waren, folgende Aufgaben:

- das in der Einrichtung gültige Konzept zur Pflegevisite mitzubringen,
- im Pflegealltag darauf zu achten, zu welchen Themen und auf welche Art und Weise Ergebnisqualität in der eigenen Einrichtung gemessen und erfasst wurde, und
- eine Pflegedokumentation mitzubringen.

Die Rückmeldungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zum bisherigen Stand des Projektes in ihren Einrichtungen wurden anhand der Leitfragen: *Gibt es erste Erkenntnisse/Wirkungen aus den letzten Schulungen? Woran machen Sie diese fest?* eingeholt. Als offene Fragen und Anmerkungen brachten diese die in Tabelle 1 aufgeführten Hinweise aus ihren Einrichtungen mit. Insgesamt sehr positiv ist die Rückmeldung aller Teilnehmer/-innen, dass die SIS® in den Gesprächen mittlerweile stärker fokussiert wird.

Schwierigkeiten inhaltlicher Art	Schwierigkeiten organisatorischer Art
Gebrauch der dokumentierten Sprache hat sich noch nicht substantiell verändert	Mitarbeiter/-innen sind noch in der Umstellung der Dokumentationen zur SIS®, diese ist noch nicht abgeschlossen
Abweichungen und Besonderheiten werden nicht immer dokumentiert	Aussagen zu Leistungen nicht genügend; bei Unklarheiten erfolgt Durchführung von Pflegevisite
Unsicherheit / fehlende Klarheit: Wie werden die Ergebnisse in der Evaluation erfasst?	Mitarbeiter/-innen lesen Dokumentation nicht; vor Ort ist dies schwierig umzusetzen
Jetzt mehr Unsicherheit im Umgang mit dem Strukturmodell, da durch die Teilnahme an den Workshops neue Fragen aufgeworfen wurden	Zeitaufwand für die Einführung des Strukturmodells ist sehr hoch; mehr als erwartet
Unsicherheit, ob die eigene Dokumentation dem Ansatz genügt	Zu wenig Zeit, um Erkenntnisse/Anregungen aus der Schulung umzusetzen
Nicht alle Pflegefachkräfte sind in der Lage, die SIS® anzuwenden	Aufbau des Qualitätsmanagements benötigt Umstrukturierung
Bei dem Versuch, die in der Schulung durchgeführte Übung zur Partnerorientierung mit den eigenen Kollegen zu wiederholen, wurde deren Ergebnis von den Mitarbeitern nicht als „neue Erkenntnis“ verstanden	Schulungen zur Beratung fehlen in der Einrichtung

Tabelle 1: Schwierigkeiten inhaltlicher und organisatorischer Art

Darüber hinaus wünschten sich die teilnehmenden Einrichtungen weiteren Input zu den Themen *Kontext, Evaluation, Information und Beratung* sowie eine Vertiefung zur Person-zentrierung und deren Umsetzung in der ambulanten Pflege.

### Zwischenfazit nach Abschluss der Workshops

Nach Abschluss der Workshops brachten die Teilnehmer/-innen zum Ausdruck, dass für sie die **Tiefe** der Bearbeitung der Themen beeindruckend war. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Themen habe dazu geführt, dass eine **Verkürzung** des Strukturmodells auf die SIS® häufig beobachtet/registriert worden sei. Sie äußerten den Wunsch, dass diese Diskrepanz der Verkürzung des Strukturmodells aufgelöst würde.

Alle Workshops wurden in Zusammenarbeit von DZNE und dem DiCV Köln durchgeführt. In der Durchführung zeichnete jeweils einer der beiden Kooperationspartner für einen der zwei Workshop-Tage verantwortlich. Mit Abschluss der Workshops wurde das weitere Vorgehen im Projekt zum ersten Mal wesentlich ergänzt.

Vom DZNE wurde schon in der Antragsphase der Wunsch geäußert, in allen Einrichtungen Audits durchzuführen, um das nach dem ersten Pre-Test weiterentwickelte Instrument zur Evaluation des Strukturmodells (*Q-DeSS*) zu erproben und dabei die Bedingungen der Einrichtungen vor Ort genauer zu verstehen. Obwohl diese Audits für alle Beteiligten mit einem wesentlichen Arbeitsaufwand verbunden und in der Projektaufwandsplanung nicht vorgesehen waren, erklärten sich alle beteiligten Einrichtungen und Träger sofort mit diesem Vorgehen einverstanden. Dies traf im weiteren Projektverlauf auch auf das zweite, außerplanmäßige Audit zu.

### 6.2 Ergebnisse aus Trägergesprächen

Auf Grundlage der Leitlinien zur Qualität in der Caritas (vgl. DCV 2012) wurden die Führungspersonen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (vgl. Seghezzi 2003:131ff.) partizipativ einbezogen. Schließlich hängt die Wirtschaftlichkeit der angebotenen Dienstleistungen von internen Voraussetzungen (vgl. Bornewasser 2009:135ff.) ab, damit die Pflegenden die Aufgaben kompetent übernehmen können. Um die Implementierung der Inhalte und

Ergebnisse aus den Schulungen in den Diensten zu fördern (Bottom-up) wurde allen Trägern der teilnehmenden Einrichtungen die Möglichkeit zur kollegialen Beratung (vgl. Norwood 2002:83ff.) mit dem Projektmanagement des DiCV Köln offeriert. Dieses Angebot war vor Projektauftritt nicht vorgesehen, erwies sich aber aufgrund der Projektprozesse als sinnvoll. Aus den Interaktionen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den Schulungen wurden solche Reflexionsgespräche mit den Trägerverantwortlichen vonseiten der Projektdurchführenden als fördernd für die Implementierung eingeschätzt. Alle Trägerverantwortlichen nahmen dieses Gesprächsangebot an; insgesamt wurden im Projektzeitraum neun kollegiale Beratungsgespräche geführt.

Basierend auf dem partizipativen Ansatz (DeGEval 2015), wurde die erfolgte Diffusion, die aus den Multiplikatorenschulungen für den Dienst und das interne Qualitätsmanagement resultierte, reflektiert (vgl. Bornewasser 2009: 253f.).

Für die von ihnen getroffene Auswahl von Mitarbeitern wurden von den Trägerverantwortlichen folgende Gründe genannt:

- Förderung des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin, weil Entwicklungspotenzial gesehen wird (fachlich, strukturell)
- Klärung der tatsächlich vorhandenen Kompetenzen und Fähigkeiten, da diese im Arbeitsalltag aufgrund der Arbeitsorganisation (wie in Touren) nicht immer einer Beobachtung zugänglich sind

Im Rahmen der Gespräche wurden Möglichkeiten für das weitere Vorgehen der Einrichtungsträger entwickelt. Neben Lösungen, die die Verantwortlichen einrichtungsintern umsetzen wollten (beispielsweise gezielte Beobachtung und Reflexion der Kompetenzen entsandter Mitarbeiter, strukturelle Änderungen), wurden auch einrichtungs- und personenbezogene Coachings vereinbart, die durch den DiCV Köln erfolgten. Eine weitere Konsequenz der Trägergespräche war, dass weitere Multiplikatoren in das Projekt involviert wurden. Bereits im Verlauf der dreimonatigen Phase der Schulungen zeigte sich, dass zur Implementierung des Ansatzes in einigen Einrichtungen die Einbindung weiterer Kompetenzen/Personen erforderlich war. Explizit auf Wunsch der Träger wurde deshalb der Multiplikatorenkreis erweitert.

### 6.3 Ergebnisse aus einrichtungsspezifischen Coachings

Einrichtungsspezifische Coachings und Workshops fanden im Zeitraum von Juni 2016 bis September 2017 statt. Im Wesentlichen waren zwei Inhaltsbedarfe zu decken:

Zum einen fehlten einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern grundlegende Kenntnisse zur Anwendung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Dafür lagen heterogene Gründe vor, die teilweise strukturell (z. B. verkürzte Multiplikatoren-schulung) und teilweise personenbezogen waren. Die Coachings, die teilweise als Einzelcoachings durchgeführt wurden, wurden anhand des didaktisch-methodischen Konzeptes eines handlungsorientierten Unterrichts geplant und durchgeführt.

Dem zweiten Inhaltsbedarf lag der Wunsch einiger Träger und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zugrunde, dass die am Projekt beteiligten Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen stärker von dem Lernprozess des Gesamtprojektes profitieren sollten. Dazu wurden im letzten Quartal der Projektlaufzeit ein bis zwei inhaltlich ausgerichtete Schulungstermine für die Teams der jeweiligen Einrichtung vor Ort durchgeführt. Die Inhalte dieser Lehr-/Lerneinheiten orientierten sich an den Fragen und Anliegen der jeweiligen Teams. Darüber hinaus wurden aus den Projektergebnissen heraus Probleme und Lösungsmöglichkeiten der Umsetzung des Strukturmodells aufgezeigt. Es zeigte sich, dass die Umsetzung des Strukturmodells in den Einrichtungen teilweise durch nicht geklärte organisatorische/strukturelle Fragen und fachliche Wissensdefizite (z. B. zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit verbunden zum Neuen Begutachtungsinstrument sowie zu den Expertenstandards) behindert war und sich somit die Wirkung des Strukturmodells und der SIS<sup>®</sup> noch nicht entfalten konnte.

Im Verlauf des Projektes ergab sich eine besondere Herausforderung hinsichtlich der Anwendung des Strukturmodells bei Pflegebedürftigen, die palliativ gepflegt wurden. Die Anforderungen des Strukturmodells wurden für diese Pflegebedürftigen als zu umfangreich beziehungsweise zu wenig flexibel betrachtet. Die Mitarbeiter/-innen fragten sich unter anderem, ob eine konsequente Ausrichtung an den Präferenzen des Pflegebedürftigen das eben skizzierte Problem löst, beziehungsweise formulierten Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf zur Anwendung des Strukturmodells. Im Rahmen von Qalifa konnte dieses Thema allerdings nicht weiter verfolgt werden.

### 6.4 Ergebnisse aus den Reflexionstreffen

Die zu Projektbeginn drei geplanten Reflexionstreffen wurden zum Ende der Projektlaufzeit um ein viertes Treffen ergänzt, da aufgrund der in der Umsetzung aufgeworfenen Themen bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Wunsch nach einer weiteren Möglichkeit der strukturierten Reflexion bestand. Dies zeigte die durchgehend hohe Motivation der Beteiligten zur fundierten und nachhaltigen Implementierung des Strukturmodells. Der mit dem Zusatztermin verbundene höhere Personalaufwand wurde von allen Trägern ohne Einschränkung mitgetragen.

Für die Reflexionstreffen waren zwei Inhalte Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit der Implementierung des Strukturmodells. An erster Stelle stand bei jedem Treffen eine aktuelle Standortbestimmung für die einzelnen Dienste. Dabei präsentierten die Multiplikatoren für ihren Dienst den aktuellen Stand der Umsetzung der im Projekt erfahrenen Inhalte. Mit diesem Vorgehen wurden zur Vertiefung des Implementierungsprozesses folgende Ziele verfolgt:

- Die Multiplikatoren können den für ihre Einrichtung aktuellen Stand der Implementierung des Strukturmodells im Vergleich zu vergleichbaren ambulanten Diensten einschätzen.
- Die Multiplikatoren können abgleichen, ob Erfolge und Hemmnisse bei der Implementierung in ihren Einrichtungen den Erfahrungen vergleichbarer ambulanter Dienste entsprechen.
- Die Multiplikatoren lernen alternative Lösungswege kennen und entwickeln eigene Ideen für den Umgang mit Hemmnissen für ihre Einrichtungen.
- Die Projektverantwortlichen erhalten (weitere) Ansatzpunkte zur Vertiefung der Implementierung des Strukturmodells in den einzelnen Einrichtungen.

Die aktuelle Standortbestimmung wiederum war Ausgangspunkt für die weitere Reflexion in der Gruppe und die weitere Schwerpunktsetzung für anschließende Gespräche und Interventionen im Projekt (wie Trägergespräche, Beiratssitzungen, weitere Reflexionstreffen). Beispielhaft einige Rückmeldungen der Einrichtungen aus dem zweiten Reflexionstreffen:<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Mitschriften aus dem Reflexionstreffen am 19.01.2017

Inhaltliches	Organisatorisches
Fallbesprechungen sind anhand des Modells der Entbürokratisierung einfacher durchzuführen.	<i>Fachliche Sicherheit</i> der Pflegefachkraft benötigt mehr Personalentwicklung als erwartet.
Seit dem letzten Reflexionstreffen wurden fast alle SIS® neu überarbeitet, um die Einschätzungen bezüglich des kompensierten Risikos zu bereinigen.	Für die Pflegedienstleitung ist die Anwendung <i>noch nicht so rund</i> , wie sie es gerne hätte. In der Praxis sieht sie, dass die Durchführung von Prophylaxen und Maßnahmen adäquat erfolgt; die Dokumentation bildet diese aber nicht ab.
Auch habe das letzte Reflexionstreffen dazu beigetragen, die Funktion und den Umgang mit dem Folgegespräch anzupassen.	Insgesamt dauere der Prozess der Dokumentationsumstellung länger als erwartet.
Insgesamt findet nun mehr eine Gesamtevaluation statt, die den Verlauf darstellt. Dies wird als <i>anspruchsvoller</i> bewertet, da die <i>Unlogik</i> der bisher nicht nachgewiesenen Verläufe mit Nutzung des entbürokratisierten Modells auffällt.	
Die Risikoabklärung sei weiter <i>problematisch</i> . Vor allem die Einschätzung und Beschreibung von Pflegebedürftigen mit demenziellen Veränderungen seien schwierig.	
Den Mitarbeitern fällt es schwer, zu akzeptieren/auszuhalten, dass die Pflegebedürftigen unter Umständen weniger an Leistungen möchten, als die Pflegekraft für erforderlich hält. Gespräche mit den Patienten zu führen sei teilweise schwierig.	
Die Verknüpfung des eingeschätzten Risikos zum Themenfeld sei weiterhin schwierig; die <i>Mitarbeiter tun sich schwer</i> .	
Insgesamt sind die Risiken <i>gut im Griff</i> . Allerdings erfolgen häufig Risikoeinschätzungen und Maßnahmen intuitiv, ohne diese in der Dokumentation zu vermerken. Zurzeit ist der veränderte Umgang mit dem kompensierten Risiko besonders im Blick. Als häufigstes Risiko in der ambulanten Pflege stellt sich ein erhöhtes Sturzrisiko dar; die Mitarbeiter tun sich schwer damit, dieses darzustellen.	

Tabelle 2: Rückmeldungen aus den Reflexionstreffen

Als zweiter Themenschwerpunkt wurden in drei der vier Reflexionstreffen die (Teil-)Ergebnisse der Audits durch das DZNE vorgestellt und im Teilnehmerkreis interpretiert. Dabei wurden Parallelen aus den Standortbestimmungen der Multiplikatoren zu den (Teil-)Ergebnissen der Audits deutlich, beispielsweise an der Selbsteinschätzung zu Unsicherheit im Umgang mit der Risikoeinschätzung und den entsprechenden Ergebnissen des Audits durch das DZNE.

Neben diesen beiden Themenschwerpunkten erhielten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in jedem Reflexionstreffen auch aktuelle Informationen zu Entwicklungen auf der Bundesebene im Zusammenhang mit dem Strukturmodell. Eine wesentliche Entwicklung während der Projektlaufzeit, die Rücknahme der Definition des kompensierten Risikos durch das Projektbüro EinSTEP, sorgte für Erklärungsbedarf bei den Multiplikatoren und im Weiteren in den Diensten.

Das **dritte Reflexionstreffen** wurde neben dem festen Themenpunkt *Standortbestimmung der Dienste* zur Vertiefung weiterer Themen genutzt. Auf Grundlage des Ratgebers *Gute Pflege erkennen* (ZQP 2017) wurde reflektiert, wo gute Pflege in der eigenen Einrichtung durchgeführt wird und an welchen Stellen Bedarf zur Nachbesserung bestehen könnte. Ein weiteres Thema dieses Treffens war eine Übung zur Anwendung der Risikomatrix mit einem kollegialen Austausch zur durchgeführten Einschätzung. An dem damit verbundenen pflegefachlichen Austausch wurde den Multiplikatoren nochmals deutlich, dass zur validen Einschätzung der Risiken in der Risikomatrix ein hohes Kompetenzniveau erforderlich ist. Diese Erfahrung wurde von den Teilnehmern auch bei den vorangegangenen Reflexionstreffen, jedoch vor allem im Zusammenhang mit den Audits in den Einrichtungen mehrfach angemerkt.

Im **letzten Reflexionstreffen** des Projektes wurden mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Ergebnisse der zwei Audits des DZNE interpretiert und die Gestaltung der Abschlussveranstaltung des Projektes geplant. Drei Teilnehmerinnen wollten mit einem aktiven Part einbezogen werden. Vorgestellt wurden Projektergebnisse anhand von Vorträgen zu den Themen *Personenzentrierte Fallbesprechung*, *Pflegefachliche Beratung* und *Pflegevisite*.

## 7. Ergebnisse aus den Audits

Exemplarisch werden unter dem folgenden Gliederungspunkt zentrale Ergebnisse der zwei durchgeführten Audits dargestellt. Dem vorausgehend ist – in der Abbildung 7 – die Stichprobe bezogen auf die einzelnen Dienste sowie in ihrer Gesamtheit zu sehen.

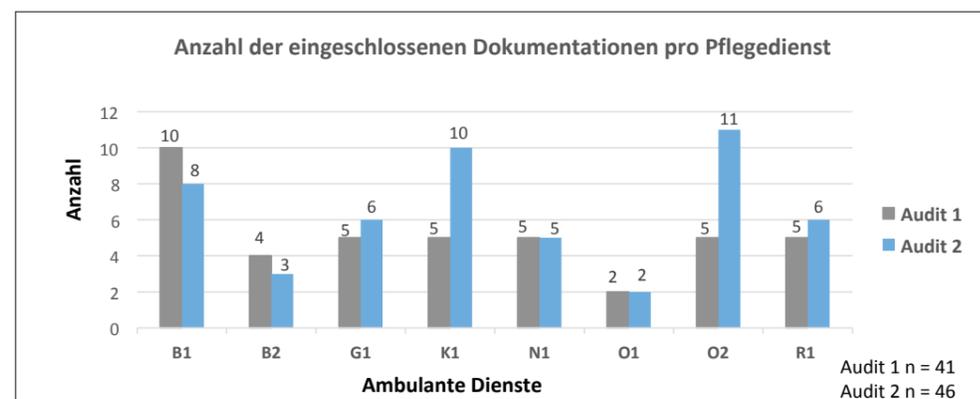


Abbildung 7: Eingeschlossene Dokumentationen (Audit 1 und 2)

### A1–A1.3 Feld B in der SIS®

Die Fragestellungen in den Kategorien A1–A1.3, die mithilfe des Audits *Q-DeSS* erhoben wurden, zielten auf die korrekte Anwendung und Umsetzung des Feldes B innerhalb der SIS® ab. Hierzu zählten die Fragen: ob der eigene Wortlaut des Klienten im Feld B genutzt wurde, ob der eigene Hilfebedarf des jeweiligen Klienten aus seiner Sicht dargestellt wurde sowie ob Ängste/Befindlichkeiten und Wünsche des Klienten dokumentiert werden konnten. Es zeigte sich in beiden Audits ein sehr homogenes Ergebnis. Demgemäß konnte die Frage nach dem eigenen Wortlaut des Klienten in beiden Audits zu jeweils 78 Prozent (Audit 1) und 76,1 Prozent (Audit 2) mit je 100 Prozent (vollständig erfüllt) bewertet werden. Die fehlenden Prozentwerte konnten zu einem größeren Anteil dem Wert von 0 Prozent (gar nicht erfüllt) zugeschrieben werden. So wurde im 1. Audit die Frage zu 12,2 Prozent und im 2. Audit zu 17,4 Prozent mit jeweils 0 Prozent bewertet.

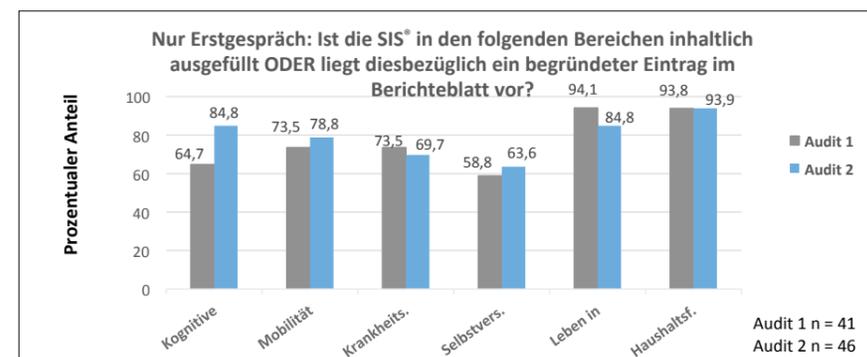


Abbildung 8: SIS® und Berichtsblatt (Audit 1 und 2)

Bei der Frage zum zu dokumentierenden Pflegebedarf aus der Sicht der Klienten verhielt es sich ähnlich. So konnte der Bewertungsgrad von 100 Prozent im 1. Audit zu 78 Prozent und im 2. Audit zu 63 Prozent vergeben werden. Auch hier verteilten sich die fehlenden Prozentwerte auf den Bewertungsgrad von 0 Prozent (Audit 1: 12,4 Prozent sowie Audit 2: 30,4 Prozent). Die abschließende Frage zum Feld B, ob Ängste/Befindlichkeiten oder auch Wünsche des Klienten erfasst werden, wurde überwiegend mit 100 Prozent bewertet. Auch hier, wie in den vorangegangenen Fragen, wurden die fehlenden Prozentwerte der Antwortqualität von 0 Prozent zugeschrieben. Folglich wurden im 1. Audit zu 22 Prozent und im zweiten Audit zu 23,9 Prozent die Antworten mit 0 Prozent bewertet.

### A5 Risikomatrix und SIS®

Die Abbildungen 9 und 10 stellen den Abgleich zwischen den identifizierten Risiken in der Risikomatrix und der schriftlichen Erwähnung genau dieser Risiken im deskriptiven Teil der SIS® dar. Mithilfe von *Q-DeSS* wurden einerseits das Risiko und dessen Einordnung in die jeweilige Kontextkategorie erfragt. Andererseits wurde daran anschließend die inhaltliche Plausibilität geprüft und nachgefragt, ob sich zu diesem Risiko ebenfalls in der Kontextkategorie in der SIS® auch ein Eintrag dazu findet. Die angegebenen Zahlen der zwei Abbildungen (9 und 10) geben jeweils die prozentuale Übereinstimmung des vermerkten Risikos mit dem tatsächlich dokumentierten pflegerischen Risiko in der strukturierten Informationssammlung wieder. Die Farben dienen hierbei lediglich der grafischen Verdeutlichung.

	Dekubitus Risiko	Sturz Risiko	Inkontinenz Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	93	78	88
2. Mobilität und Beweglichkeit	95	61	85
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	90	66	83
4. Selbstversorgung	93	78	90
5. Leben in sozialen Beziehungen	95	90	90

	Schmerz Risiko	Ernährung Risiko	Sonstige Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	93	93	95
2. Mobilität und Beweglichkeit	83	93	85
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	78	93	85
4. Selbstversorgung	93	85	93
5. Leben in sozialen Beziehungen	95	95	98

Abbildung 9: Risikomatrix (Audit 1)

Deutlich sichtbar wird, dass in der Risikomatrix die Übereinstimmung zwischen deskriptiven Beschreibungen in der SIS® und der Risikomatrix variiert: sehr hohe Übereinstimmung über alle Kategorien (1–5) hinweg, bezogen auf das pflegerische Phänomen Schmerz, während die größten Unstimmigkeiten zwischen der qualitativen Beschreibung und den Phänomenen Sturzrisiko und Schmerzrisiko bestanden. Unter der Kategorie „Sonstige“ wurden unterschiedliche pflegerische Phänomene genannt, ein Vergleich ist deshalb nicht möglich (weder einrichtungsintern noch -übergreifend).

	Dekubitus Risiko	Sturz Risiko	Inkontinenz Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	98	93	98
2. Mobilität und Beweglichkeit	85	78	72
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	91	67	76
4. Selbstversorgung	89	85	89
5. Leben in sozialen Beziehungen	96	96	100

	Schmerz Risiko	Ernährung Risiko	Sonstige Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	100	100	96
2. Mobilität und Beweglichkeit	63	100	91
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	70	96	91
4. Selbstversorgung	93	96	96
5. Leben in sozialen Beziehungen	98	100	98

Abbildung 10: Risikomatrix (Audit 2)

Im 2. Audit zeigten sich etwas bessere Werte, wenngleich diese nicht in direktem Vergleich zu Audit 1 betrachtet werden können (da Zufallsstichprobe). Nichtsdestotrotz bestanden auch jetzt noch Unstimmigkeiten in der Plausibilität dessen, was deskriptiv in der SIS® beschrieben beziehungsweise in der Risikomatrix angekreuzt wird. Auffällig ist erneut, dass

eine Zuordnung pflegerischer Phänomene im Kontext „Schmerz“ sowie „Sturz“ offensichtlich Schwierigkeiten bereitet – ähnlich wie schon im 1. Audit.

### A6– A6.6 Differenzialeinschätzung

In den Fragekategorien A6 bis A6.6 wurde nach der Feststellung einer notwendigen Differenzialeinschätzung nach dem Vorliegen eines Differenzialassessments gefragt. Zu den möglichen Pflegerisiken zählten entsprechend der Risikomatrix die Phänomene Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung sowie sonstige Risiken. Insgesamt zeichnete sich in beiden Audits ab, dass – auch wenn eine Differenzialeinschätzung als notwendig erachtet wurde – kein Differenzialassessment vorlag. Dies lag zum einen daran, dass die jeweiligen Einrichtungen nicht mit pflegerischen Assessments arbeiteten oder aufgrund ihrer Fachlichkeit die pflegerischen Risiken bewerteten. Zum anderen konnte festgestellt werden, dass im 1. Audit eine Vielzahl der Dokumentationen zur Differenzialeinschätzung auf Falscheinträgen aufgrund von Unsicherheiten im Umgang mit der Risikomatrix beruhten. Dies verbesserte sich im 2. Audit erheblich, so dass hinsichtlich der Differenzialeinschätzungen eine merkliche Verbesserung (Audit 1 n = 22 und Audit 2 n = 5) festgestellt werden konnte.

### B9 Beratung und Risikomatrix

Die Abbildungen 11 und 12 thematisieren jeweils die Verbindung zwischen spezifisch angekreuzter Beratung zu einem pflegerischen Risiko in der Risikomatrix und tatsächlich dokumentierter Beratung zum jeweiligen Risiko (vgl. Beikirch et al. 2015, Handlungsanleitungen des Projektbüros EinSTEP). Die Abbildungen teilen sich jeweils in Risiko und Beratung auf.

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz	
	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	3	-3	9	-6	5	-4
2. Mobilität und Beweglichkeit	5	-1	30	-11	8	-3
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	4	-2	21	-9	9	-4
4. Selbstversorgung	3	-2	10	-4	7	-4
5. Leben in sozialen Beziehungen	2	-2	4	-2	4	-3

	Schmerz		Ernährung	
	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	3	-2	3	0
2. Mobilität und Beweglichkeit	7	-1	3	-1
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	8	-1	4	-2
4. Selbstversorgung	3	-1	7	-4
5. Leben in sozialen Beziehungen	2	-1	2	0

Abbildung 11: Beratung und Risikomatrix (Audit 1)

Die Zahl unter der Kategorie Risiko gibt an, wie viele Risiken in der Risikomatrix in allen auditierten Dokumentationen vermerkt wurden. Die Zahl in der Spalte Beratung gibt die vorgefundenen dokumentierten Beratungen an. Demgemäß wurden zum Beispiel bei dem pflegerischen Phänomen des Sturzes in Kombination mit Mobilität und Beweglichkeit 30 Risiken identifiziert und laut Risikomatrix – 11 Beratungen durchgeführt. Die in der Beratungsspalte angegebene Zahl von – 11 weist darauf hin, dass 19 Beratungen speziell zu dem Thema Sturz vorgefunden werden konnten. Eine 0 würde in dem Fall eine vollständige Übereinstimmung angeben (30 Beratungen), die Werte im Minusbereich eine fehlende Anzahl um den jeweiligen Wert x sowie im positiven Bereich (+x) eine Überanzahl an Beratungen zu einem eventuell nicht in der Risikomatrix vermerkten Risiko. Die jeweiligen Farbcodierungen der einzelnen Beratungsspalten der Abbildung 11 sowie der Abbildung 12 orientieren sich an der Grundgesamtheit der identifizierten Risiken und differenzieren sich entsprechend der Abweichung in der Anzahl der dokumentierten Beratungen in der Risikomatrix in den Farben Rot, Orange, Gelb und Grün.

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz	
	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	2	0	4	2	1	1
2. Mobilität und Beweglichkeit	12	-2	38	-10	15	-6
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	8	-3	24	-8	8	-5
4. Selbstversorgung	5	-2	10	-5	8	-3
5. Leben in sozialen Beziehungen	2	-1	2	0	1	1

	Schmerz		Ernährung		Sonstige	
	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung	Risiko	Beratung
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	1	2	1	1	2	0
2. Mobilität und Beweglichkeit	20	-8	0	1	11	-1
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	16	-5	3	0	9	-2
4. Selbstversorgung	3	0	4	-1	2	0
5. Leben in sozialen Beziehungen	1	1	0	1	1	0

Abbildung 12: Beratung und Risikomatrix (Audit 2)

Im Rahmen des 1. Audits konnte noch ein deutliches Mismatch zwischen dokumentiertem (Nicht-)Risiko und angebotener Beratung festgestellt werden. Oftmals wurde zu Themen beraten, zu denen sich keinerlei Angaben im deskriptiven Teil finden ließen. Weiterführend wurde im Rahmen des 2. Audits (bis auf eine Ausnahme) eine deutlich höhere inhaltlich plausible Dokumentation festgestellt.

Auffällig ist auch, dass in den teilnehmenden Einrichtungen unterschiedliche Vorgehensweisen bestehen, wo im Dokumentationssystem Beratungsinhalte optimalerweise dokumentiert werden sollten. Gleichwohl ist anzumerken, dass nicht in allen teilnehmenden Einrichtungen ein Beratungsbogen zum Zeitpunkt der Audits existierte. Durch diese unstrukturierte Vorgehensweise ergeben sich Informationsverluste und verliert die inhaltliche Nachvollziehbarkeit an Plausibilität.

### B5 Klientenpräferenzen/Maßnahmenplanung

Kategorie B5 innerhalb des Auditinstrumentes *Q-DeSS* thematisierte den Umgang mit identifizierten Klientenpräferenzen und deren Einfluss auf die pflegerische Maßnahmenplanung. So wurde gefragt, ob Klientenpräferenzen in der SIS® identifiziert werden konnten und ob diese sich nachvollziehbar im pflegerischen Maßnahmenplan wiederfinden ließen. Insgesamt konnte in beiden Audits festgestellt werden, dass zu einem Großteil Präferenzen identifiziert werden konnten und diese in der jeweiligen pflegerischen Maßnahmenplanung berücksichtigt wurden (Audit 1: Ja 70,7 Prozent und Audit 2: Ja 80 Prozent). Die restlichen Ergebnisse verteilten sich in beiden Audits gleichermaßen auf die Antwortmöglichkeiten „Nein“ beziehungsweise „Teilweise“.

Die Frage B10 des Auditinstrumentes *Q-DeSS* thematisierte den Grad der auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmten pflegerischen Maßnahmen im Maßnahmenplan. Hier stand im Fokus, ob die Maßnahmen individuell und spezifisch im Maßnahmenplan beschrieben wurden. Zusammenfassend wurde in beiden Audits festgestellt, dass die pflegerischen Maßnahmen zu einem sehr großen Teil (Audit 1: 68,3 Prozent und Audit 2: 79,1 Prozent) individuell beschrieben wurden.

### B9 Beratungsergebnis und Maßnahmenplan

Die Frage B9 beschäftigte sich mit der pflegerischen Beratung und den innerhalb der Beratung thematisierten pflegerischen Maßnahmen. Konkret wurde erfragt, inwieweit identifizierte Maßnahmen in der Beratung in der anschließenden pflegerischen Maßnahmenplanung erwähnt wurden. Hier zeigte sich, dass im 1. Audit im Durchschnitt knapp 60 Prozent der in der Beratung identifizierten Maßnahmen nicht in der Maßnahmenplanung erwähnt wurden. Im 2. Audit konnte eine deutliche Verbesserung festgestellt werden.

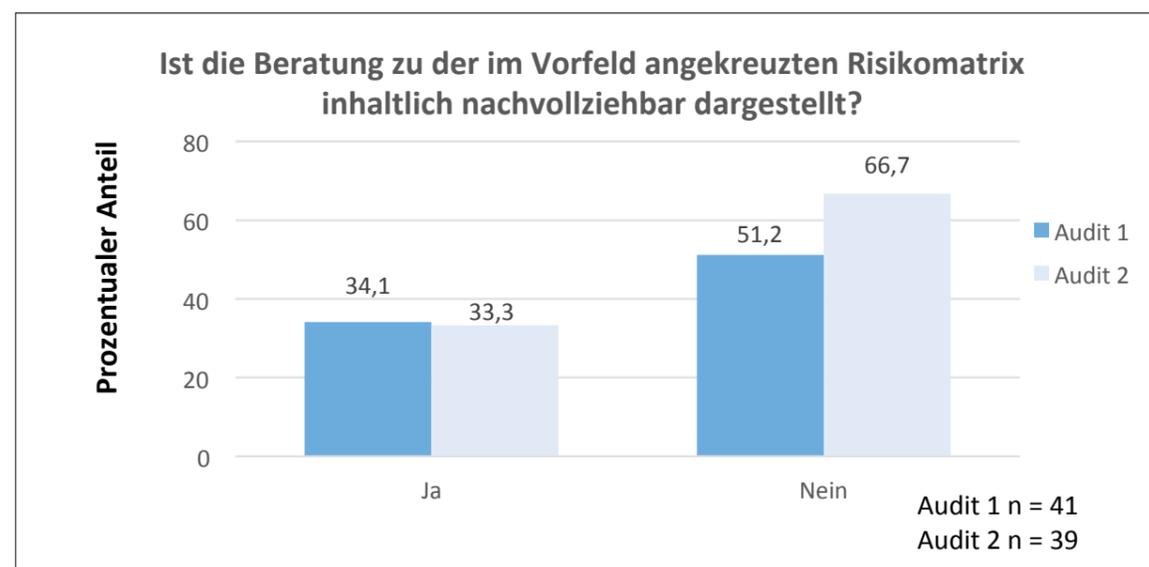


Abbildung 13: Beratung nachvollziehbar (Audit 1 und 2)

Folglich führt eine oftmals unkonkrete Beratungsdurchführung bei unklarer Zuordnung in der SIS® zu nicht eindeutig nachvollziehbaren Konsequenzen für die weiteren Schritte (Abbildung 13).

### B14 Evaluation

Die Evaluation als letzter Schritt des Pflegeprozesses wurde in der Fragekategorie B14 thematisiert. Gefragt wurde, ob die im Rahmen der Evaluation identifizierten Ergebnisse im angepassten Maßnahmenplan erkennbar waren/sind. Hier zeigte sich im 1. Audit, dass im Durchschnitt in bis zu 20,2 Prozent Ergebnisse in den Dokumentationen erkennbar waren. Dies verbesserte sich erheblich im 2. Audit, so dass im Durchschnitt bei 80,9 Prozent der Dokumentationen ein eindeutiger Zusammenhang erkennbar war. Diese extreme Verbesserung lässt sich vermutlich mit der erst im Vorfeld zum 2. Audit thematisierten Evaluation (im Rahmen eines Workshops) erklären. Auch gewann erst zum 2. Audit hin die Evaluation in den Einrichtungen größere Relevanz, da im Vorfeld diese bei gerade neu erstellten Dokumentationen nicht prioritär bearbeitet und umgesetzt wurde.

Gefragt wurde auch danach, inwiefern sich die Inhalte im Berichtsblatt mit der Umsetzung der SIS® und des Strukturmodells verändert haben. In Abbildung 14 wird erkennbar, dass in der Phase des 1. Audits das Berichtsblatt nicht ausschließlich für die Dokumentation von

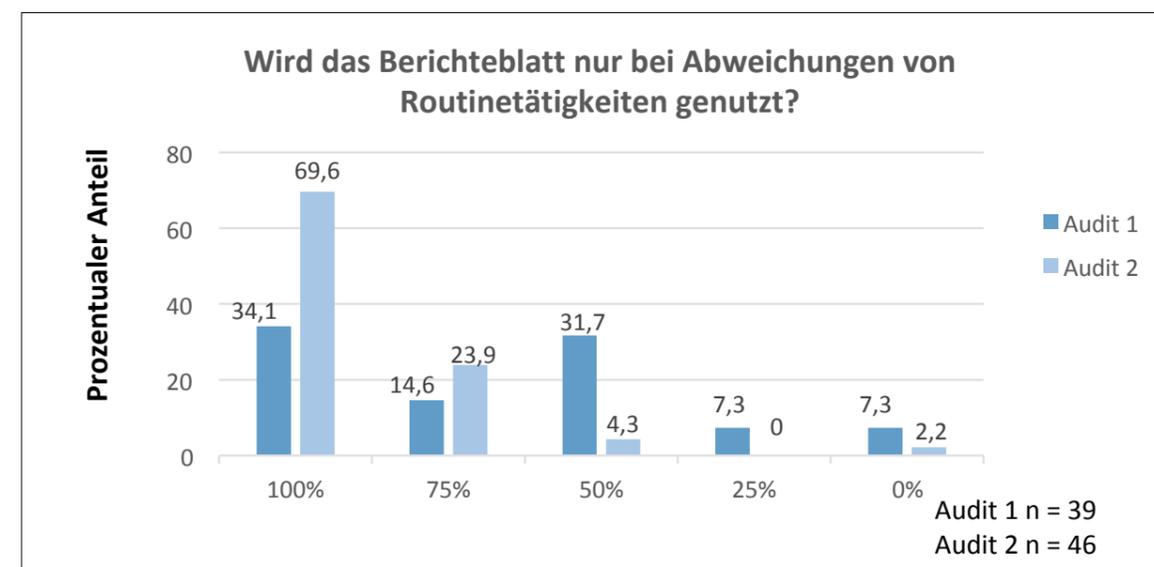


Abbildung 14: Berichtsblatt (Audit 1 und 2)

Abweichungen und/oder Tagesereignissen verwendet wurde. Im Rahmen des 2. Audits sind Verbesserungen (von 31 Prozent auf 69 Prozent zu 100 Prozent wie definiert) erkennbar.

### C1-C7.5 Organisatorische Anforderungen

Bei der Fragekategorie C1 bis C7.5 wurden verschiedenste Fragen zu den Themen der organisatorischen Anforderungen an die pflegerische Dokumentation gestellt. Dabei handelte es sich um die Fragen: ob alle Aussagen in einer klaren, sachlichen, objektiven und prägnanten Art formuliert wurden, inwieweit zeitliche Einträge im 24-Stunden-Format vorgenommen worden sind und ob alle Abkürzungen bekannt sind oder auch ob alle Seiten der Dokumentation mit dem Namen des Pflegebedürftigen versehen sowie von der zuständigen Pflegeperson abgezeichnet wurden. Hier konnte in beiden Audits ein ähnlich gutes Ergebnis festgestellt werden. So wurde zum Beispiel im 1. Audit zu 92,7 Prozent der Name des Pflegebedürftigen auf allen Seiten der Dokumentation dokumentiert. Im 2. Audit lag der Wert bei 91,3 Prozent. Bezogen auf die Abzeichnung des Berichtsblattes vom Pflegepersonal, lag der Wert beim 1. Audit bei 97,6 Prozent und beim 2. Audit bei 100 Prozent.

## 8. Abschlussveranstaltung

Die Abschlussveranstaltung für das Projekt Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – *QalifA* fand am 21. September 2017 statt. Die Vorbereitung und Durchführung der Abschlussveranstaltung erfolgten inhaltlich und organisatorisch durch die Teilnehmer/-innen des Projektes (inkl. Beirat) mit der Projektleitung. Zur Veranstaltung eingeladen waren Verbandsvertreter/-innen, Trägervertreter/-innen, Leitungsverantwortliche, Qualitätsverantwortliche und Professionelle in der Pflege. Wesentliche Ziele der Tagung waren:

- Methodik und Ergebnisse des Projektes *QalifA* einem Fachpublikum vorzustellen,
- mögliche Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen ergeben, zur Diskussion zu stellen.

Neben den Vertretern von Landesministerium, MDK, Krankenkassen und Verbänden hatten sich rund 100 Interessierte und in der Pflege Tätige angemeldet. Interaktiv wurden die Teilnehmenden in die Evaluation der Veranstaltung einbezogen (vgl. DegEval 2015). Lebhaft wurde dazu in der Pausenzeit eine IT-gestützte Abfrage der Teilnehmer/-innen mit den Leitfragen der SIS<sup>®</sup> genutzt (Summary im Anhang).

- Was bewegt Sie im Augenblick?
- Was brauchen Sie?
- Was können wir für Sie tun?

Die zahlreichen Beiträge der Veranstaltungsteilnehmer wurden nach der Pause aufgegriffen und dienten als Basis zur weiteren Vertiefung und Diskussion der Ergebnisse des Projektes. Das Poster, die Vorträge der Multiplikatoren und Beiträge der Pausenabfrage siehe Anlage. Die Multiplikatoren sprachen sich in der Abschlussveranstaltung zudem für ein weiteres Reflexionstreffen sechs Monate nach Projektende aus. Hierin sollen die Weiterentwicklungen aus dem Projekt *QalifA* in den Diensten kollegial ausgetauscht werden.

## 9. Statt eines Fazits – mögliche Konsequenzen, die sich aus dem Projekt *QalifA* ableiten lassen

- Hohe Fachlichkeit der Pflegefachkräfte zur kompetenten Anwendung des Strukturmodells ist erforderlich; mindestens Kompetenzniveau 3 (vgl. Knigge-Demal et al. 2013). Das heißt, dass vor Umsetzung des Modells in der Einrichtung die Führungskraft sich damit zu befassen hat, auf welchem Kompetenzniveau sich ihre Mitarbeiter/-innen befinden, um gezielt einen Personaleinsatz, orientiert an den Bedarfen zur Steuerung der Pflegeprozesse, realisieren zu können.
- Eine nachhaltige Implementierung des Strukturmodells und der SIS<sup>®</sup> wird mindestens drei bis fünf Jahre dauern. Besondere Bedeutung kommt insbesondere einer flankierenden Vor-Ort-Begleitung zu sowie der zeitnahen und an den Bedarfen des pflegerischen Alltags ausgerichteten Wissensvermittlung und regelmäßigen Reflexion. Letzteres auch vor dem Hintergrund der Sichtbarmachung von Erfolgen (Rogers, 2003).
- Eine hohe Motivation der Mitarbeiter/-innen ist – trotz erwartbarer Schwierigkeiten – ein zentraler Baustein für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung. Das Strukturmodell, die SIS<sup>®</sup> sowie die damit einhergehenden Veränderungen in der Dokumentation wirken für die Mitarbeiter/-innen sichtbar anspornend und vielversprechend für den Pflegeprozess.
- Die hohen Anforderungen in *QalifA* machten Talente/Kompetenzen in den Diensten sichtbar, die vorher nicht wahrgenommen worden waren.
- Die Empfehlungen des EinSTEP-Projektbüros zur Vorbereitung der Implementierung des Strukturmodells und der SIS<sup>®</sup> sind hilfreich, insbesondere bezüglich Sichtung des eigenen Qualitätsmanagements und Vorbereitung von Strukturen sowie Initiierung notwendiger Anpassungen. Allerdings sind die Empfehlungen nicht in allen Themenbereichen so umsetzbar wie beschrieben, vor allem da diverse die Einrichtung betreffende Bedarfe sich erst im Verlauf der Implementierung zeigen beziehungsweise sich auch verändern. Einerseits sind Strukturen und Prozesse durch die Implementierung anzupassen. Andererseits treten, insbesondere durch die intensive Beschäftigung mit dem Themenschwerpunkt Dokumentation, im Projektverlauf neue Fragen und settingspezifische Herausforderungen auf.

- Die Fortführung der bisherigen Arbeiten zum Auditinstrument *Q-DeSS* (wie die Erprobung in weiteren Einrichtungen wie stationärer Pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege, psychometrische Testungen sowie Erstellung eines Handbuchs für die Pflegepraxis) ist in Bearbeitung. Ziel ist es, ein praxisnahes Evaluationsinstrument zur Bewertung der Plausibilität der dokumentierten Inhalte im Strukturmodell zu erhalten, damit die Umsetzungstiefe und Anwendung des Pflegeprozesses strukturiert reflektiert werden können.
- Weiterentwicklungen der bisher zur Verfügung gestellten Unterlagen, zum Beispiel:
  - im Hinblick auf Schulungsunterlagen (didaktisch/methodische/inhaltlich) zu Inhalten, die in der Praxis eine besondere Herausforderung sind (vor allem Risikomatrix und Evaluation)
  - Ergänzung der Hinweise zur Anwendung des Strukturmodells und der SIS® bei „besonderen“ Nutzergruppen (z. B. hochgradig kognitiv veränderte Personen, Palliativpflege etc.)
  - Verortung des Strukturmodells und der SIS® in einen pflegewissenschaftlichen Diskurs und kritische Auseinandersetzung hinsichtlich SIS® und Pflegediagnosen sowie Pflegegradmanagement
  - Einbettung des Pflegeprozesses und der SIS® in den aktuellen Diskurs der personenzentrierten Pflege und Präferenzen
- Detailliertere Beschreibung von Voraussetzungen zur Einführung des Strukturmodells, wie:
  - deutlichere Formulierung der Vorbedingungen zur Einführung des Strukturmodells – unter anderem Kompetenz der Pflegefachkräfte und erforderliches Wissen (unter anderem Beratung, NBA, Expertenstandards, personenzentrierte Pflege etc.), Organisation der verschiedenen mit dem Pflegeprozess korrespondierenden Gespräche (wie das Erstgespräch versus das Verkaufsgespräch in der ambulanten Pflege)
  - Entwicklung von IT-Hilfen zur Umsetzung des Strukturmodells (z. B. einer App der Risikomatrix in Kombination mit Pflegedokumentation)

## Literaturverzeichnis

- Ammenwerth, E. / Eichstädter, R. / Haux, R. / Pohl, U. / Rebel, S. / Ziegler, S. (2001): A Randomized Evaluation of a Computer-Based Nursing Documentation System. *Methods of Information in Medicine*, 40, S. 61–68.
- Argyris, C. / Schön, D. A. (2006): Die Lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis. 3. Auflage, Klett Cotta, Stuttgart.
- Bachem, J. / Börner, K. / Frings, P. / Jorzig, A. / Kamm, J. / Philipp, A. / Plantholz, M. / Udsching, P. / Weiß, T. (2014): Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht – „Kasseler Erklärung“ der Juristischen Expertengruppe Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Januar 2014). *Medizinrecht*, 32, S. 295–296.
- Beikirch, E. / Büscher, A. / Entzian, H. / Fler, B. / Nolting, H. D. / Roes, M. (2016). Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge. [https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Thesenpapier\\_PB\\_nB\\_SIS\\_fin\\_2016-07-26.pdf](https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Thesenpapier_PB_nB_SIS_fin_2016-07-26.pdf), Zugriff am 27.12.2016.
- Bornwasser, M. (2009): Organisationsdiagnostik und Organisationsentwicklung. Kohlhammer, Stuttgart.
- Bundesministerium für Gesundheit, 2014. Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, Berlin/Witten: Bundesministerium für Gesundheit, Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen.
- Büscher, A. (2017): Fachlichkeit und Pflegewissenschaft im Kontext neuer Herausforderungen. Vortrag auf: Mehr Zeit für die Pflege – durch Entbürokratisierung den Pflegealltag verbessern und Professionalisierung fördern. Katholische Akademie Berlin. Online im Internet: URL: [https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Buescher\\_Fachlichkeit\\_und\\_PW\\_Abschluss\\_Entbuero.pdf](https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Buescher_Fachlichkeit_und_PW_Abschluss_Entbuero.pdf). Stand 14.02.2017.
- Chelagat, D. / Sum, T. / Obel, M. / Chebor, A. / Kiptoo, R. / Bundotich-Mosol, P. (2013): Documentation: Historical Perspectives, Purposes, Benefits and Challenges as Faced by Nurses. *International Journal of Humanities and Social Science*, 3 (16), S. 236–240.

Deutscher Caritasverband / Verband katholischer Altenhilfe (2012): Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch Altenhilfe und Pflege. Freiburg im Breisgau.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandards und Auditinstrumente unter: <https://www.dnqp.de>. Stand 30.09.2017.

Dresing, T. / Pehl, T. (2011): Erweitertes Transkriptionssystem. <https://www.audiotranskription.de/audiotranskription/upload/ErweiterteTranskription30-09-11.pdf>. Stand 12.12.2017.

European Foundation for Quality Management (EFQM) (Hrsg.) (2009): EFQM Excellence Modell (EFQM Model 2010). Exzellente Organisationen erzielen dauerhaft herausragende Leistungen, die die Erwartungen aller ihrer Interessengruppen erfüllen oder übertreffen. Brüssel: EFQM Publications.

Fiechter, V. / Meier, M. (1981): Pflegeplanung. Recom, Basel.

Gesellschaft für Evaluation (2015): Partizipation in der Evaluation – Positionspapier 04 der DeGEval. Unter: [https://www.degeval.org/images/stories/Publikationen/Positionspapier\\_Partizipation\\_in\\_der\\_Evaluation.pdf](https://www.degeval.org/images/stories/Publikationen/Positionspapier_Partizipation_in_der_Evaluation.pdf). Stand 14.02.2017.

GKV Spitzenverband / Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2. aktualisierte Auflage, Juli, Berlin.

Höhmann, U. / Weinrich, H. / Gätschenberger, G. (1997): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätsentwicklung in der Pflege. Forschungsbericht 263. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.

Kitson, A. / Marshall, A. / Bassett, K. / Zeitz, K. (2013): What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*. Eingereicht: 12.05.2012, veröffentlicht: 01/2013, S. 4-15.

Knigge-Demal, B. / Eylmann, C. / Hundenborn, G. (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen. FH Bielefeld.

Kromrey, H. (2000): Die Bewertung von Humandienstleistungen. Fallstricke bei der Implementierungs- und Wirkungsforschung sowie methodische Alternativen. In: Müller-Kohlenberg, H. / Müns-termann, K. (Hrsg.): Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Leske&Budrich, Opladen, S. 19–57.

Leoni-Scheiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Norwood, S. L. (2002): Pflege-Consulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe von Huneke, M. J. (Hrsg.). Hans Huber Verlag, Bern u. a. O.

Petro-Yura, H. / Walsh, M. B. (1967): The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. (2. Edition) Catholic University of America Press, Washington.

Roes, M. / Heislbetz, C. / Bäuerle, D. / Frommelt, M. (2010): Implementierung einer multiprofessionellen Versorgungsleitlinie mittels der Breakthrough-Methode am Beispiel des BUKO-Qualitätsniveau I. In: Frommelt, M. / Roes, M. / Schmidt, R. (Hrsg.): Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg, S. 107–140.

Roes, M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege. Hans Huber Verlag, Bern.

Rogers, E. (2003): Diffusion's of Innovations. 5. Auflage, Free Press, New York.

Roper, N. / Logan, W. W. / Tierney, A. J. (1980): The Elements of Nursing. Churchill Livingstone.

Seghezzi, H. D. (2003): Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept. 2., vollständig überarb. u. erw. Auflage, Carl Hanser, München, Wien.

Wang, N. / Bjorvell, C. / Yu, P. (2014): Development of the quality of Australian nursing documentation in aged care (QANDAC) instrument to measure paper-based and electronic resident records. *Australasian Journal on Ageing*, 33, E18–E24.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017): Gute Pflege erkennen. Professionelle Pflege zu Hause. ZQP Ratgeber, Berlin.

Zepke, Georg (2005): Reflexionsarchitekturen. Evaluierung als Beitrag zum Organisationslernen. Carl Auer Verlag, Heidelberg.

## Anhang

Abschlussveranstaltung Projekt „QalifA“  
Präsentation Praxisbeispiel

Donnerstag, 21. September 2017

Sehr geehrte Kolleginnen,  
sehr geehrte Kollegen,

in meinem Kurzvortrag geht es um die personenzentrierte Fallbesprechung.

Wenn wir von Qualitätsförderung sprechen, verfolgen wir u. a. das Ziel, die personenzentrierte Pflege zu verbessern. Das bedeutet, dass wir uns bewusst machen, welche individuellen Faktoren/Gegebenheiten der zu pflegenden Person handlungsleitend sein sollen für diejenigen, welche die Pflege durchführen.

Um dieses herauszuarbeiten, bietet sich eine Fallbesprechung geradezu an. Denn mit dieser Methode wird die ganze (zu pflegende) Person in den Mittelpunkt gestellt, also nicht nur Teilaspekte oder Tätigkeiten.

Die Vorgehensweise einer Fallbesprechung bedarf einer Strukturierung. Also ist es naheliegend, die strukturierte Informationssammlung (SIS®) zu nutzen, da in der SIS® die Situation der zu pflegenden Person aus deren Perspektive beschrieben werden soll und aus einer daraus folgenden pflegfachlichen Einschätzung eine qualitätsgeleitete Versorgung abgeleitet wird.

Sie bietet also eine Grundlage für den kollegialen Austausch.

Im Folgenden berichte ich von einer Fallbesprechung, die in unserer Einrichtung stattgefunden hat, und davon, welche Erkenntnisse wir gewonnen haben.

Es handelt sich um eine 86-jährige Frau, Zustand nach Schlaganfall mit Halbseitenlähmung, wird auf eigenen Wunsch nur zweimal in der Woche in den Rollstuhl transferiert, da das

Sitzen unbequem ist. Kontrakturen in der rechten Hüfte und im rechten Arm, suprapubischer Dauerkatheter. Sie bewohnt mit ihrem Ehemann ein Einfamilienhaus. Der Sohn ist der behandelnde Arzt. Auftrag für unseren ambulanten Dienst lautet: zweimal täglich Einsatz; im Frühdienst circa 10 Uhr große Grundpflege mit Betten und Lagern, im Abenddienst circa 15:30 Uhr kleine Grundpflege mit Betten und Lagern.

Die SIS® ist geschrieben, Tagesablaufplan ebenso und Beratungsprotokolle.

Beim Überprüfen der Pflegedokumentation wurde als problematisch erkannt, dass in der Versorgung der „rote Faden“ nicht erkennbar und die Versorgung zu verbessern sei.

Dazu ein Beispiel zum fehlenden „roten Faden“:

In der Eingangsfrage wünscht sich die Klientin, dass sie jeden Sonntag in die Messe gehen kann. Allerdings wird dieser Wunsch in der weiteren Dokumentation nicht beantwortet. Es fehlen dazu Hinweise im Tagesablaufplan.

Oder:

Es wird in Themenfeld vier (Selbstversorgung) beschrieben, dass sie in allen Bereichen auf Hilfe angewiesen ist, trotzdem fehlen Maßnahmen in Bezug auf Nahrungsaufnahme, obwohl das Risiko der Mangelernährung erkannt wurde.

Des Weiteren finden sich im Pflegebericht laufend sich wiederholende Probleme mit der Haut. Im Tagesablaufplan wird Hautpflege allgemein und ohne genaue Angabe der Problemstellen und der zu verwendenden Produkte beschrieben.

Das sind drei Beispiele zur Verdeutlichung, wie sie in anderen Fällen/Dokumentationen auch zu finden sind. Aber sie stellen zu lösende Probleme dar.

So haben wir im weiteren Verlauf einerseits überlegt, wo die Ursachen dafür liegen (unterschiedliches Verständnis, was wichtig ist, noch nicht verstandene Dokumentationsnotwendigkeit/Vorgehensweise, Formulierungsschwierigkeiten), und andererseits als Konsequenz einen folgenden Abstimmungsprozess in Gang gesetzt mit den an der Pflege Beteiligten. Dazu wurden weitere regelmäßige Treffen von Mitarbeitenden in der Kleingruppe organisiert. Die interne Kommunikation konnte verbessert werden.

So ist abschließend zu sagen, dass durch die Fallbesprechung die Dokumentation als solche verbessert wurde.

Aus diesem Beispiel haben wir gelernt und können die Erkenntnisse auf andere Situationen anwenden. So wird die Fallbesprechung zum Medium, um Mitarbeiter zu schulen. Und sie dient der Verbesserung der internen Kommunikation.

Es ist ebenso herausgekommen, dass wir uns zwar auf den Weg gemacht haben, aber weiter an einem Pflegeverständnis der Personenorientierung arbeiten sollten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Sehr geehrte Damen und Herren,

Professionalität im Kontext einer effektiven Pflegedokumentation war in unserem Trägerverband schon viele Jahre ein Thema.

So wurde zum Beispiel der Maßnahmenplan bereits 2002 eingeführt und überflüssige Formulare, die zu doppelten Eintragungen führten, aus der Pflegedokumentation verbannt. Deshalb war uns die Teilnahme am Pilotprojekt von Frau Beikirch „Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation“ 2011 ein besonderes Anliegen.

Im Projekt kamen uns die Vorkenntnisse zugute, und diese konnten wir bei der systematischen Informationssammlung nutzen.

### **Problemaufriss**

Der Konflikt in der ambulanten Pflege setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen:

- Der Zeitdruck
- Unsere Gastrolle beim Klienten
- Die Situation vor Ort ist täglich unvorhersehbar, zum Beispiel: Wird die Tür nicht geöffnet, muss die Pflegekraft allein in der Lage sein, die Situation zu klären. Was fast immer dazu führt, dass die nachfolgenden Klienten warten und unzufrieden sind.

Die Gesundheitsreform und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff fordern eine ganz neue Sichtweise der Pflegekräfte (weg vom Blick auf die Defizite, hin zur Einschätzung der Fähigkeiten).

Für uns als Einrichtung war die Teilnahme am Projekt *QalifA* eine Bereicherung – für die Veränderung der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs von Klienten und die Professionalisierung der Beratung!

Ein Teilaspekt des Beratungsauftrages wurde bereits vor der Teilnahme am Projekt von uns umgesetzt, jedoch diente es auch als Informationspflicht, um die externe Prüfanforderung zu erfüllen.

Diese Vielfalt von Informationen zu Expertenstandards, Prophylaxe, Hilfsmitteln, Pflegeversicherung wurde durch uns vorher nicht gebündelt, dadurch konnten nicht alle Klienten oder Angehörige die Informationen für sich aufnehmen und umsetzen.

Dieser Ablauf entsprach nicht immer den Präferenzen und Risiken des Klienten.

Die Vorbereitung auf das Projekt *QalifA* durch gezielte Schulungen, die während des Projekts stattfindenden Reflexionstreffen, haben die Umsetzung ermöglicht.

Gerade die Impulse aus den Reflexionstreffen waren für uns unabdingbar.

Besonders hervorzuheben ist aus meiner Sicht die Schulung personenzentrierter Ansätze.

Weiterhin wurde erarbeitet, dass unser vorhandenes Beratungskonzept zwar zielführend ist, aber auf das Strukturmodell neu abgestimmt werden musste.

Dies haben wir im Rahmen des Projektes mit den Mitarbeitern reflektiert und aktualisiert. In den zwei Audits wurde deutlich, dass der Umgang der einzelnen Mitarbeiter mit den Ergebnissen aus den Beratungen vor Ort unterschiedlich gehandhabt wurde.

Das Verständnis für die dokumentierten Zusammenhänge (Systematische Informationssammlung, Maßnahmenplan, Berichtblatt, Beratung) wird jetzt besser im Pflegeprozess dargestellt.

Zum Beispiel: Ist ein Klient sturzgefährdet, weil er eine starke Sehschwäche hat, würde ich in der Beratung auf die Kontrolle der Sehfähigkeit und die Umgebungsfaktoren eingehen, die Maßnahme daraus könnte eine Facharztkontrolle oder bessere Beleuchtung sein.

Die Pflegedokumentation spiegelt die individuelle Situation, die Bedürfnisse sowie die Fähigkeiten des Klienten wider.

Die Beratung ist zielgerichteter!

Unser Fazit zum Projekt ist, dass die pflegfachliche Beratung und der Unterstützungsbedarf sich flexibel auf die veränderten Präferenzen und Risiken beim Klienten richten müssen.

Wir, und das kann ich von den teilnehmenden Kollegen ebenfalls sagen, sind dankbar, dass wir an dem Projekt teilnehmen konnten.

An dieser Stelle möchte ich allen Projektverantwortlichen für ihre Unterstützung herzlich danken!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

## **Pflegevisite zur Qualitätssicherung**

Erfahrungen einer dialogischen Pflegevisite im Hinblick auf das Strukturmodell

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Erfahrungen zeigen, dass sich Mitarbeiter schwer mit der Steuerung des Pflege- und Betreuungsprozesses tun.

Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um die herkömmliche Pflegeplanung (z. B. die ABEDL) handelt oder jetzt neu um die strukturierte Informationssammlung und die damit verbundene Prozesssteuerung.

Das Kernproblem, so scheint mir, ist der Weg weg von einem, so könnte man sagen, „betreuten Denken“ durch viele Assessments und vorgefertigte Lösungswege, hin zur Wiedergewinnung einer verantwortlichen Fachlichkeit für die Steuerung des gesamten Prozesses.

Gerade die Pflegevisite ist im Kontext dieses Problems heute weniger als ein „Kontrollinstrument der Dokumentation“ zu sehen als vielmehr als ein Instrument

- zur Analyse der Probleme der Mitarbeiter,
- zur Begleitung und Hinterfragung der Prozesssteuerung und
- letztlich zur Sicherung und Förderung der internen Qualität.

Welche Struktur hat sich für die Pflegevisite auf der Grundlage des Strukturmodells bei uns in den ambulanten Diensten unseres Trägers entwickelt, und wie dient sie als Instrument zur Stärkung der Fachlichkeit?

Lassen Sie mich unsere dialogische Pflegevisite anhand von drei Kernaussagen erläutern:

**1. Kernaussage:**

**Der Besuch beim Klienten im Rahmen der Pflegevisite ermöglicht einerseits die fachliche Begleitung der Pflegesituation und andererseits die Erhebung der Zufriedenheit mit den Pflegeleistungen.**

Wenn ich als verantwortliche Pflegefachkraft zur Pflegevisite mitfahre, ist es mir besonders wichtig, die Pflegesituation vor Ort in ihre Ganzheit zu beobachten.

Einerseits ist es mir wichtig, eine fachliche Begleitung durchzuführen, und andererseits ist es mir ein Anliegen, die Beziehungsgestaltung der Mitarbeiter zu den Klienten zu erleben.

Denn die Art und Weise, wie wir dem Menschen in seiner Hilfs- und Pflegebedürftigkeit begegnen, ist für mich ein wichtiger Qualitätsindikator für die Zufriedenheit mit unseren Leistungen.

Auf der Grundlage dieser Beobachtungen kann ich dann mit den Klienten vor Ort ins Gespräch kommen und die Zufriedenheit heben.

An dieser Stelle ist meine Beobachtung, dass bei Mitarbeitern, die intensiver in Beziehung gehen, auch die Zufriedenheit der Klienten höher ist.

**2. Kernaussage:**

**Der Check der Dokumentation gibt Aufschluss darüber, ob die Pflegefachkraft die Pflegeprozesssteuerung beherrscht und ob die Planung der Maßnahmen mit der zuvor gemachten Beobachtung der Durchführung übereinstimmt.**

Im Anschluss an den Besuch bei den Klienten nehme ich die Dokumentation mit, um die Plausibilität des Pflegeprozesses zu prüfen. Gleichzeitig prüfe ich damit auch, ob die Pflegefachkraft die Steuerung des Pflegeprozesses beherrscht.

Wichtige Fragen dabei sind für mich:

- Stimmen meine Beobachtungen des Menschen mit den Beschreibungen durch die Pflegefachkraft in den Themenfeldern der SIS® überein?
- Sind die eingeschätzten Risiken in den Themenfeldern der SIS® richtig beschrieben?
- Werden geeignete Maßnahmen abgeleitet, und wurden Beratungen klienten- und situationsbezogen durchgeführt?
- Sind in den Pflegeberichten Abweichungen zu erkennen, und führen diese nach Evaluation zu neuen oder veränderten Maßnahmen?

**3. Kernaussage:**

**Die Pflegevisite regt zu einem fachlichen Austausch und zur kollegialen Beratung an. Aus der Pflegevisite können Fallgespräche entstehen, und Unklarheiten in der Dokumentation können diskutiert werden.**

Nach der Beobachtung und dem Check ist es mir ein besonderes Anliegen, keinen Maßnahmenplan zur Verbesserung der Dokumentation zu erstellen, sondern mit den Fachkräften in einen Austausch über den Fall und den individuellen Pflegeprozess zu kommen.

Diese Reflexionsgespräche und entsprechend kritische Nachfragen sollen die Mitarbeiter vertieft in das Pflegeprozessdenken einführen.

So stelle ich durch die Pflegevisite auf der einen Seite eine regelmäßige Anleitung der Fachkräfte sicher, und andererseits werden die Mitarbeiter angeregt, über ihre Klienten fallbezogen nachzudenken.

Damit kann langfristig der Perspektivwechsel hin zu einer Orientierung an der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung der Klienten gelingen und die Fachlichkeit der Pflege gestärkt werden.

In dieser Art und Weise durchgeführt, ist die Pflegevisite im Kontext des Strukturmodells heute weniger ein Assessment mit konkreten Vorgaben für die Fachkräfte, sondern mehr ein fachdialogischer Prozess zwischen Leitung und Fachkraft.

Zusammenfassend möchte ich noch mal drei zentrale Punkte nennen und hervorheben:

- Ich analysiere, wo die Mitarbeiter Probleme in der Prozesssteuerung haben, und rege sie durch kritische Nachfragen an, Lösungen für den Fall zu finden.
- Ich begleite und hinterfrage die Prozesssteuerung auf der Grundlage meiner beim Klientenbesuch gemachten Beobachtungen.
- So ist für mich die Pflegevisite ein notwendiges Instrument zur Qualitätssicherung, zur Steigerung der Zufriedenheit der Klienten und gleichzeitig ein bedeutsames Instrument der individuellen Entwicklung der Fachkräfte.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Anlage

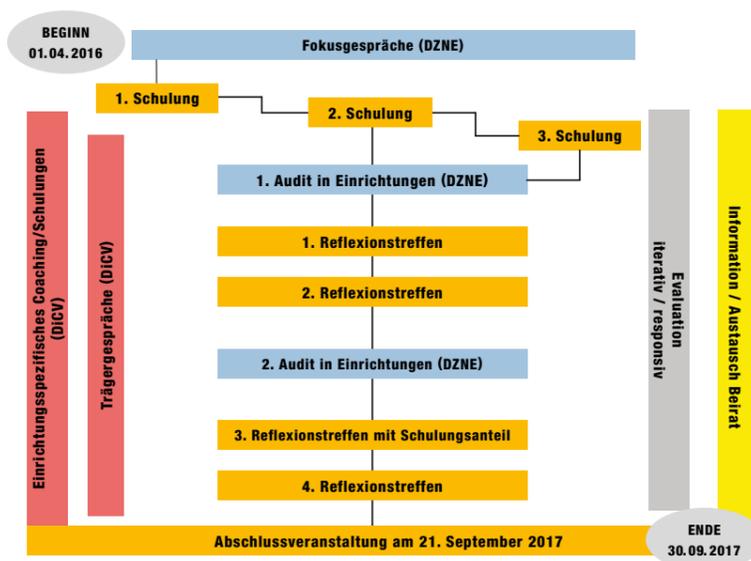
# Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – Qalifa

Sylvia Herfen, Heidemarie Kelleter – Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.

## Hintergrund

Veränderte Anforderungen an die Pflege erfordern eine hohe Fachlichkeit.

## Methodisches Vorgehen



## Ergebnisse

### – Personzentrierte Fallbesprechung

**Problemaufriss:** „Roter Faden“ der Versorgung nicht erkennbar; qualitätsgeleitete Versorgung ist zu verbessern.

#### Lösung:

- Ursachen reflektieren
- Abstimmungsprozesse mit den Beteiligten

## Ziele

### Verbesserung

- der Dokumentation, die mit der praktizierten personzentrierten Pflege korrespondiert, insbesondere durch die Vertiefung des Strukturmodells mit besonderem Blick auf die strukturierte Informationssammlung (SIS®),
- der personzentrierten Pflege, insbesondere anhand der Analyse des Pflegeprozesses,
- der Beratung nach § 37 SGB XI sowie deren Evaluation durch eine systematische und strukturierte Reflexion analog der strukturierten Informationssammlung,
- Förderung von (Pflegefach-)Kompetenzen sowie Darstellung wissenschaftlich basierter Pflegeexpertise.

### – Pflegefachliche Beratung

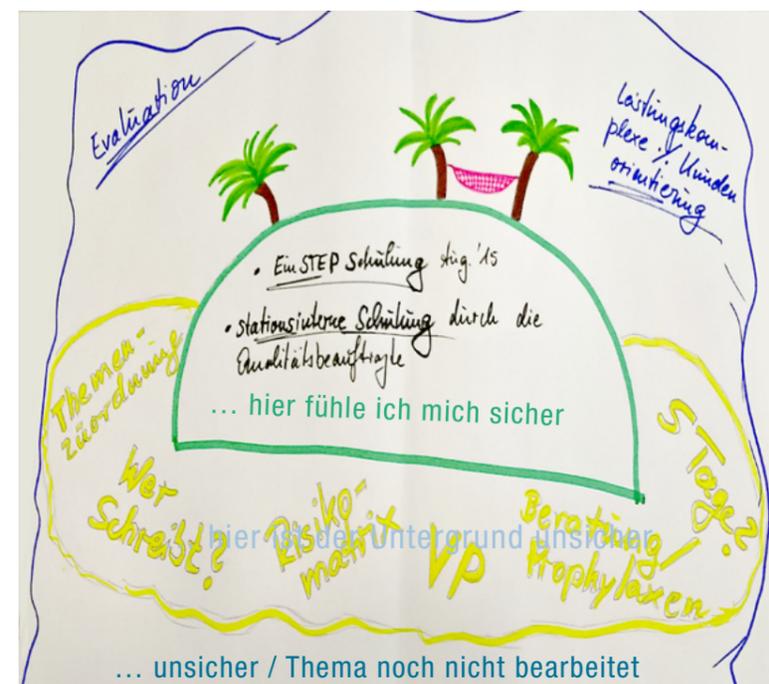
**Problemaufriss:** Stimmigkeit von Beratung zu Risiken und Präferenzen nicht durchgängig; Umgang mit Beratungsergebnissen ungleich

#### Lösung:

- Reflexion des vorhandenen Beratungskonzeptes
- Schulung/Umsetzung personzentrierte Beratung

Die **Ergebnisse** des Projektes sowie des Auditinstruments **Q-DeSS** sind auf die teil- und stationäre Langzeitversorgung übertragbar.

## Eine Standortbestimmung zum Projektbeginn ...:



### – Pflegevisite

**Problemaufriss:** Mitarbeiter „tun sich schwer“ mit dem Pflegeprozess

#### Lösung:

- Pflegevisite zur Analyse, Sicherung und Förderung der internen Qualität



# QalifA

## Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege

- eine iterative und responsive Evaluation

Mike Rommerskirch<sup>1,2</sup>; Martina Roes<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
<sup>2</sup>Universität Witten/Herdecke Department für Pflegewissenschaft

### Hintergrund

Die Zahl von Menschen mit einer Demenz und anderen komplexen Pflege- und Betreuungsbedarfen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, nimmt stetig zu. Darüber hinaus werden pflegebedürftige Menschen mit einem erhöhten Hilfebedarf immer frühzeitiger aus der akuten Versorgung zurück in die weiteren Versorgungsbereiche entlassen. Dies führt im Sektor der ambulanten Versorgung zu einem Anstieg von Leistungen sowie zu einem erhöhten Bedarf an Risikoeinschätzungen respektive Beratungen. Auch in der ambulanten Pflege kommt einer an der Person zentrierten Pflege eine hohe Bedeutung zu. Überdies und unter Einbezug der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie der damit korrespondierenden Initial- und Differentialassessments steigen die Anforderungen auch vor dem Hintergrund eines neuen Pflegeverständnisses für die professionelle Pflegepraxis konsequent an.

Mit dem Projekt Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege (QalifA) vollzieht der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. unter der wissenschaftlichen Begleitung vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. Standort Witten eine komplexe qualifizierungsoffensive im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung

### Fragestellungen

- (1) Inwiefern bildet sich in der SIS® (inklusive Maßnahmenplan, Berichtsblatt und der Evaluation) sowie der Analyse von Präferenzen und Prioritäten ein nachvollziehbarer Verlauf von Pflege und Betreuung in der Dokumentation ab?
- (2) Inwieweit verbessert ein für die ambulante Pflege adaptierter personenzentrierter Ansatz die Dokumentation von Pflege und Beratung?
- (3) In welchem Umfang trägt die Implementierung des Strukturmodells zu einer verbesserten Falldarstellung bei und somit zu einem sichtbaren Nachweis der Versorgung und ihrer Prozess- bzw. Ergebnisqualität?

### Audit



### Methodisches Vorgehen

**Q-DeSS**  
 (Qualität der Dokumentation des Strukturmodells und der SIS®)

- Comprehensive Literaturrecherche
- Anpassung des Instrumentes QANDAC von Wang et al., 2014
- Pre-Test
- Pilotierung



### Workshops

(iterativ)



### Stichprobe



### Ergebnisse

#### Abgleich zwischen Risikomatrix und SIS®

	Deutlichste Risiko	Stark	Inkontinenz Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	93	79	85
2. Mobilität und Beweglichkeit	94	81	85
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	90	86	83
4. Selbstversorgung	93	78	90
5. Leben in sozialen Beziehungen	92	80	90

**Audit 1**

	Schwere Risiko	Erhöhung	Sonstige Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	93	93	95
2. Mobilität und Beweglichkeit	83	93	85
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Belastungen	93	93	85
4. Selbstversorgung	93	83	93
5. Leben in sozialen Beziehungen	95	91	96

**Audit 2**

#### Abgleich zwischen angekreuztem Risiko und Beratung

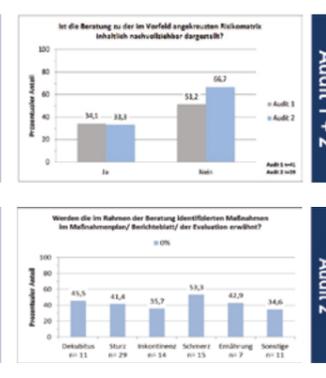
	Deutlichste Risiko	Stark	Inkontinenz Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	3	5	5
2. Mobilität und Beweglichkeit	5	30	5
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	4	21	9
4. Selbstversorgung	5	30	4
5. Leben in sozialen Beziehungen	2	4	6

**Audit 1**

	Schwere Risiko	Erhöhung	Sonstige Risiko
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	3	3	3
2. Mobilität und Beweglichkeit	7	3	1
3. Krankheitsbez. Anforderungen und Bel.	8	4	1
4. Selbstversorgung	3	7	2
5. Leben in sozialen Beziehungen	2	2	6

**Audit 2**

#### Fokus: Beratung



### Fazit

Das im Rahmen des Lernprojektes entwickelte und erprobte Auditinstrument Q-DeSS zielt darauf ab, die professionell Pflegenden durch reflektierende Fragestellungen bei der Optimierung der pflegerischen Dokumentation zu unterstützen. Dies wird realisiert, indem die mit dem konkreten Fall zusammenhängenden und entlang des Strukturmodells dokumentierten Inhalte in den Fokus der Evaluation gerückt werden. Bei der Erprobung des Instrumentes im Rahmen des Lernprojektes zeigte sich, dass:

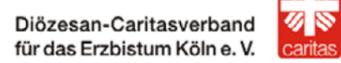
- insbesondere der dem Strukturmodell und der SIS® zugrundeliegende personenzentrierte Ansatz in der Dokumentation von den professionell Pflegenden positiv angenommen wurde
- zu einem Großteil eine personenzentrierte Dokumentation erkennbar ist
- die Identifikation der verschiedenen Risiken von den pflegebedürftigen Menschen für die professionell Pflegenden grundsätzlich kein Problem darstellte
- die inhaltliche Einordnung des Risikos in die Risikomatrix der SIS® teils als große Herausforderung wahrgenommen wurde
- die Schwierigkeiten der Einordnung der Risiken wurde auch in der Dokumentation der Beratung (insbesondere Themenauswahl) deutlich, d.h. es fehlte häufig an nachvollziehbaren Bezügen zwischen Risiken und Beratung sowie zwischen Risiken und Maßnahmenplan

### Schlussfolgerung

Folglich konnten mit Hilfe von Q-DeSS auf den Fall bezogene Logikbrüche in der Plausibilität der Dokumentation und im gedanklichen Abgleich mit der tatsächlichen pflegerischen Praxis schnell ausgemacht werden. Insofern erwies sich das Auditinstrument als wertvoll zur gezielten Unterstützung und Reflexion der entbürokratisierten Dokumentation für die professionell Pflegenden sowie für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen. Q-DeSS konnte somit eine nachhaltige Implementierung des Dokumentationssystems flankieren.

### Literatur

Rommerskirch, M. (2017). Qualität der pflegerischen Dokumentation und Auswirkungen auf die pflegerische Praxis – ein systematischer Literaturüberblick. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld.  
 Wang, N., Bjorvell, C., Yu, P. (2014). Development of the quality of Australian nursing documentation in aged care (QANDAC) instrument to measure paper-based and electronic resident records. *Australasian Journal on Ageing*, 33, E18-E24.



Kooperationspartner und Förderung durch den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

## Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – Qalifa

### Was bewegt Sie im Augenblick?

- Ich finde sehr gut und wichtig, dass in diesem Projekt der personenzentrierte Ansatz und seine Implementierung bzw. Verbesserung im Mittelpunkt steht. So können die Wünsche und Bedürfnisse der einzelnen Pflegebedürftigen erfüllt werden.
- Wie viele Mitarbeiter müssen geschult werden? Macht es Sinn, auch andere als Pflegefachkräfte in den Prozess einzubeziehen? Kann man eine Kosten-Nutzen-Rechnung anstellen?
- Mich bewegt, dass die Förderung der Selbstständigkeit im ambulanten Bereich gehemmt wird durch die Leistungskomplexe, die wir anbieten müssen.
- Könnten wir durch einen leistungsgerechten Stundensatz, eine minutengenaue Abrechnung durchführen, wären die Klienten eher bereit Maßnahmen selbstständig zu übernehmen.



Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.



DZNE  
Diözesanes Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Rheinisch-Bischofswerth



GFO  
zur Menschewelt



Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V.  
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.  
Caritasverband für die Stadt Köln e. V.  
Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V.

Literatur / Informationen unter:  
[http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe\\_beratung/pflege\\_leben\\_im\\_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/pflege_leben_im_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/)

## Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – Qalifa

### Was brauchen Sie?

- Als Versorgungsforscherin würde ich sagen, dass eine Datenbasis über Erfahrungen, Schwierigkeiten aber auch Erfolge des personenzentrierten Ansatzes in der Pflege benötigt wird. So können diese auf eine Seite mit wissenschaftlichen Instrumenten evaluiert werden und auf der anderen Seite Verbesserung der Pflegeversorgung erreicht werden.
- Qualifiziertes Personal
- Dokumentation EDV gesteuert
- Wird ein Evaluationsassessment nach diesem Projekt zur Verfügung gestellt?
- Was genau ist Q-DeSS? Wie umfangreich ist es? Wer kann es nutzen?
- Für wen ist Q-DeSS wie zugänglich? Schulungen?



Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.



DZNE  
Diözesanes Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Rheinisch-Bischofswerth



GFO  
zur Menschewelt



Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V.  
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.  
Caritasverband für die Stadt Köln e. V.  
Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V.

Literatur / Informationen unter:  
[http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe\\_beratung/pflege\\_leben\\_im\\_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/pflege_leben_im_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/)

## Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – Qalifa

### Was bewegt Sie im Augenblick?

- Wie lange schätzen Sie eine Implementierungsphase ein? Wie können Mitarbeiter, die nicht sicher im Umgang mit dem PC sind, motiviert werden, sich an die SIS® zu wagen? Kann hier ein monetäres Belohnungssystem Abhilfe schaffen oder gibt es Möglichkeiten das ganze Team auf ein Level zu bringen?
- Wie wird das Projekt, die SIS®, von den Mitarbeitern vor Ort angenommen?
- Wird eine Entbürokratisierung tatsächlich empfunden. Wird Zeit gespart?
- In wie weit wird die systematische Informationssammlung weiterhin vertieft oder begleitet?



Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.



DZNE  
Diözesanes Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Rheinisch-Bischofswerth



GFO  
zur Menschewelt



Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V.  
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.  
Caritasverband für die Stadt Köln e. V.  
Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V.

Literatur / Informationen unter:  
[http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe\\_beratung/pflege\\_leben\\_im\\_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/pflege_leben_im_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/)

## Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – Qalifa

### Was können wir für Sie tun?

- Einfach weiter machen, wie Sie es in dem Projekt angefangen haben. Sie machen es gut 😊
- Angepasstes Leistungskomplexsystem bzw. im besten Fall angemessene Stundenvergütung
- Gibt es Unterlagen zur veränderten Pflegevisite?
- Gibt es Regelungen, wie die Pflegefachkräfte den Auftrag der Pflegeprozesssteuerung konkret wahrnehmen?
- Gibt es Erfahrungen zur digitalisierten Dokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells?



Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.



DZNE  
Diözesanes Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Rheinisch-Bischofswerth



GFO  
zur Menschewelt



Caritasverband Rhein-Kreis Neuss e. V.  
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.  
Caritasverband für die Stadt Köln e. V.  
Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e. V.

Literatur / Informationen unter:  
[http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe\\_beratung/pflege\\_leben\\_im\\_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/pflege_leben_im_alter/qualitaetsicherung/projekt-qalifa/)

**Weitere Informationen zum Projekt und zu Publikationen Qualitätsförderung in der Ambulanten Pflege – QalifA unter:**

[http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe\\_beratung/pflege\\_leben\\_im\\_alter/qualitaetssicherung/projekt-qalifa/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/pflege_leben_im_alter/qualitaetssicherung/projekt-qalifa/)