

**EVALUATION DER
EFFIZIENZSTEIGERUNG
DER PFLEGEDOKUMENTATION
SV16-9002
(EVASIS)**

ABSCHLUSSBERICHT

Projekträger: GKV-Spitzenverband

Wissenschaftliche Begleitung: Universität Bremen, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung Karlsruhe

Verfasst von: Karin Wolf-Ostermann, Gero Langer, Tanja Bratan, Kathrin Seibert, Maria Hanf, Christin Richter, Heike Aichinger, Dirk Peschke

Bremen, 28. September 2017

Projektkoordination und Studienzentrum:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Grazer Str. 4
28359 Bremen
Tel.: +49 (0)421 218-68960
wolf-ostermann@uni-bremen.de

Projektpartner und Studienzentren:

PD Dr. Gero Langer, Prof. Dr. Gabriele Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU)
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)
Tel.: +49 (0)345 557-4454
gero.langer@medizin.uni-halle.de

Dr. Tanja Bratan

Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI)
Breslauer Straße 48
76139 Karlsruhe
Tel.: +49 721 6809-182
E-Mail: Tanja.Braton@isi.fraunhofer.de

Studienteam:

Kathrin Seibert, M.Sc. (IPP)
Dr. Dirk Peschke (IPP)
Maria Hanf, M.Sc. (MLU)
Christin Richter, M.Sc. (MLU)
Dr. Heike Aichinger (ISI)

Unter Mitarbeit von:

Dr. Stephan Kloep (Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen KKSB)

Benjamin Mester (KKSB)	Anke Sielemann (KKSB)
Rebecca Ristau (IPP)	Charlotte Torp (MLU)
Kathleen Rechlin (MLU)	Julian Hirt (MLU)
Theresa Bütow (MLU)	Monika Mühlberg (ISI)
Stefan Poslowsky (ISI)	Silke Just (ISI)

Zusammenfassung – Executive Summary

Hintergrund

Zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein neues Konzept der Pflegedokumentation, das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Strukturmodell), entwickelt.

Das Strukturmodell soll eine effiziente, übersichtliche, personenzentrierte Pflegedokumentation ermöglichen, die verstärkt auf die Fachlichkeit der Pflegenden setzt und zu einer Entlastung und Motivation im beruflichen Alltag beiträgt. Gleichzeitig soll die Pflegedokumentation dabei den internen und externen Anforderungen der Qualitätssicherung und –prüfung standhalten und die Verständigung der beteiligten Akteure auf die Prinzipien einer fachlich und rechtlich tragfähigen Pflegedokumentation ermöglichen. Erklärtes Ziel ist eine deutliche Zeitersparnis im Vergleich zu bisherigen Dokumentationssystemen unter anderem durch die Begrenzung der Verschriftlichung des Pflegeprozesses auf vier Schritte, den Wegfall täglicher Einzelleistungsnachweise der Grundversorgung sowie die Beschränkung der Aufzeichnungen im Pflegebericht auf Abweichungen in der Routineversorgung. Kernbestandteile des Strukturmodells sind die Strukturierte Informationssammlung (SIS[®]) inklusive der Risikomatrix, der Maßnahmenplan, das Berichteblatt sowie die Evaluation. Die Ergebnisse eines im Jahr 2014 veröffentlichten Praxistests mit 26 vollstationären und 31 ambulanten Pflegeeinrichtungen bestätigten der neuen Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell eine Reduktion des Umfangs der Pflegedokumentation ohne dabei fachliche Standards zu vernachlässigen oder die Kommunikation zur Situation der Pflegebedürftigen zu beeinträchtigen (Beikirch & Roes 2014).

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung beauftragte auf Beschluss des GKV-Spitzenverbands, des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) im September 2014 das Projektbüro zur „Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Projektbüro Ein-STEP) mit der Einführung und Umsetzung des Strukturmodells. Seit Januar 2015 koordinierte das Projektbüro Ein-STEP die bundesweit angelegten Aktivitäten zur Etablierung des Strukturmodells in der Langzeitpflege und unterstützte ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation. Bis November 2016 hatten sich knapp 9.000 Pflegeeinrichtungen für die Einführung des Strukturmodells registriert.

Zwei Jahre nach der Einführung wurden nun die Implementierung des Strukturmodells und die Zielerreichung der neuen Pflegedokumentation einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen.

Ziele und Fragestellungen

Die Evaluation untersuchte folgende, mit der Einführung des Strukturmodells verbundene, Aspekte:

- I. Bewertung der Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung der neuen Pflegedokumentation in Beziehung zu Strukturmerkmalen dieser Einrichtungen.
- II. Bewertung der Praktikabilität der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) in Bezug auf die pflegerische Praxis.
- III. Bewertung der Effekte auf Qualitätssicherung und -prüfung, um Auswirkungen auf eine interne Qualitätssicherung ebenso wie auf eine externe Qualitätsprüfung und Fragen zur Sicherstellung der Versorgung dokumentieren zu können.
- IV. Bewertung der neuen Pflegedokumentation und des Implementierungsprozesses aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen und der dort tätigen Pflegekräfte, übergeordneter Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- V. Bewertung übergreifender Fragestellungen zur Überleitung aus den bisher benutzten Pflegedokumentationssystemen in das neue Strukturmodell.

Demgemäß beantwortet der vorliegende Abschlussbericht folgende übergreifende Fragen:

1. Stellt die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der integrierten SIS® eine geeignete Basis für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, übergeordnete Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie Pflegebedürftige und Angehörige in Bezug auf die angestrebte Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation dar?
2. Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® aus Sicht beruflich Pflegenden praktikabel und lässt sie eine sach- und fachgerechte Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen zu, die auch als Grundlage für eine individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung geeignet ist?
3. Beachtet die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?
4. Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® ein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung?
5. Welche Stärken und Schwächen weist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® im Vergleich zu bislang benutzten Pflegedokumentationssystemen auf?
6. Welche Problematiken ergeben sich in der direkten Umsetzung der neuen Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® in den Einrichtungen?
7. Gibt es Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung 1–6 hinsichtlich ambulanter und vollstationärer Einrichtungen und ihrer Beurteilungen?

Methodisches Vorgehen

In einer formativen Prozessevaluation von August 2016 bis Juli 2017 kamen in einer Triangulation aus standardisierten Befragungen, Fokusgruppendifkussionen, Interviews sowie einer Dokumentenanalyse von Pflegedokumentationen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden der Datenerhebung und -auswertung zur Anwendung (parallel konvergierendes Mixed-Method-Design). Zielgruppen der Untersuchung bildeten (verantwortliche) Pflegefachkräfte in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet, von denen der Großteil das Strukturmodell anwendete. Ebenso waren betroffene Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, aber auch Mitarbeitende der externen Prüfinstanzen (MDK und Heimaufsicht) in die Studie eingebunden.

Ergebnisse

An einer ersten standardisierten Befragung beteiligten sich verantwortliche Pflegefachkräfte aus 510 Pflegeheimen und 452 Pflegediensten aus dem gesamten Bundesgebiet. Ergänzend flossen auch Antworten aus 184 nichtanwendenden Einrichtungen in die Ergebnisse ein. Es nahmen 1.485 Pflegefachkräfte teil, die das Strukturmodell in der Praxis anwendeten. An einer zweiten Befragung nach sechs Monaten beteiligten sich 534 Pflegeeinrichtungen und 618 Pflegefachkräfte. 267 Pflegefachkräfte hatten zu beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen und lieferten Erkenntnisse zu Veränderungen im Zeitverlauf. Weiter nahmen 188 Mitarbeitende des MDK sowie 104 Mitarbeitende der Heimaufsichtsbehörden an einer Online-Befragung teil. An den Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews beteiligten sich 13 verantwortliche Pflegefachkräfte, 29 Pflege(fach-)kräfte, drei Qualitätsmanagementbeauftragte und eine Pflegereferentin. 13 Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie die Analyse von 104 Pflegedokumentationen in Einrichtungen mit und ohne Anwendung des Strukturmodells komplettieren die Datengrundlage der Studie. Diese Erhebungen ermöglichten die Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen der Studie:

Frage 1: Stellt die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der integrierten SIS® eine geeignete Basis für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, übergeordnete Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie Pflegebedürftige und Angehörige in Bezug auf die angestrebte Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation dar?

Mit der neuen Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell ist aus Sicht der derzeitigen Anwender eine Effizienzsteigerung in den Pflegediensten und Pflegeheimen erreichbar. Neben einer möglichen Zeitersparnis für die Dokumentation werden die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person im Sinne einer personenzentrierten Pflege in den Mittelpunkt gestellt. Dabei orientiert sich das pflegerische Handeln an der fachlichen Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation. Im Rahmen der Evaluation wurde dies von den Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen der vollstationären und ambulanten Einrichtungen bekräftigt. Dies wurde auch von den übergeordneten Prüfinstanzen (MDK und Heimaufsicht) und

Qualitätsmanagementbeauftragten bestätigt. Jedoch ist darauf zu verweisen, dass es sich bei der Umstellung auf das Strukturmodell um einen langwierigen Prozess handelt, sodass die angestrebte Effizienzsteigerung in manchen Einrichtungen erst zukünftig erreichbar und damit erfahrbar wird. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen betrachten die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation als sinnvoll, jedoch bestehen Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Information und des Verständigungsprozesses bezüglich der Vereinbarung individueller Maßnahmen der Pflege und Betreuung.

Frage 2: Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® aus Sicht beruflich Pflegenden praktikabel und lässt sie eine sach- und fachgerechte Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen zu, die auch als Grundlage für eine individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung geeignet ist?

Die Umsetzung des Strukturmodells ist auf Grundlage der SIS® aus Sicht der derzeitigen Anwender praktikabel. Eine sach- und fachgerechte Einschätzung der Risiken und Phänomene ist auf Grundlage der SIS® gut möglich, jedoch abhängig von der pflegfachlichen Kompetenz der Pflege(fach-)kraft. Das richtige Ausfüllen der Risikomatrix im Zusammenhang mit den Themenfeldern der SIS® gelingt nicht immer. Mitunter wird dies auch als unverständlich und überflüssig bewertet. Eine weitere Herausforderung stellen (Erst-)Gespräche mit Menschen mit Demenz dar. Zusätzlich erschwert werden diese durch fehlende Informationen von Angehörigen sowie Betreuerinnen und Betreuern. Dadurch sind (Erst-)Gespräche und somit die SIS® oftmals zu unvollständig, um eine zeitnahe individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung zu erstellen. Aktuell scheinen Folgegespräche zur Neuerstellung/Anpassung der SIS® bei verändertem Pflegebedarf eher (zu) selten durchgeführt zu werden. Besonders bei schleichenden Veränderungen scheint Unsicherheit zu bestehen, ob und wann eine Neuerstellung notwendig ist. Das Verständnis seitens aller Beteiligten über den vierphasigen Pflegeprozess des Strukturmodells ist grundlegend für eine gelingende Umsetzung. Der Umgang mit der SIS® kann durch Arbeitsroutine kontinuierlich verbessert werden. Positiv bewertet wurde die Erstellung der Maßnahmenplanung anhand der Tagesstruktur. Insgesamt betrachtet wird das Strukturmodell der Individualität der pflegebedürftigen Person gerecht, auch wenn es in der Praxis nicht immer entsprechend angewandt wird.

Frage 3: Beachtet die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?

Sowohl die Leitungen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als auch die dort tätigen Pflegefachkräfte bestätigen nach Einführung des Strukturmodells eine gesteigerte, ganzheitliche Betrachtung pflegebedürftiger Personen sowie die gesteigerte Konzentration auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst erleben dies im Alltag jedoch teilweise anders: In der Regel wurde den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen nicht deutlich vermittelt, dass die SIS® für sie eine Möglichkeit darstellt,

sich aktiv in die Maßnahmenplanung einzubringen. Die Erst- und Aufnahmegespräche, in deren Rahmen die SIS® erstellt wird, erfolgen in unterschiedlicher Intensität und Tiefe. Einrichtungsabhängig wurden die Bedarfe, Wünsche und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen berücksichtigt, während bei anderen das Gespräch eher defizit- und maßnahmenorientiert erfolgte und darüber hinaus keine oder nur wenige biografischen Informationen erfasst wurden. Ein Verständigungsprozess bezüglich der durchzuführenden Maßnahmen fand nicht immer statt und in der Regel wurde die vereinbarte Planung auch nicht von den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen unterzeichnet.

Frage 4: Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® ein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung?

Einrichtungen greifen für die Abbildung der Pflegequalität weiterhin auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück. Sowohl in Pflegediensten als auch in Pflegeheimen findet die Anpassung des internen Qualitätsmanagements oft erst nach erfolgter Einführung des Strukturmodells statt. Durch die Einführung des Strukturmodells mussten einrichtungsinterne Regelungen überarbeitet werden. Dies erfolgte häufig demokratisch in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen. Die neue Pflegedokumentation stellt für die externen Prüfinstanzen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung bereit und ist weitgehend mit den länderspezifischen Anforderungen kompatibel. Eine Herausforderung stellt für viele Prüfende die Beurteilung der personellen Kontinuität in der Versorgung dar. Hier scheinen die in den vom MDK und MDS herausgegebenen *Ergänzenden Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation* (MDK & MDS 2016) enthaltenen Erläuterungen noch zu wenig Berücksichtigung zu finden. Die Qualität der in der Dokumentation verfügbaren Informationen variiert zwischen einzelnen Einrichtungen. Besonders die Erfassung biografischer Daten sowie die Beschreibung und Berücksichtigung individueller Risiken ist aus Sicht der Prüfinstanzen mit Mängeln behaftet und weist einen Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte aus.

Frage 5: Welche Stärken und Schwächen weist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® im Vergleich zu bislang benutzten Pflegedokumentationssystemen auf?

Die Stärken im Sinne von Chancen durch die Einführung des Strukturmodells überwiegen gegenüber den in der Studie benannten Schwächen. Beispielgebend wird als Chance die einfache, kurze und übersichtliche Formulierung der Dokumentation gesehen. Die unter anderem einen geringen Dokumentationsaufwand und weniger Papierverbrauch zur Folge hat, da Zielformulierungen wegfallen und mitunter weniger (Risiko-)Assessments notwendig sind. Die übersichtlichere Dokumentation erlaubt eine schnellere Dienstübergabe und die Dokumentation ist für das Pflegepersonal besser nachvollziehbar. Ebenfalls fördert und fordert das Strukturmodell die Pflegefachlichkeit, verdeutlicht jedoch auch Unterschiede in den Fähigkeiten von

Pflegefachkräften mit formal gleicher Qualifikation. Eine weitere Stärke liegt in einer verbesserten Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und während der Gespräche mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen, auch wenn dieses Potenzial aktuell noch nicht immer ausgeschöpft wird. Die Maßnahmenplanung aus den Themenfeldern der SIS® heraus und die Anpassung von Situationsveränderungen kann leichter umgesetzt werden als die Überarbeitung bisheriger Pflegeplanungen. Die korrekte Anwendung der Risikomatrix sowie die aktive Einbindung der Pflegebedürftigen bei der Erstellung der SIS® gelingen jedoch nicht in allen Einrichtungen. Weiter Herausforderungen bei der Einführung des Strukturmodells, sind beispielsweise das sich Hineindenken in ein neues Dokumentationssystem, der Schulungsbedarf der Pflege(fach-)kräfte und Auszubildenden (z. B. Risikomatrix, Formulierungen in den Themenfeldern, Anpassung der Maßnahmenpläne) oder das Fehlen der erforderlichen pflegefachlichen Kompetenz.

Frage 6: Welche Problematiken ergeben sich in der direkten Umsetzung der neuen Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® in den Einrichtungen?

Bei der Umstellung auf das Strukturmodell sollten die Pflegeeinrichtungen von einem erhöhten Schulungs- und Anleitungsaufwand des Personals ausgehen. Wie jeglicher Implementierungsprozess erfordert die Arbeit mit der neuen Pflegedokumentation eine kontinuierliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den Erfolg und das Gelingen der Einführung maßgeblich beeinflussen. Die vom Projektbüro Ein-STEP bereitgestellten Schulungsunterlagen unterstützen den Umstellungsprozess, jedoch ist es für die Einrichtungen wichtig, bei Unsicherheit und aufkommenden Fragen persönlich Rücksprache mit gut geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren halten zu können. Das derzeitige heterogene Schulungsangebot privatwirtschaftlicher Anbieter erweist sich insofern als problematisch, da Einrichtungen sich unter anderem mit widersprüchlichen/inkonsistenten Aussagen konfrontiert sehen. Weiter sollten die notwendigen Ressourcen berücksichtigt werden. Die Einbindung des Strukturmodells in das einrichtungsinterne Dokumentationssystem geht mit finanziellen Aufwänden einher, besonders dann, wenn EDV-Module integriert werden. Die Einhaltung der Kriterien der Kategorie A des Anforderungsprofils für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen (Arbeitsgruppe technischer Implementierungsleitfaden 2017) wurde von etwa jeder fünften Einrichtung in der Studie verletzt. Einrichtungen sowie Anbieter von Dokumentationssystemen sind aufgefordert, das Anforderungsprofil konsequent zu beachten.

Frage 7: Gibt es Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung 1–6 hinsichtlich ambulanter und stationärer Einrichtungen und ihrer Beurteilungen?

Hinsichtlich des Umstellungs- und Implementierungsprozesses wurde vor allem in kleinen ambulanten Einrichtungen, die keinem großen Trägerverbund angegliedert waren, ein Schulungsdefizit thematisiert. Zudem kritisierten sie die zu geringe Unterstützung durch beispielsweise Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner. Die externen Prüfinstanzen beobachteten,

dass den Pflegediensten die Umstellung auf das Strukturmodell leichter fällt, da sich die Maßnahmenplanung bereits an Leistungskomplexen orientiert und somit auf das Wesentliche reduziert wird. Weitere gravierende Unterschiede zwischen ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen zeigten sich nicht. Ungeachtet des Settings bestätigten die (verantwortlichen) Pflegefachkräfte der neuen Pflegedokumentation mehrheitlich eine Steigerung der Effizienz, die Förderung der fachlichen Kompetenz, das Potential, eine personenzentrierte Versorgung zu verbessern sowie die Verbesserung der inter- und intradisziplinären Kommunikation im Team.

Limitationen der Studie

Objektive Datenerhebungen dazu, wie hoch beispielsweise die Zeitersparnis tatsächlich ausfällt, wurden nicht getätigt. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung unter Berücksichtigung der direkten Kosten und indirekten Kosten wäre geeignet, den Nutzen der Einführung des Strukturmodells sowie dessen Effizienz für die Einrichtungen aus der Perspektive der Kostenträger abzubilden. Die in der standardisierten Befragung durch die Einrichtungen berichteten monetären Aufwände lassen sich hierzu nicht verwenden, da keine differenzierte Erhebung der Kosten erfolgte und eine hohe Anzahl fehlender Werte auftrat. Nicht auszuschließen ist, dass in allen befragten Gruppen sozial erwünschte Antworten die Ergebnisse verzerren. Ob sich vornehmlich besonders engagierte und vom Strukturmodell überzeugte Einrichtungen und deren Mitarbeitende beteiligt haben und Personen mit abweichenden (negativen) Erfahrungen systematisch nicht in der Stichprobe enthalten sind, lässt sich nicht belastbar feststellen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die wissenschaftliche Evaluation zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EvaSIS) gibt erstmalig einen umfassenden Einblick in den Prozess der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Damit sich die positiven Wirkungen des Strukturmodells möglichst gut entfalten können, sollten verschiedene Voraussetzungen auf Ebene der einzelnen Einrichtungen, speziell durch die Einrichtungsleitungen bzw. das Qualitätsmanagement, erfüllt werden. Dazu gehört auch die Einbettung in organisatorische Prozesse und ggf. die Anpassung an lokale Bedarfe. Bei der Einführung des Strukturmodells sollten sich die Pflegeeinrichtungen auch diejenigen Faktoren vergegenwärtigen, die in jeglichem Implementierungsprozess eine gelungene Einführung unterstützen. Darunter die Umsetzung eines strukturierten Projektplans, der die Arbeitsschritte und Aufgaben der beteiligten Personen definiert und sowohl von der Einrichtungsleitung, der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie den Mitarbeitenden getragen wird sowie die Bedeutung und Notwendigkeit von Schulungsveranstaltungen für die Mitarbeitenden. Die genaue Dokumentation entstehender materieller und finanzieller Aufwände (darunter auch der Zeit- und Personalaufwand für Schulungsveranstaltungen) sowie die in der Einrichtung beobachteten

Auswirkungen der Einführung des Strukturmodells sowohl auf die Mitarbeitenden als auch auf die Pflegebedürftigen tragen dazu bei, Kosten und Nutzen einrichtungsindividuell miteinander in Beziehung zu setzen und den Erfolg der Einführung zu bewerten.

Abschließend sind auch die Chancen und Herausforderungen, die unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Vernetzung und Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Blick auf das Strukturmodell auszumachen sind, bei der weiteren Entwicklung und Evaluation der neuen Pflegedokumentation – auch bei der Konzeption von Schulungs- und Ausbildungsinhalten – mitzudenken und idealerweise zu integrieren. Anschlussfähigkeit ist an dieser Stelle neben den EDV-Anbietern auch für die Einrichtungen von Bedeutung.

Die Evaluation hat vielfältige neue Fragstellungen aufgeworfen, die nicht im Fokus dieser Studie standen. So ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, beispielsweise bezüglich der Wirkungen auf die Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, längerfristiger Wirkungen auf die Einrichtungen, aber auch hinsichtlich der geeigneten Form der Unterstützung nach der Schließung des Projektbüros Ein-STEP oder der Möglichkeiten, die mit dem Strukturmodell erhobenen Daten für gesundheitsinformatische Auswertungen nutzbar zu machen.

Inhalt

1	Hintergrund der Studie	1
2	Fragestellungen und Zielsetzung der Studie	4
3	Studiendesign und Zeitplan	5
4	Methodisches Vorgehen.....	7
4.1	Projektkoordination, Zusammenarbeit mit dem Projektbüro Ein-STEP und Öffentlichkeitsarbeit.....	7
4.2	Entwicklung der Erhebungsinstrumente und Pretest.....	8
4.3	Standardisierte Befragungen.....	9
4.4	Fokusgruppen und Telefoninterviews	12
4.5	Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen	14
4.6	Dokumentenanalyse	15
4.7	Ethik und Datenschutz.....	17
5	Die Stichproben und befragten Akteure der Studie	17
6	Zentrale Ergebnisse	23
6.1	Die Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen.....	23
6.1.1	Teilnehmende Pflegeeinrichtungen, ihr Pflegepersonal und die dort versorgten Pflegebedürftigen	23
6.1.2	Bisher eingesetzte Pflegedokumentationssysteme und darin enthaltene Informationen.....	30
6.1.3	In den Einrichtungen genutzte Software-Angebote des Strukturmodells	42
6.1.4	Gründe für die Entscheidung gegen die Einführung des Strukturmodells	45
6.1.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Einrichtungen	49
6.2	Praktikabilität	50
6.2.1	Erstellung der Strukturierten Informationssammlung SIS® in der stationären und der ambulanten Pflege.....	50
6.2.2	Erstellung der Risiko-Matrix.....	56
6.2.3	Erstellung des individuellen Pflege- und Maßnahmenplans	65
6.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Praktikabilität des Strukturmodells	72
6.3	Qualitätssicherung und -prüfung	73

6.3.1	Sicherstellung der Versorgung.....	73
6.3.2	Auswirkungen auf die interne Qualitätssicherung.....	80
6.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zur internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung	83
6.4	Bewertung der neuen Pflegedokumentation.....	83
6.4.1	Bewertung aus Sicht der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen.....	83
6.4.2	Bewertung aus Sicht der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht	107
6.4.3	Bewertung aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen	123
6.4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Bewertung der neuen Pflegedokumentation.....	131
6.5	Übergreifende Fragestellungen.....	132
6.6	Ergänzende Ergebnisse.....	139
6.7	Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug zu den übergeordneten Fragestellungen der Studie.....	142
7	Diskussion.....	146
7.1	Stärken und Limitationen der Studie	146
7.2	Diskussion der Ergebnisse.....	149
8	Fazit und Ausblick	161
	Literaturverzeichnis	163
	Anhang	167

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Grundprinzipien der Grundstruktur der Pflegedokumentation des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aus fachlicher und juristischer Sicht (nach Beikirch & Roes 2014, S. 7).....	3
Tabelle 2:	Untersuchte Zielgruppen und eingesetzte empirische Methoden	6
Tabelle 3:	Stichprobenbeschreibung Dokumentenanalyse	22
Tabelle 4:	Registrierungs- und Anwendungsdauer, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	27
Tabelle 5:	Zeitaufwand für Koordination der Einführung und Schulung der Anwendergruppe, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	29
Tabelle 6:	Geschätzter Zeitaufwand vor Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegedienstleitungen t ₁	34
Tabelle 7:	Geschätzter Zeitaufwand nach Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegedienstleitungen t ₁	34
Tabelle 8:	Geschätzter Zeitaufwand nach Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	35
Tabelle 9:	Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	38
Tabelle 10:	Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	39
Tabelle 11:	Zehn häufigste Software-Anbieter in den Pflegeeinrichtungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	42
Tabelle 12:	Probleme mit der Software, kategorisierte Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	43
Tabelle 13:	Zusammenfassung der Freitextantworten zu Gründen für die Entscheidung gegen die Einführung nach einem Testlauf, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁ . Die meisten Antworten lagen als Einzelnennung dar. Die Darstellung stellt keine Reihenfolge dar.....	46
Tabelle 14:	Erstellung der SIS® für Menschen mit kognitiven Einschränkungen – Lösungsstrategien der Pflegefachkräfte, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁ . Freitextantworten, fünf häufigste Kategorien	52
Tabelle 15:	Veränderung der Bewertung der Risiken bei Übertragung von den Themenfeldern der SIS® in die Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	56
Tabelle 16:	Umgang mit der Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, (Mehrfachauswahl) postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	61
Tabelle 17:	Gründe, das Strukturmodell nicht für die Darstellung der Pflegequalität zu nutzen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	80

Tabelle 18:	Bewertung der Zeitersparnis durch die Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1 und postalische Befragung Pflegefachkräfte t1	86
Tabelle 19:	Weitere Verwendung eingesparter Zeit, zusammengefasste Freitextantworten, fünf häufigste Nennungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1.....	89
Tabelle 20:	Weitere Verwendung eingesparter Zeit, zusammengefasste Freitextantworten, fünf häufigste Nennungen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t1	90
Tabelle 21:	Mit der Umstellung auf das Strukturmodell einhergehender finanzieller Aufwand, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	105
Tabelle 22:	Stärken und Schwächen des Strukturmodells aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte, Fokusgruppendifkussionen	107
Tabelle 23:	Vorbereitung auf den Umgang mit dem Strukturmodell, Online-Befragung Prüfinstanzen.....	109
Tabelle 24:	Kompatibilität der neuen Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene, Online-Befragung Prüfinstanzen.....	121
Tabelle 25:	Gründe für Inkompatibilität der neuen Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene, Prüfinstanzen.....	121
Tabelle 26:	Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung, zusammengefasste Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	133
Tabelle 27:	Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung, zusammengefasste Freitextantworten, zehn häufigste Kategorien, postalische Befragung Pflegefachkräfte t1	133
Tabelle 28:	Veränderungen in den Organisationsabläufen, zusammengefasste Freitextantworten, zehn häufigste Kategorien, postalische Befragung Pflegefachkräfte t1	134
Tabelle 29:	Fragenkomplexe der standardisierten Befragung	168
Tabelle 30:	Fragenkomplexe der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews	202
Tabelle 31:	Fragenkomplexe der Einzelinterviews	221
Tabelle 32:	Fragenkomplexe des Bewertungsrasters	227
Tabelle 33:	Anwendungsstatus der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t1, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte	289
Tabelle 34:	Auswertbare Antworten Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t1 und t2, postalische Befragung Pflegefachkräfte	289
Tabelle 35:	Berufsjahre und Beschäftigungsdauer in der Einrichtung, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t1	289
Tabelle 36:	Verteilung der Berufsabschlüsse, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t1.....	290
Tabelle 37:	Position in der Einrichtung, Mehrfachauswahl, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t1	290

Tabelle 38:	Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen Pflegedienste	291
Tabelle 39:	Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen Pflegeheime	292
Tabelle 40:	Stichprobenbeschreibung Telefoninterviews	293
Tabelle 41:	Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen MDK/Heimaufsicht ..	294
Tabelle 42:	Soziodemografische Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews	295
Tabelle 43:	Personal in den Einrichtungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	312
Tabelle 44:	Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells nach Art des Dokumentationssystems, Pflegeheime, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	314
Tabelle 45:	Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells nach Art des Dokumentationssystems, Pflegedienste, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	315
Tabelle 46:	Stellenwert der bisherigen Pflegedokumentation in der internen Kommunikation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	316
Tabelle 47:	Veränderung von MUSS-Kriterien in der SIS®, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	317
Tabelle 48:	Veränderung von MUSS-Kriterien in der Maßnahmenplanung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	317
Tabelle 49:	Veränderung von MUSS-Kriterien in der Evaluation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	317
Tabelle 50:	Art des Trägers der Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden, Zeitpunkt t ₁ Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte	319
Tabelle 51:	Belegte Kapazitäten und Pflegestufenverteilung in Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	319
Tabelle 52:	Leistungsempfänger in Pflegediensten, die das Strukturmodell nicht anwenden, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	320

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsschritte im Projektverlauf	6
Abbildung 2: Art des Dokumentationssystems, (n=104), Einrichtungen Dokumentenanalyse.....	21
Abbildung 3: Verteilung der anwendenden Einrichtungen nach Bundesland und Versorgungsvertrag, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁ ...	24
Abbildung 4: Anteilige Verteilung der Pflegeheime nach Kapazitätsgrößenklassen, Online- Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	25
Abbildung 5: Anteilige Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	26
Abbildung 6: Vorgehen bei der Anpassung der Dokumentation bei Umstellung auf das Strukturmodell, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	28
Abbildung 7: Bewertung des Zeitaufwandes für die Umstellung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	28
Abbildung 9: Bewertung der bisherigen Pflegedokumentation I, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	32
Abbildung 10: Bewertung der bisherigen Pflegedokumentation II, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	33
Abbildung 11: Verwendete Zusatzmodule in Einrichtungen mit/ohne Strukturmodell (Mehrfachnennungen; absolute Häufigkeit), Dokumentenanalyse	37
Abbildung 12: Verwendete Zusatzmodule in Pflegeheimen und Pflegediensten (Mehrfachnennungen; absolute Häufigkeit), Dokumentenanalyse	37
Abbildung 13: Gründe, das Strukturmodell bislang nicht in der Einrichtung anzuwenden, Mehrfachauswahl, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	45
Abbildung 14: Bewertung des Umgangs mit der Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	57
Abbildung 15: Transparenz, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	57
Abbildung 16: Konsequentes Ausfüllen der Risikomatrix, Dokumentenanalyse	59
Abbildung 17: Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, Mehrfachnennung, Langversion Dokumentenanalyse	62
Abbildung 18: Ort der Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, Mehrfachnennung Langversion, Dokumentenanalyse	62
Abbildung 19: Gelingen der Erstellung des individuellen Pflege- und Maßnahmenplans auf Grundlage der SIS®, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	65
Abbildung 20: Planung der Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung in Einrichtungen mit und ohne Strukturmodell, Dokumentenanalyse	66

Abbildung 21: Planung der Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung in Pflegeheimen und Pflegediensten, Dokumentenanalyse	66
Abbildung 22: Darstellung von Zielen, Problemen und Ressourcen, Dokumentenanalyse	67
Abbildung 23: Dokumentation von Abweichungen vom vereinbarten Pflege- und Maßnahmenplan im Pflegebericht, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	68
Abbildung 24: Gelingen der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	69
Abbildung 25: Maßnahmen, welche in der Maßnahmenplanung beschrieben werden, werden zusätzlich an anderer Stelle angeführt, Dokumentenanalyse	71
Abbildung 26: Fälle, in denen die Neuerstellung einer SIS® ausgelöst wird, Mehrfachauswahl, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	73
Abbildung 27: Neuer Aktualisierungsstand der SIS® bei Änderungen, Dokumentenanalyse ..	75
Abbildung 28: Anlässe, zu Veränderung des Maßnahmenplans, Mehrfachauswahl, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	76
Abbildung 29: Angabe einer individuell festgelegten Evaluationszeit für einzelne Maßnahmen, Unterscheidung nach Strukturmodell, Dokumentenanalyse	77
Abbildung 30: Gründe für überflüssige Dokumentationen im Berichteblatt, Mehrfachnennung, Dokumentenanalyse.....	78
Abbildung 31: Vorhandene Freitextfelder in der Pflegedokumentation nach Strukturmodell, Dokumentenanalyse.....	79
Abbildung 32: Lohnen der Umstellung auf das Strukturmodell für die Einrichtung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	83
Abbildung 33: Bewertung der Praktikabilität des Strukturmodells: Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel? Postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	84
Abbildung 34: Gründe für eine Zeitersparnis, zusammengefasste Freitextantworten, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	87
Abbildung 35: Gründe für eine Zeitersparnis, zusammengefasste Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	87
Abbildung 36: Vorliegen eines Einzelleistungsnachweises bei immer wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung, Dokumentenanalyse.....	88
Abbildung 37: Verwendung eingesparter Zeit, Mehrfachauswahl, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁ und postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	89
Abbildung 38: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der fachlichen Kompetenz, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	91
Abbildung 39: Bewertung der Schulungsmaterialien zum Strukturmodell: Waren die Schulungen mittels der von Ein-STEP bereit gestellten Schulungsmaterialien	

zum Strukturmodell ausreichend? Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	93
Abbildung 40: Schulungsanbieter der erhaltenen Schulungen zum Strukturmodell, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	93
Abbildung 41: Bewertung der erhaltenen Schulung, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	94
Abbildung 42: Gelingen der Umsetzung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	94
Abbildung 43: Bewertung des Gelingens der Umsetzung im Vergleich zum Schulungsanbieter, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	95
Abbildung 44: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der Motivation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	99
Abbildung 45: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der Zufriedenheit, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	99
Abbildung 46: Veränderung der Motivation seit Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	100
Abbildung 47: Veränderung der Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t ₁	100
Abbildung 48: Erwartungen an das Strukturmodell vor der Anwendung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	102
Abbildung 49: Umfang der Erfüllung von mit der Umstellung auf das Strukturmodell verbundenen Erwartungen in den Pflegeheimen und Pflegediensten, Online- Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	103
Abbildung 50: Teilnehmende Mitarbeitende der Prüfinstanzen nach Bundesland, Online- Befragung Prüfinstanzen	108
Abbildung 51: Bewertung der Qualität der begutachteten Pflegedokumentationen in stationären Einrichtungen, Online-Befragung Prüfinstanzen	109
Abbildung 52: Bewertung der Qualität der begutachteten Pflegedokumentation in ambulanten Einrichtungen, Online-Befragung Prüfinstanzen	110
Abbildung 53: Hinweise auf eine mangelhafte Schulung der ausfüllenden Pflegefachkräfte, Online-Befragung Prüfinstanzen	113
Abbildung 54: Verteilung Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie, Pflegeheime, Vergleich mit der Pflegestatistik 2015	310
Abbildung 55: Verteilung Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie, Pflegedienste, Vergleich mit der Pflegestatistik 2015	311
Abbildung 56: Anteil der Pflegebedürftigen, für die das Strukturmodell bereits zur Anwendung kommt, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	312
Abbildung 57: Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden nach Bundesland und Versorgungsvertrag, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	318

Abbildung 58: Anteilige Verteilung der Pflegeheime ohne Anwendung des Strukturmodells nach Kapazitätsgrößenklassen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁319

Abkürzungen

BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege
Bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
CRF	Case Report Form (engl.)
eCRF	elektronisches CRF
Ein-STEP	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
EDC	Electronic Data Capture (engl.)
FG	Fokusgruppendifkussion
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen
HA	Heimaufsicht
HGBP	Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz
IDW	Informationsdienst Wissenschaft
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
ISI	Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung
KKSB	Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen
Max	Maximum
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Min	Minimum
MLU	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MW	Mittelwert
NANDA	North American Nursing Association
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NRW	Nordrhein-Westfalen
PDL	Pflegedienstleitung
PFK	Pflegefachkraft
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte
SD	(engl.) Standarddeviation (Standardabweichung)
SIS®	Strukturierte Informationssammlung
t ₁	erster Erhebungszeitpunkt
t ₂	zweiter Erhebungszeitpunkt
TI	Telefoninterview
WTG DVO	Wohn- und Teilhabegesetz Durchführungsverordnung
WTG NRW	Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen

1 Hintergrund der Studie

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ (EvaSIS). Die Studie wurde im Auftrag des Spitzenverbandes der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) im Zeitraum vom 01. August 2016 bis zum 31. Juli 2017 in Zusammenarbeit des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) und dem Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) in Karlsruhe durchgeführt. Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann (IPP, Projektleitung), PD Dr. Gero Langer und Prof. Dr. Gabriele Meyer (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU; Studienzentrum und Leitung Teilprojekt) sowie Dr. Tanja Bratan (Fraunhofer ISI, Studienzentrum) sind für die Studie verantwortlich. Vor dem Hintergrund der bundesweiten, flächendeckenden Einführung der neuen Pflegedokumentation auf Grundlage des Strukturmodells verfolgte die EvaSIS-Studie das Ziel, das Erreichen der mit der Einführung des Strukturmodells verbundenen Ziele im Kontext ambulanter wie stationärer Pflegeeinrichtungen zu überprüfen. Hierzu wurde die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells im Vergleich mit bisherigen Dokumentationsverfahren und zu mehreren Zeitpunkten auf ihre Wirkungen hin untersucht. Einbezogen wurden dabei sowohl verschiedene Evaluationsebenen als auch von der neuen Pflegedokumentation direkt betroffene Personengruppen.

Um dem hohen Dokumentationsaufwand in der Pflege entgegenzuwirken wurde in den vergangenen Jahren auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein neues Konzept der Pflegedokumentation, das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (im Folgenden *Strukturmodell*), entwickelt. Dieses soll eine effizientere, übersichtlichere, personenzentrierte Pflegedokumentation, welche die Fachlichkeit der Pflegenden fördert und zu einer Entlastung und Motivation im beruflichen Alltag beiträgt, dabei jedoch internen und externen Anforderungen der Qualitätssicherung und -prüfung standhält und die Verständigung der beteiligten Akteure auf die Prinzipien einer fachlich und rechtlich tragfähigen Pflegedokumentation ermöglicht, etablieren (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Nach einem erfolgreichen Praxistest des Strukturmodells beauftragte der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung auf Beschluss des GKV-Spitzenverbands, des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) im September 2014 das Projektbüro zur „Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (im Folgenden *Projektbüro Ein-STEP*) mit der Einführung und Umsetzung des Strukturmodells.

Seit Januar 2015 koordinierte und steuerte das Projektbüro Ein-STEP die bundesweit angelegten Aktivitäten zur Etablierung des Strukturmodells und unterstützte ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation – unter anderem durch die Bereitstellung von Schulungsmaterialien und das Angebot von Fortbildungen (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Die Ergebnisse des im Jahr 2014 veröffentlichten Praxistests bestätigten eine Reduktion des Umfangs der Pflegedokumentation mit Einführung des Strukturmodells ohne dabei fachliche Standards zu vernachlässigen oder die Kommunikation zur Situation der Pflegebedürftigen zu beeinträchtigen (Beikirch & Roes 2014). Kritische Stimmen weisen jedoch auch auf einen mangelnden Innovationsgehalt des Strukturmodells hin, welches herkömmliche Gesetze und Regeln der Dokumentationspraxis in ein neues Gewand hüllt und mit dem Heilsversprechen einer Zeitersparnis zugunsten direkter Pflegeleistungen die Gefahr birgt, Personaleinsparungen zu begründen (Bartholomeyczik 2016). Ebenso werden Informationsverluste und eine damit einhergehende Einengung des pflegefachlichen Denkens sowie die Ausdünnung von Pflegekonzepten befürchtet (Deutscher Pflegerat 2015).

Pflegedokumentation ist eine komplexe, kontinuierliche Tätigkeit, die nicht nur dem Informationsaustausch dient, sondern auch eine politische Aussage darüber trifft, was wichtig und ethisch richtig für die Berichterstattung ist; dabei werden vor allem die drei Bereiche der medizinischen, pflegerischen und informellen Einschätzung dokumentiert (Irving, Treacy, Scott et al. 2006). Die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation sind vielfältig: Neben der Patientenzentrierung soll sie zum Beispiel auch die Ausbildung der beruflich Pflegenden widerspiegeln, ihre objektive klinische Einschätzung darstellen, logisch aufgebaut sein, pflegerische Handlungsmöglichkeiten abbilden und dabei die rechtlichen Voraussetzungen erfüllen (Jefferies, Johnson & Griffiths 2010). Vor dem Hintergrund einer patientenzentrierten Versorgung spielen zudem die Partizipation des/der Pflegebedürftigen, die Beziehung zwischen dem/der Pflegebedürftigen und der Pflege(fach-)kräften sowie der Kontext, in dem die Versorgung stattfindet, eine entscheidende Rolle (Kitson, Marshall, Bassett et al. 2013). Die Erkenntnis, dass qualitativ hochwertige Informationen für eine effektive Pflegepraxis notwendig sind, veranlasst die Pflegepraxis und -wissenschaft, die Informationswissenschaften sowie die Geschäftswelt dazu, erhebliche Investitionen in die Entwicklung EDV-basierter Pflegedokumentationssysteme zu tätigen, deren Nutzen für die Pflegebedürftigen selbst bislang keineswegs als gesichert gilt (Urquhart, Currell, Grant et al. 2009). Erschwerend kommt hinzu, dass eine individuelle Versorgung oft nur unzureichend in der Dokumentation abgebildet werden kann (Karkkainen, Bondas & Eriksson 2005). Gibt die Pflegedokumentation jedoch kein genaues Bild des/der Pflegebedürftigen wider, kann womöglich eine gute, patientenzentrierte pflegerische Versorgung nicht gewährleistet werden (Broderick & Coffey 2013). Daher ist eine strukturierte Informationssammlung (als ein wesentlicher Bestandteil des Strukturmodells), bei der wichtige Aspekte deutlich herausgestellt werden können, eine essentielle Voraussetzung zur Dokumentation, Kommunikation und Evaluation der pflegerischen

Versorgung (Tornvall & Wilhelmsson 2008). Ausgehend von den beschriebenen Anforderungen wurde das Strukturmodell für die Pflegedokumentation im ambulanten und stationären Versorgungssektor entwickelt und einem Praxistest unterzogen (Beikirch & Roes 2014). Tabelle 1 zeigt die für die Grundstruktur der Pflegedokumentation des Strukturmodells aus fachlicher und juristischer Sicht propagierten Grundprinzipien (Beikirch & Roes 2014).

Tabelle 1: Grundprinzipien der Grundstruktur der Pflegedokumentation des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aus fachlicher und juristischer Sicht (nach Beikirch & Roes 2014, S. 7)

Grundprinzipien aus fachlicher Sicht:
<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen
<ul style="list-style-type: none"> • Begrenzung der Verschriftlichung des Pflegeprozesses auf vier Schritte
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Informationssammlung (SIS®) auf Grundlage von wissenschaftsbasierten Themenfeldern (in Anlehnung an die Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit)
<ul style="list-style-type: none"> • Rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung
<ul style="list-style-type: none"> • Obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege
<ul style="list-style-type: none"> • Beschränkung der Aufzeichnungen im Pflegebericht auf Abweichungen in der Routineversorgung hinsichtlich Grundpflege und Betreuung

Allgemein lassen sich drei Dimensionen zur Evaluation von Pflegedokumentation beschreiben: Formate, Prozesse und Inhalte (Wang, Hailey & Yu 2011). Diese Dimensionen wurden in der hier beschriebenen EvaSIS-Studie sowohl mit quantitativen als auch mit qualitativen Methoden untersucht und erlauben eine umfassende, mehrdimensionale Einschätzung. Dabei wurden gemäß internationalen Empfehlungen nicht nur Daten von Pflegenden, sondern auch von Pflegebedürftigen und Angehörigen erhoben (Saranto & Kinnunen 2009). Das Studiendesign ist eine formative Prozessevaluation. Untersucht wurden die mit Einführung der neuen Pflegedokumentation verbundenen Aktivitäten, Praktiken und Prozesse sowie die Rahmenbedingungen und bereits erfassbaren Auswirkungen. Bei den Datenerhebungen kam ein Methodenmix, bestehend aus standardisierten Befragungen (unter der Zuständigkeit des IPP), Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews (unter der Zuständigkeit der MLU und des Fraunhofer ISI) sowie Dokumentenanalysen (unter der Zuständigkeit der MLU) zum Einsatz. Die im Verlauf der Studie entwickelten Dokumente, wie Fragebögen oder Interviewleitfäden, sind mit Verweis dem Anhang zu entnehmen.

2 Fragestellungen und Zielsetzung der Studie

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Evaluation bestand darin, das Erreichen der mit der Einführung des Strukturmodells verbundenen Ziele im Kontext ambulanter wie stationärer Pflege zu überprüfen. Hierzu wurde die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells im Vergleich mit den bisherigen Dokumentationsverfahren und zu mehreren Zeitpunkten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen untersucht. Die Ziele der wissenschaftlichen Evaluation orientieren sich an den für die Einführung des Strukturmodells formulierten Intentionen: Mit der Einführung soll die Effizienz der Pflegedokumentation gesteigert, eine gemeinsame Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung geschaffen, die Bedeutung von fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung der Pflegenden stärker herausgestellt sowie der zeitliche Aufwand für die Pflegedokumentation möglichst reduziert werden (siehe dazu auch (Beikirch & Roes 2014)).

Die wissenschaftliche Evaluation trifft systematische Aussagen darüber, inwiefern mit der Einführung des Strukturmodells folgende Anforderungen erfüllt werden:

- I. Bewertung der Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung der neuen Pflegedokumentation in Beziehung zu Strukturmerkmalen dieser Einrichtungen.
- II. Bewertung der Praktikabilität der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) in Bezug auf die pflegerische Praxis.
- III. Bewertung der Effekte auf Qualitätssicherung und -prüfung, um Auswirkungen auf eine interne Qualitätssicherung ebenso wie auf eine externe Qualitätsprüfung und Fragen zur Sicherstellung der Versorgung dokumentieren zu können.
- IV. Bewertung der neuen Pflegedokumentation und des Implementierungsprozesses aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen und der dort tätigen Pflegekräfte, übergeordneter Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- V. Bewertung übergreifender Fragestellungen zur Überleitung aus den bisher benutzten Pflegedokumentationssystemen in das neue Strukturmodell.

Demgemäß beantwortet dieser Abschlussbericht folgende übergreifende Fragen:

1. Stellt die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der integrierten SIS® eine geeignete Basis für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, übergeordnete Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie Pflegebedürftige und Angehörige in Bezug auf die angestrebte Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation dar?
2. Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® aus Sicht beruflich Pflegenden praktikabel und lässt sie eine sach- und fachgerechte Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen zu, die auch als Grundlage für eine individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung geeignet ist?

3. Beachtet die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?
4. Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® ein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung?
5. Welche Stärken und Schwächen weist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS im Vergleich zu bislang benutzten Pflegedokumentationssystemen auf?
6. Welche Problematiken ergeben sich in der direkten Umsetzung der neuen Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® in den Einrichtungen?
7. Gibt es Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung 1–6 hinsichtlich ambulanter und stationärer Einrichtungen und ihrer Beurteilungen?

Für die Beantwortung dieser Fragestellungen wurden im Rahmen der Studie qualitative und quantitative Daten der mit dem Strukturmodell arbeitenden Pflegeeinrichtungen, der dort tätigen verantwortlichen Pflegefachkräfte (Pflegedienstleitungen) und Pflege(fach-)kräfte, von diesen versorgten Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDK und der Heimaufsicht erhoben und ausgewertet.

3 Studiendesign und Zeitplan

Das Studiendesign ist eine formative Prozessevaluation. Diese erlaubt eine Untersuchung der praktischen Durchführung der Einführung des Strukturmodells, damit verbundener Aktivitäten, Praktiken und Prozesse sowie der Rahmenbedingungen und bereits erfassbarer Auswirkungen. Aufgrund der Vielfältigkeit der involvierten Akteure, ihrer unterschiedlichen Perspektiven und der verschiedenen Formate, in denen sich die Pflegedokumentation manifestiert, war ein methodisch breiter empirischer Ansatz zur vollständigen Erfassung der relevanten Aspekte notwendig. Bei den Datenerhebungen kam daher ein Methodenmix aus standardisierten Befragungen aller Akteure (mit Ausnahme der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen), Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews mit (verantwortlichen) Pflege(fach-)kräften und Prüfinstanzen, Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie Dokumentenanalysen von Pflegedokumentationen zum Einsatz.

Seitens der Pflegeeinrichtungen kamen vorrangig ambulante und vollstationäre Einrichtungen für die Teilnahme in Frage, die beim Projektbüro Ein-STEP registriert waren und im Studienverlauf mit der Anwendung des Strukturmodells in der Einrichtung begannen oder dieses bereits seit einiger Zeit anwendeten. Zielgruppe in den Einrichtungen waren die verantwortlichen Pflegefachkräfte (Pflegedienstleitungen, PDL) und Pflege(fach-)kräfte (PFK) sowie die von diesen versorgten Pflegebedürftigen und deren Angehörige. Mitarbeitende des MDK und der Heimaufsicht (HA) konnten dann an der Studie teilnehmen, wenn sie im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits Erfahrungen im Prüfalltag mit Einrichtungen gesammelt hatten, die das Strukturmodell anwendeten. Die Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte nahmen zu zwei Zeitpunkten (t_1 und t_2) an einer Online-Befragung und einer postalischen Befragung teil. Ergänzend vertieften

Fokusgruppendiskussionen und Telefoninterviews ausgewählte Aspekte oder Problemfelder. Die Sichtweisen und Erfahrungen der Mitarbeitenden der Prüfinstanzen wurden ebenfalls mittels standardisierter Online-Befragung und Fokusgruppendiskussionen erhoben. Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen lieferten Erkenntnisse dazu, inwieweit deren Bedürfnisse sowohl in der Dokumentation als auch in der täglichen pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde eine Dokumentenanalyse in ausgewählten Pflegediensten und Pflegeheimen durchgeführt, um die Inhalte der neuen Pflegedokumentation auf Grundlage des Strukturmodells mit der vor Einführung des Strukturmodells in den Einrichtungen üblichen Dokumentationen zu vergleichen. Tabelle 2 zeigt die in die Studie eingebundenen Akteure (untersuchte Zielgruppen) sowie die eingesetzten empirischen Methoden.

Tabelle 2: Untersuchte Zielgruppen und eingesetzte empirische Methoden

Akteursgruppe	Methodischer Zugang
Verantwortliche Pflegefachkräfte	Standardisierte Befragung, Fokusgruppen/Telefoninterviews
Pflegefachkräfte	Standardisierte Befragung, Fokusgruppen/Telefoninterviews, Dokumentenanalyse
Pflegebedürftige und ihre Angehörigen	Einzelinterviews
Mitarbeitende des MDK	Standardisierte Befragung, Fokusgruppen/Telefoninterviews
Mitarbeitende der Heimaufsicht	Standardisierte Befragung, Fokusgruppen/Telefoninterviews

Durch die Triangulierung dieser verschiedenen Methoden konnte ein differenziertes Bild der Einführung und dadurch eine hohe Validität der Forschungsergebnisse erzielt werden. Zudem wurden Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Projektlaufzeit erhoben, wodurch Erkenntnisse über Veränderungen im Anwendungsprozess gewonnen werden konnten. Die zu meist parallel verlaufenden Arbeitsschritte im Projektverlauf für die empirischen Arbeitspakete zeigt Abbildung 1.

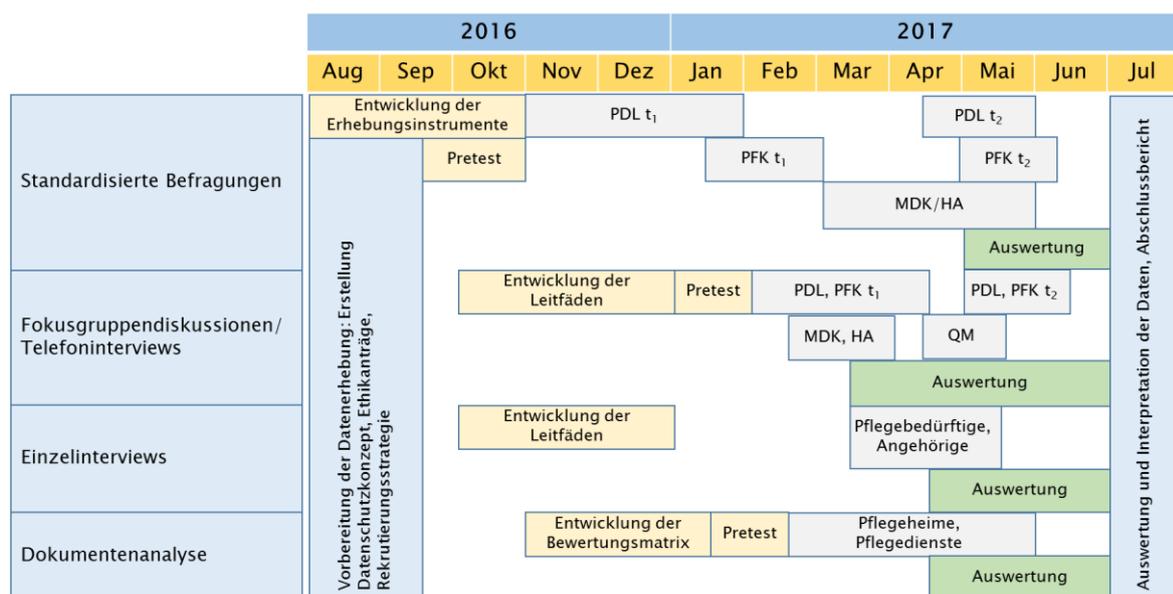


Abbildung 1: Arbeitsschritte im Projektverlauf

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Projektkoordination, Zusammenarbeit mit dem Projektbüro Ein-STEP und Öffentlichkeitsarbeit

Projektkoordination

Die Koordination und Abstimmung der Studienzentren erfolgte durch in zwei- bis dreiwöchigem Rhythmus stattfindende Telefonkonferenzen. Zudem fanden insgesamt vier halb- bis ganztägige Arbeitssitzungen des Studienteams statt (21. September 2016, Bremen; 05. Dezember 2016, Berlin; 11. Mai 2017, Bremen; 3. Juli 2017, Hannover). Der Austausch mit dem Auftraggeber wurde von der Universität Bremen koordiniert.

Zusammenarbeit mit dem Projektbüro Ein-STEP

Das Projektbüro Ein-STEP unterstützte die Rekrutierungsphase der verantwortlichen Pflegefachkräfte zum Erhebungszeitpunkt t_1 . Hierzu erfolgte am 27. Juli 2016 ein Treffen mit dem Projektbüro Ein-STEP, vertreten durch Elisabeth Beikirch und Dr. Hans-Dieter Nolting, in den Räumlichkeiten des Projektbüros in Berlin. Im Gespräch wurde das methodische Vorgehen in der Studie erläutert sowie ebenfalls Feldzugang und Rekrutierung der Pflegedienste und Pflegeheime thematisiert. Zur Wahrung des Datenschutzes der bei Ein-STEP registrierenden Einrichtungen erfolgte der Feldzugang über einen Erstkontakt via E-Mail an alle registrierten Pflegeeinrichtungen, nach Bereitstellen aller notwendigen Unterlagen durch das Studienteam, direkt durch das Projektbüro Ein-STEP (siehe dazu auch in Abschnitt 4.3 die Ausführungen zum Rekrutierungsverfahren für die Online-Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t_1). Auf Anregung der Regionalkoordinatorinnen des Ein-STEP Teams nahmen zwei Mitglieder des Studienteams der MLU Ende November 2016 an einer zweitägigen Schulung zur Vertiefung der Kenntnisse zum Strukturmodell teil.

Unterstützungsschreiben und Öffentlichkeitsarbeit

Der Aufruf zur Studienteilnahme und die Informationsmaterialien wurden durch ein Begleitschreiben des damaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege, Staatssekretär Laumann, und einem gemeinsamen Anschreiben des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ergänzt (siehe Anhang 02). Sowohl der bpa als auch die BAGFW informierten ihre Mitglieder über interne Newsletter/Mailinglisten über die Studie und warben für die Teilnahme daran. Um die Bekanntheit der Studie in der (Fach-)Öffentlichkeit zu erhöhen und potentiell an einer Teilnahme interessierte Einrichtungen schon vor Beginn der Feldphase über die Studie zu informieren, veröffentlichten

alle drei Studienzentren sowohl Pressemitteilungen über die Veröffentlichungsorgane der jeweiligen Forschungseinrichtungen und über den Informationsdienst Wissenschaft (IDW) als auch ergänzend Kurzberichterstattungen in den Zeitschriften CAREKonkret und Altenpflege. Zusätzlich wurden der interessierten Öffentlichkeit Informationen zum Projekt im Internet¹ zur Verfügung gestellt.

4.2 Entwicklung der Erhebungsinstrumente und Pretest

Die in der Studie eingesetzten Erhebungsinstrumente umfassen die Fragebögen der standardisierten Befragungen, die Leitfäden für die Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews sowie die Bewertungsmatrix für die Dokumentenanalyse, die in Zusammenarbeit aller Standorte des Studienteams und in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber entwickelt wurden:

- Erhebungsbogen zur Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_1
- Erhebungsbogen zur Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_2
- Erhebungsbogen zur Befragung der Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_1
- Erhebungsbogen zur Befragung der Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_2
- Erhebungsbogen zur Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht
- Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflege(fach-)kräfte stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen
- Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflegedienstleitungen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen
- Interviewleitfaden Fokusgruppe MDK und Heimaufsicht
- Interviewleitfaden Telefoninterview Teilentbürokratisierung,
- Interviewleitfaden Telefoninterview Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem
- Interviewleitfaden Telefoninterview Qualitätsmanagementbeauftragte.
- Interviewleitfaden Pflegebedürftige und ihren Angehörigen
- Bewertungsraster der Dokumentenanalyse

Die Erhebungsinstrumente sowie die dazugehörigen Fragenkomplexe sind Anhang 01 zu entnehmen.

¹ www.evasis.info/

4.3 Standardisierte Befragungen

Rekrutierung und Datenerhebung – Verantwortliche Pflegefachkräfte erster Erhebungszeitpunkt (t₁)

Im Zeitraum vom 24. November 2016 bis zum 09. Januar 2017 konnten sich die verantwortlichen Pflegefachkräfte an der ersten Online-Befragung beteiligen. Der initiale Aufruf zur Teilnahme erfolgte über den E-Mail-Verteiler des Projektbüros Ein-STEP. Das Projektbüro schrieb 5.793 registrierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner an, die 8.957 Einrichtungen von insgesamt 6.114 Trägern repräsentierten. Dabei waren größtenteils einzelne Einrichtungen eines Trägers registriert (n=5.055). Für 916 Träger waren zwei bis fünf Einrichtungen, für 95 Träger sechs bis zehn Einrichtungen registriert und 48 Träger hatten mehr als elf Einrichtungen registriert. Die Diskrepanz zwischen der Anzahl Träger und der Anzahl der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner kann an Doppelmeldungen oder daran liegen, dass einige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für mehrere Träger (bzw. regionale Einheiten eines Trägers) stehen können. Weitere potenzielle Gründe für die Abweichung von der auf der Ein-STEP Website berichteten Anzahl von über 10.000 registrierten Einrichtungen sind fehlerbehaftete oder fehlende Daten in den Datensätzen oder Mehrfachanmeldungen beim Projektbüro Ein-STEP). Im Verlauf der Datenerhebung erinnerten insgesamt drei weitere, über das Projektbüro Ein-STEP an den Verteiler registrierter Einrichtungen verschickte Einladungen an die Möglichkeit der Teilnahme. Zusätzlich warben die BAGFW und der bpa in einem Aufruf an ihre Mitglieder um die Studienteilnahme. Außerdem informierten auch einige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Regionalkoordinatorinnen und Regionalkoordinatoren Regionalkoordinatoren Einrichtungen über ihre Teilnahme. Auf diese Weise wurden auch Einrichtungen erreicht, die nicht bei Ein-STEP registriert waren.

Verantwortliche Pflegefachkräfte – Zweiter Erhebungszeitpunkt (t₂)

Zur Teilnahme an der zweiten Online-Befragung im Zeitraum vom 12. April 2017 bis zum 09. Juni 2017 wurden die verantwortlichen Pflegefachkräfte derjenigen Einrichtungen eingeladen, die an der ersten Befragung teilgenommen und Kontaktdaten hinterlassen hatten sowie das Strukturmodell in ihren Einrichtungen auch anwendeten. Diese standen für 499 Pflegeheime und 447 Pflegedienste. Ergänzend wurden drei Pflegeheime und sieben Pflegedienste, welche zwar keine Angaben zur Anwendung machten, jedoch im Fragebogenverlauf anwenderspezifische Fragen beantworteten, ebenfalls zur zweiten Befragung eingeladen. Ebenso wurden diejenigen Einrichtungen mit vorliegenden Kontaktdaten, die zum ersten Erhebungszeitpunkt noch nicht mit der Anwendung begonnen hatten, diese aber im ersten Quartal 2017 umsetzen wollten, eingeladen. Dies betraf 62 Pflegeheime und 63 Pflegedienste. Auch die Tagespflegen mit ausreichenden Kontaktdaten (n=55), die sich an der ersten Befragung beteiligt hatten und bereits Erfahrungen in der Anwendung des Strukturmodells angaben, bekamen die Gelegenheit, sich ein zweites Mal zu äußern. Insgesamt wurden so verantwortliche Pflegefachkräfte

aus 1.136 Einrichtungen eingeladen. Drei elektronische Anschreiben erinnerten im Befragungsverlauf an die Teilnahme.

Pflegefachkräfte – Erster Erhebungszeitpunkt (t₁)

Die papierbasierte Befragung der Pflegefachkräfte richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Pflegedienste und Pflegeheime, die in die Befragung einwilligten und in denen das Strukturmodell zum Befragungszeitpunkt bereits zur Anwendung kommt. Ausgehend von den Angaben der Online-Befragung bis zum 09. Januar 2017 wurden in der 3. Kalenderwoche 2017 Fragebögen und Rückumschläge an 453 Einrichtungen (236 Pflegeheime und 217 Pflegedienste) mit insgesamt 10.274 Pflegefachkräften postalisch verschickt. Ergänzend wurden die in den Einrichtungen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benannten Personen per E-Mail über den Versand informiert und erneut um das Bekanntmachen der Studie in der Einrichtung gebeten. Die Pflegefachkräfte konnten sich bis zum 09. März 2017 an der Befragung beteiligen.

Pflegefachkräfte – Zweiter Erhebungszeitpunkt (t₂)

An der zweiten Befragung der Pflegefachkräfte konnten diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilnehmen, die bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt geantwortet hatten. Hierzu wurden in der 17. Kalenderwoche 2017 erneut Fragebögen und Rückumschläge an diejenigen 324 Einrichtungen (173 Pflegeheime und 151 Pflegedienste) verschickt, aus denen Rückantworten zum Zeitpunkt t₁ eingegangen waren. Zur Teilnahme eingeladen wurden so 1.759 Pflegefachkräfte. In der 21. Kalenderwoche erinnerte ein postalisch versendetes Anschreiben die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Einrichtungen an die Befragung und warb erneut um das Bekanntmachen der Studie bei den Pflegefachkräften und die Teilnahme.

Mitarbeitende des MDK und der Heimaufsichtsbehörden – Erhebungszeitpunkt März 2017 bis Mai 2017

Die Online-Befragung der Mitarbeitenden des MDK und der Heimaufsichtsbehörden im Zeitraum vom 08. März 2017 bis zum 23. Mai 2017 begann mit einer elektronischen Einladung in der 10. Kalenderwoche 2017. Teilnehmen konnten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen bereits Erfahrungen mit Einrichtungen, in denen das Strukturmodell angewendet wird, gesammelt hatten. Für die Kontakte der Heimaufsichtsbehörden wurde dazu ein Adressverteiler über online verfügbare Verzeichnisse² erstellt. An diesen sowie an die Landesverbände des MDK wurden jeweils ein Informationsschreiben sowie der Zugangslink zur Befragung mit der Bitte um Weiterleitung an die in Frage kommenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versendet (vgl. Anhang 02). Im Verlauf der Befragung erinnerten drei elektronisch verschickte Anschreiben an die Teilnahme. Ergänzend bat der MDS

² Informationsportal <http://pflegegüte.de/>

(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen) in einem Anschreiben per E-Mail in der 16. Kalenderwoche alle Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der MDK für die Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation um die Teilnahme an der Studie bzw. Weiterleitung an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen der Qualitätsprüfungen Erfahrungen mit dem Strukturmodell gesammelt haben (auch dieses ist dem Anhang 02 zu entnehmen).

Datenauswertung

Die Aufbereitung der Daten beinhaltete besonders Plausibilitätsprüfungen. Das Vorgehen der Datenaufbereitung der standardisierten Befragung ist in Anhang 03 beschrieben. Die Auswertung beinhaltete zunächst eine deskriptive Analyse der Daten unter Darstellung absoluter und relativer Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße und tabellarischer Darstellung aller erhobenen Variablen getrennt nach Erhebungszeitpunkt. Die in den Freitextfeldern getätigten Antworten wurden in einer Microsoft Excel-Datei zusammenfassend codiert und in Kategorien eingeteilt (siehe Anhang 04). In einem nächsten Schritt erfolgte ein deskriptiver Vergleich der Antwortausprägungen der verantwortlichen Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfte (alle Teilnehmenden) zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt. Um einen explorativen Hinweis auf das Antwortverhalten im fortschreitenden Anwendungsverlauf des Strukturmodells zu erhalten, erfolgte eine Analyse der Differenzen der Antwortausprägungen derjenigen Pflegefachkräfte, die sich an beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt hatten. Ordinalskalierte Variablen wurden dabei mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben, kategoriale Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson (bei geringer Zellenbesetzung exakter Test nach Fisher) auf signifikante Unterschiede ($\alpha < 0,05$) getestet. Die Zuordnung der jeweiligen Antwort-Paare erfolgte über die durch das Studienteam intern vergebene Identifikationsnummer der Einrichtung und über einen von den ausfüllenden Pflegefachkräften selbstgewählten individuellen Code. Um den Einfluss ausgewählter Strukturmerkmale auf die Bewertung des Erfolgs der Einführung des Strukturmodells abzubilden, wurden ordinale Regressionsmodelle (proportional odds model, Modell der proportionalen kumulativen Chancen (Fahrmeir, Kneib & Lang 2007) (Agresti 2010)) jeweils getrennt für die Pflegeheime und Pflegedienste gebildet. Das proportional odds model ist geeignet, allgemeine Aussagen über die Beeinflussung der Zielvariablen zu treffen und „betrachtet die Wahrscheinlichkeit, eine ranghöhere Stufe des ordinalen Ziels zu erreichen, relativ zur Wahrscheinlichkeit in der aktuellen Stufe zu verbleiben oder in eine niedrigere Stufe zu gelangen“ (große Schlarman & Galatsch 2014). Als abhängige Variable ging die Antwortausprägung auf die Frage „Hat sich die Umstellung auf das Strukturmodell aus Ihrer Sicht für die Einrichtung gelohnt (überwiegt der Nutzen den Aufwand)?“, die mit „Ja, voll und ganz“, „Ja, zum Teil“, „Nein, eher nicht“ oder „Nein, überhaupt nicht“ beantwortet werden konnte, in die Modelle ein. Das erste Modell enthielt als unabhängige Variablen ausgewählte Items, die Angaben zu Organisations- und Strukturcharakteristika der Einrichtung enthielten (wie Bundesland, Größenklasse, Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente) oder die Art des Dokumentationssystems), das zweite Modell schloss

ausgewählte, auf Einrichtungsebene aggregierte, Antworten der Pflegefachkräfte (darunter die Bewertung der Arbeitsbelastung und Motivation) als unabhängige Variablen mit ein. Anhand einer Segmentierung der Einrichtungen mittels CHAID-Verfahren (Kass 1980) wurde ergänzend explorativ nach gruppierenden Merkmalen gesucht, die mit der Bewertung des Erfolgs der Einrichtung assoziiert sind. Alle Auswertungen der standardisierten Befragungen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics Version 23.0 durchgeführt.

4.4 Fokusgruppen und Telefoninterviews

Rekrutierung

Nach Abschluss der ersten Onlinebefragung erfolgte im Januar die Übermittlung des Datensatzes mit Kontaktdaten derjenigen stationären Einrichtungen und Pflegedienste, die zum Zeitpunkt der Erhebung seit mindestens drei Monaten die neue Pflegedokumentation einsetzen und Interesse an weiteren Erhebungen signalisierten. Die Auswahl der Stichprobe wurde von einer maximalen Kontrastierung einzelner ausgewählter Merkmale wie Größe der Einrichtung, Art des Trägers, ambulante oder stationäre Versorgung sowie verschiedene Bundesländer geleitet. Nach Überprüfung der Kontaktdaten wurden die für die Fokusgruppendifkussionen gewählten Pflegeheime und Pflegedienste im Januar schriftlich und telefonisch eingeladen. Bei Interesse an einer Studienteilnahme wurden das Informationsschreiben und die Einwilligungserklärung per Mail zugesendet. Die Rekrutierung war mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Zudem wurde die Rekrutierung auch auf weitere stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen erweitert, die nicht an der Online-Befragung teilgenommen haben. Hierzu wurden alle im Branchenverzeichnis gelisteten Pflegedienste innerhalb eines Radius von 20km um die Erhebungsort München, Berlin, Halle(Saale) und Leipzig für die Teilnahme angefragt.

An den Fokusgruppen waren ausschließlich professionelle Akteure beteiligt, die selbst mit dem Strukturmodell arbeiten, an seiner Umsetzung beteiligt sind und über Erfahrungen in der täglichen Anwendung verfügen. Daher wurden Fokusgruppen mit Pflege(fach-)kräften und Leitungen aus Pflegediensten, mit Pflege(fach-)kräften und Leitungen aus stationären Einrichtungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht durchgeführt. Alle Fokusgruppendifkussionen wurden von einer Mitarbeiterin des Studienteams moderiert und von einer weiteren Person protokolliert.

Die Fokusgruppen wurden von Februar bis Mai 2017 durchgeführt. Es wurden sowohl Fokusgruppen mit Pflege(fach-)kräften aus unterschiedlichen Einrichtungen (einrichtungsübergreifend) als auch Fokusgruppen mit bestehenden Teams geführt. Des Weiteren fand jeweils eine Fokusgruppe mit Pflegedienstleitungen aus Pflegeheimen und Pflegediensten sowie mit Mitarbeitenden des MDK und der Heimaufsicht statt. Unter den Fokusgruppenteilnehmern wurden im Studienverlauf Personen für Telefoninterviews rekrutiert, um ausgewählte Aspekte und Problemfelder zu vertiefen. Dabei handelte es sich zum einen um Qualitätsmanagementbe-

auftragte (QMB), um eine Pflegereferentin vollstationärer Einrichtungen, die ein eigenes teilentbürokratisiertes Dokumentationssystem entwickeln und zum anderen um eine Pflegedienstleitung aus einem Pflegedienst, die sich nach Erprobung der Dokumentation mit dem Strukturmodell für eine Rückkehr zum alten Dokumentationssystem entschied.

Datenerhebung

Alle Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews wurden strukturiert anhand eines Leitfadens durchgeführt (vgl. Anhang 01). Diese Leitfäden wurden spezifisch für die jeweiligen Fokusgruppen und Telefoninterviews entwickelt, sodass die Fragen adäquat auf die Teilnehmenden zugeschnitten waren. Die Leitfäden dienten zum einen als Orientierungshilfe bei der Moderation, um alle relevanten Aspekte anzusprechen, und zum anderen erhöht dies die Vergleichbarkeit der Ergebnisse (Schulz, Mack & Renn 2012). Nach der Einleitung wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Hauptteil Fragen zu verschiedenen Themenbereichen gestellt. Diesem komplexen Fragenabschnitt folgt jeweils eine Abschlussfrage, welche den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews die Möglichkeit gibt, zusammenfassend ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Strukturmodell zu erläutern. Alle Fokusgruppendifkussionen wurden von einer Mitarbeiterin des Studententeams moderiert und von einer weiteren Person protokolliert. Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer digital aufgezeichnet; zudem entstanden ergänzende Beobachtungsnotizen.

Datenauswertung

Die aufgezeichneten Fokusgruppen und Telefoninterviews wurden wörtlich transkribiert. Zur Qualitätssicherung wurde die Transkription anhand festgelegter Transkribierregeln durchgeführt und durch Gegenlesen des Transkripts von einem Teammitglied, welches bei der Fokusgruppe anwesend war, überprüft. Die Datenauswertung der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews erfolgte nach einer einfachen Transkription, welche einen schnelleren Zugang zum Gesprächsinhalt zulässt und auf genaue Details zur Aussprache der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Interviews verzichtet. Das einfache Transkriptionssystem beinhaltet beispielsweise die wörtliche Transkription, dies bedeutet, dass Dialekte möglichst genau ins Hochdeutsche übersetzt werden. Sprechpausen werden durch drei Auslasspunkte in Klammern markiert. Weiterhin werden besonders betonte Wörter oder Äußerungen in Form von Großschreibung gekennzeichnet (Dresing & Pehl 2013). Die Auswertung der Textdateien erfolgte inhaltsanalytisch mittels MAXQDA 10 (Elo & Kyngas 2008; Elo, Kaariainen, Kanste et al. 2014). Die Hauptkategorien waren durch den jeweiligen Leitfaden deduktiv bereits in Grundzügen vorgegeben. Anhand der Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden die Themen beschrieben und induktiv deskriptive Kategorien offen am Material entwickelt. Diesen Kategorien wurden anschließend die passenden Textstellen aus den Interviews zugeordnet, sodass die bisherigen Erkenntnisse der einzelnen Interviews in wenigen Worten gebündelt

wurden. Daran wurden diese Einzelteile in Beziehung zueinander gesetzt und miteinander verglichen. Diese Beziehungen waren zum einen durch die Forschungsfrage vorgegeben und zum anderen wurden Zusammenhänge neu entdeckt. Diese Zusammenhänge waren im Prozess der Analyse als Hypothese aufgefallen und wurden ebenfalls am gesamten Datenmaterial belegt (Dresing & Pehl 2013).

Zur Qualitätssicherung wurde das erste Transkript von zwei Personen getrennt analysiert. Die ersten unabhängig voneinander entwickelten Kategorien wurden verglichen und Abweichungen diskutiert. Eine Person setzte die Auswertung der übrigen Transkripte mit einem konsentierten Kategoriensystem fort. Das vollständige Kategoriensystem mit passenden Ankerbeispielen kann dem Anhang 05 entnommen werden. Im Kodierprozess auftretende Fragen wurden stets erneut diskutiert und Entscheidungen dokumentiert. Die Ergebnisse wurden abschließend im Team diskutiert und interpretiert.

4.5 Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Rekrutierung

Die 229 ambulanten Pflegedienste und 203 stationären Einrichtungen, die in der schriftlichen Befragung der PDL angegeben hatten, dass sie für weitere Erhebungen zur Verfügung stünden, wurden anhand der Merkmale Einrichtungsgröße, Trägerschaft und Bundesland sortiert, um einen Überblick über die Verteilung zu bekommen. Aus dieser Gesamtmenge von 432 Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden 13 für eine Kontaktaufnahme ausgewählt. Dabei wurde neben den genannten Kriterien auch die Verteilung Stadt/Land sowie die Verwendung des Strukturmodells seit mindestens September 2016 berücksichtigt. Nach einer Recherche zur Überprüfung der in der Befragung genannten Kontaktpersonen und ggf. einer Anpassung der Kontaktdaten in den Fällen, bei denen Abweichungen (beispielsweise aufgrund eines Wechsels der PDL) festgestellt wurden, wurden die PDL der 13 Einrichtungen bzw. Pflegediensten per E-Mail angeschrieben und über die geplanten Interviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen informiert. Einige Tage später wurden acht Einrichtungen bzw. Pflegedienste telefonisch kontaktiert. Im Rahmen des Telefonats wurden das geplante Vorhaben und dessen Hintergründe noch einmal kurz erläutert und etwaige Fragen der PDL beantwortet. Sechs der kontaktierten Pflegeeinrichtungen stimmten einer Befragung ihrer Pflegebedürftigen zu. Diesen wurden die relevanten Studienunterlagen (Informationsschreiben, Einwilligungserklärung) zugeschickt. Die Auswahl geeigneter Personen erfolgte durch die Einrichtungen. Um trotz der kleinen Anzahl an Interviews eine vielfältige Stichprobe zu erreichen (maximal variation sampling nach (Flick 2014), wurden die PDL gebeten, auf einen gewissen Mix an Altersgruppen, Geschlechtern, Pflegegraden und die Teilnahme von Angehörigen am Interview zu achten. Sie wurden außerdem gebeten, Personen auszuwählen, deren Erstgespräch nicht länger als sechs Monate zurückliegt. Einer Einrichtung gelang es letztendlich nicht, die Einwilligung der ausgewählten Pflegebedürftigen einzuholen, so dass schließlich

fünf Einrichtungen an den Interviews teilnahmen (zwei Pflegeheime, drei Pflegedienste). Die Information und Konsentierung der Pflegebedürftigen (bzw. die ihrer Angehörigen im Fall einer fortgeschrittenen Demenz) und die Terminvereinbarung wurde sowohl in ambulanten als auch vollstationären Einrichtungen von den PDL oder Pflegekräften übernommen.

Datenerhebung

Die Interviews wurden von einer erfahrenen qualitativen Interviewerin in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen bzw. in der vollstationären Einrichtung (je nach Wunsch entweder in einem Gemeinschaftsraum unter Ausschluss anderer Personen oder im Einzelzimmer der Pflegebedürftigen) durchgeführt. Es war sichergestellt, dass die Gespräche in einem geschützten Raum stattfanden, in dem die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen sich frei und ungestört äußern konnten. In zwei Fällen (ambulant und vollstationär) waren dennoch während eines Teils des Gesprächs eine weitere Person anwesend (in einem Fall die Fußpflegerin und eine Pflege(fach-)kraft, im anderen Fall die stellvertretende PDL).

Vor Beginn des Interviews wurde das EvaSIS-Projekt und der Grund für die Gespräche mit den Pflegebedürftigen noch einmal kurz erläutert und die unterschriebene Einwilligungserklärung eingeholt. Außerdem wurde nach der Erlaubnis gefragt, das Gespräch aufzeichnen zu dürfen. Die Interviews wurden mithilfe eines semi-strukturierten Interviewleitfadens durchgeführt (vgl. Anhang 01) und die Fragestellung bzw. der Verlauf bei Bedarf an die pflegebedürftige Person bzw. die/den Angehörigen angepasst. Dabei wurden sowohl offene, narrative Anteile und gezielte Nachfragen im Sinne des problemzentrierten Interviews miteinander kombiniert (Witzel, 2000).

Datenauswertung

Die Interviews wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Transkription und Auswertung erfolgte entsprechend dem bereits beschriebenen Vorgehen für die Fokusgruppen anhand einfacher Transkription und anschließender inhaltsanalytischer Auswertung.

4.6 Dokumentenanalyse

Rekrutierung

Für die Dokumentenanalyse wurden Pflegeheime und Pflegedienste schriftlich und telefonisch rekrutiert. Alle Einrichtungen sollten zum Zeitpunkt der Erhebung seit mindestens drei Monaten die neue Pflegedokumentation einsetzen. Zusätzlich wurde eine Stichprobe stationärer und ambulanter Einrichtungen, die noch nicht die neue Pflegedokumentation einsetzen, untersucht. Um die neue Pflegedokumentation auf Grundlage der SIS® mit der alten, konventionellen Dokumentation hinsichtlich der Nutzung und Qualität zu vergleichen zu können, wurden

sowohl Pflegedokumentationen, die nach dem Strukturmodell erstellt wurden, als auch Pflegedokumentationen, bei denen andere Dokumentationssysteme zum Einsatz kamen, in die Auswahl eingeschlossen. Es wurden sowohl papierbasierte als auch digitale Pflegedokumentationen analysiert. Um möglichst viele Merkmale der Einrichtungen abzudecken, wurde eine Auswahl an unterschiedlichen Einrichtungen deutschlandweit in die Erhebung einbezogen. Zu diesem Zweck wurden die Einrichtungen anhand folgender Strukturmerkmale gewählt: ambulante/ stationäre Versorgung, Größe der Einrichtung, Art der Trägerschaft und verwendetes Dokumentationssystem.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in den entsprechenden Einrichtungen vor Ort. Um die Art und Weise der Nutzung des Strukturmodells zu untersuchen, wurden die vorliegenden Dokumente sowohl auf Vollständigkeit als auch auf ihre inhaltliche Eignung geprüft. In den jeweiligen Pflegeeinrichtungen wurden je fünf bis maximal 20 Pflegedokumentationen in die Analyse einbezogen. Die Datenerhebung wurde von speziell geschulten Pflegefachkräften durchgeführt. Die Auswertung der Dokumente erfolgte mit der Methode der empirischen Inhaltsanalyse. Zur Durchführung der empirischen Inhaltsanalyse wurden zwei Bewertungsraster erstellt: Eine Langversion mit 33 Items und eine daraus hervorgegangene Kurzversion mit 18 Items. Diese greifen eine Auswahl der vom Auftraggeber vorgegebenen Fragen auf und operationalisieren sie. Für eine leichtere Praktikabilität und Auswertung wurden die Bewertungsraster – in Orientierung an den Pflegeprozess – in einer logischen Reihenfolge gegliedert. Sie enthalten Fragestellungen zur Grundstruktur der Pflegedokumentation, zum Maßnahmenplan, zum Pflegebericht/Berichtesblatt, zu Einzelleistungsnachweisen und zu der Strukturierten Informationssammlung. Der erste Teil trifft sowohl für die konventionelle als auch die neue Pflegedokumentation zu; danach folgen die Fragestellungen, die sich ausschließlich auf das Strukturmodell beziehen. In jeder Einrichtung wurde jeweils sowohl die Lang- und Kurzversion eingesetzt.

Datenauswertung

Die Daten der Lang- und Kurzversionen der Bewertungsraster für die Dokumentenanalyse wurden in IBM SPSS Statistics 24 kodiert, wobei ca. 10 % des Datensatzes durch eine weitere Person zur Qualitätssicherung mit dem Original-Erfassungsbogen abgeglichen wurde. Anschließend wurde der Datensatz bereinigt sowie ergänzende Variablen wie beispielsweise Mehrfachantworten-Sets erzeugt. Zur Auswertung wurde zunächst eine deskriptive Grundauszählung aller Variablen vorgenommen: Neben absoluten und relativen Häufigkeiten bei nominalen Variablen bzw. Mittelwerten und Standardabweichungen bei metrischen Variablen wurden alle Freitextantworten in die Auswertungen einbezogen. Weiterhin wurden die meisten Variablen nach Einrichtungsform (Pflegeheim oder Pflegedienst) sowie nach Verwendung des Strukturmodells stratifiziert. Beide Versionen des Bewertungsrasters enthält Anhang 01.

4.7 Ethik und Datenschutz

Für die Studie wurde ein Datenschutzkonzept erstellt, welches nach Prüfung durch die Datenschutzbeauftragte der Universität Bremen zum 24. Oktober 2016 genehmigt wurde. Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) begutachtete das Vorgehen im Rahmen der standardisierten Befragungen und sprach der Studie am 07. November 2016 vor Beginn der Feldphase ein positives Votum aus. Die Ethikkommission der MLU begutachtete das Vorgehen im Rahmen der Fokusgruppen- und Einzelinterviews sowie der Dokumentenanalyse und sprach der Studie am 12. Januar 2017 ein positives Votum aus.

5 Die Stichproben und befragten Akteure der Studie

Die in Kapitel 6 vorgestellten Ergebnisse der EvaSIS-Studie generieren sich aus insgesamt neun Stichproben unterschiedlicher Akteure:

1. anwendende Pflegeeinrichtungen und Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t_1 ,
2. anwendende Pflegeeinrichtungen und Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t_2 ,
3. Teilstichprobe: gematchte anwendende Pflegeeinrichtungen und Pflegefachkräfte mit Teilnahme an t_1 und t_2 ,
4. Pflegeeinrichtungen nicht in Anwendung,
5. Mitarbeitende externer Prüfinstanzen mit praktischer Prüferfahrung in anwendenden Pflegeeinrichtungen,
6. durch anwendende Einrichtungen versorgte Pflegebedürftige und deren Angehörige,
7. Teilnehmende der Fokusgruppen und Telefoninterviews anwendender Pflegeeinrichtungen,
8. Teilnehmende der Fokusgruppen externe Prüfinstanzen und
9. teilnehmende Pflegeeinrichtungen der Dokumentenanalyse.

Im Folgenden sind Zahlen zu Beteiligung und auswertbaren Antworten und/oder Datensätzen der einzelnen Stichproben zusammengefasst, die jeweils die Auswertungsgrundlage der Studie bilden. Angaben zu Stichprobencharakteristika der teilnehmenden Einrichtungen der Online-Befragung wie beispielsweise die regionale Verteilung sind den Abschnitten zu den Ergebnissen in Kapitel 6 dieses Berichts zu entnehmen.

Rücklauf und Beteiligung an den Online-Befragungen für verantwortliche Pflegefachkräfte

Von den bis zum Abschluss der ersten Datenerhebung eingegangenen Antworten waren 47 Datensätze komplett leer oder nur in den Feldern zur Abfrage der Einwilligung in die weiteren Studienteile oder ausschließlich in ein bis zwei Variablen an beliebiger Stelle des Fragebogens ausgefüllt. In 15 Fällen hatten Einrichtungen eine doppelte Eingabe, meist nach Versenden

einer Erinnerungs-E-Mail, erzeugt. Nach Ausschluss dieser Datensätze lagen unter Berücksichtigung von Datensätzen, die noch nach dem 09. Januar eingingen, 1.218 auswertbare Datensätze für den Zeitpunkt t_1 vor (dies entspricht 13,6 % der in Abschnitt 4.3 als potentiell zu rekrutierenden 8.957 beim Projektbüro Ein-STEP registrierten Einrichtungen). 510 Pflegeheime und 452 Pflegedienste wendeten das Strukturmodell bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt an. Diese 962 Einrichtungen bilden die Ausgangsstichprobe der anwendenden Pflegeeinrichtungen für den Zeitpunkt t_1 . Weiter hatten sich auch 198 nichtanwendende Einrichtungen an der Befragung beteiligt. Sowohl in der Gruppe der anwendenden als auch in der Gruppe der nichtanwendenden Einrichtungen fanden sich auch teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die jedoch für die weiteren Analysen unberücksichtigt bleiben. Für den zweiten Erhebungszeitpunkt lagen auswertbare Angaben aus 534 Pflegeeinrichtungen vor. Damit hatten sich 47 % der eingeladenen 1.136 Einrichtungen beteiligt. Die Antworten von 286 Pflegeheimen und 214 Pflegediensten, denen aufgrund der zu t_1 getätigten Angaben ein Anwendungsstatus zugeschrieben werden kann, bilden die Stichprobe der anwendenden Einrichtungen für den Zeitpunkt t_2 . Die Antworten der 184 nichtanwendenden Pflegeheime und Pflegedienste fließen ebenfalls in die Ergebnisdarstellung ein.

Rücklauf und Beteiligung an den postalischen Befragungen für Pflegefachkräfte

Von den an 453 Einrichtungen (236 Pflegeheime und 217 Pflegedienste) mit insgesamt 10.274 potentiell zu rekrutierenden Pflegefachkräften (vgl. Abschnitt 4.3) verschickten Fragebögen gingen für den ersten Erhebungszeitpunkt 1.759 Rückantworten aus 324 Einrichtungen ein (dies entspricht einem Rücklauf von 17,1 %), von denen 1.485 Personen dem Status einer anwendenden Pflegefachkraft zugeordnet werden konnten. Die Antworten dieser 1.485 Personen (904 davon waren in Pflegeheimen und 581 in Pflegediensten tätig) bilden die Stichprobe der anwendenden Pflegefachkräfte für den Zeitpunkt t_1 . Zum Zeitpunkt t_2 lieferten 618 Personen (390 davon waren in Pflegeheimen und 219 in Pflegediensten tätig), die sich erneut an der Befragung beteiligten, auswertbare Antworten, jedoch wurden 9 Personen aus der Analyse ausgeschlossen, da sie angaben, das Strukturmodell nicht in der Praxis anzuwenden. Die Antworten von 609 anwendenden Pflegefachkräften bilden so die Stichprobe für den Zeitpunkt t_2 .

Die anwendenden Pflegefachkräfte waren zum ersten Erhebungszeitpunkt im Mittel seit 9 Jahren (Pflegeheime; Median 7 Jahre, Spannweite von unter einem Jahr bis zu 37 Jahren) beziehungsweise 8 Jahren (Pflegedienste; Median 6 Jahre, Spannweite von unter einem Jahr bis zu 39 Jahren) in der Einrichtung beschäftigt. Seit ihrem ersten pflegerischen Berufsabschluss waren durchschnittlich 15,7 Jahre (Pflegeheime; Median 14 Jahre, Spannweite von unter einem Jahr bis 56 Jahre) beziehungsweise 19,9 Jahre (Pflegedienste; Median 19 Jahre, Spannweite von einem Jahr bis 47 Jahre) vergangen. Der Anteil von Berufsanfängern (weniger als ein Jahr im Beruf) lag in den Pflegeheimen geringfügig höher als in den Pflegediensten. Der Anteil von weniger als seit einem Jahr in der Einrichtung tätigen Personen lag in den ambulanten Einrichtungen um 5 % höher als in den vollstationären Einrichtungen. In den Pflegeheimen waren

mehrheitlich Altenpflegerinnen und Altenpfleger, in den Pflegediensten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger beschäftigt. Der Anteil von Pflegefachkräften, die ihre Position in der Einrichtung ausschließlich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter im Pflgeteam auswiesen, lag bei knapp einem Drittel der Teilnehmenden in den Pflegediensten und bei knapp 13 % in den Pflegeheimen. Die übrigen Pflegefachkräfte nahmen überwiegend Leitungsaufgaben als Pflegedienst-, Team- oder Wohnbereichsleitung wahr oder waren als Qualitätsmanagementbeauftragte tätig. Durch die Kombination der intern vergebenen Identifikationsnummer der Einrichtung und dem von den Teilnehmenden selbst generierten persönlichen Code ließen sich 267 Personen (von denen 168 in Pflegeheimen und 99 in Pflegediensten tätig waren) aus 142 Einrichtungen identifizieren, die sich an beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt hatten. Die Antworten dieser 267 Personen bilden die Teilstichprobe der gematchten Antworten, für die Veränderungen im Zeitverlauf betrachtet werden können (Längsschnitt).

Tabelle 33 bis Tabelle 37 im Anhang 06 zeigen die einzelnen absoluten und relativen Häufigkeiten ausgewählter, vorangehend berichteter Merkmale.

Rücklauf und Beteiligung an der Online-Befragung der Prüfinstanzen

Zum Abschluss der Online-Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsichts-/Wohn- und Betreuungsaufsichtsbehörden (im Folgenden Heimaufsichtsbehörden) lagen nach Bereinigung und Aufbereitung des Datensatzes (vgl. Abschnitt 4.3) auswertbare Antworten von 324 Personen vor. Von diesen 324 Personen gaben 90,4 % (292 Personen; 188 Mitarbeitende des MDK und 104 Mitarbeitende der Heimaufsichtsbehörden) an, über praktische Erfahrungen mit Einrichtungen zu verfügen, die das Strukturmodell anwendeten. Die Antworten dieser 324 Personen bilden die Stichprobe der Mitarbeitenden externer Prüfinstanzen mit praktischer Prüferfahrung in anwendenden Pflegeeinrichtungen.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen und Telefoninterviews

Eine ausführliche Darstellung der Teilnehmenden an den Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews sind in Tabelle 38 bis Tabelle 41 im Anhang 07 abgebildet.

Fokusgruppendifkussion mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus **Pflegediensten** wurden von März 2017 bis Mai 2017 in Berlin, Sachsen und zweimal in Sachsen-Anhalt durchgeführt. Bei den Teilnehmenden handelt es sich um öffentliche, private und freigemeinnützige Pflegedienste, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr als 50 pflegebedürftige Personen versorgten. Eine der insgesamt vier Fokusgruppendifkussionen wurde mit vier Pflegedienstleitungen aus verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Drei weitere Fokusgruppen fanden an drei verschiedenen Orten mit insgesamt 16 Pflege(fach-)kräften statt. Die insgesamt 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten und im unterschiedlichen Umfang im Zeitraum 2015–2017 zum Strukturmodell geschult. Einige Teilnehmerinnen und

Teilnehmer hatten keine Schulung erhalten. Die erste Umstellung auf das Dokumentationssystem nach dem Strukturmodell erfolgte im Jahr 2014 und die letzte im Jahr 2017.

Die Fokusgruppen mit Pflegedienstleitungen (n=8) und Pflege(fach-)kräften (n=13) aus **Pflegeheimen** fanden im Februar 2017 in den Bundesländern Berlin und Nordrhein-Westfalen statt. Hierbei handelt es sich um private und freigemeinnützige Pflegeheime, die zum Zeitpunkt der Erhebung mehr als 50 pflegebedürftige Personen versorgten. Auch in den Pflegeheimen erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedliche Schulungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Zeitraum 2014 bis 2017. Die untersuchten Einrichtungen stellten zwischen Jahr 2015 und 2016 ihr bisheriges Dokumentationssystem auf das Strukturmodell um.

Weiterhin wurden im Zeitraum April und Mai 2017 insgesamt vier **Telefoninterviews** mit einer Pflegedienstleitung, einer Pflegereferentin und insgesamt drei Qualitätsmanagementbeauftragten geführt. An einem Telefoninterview nahmen zwei Qualitätsmanagementbeauftragten teil. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind beruflich in Pflegeeinrichtungen mit über 50 pflegebedürftigen Personen in den Bundesländern Berlin, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen und Bayern tätig. Zum Teil sind die Teilnehmenden in ihrer Position für mehrere stationäre Einrichtungen verantwortlich. Bis auf eine Befragte, die an keiner Schulung teilnahm, fanden die Schulungen der weiteren Personen im Jahr 2015 und 2016 statt. In diesen beiden Jahren erfolgte auch die Umstellung des Pflegedokumentationssystems in den jeweiligen Einrichtungen. In einem Fall wurde das Strukturmodell nur von März 2016 bis September 2016 genutzt.

Zudem erfolgtenokusgruppendifkussionen mit den **Prüfinstanzen** (MDK und Heimaufsicht). Es wurde jeweils eine Fokusgruppe mit vier Vertreterinnen und Vertretern des MDK im März 2017 und der Heimaufsicht im Februar 2017 durchgeführt. Die Befragten repräsentieren die Bundesländer Bayern, Sachsen, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Die ersten Schulungen zum Strukturmodell erfolgten im Jahr 2015. Ebenfalls wurden die ersten Qualitätsprüfungen nach dem Strukturmodell unter den Befragten im Jahr 2015 durchgeführt. Am häufigsten erhielten die Prüfinstanzen zweitägige Multiplikatorenschulungen.

Die teilnehmenden Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

Insgesamt wurden 15 Interviews mit Pflegebedürftigen, teilweise gemeinsam mit ihren Angehörigen, im Zeitraum vom 20. März 2017 bis zum 19. Mai 2017 durchgeführt. Zwei Interviews waren nicht verwertbar, so dass 13 Gespräche in die Auswertung einfließen konnten. Davon waren sieben im ambulanten Bereich, sechs im stationären. Es nahmen zwei Pflegedienste und drei stationäre Einrichtungen an der Erhebung teil, je Pflegeeinrichtung wurden zwei bis vier Interviews geführt. Bei allen Gesprächen waren die Pflegebedürftigen selbst anwesend. An sechs Interviews nahmen außerdem Angehörige teil. Drei dieser Gespräche erfolgten gemeinschaftlich, in drei Fällen fand das Gespräch aufgrund fortgeschrittener Demenz ausschließlich mit der bzw. dem Angehörigen statt. Bei den Angehörigen handelte es sich in drei Fällen um eigene Kinder, bei den anderen drei um die Ehefrau bzw. den Ehemann. In zwei Fällen lag das

Erstgespräch bereits ca. ein Jahr zurück (stationär). Tabelle 42 im Anhang 08 fasst soziodemografische Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Einzelinterviews zusammen.

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der Dokumentenanalyse

Drei Pflegeheime und sechs Pflegedienste aus den Bundesländern Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Berlin und Nordrhein-Westfalen nahmen zwischen März und Mai 2017 an der Dokumentenanalyse teil (Tabelle 3). Insgesamt wurden 104 Pflegedokumentationen analysiert. Davon 51,9 % in ambulanten Pflegediensten und 48,1 % in stationären Einrichtungen. 51,9 % der Pflegedokumentation erfolgte nach dem Strukturmodell und 48,1 % nach einem anderen Dokumentationssystem. Das Bewertungsraster wurde in der Langversion bei 22 Pflegedokumentationen (21,2 %) und in der Kurzversion bei 82 Pflegedokumentationen (78,8 %) angewendet. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wurden in sieben der neun Pflegeeinrichtungen mehr als 50 pflegebedürftige Personen versorgt. Bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde die SIS® zwischen 124 und 540 Tagen angewendet (Mittelwert 280 Tage; Median 258 Tage; n=11). Bei den untersuchten Pflegedokumentationen (n=104) wurde eine Kombination aus papier- und EDV-basierter Dokumentation am häufigsten (67,3 %) genutzt, rein EDV- beziehungsweise papierbasierte Dokumentationen waren mit 19, % bzw. 13,5 % deutlich seltener (Abbildung 2).

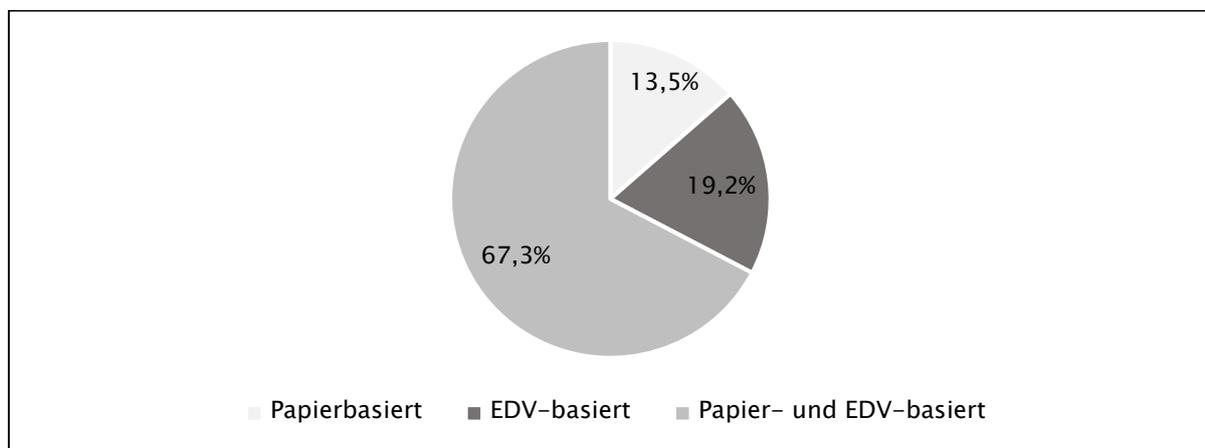


Abbildung 2: Art des Dokumentationssystems, (n=104), Einrichtungen Dokumentenanalyse

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung Dokumentenanalyse

Bundesland	Art (a = 51,9 %; s = 48,1 %)	Art des Trägers	Größe der Einrichtung	Art der Dokumente (alt = 48,1 %; neu = 51,9 %)	Dokumentationssystem der Einrichtungen	Anzahl Dokumente LANG (n=22; 21,2%)	Anzahl Dokumente KURZ (n=82; 78,8%)	Anzahl Dokumente GESAMT (n=104)	Datum der Erhebung
Hamburg	ambulant	Privat	> 51 Personen	neu	Pflegedoku 2000, Pflege 3000, eco-DMS, ConSense, eigene Systeme/Bögen	2	9	11	Mai 2017
Sachsen	ambulant	Privat	bis 50 Personen	alt	Bögen von DAN-Produkte und selbst-erstellte Bögen	1	4	5	Mai 2017
Sachsen	ambulant	Privat	> 51 Personen	alt	Pflegeplanung Schnell + Einfach	2	8	10	Mai 2017
Sachsen-Anhalt	ambulant	Privat	bis 50 Personen	neu	CareSocial, selbst erstellte Doku	1	5	6	Mai 2017
Berlin	ambulant	Privat	> 51 Personen	neu	DAN 2000, Comfuture Produkte	3	9	12	März 2017
Berlin	ambulant	Freigemeinnützig	> 51 Personen	alt	DAN, selbst erstellte Doku	2	8	10	März 2017
Berlin	stationär	Freigemeinnützig	> 51 Personen	alt	DAN 2002, 2008, 2013; selbst erstellte Dokumentation	2	3	5	März 2017
	stationär			neu		1	4	5	
Sachsen-Anhalt	stationär	Privat	> 51 Personen	alt	Vivendi PD 6.61.2	2	8	10	März 2017
	stationär			neu		2	8	10	
NRW	stationär	Freigemeinnützig	> 51 Personen	alt	iMedOne	2	8	10	April 2017
	stationär			neu	DAN Touch	2	8	10	

6 Zentrale Ergebnisse

Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse der unterschiedlichen methodischen Stränge der Studie zusammen. Für die zu zwei Erhebungszeitpunkten (t_1 und t_2 verantwortliche Pflegefachkräfte und anwendende Pflegefachkräfte) erfolgten standardisierten Befragungen werden die Ergebnisse des Zeitpunkts t_1 dann um die Ergebnisse des Zeitpunkts t_2 ergänzt, wenn sich das Antwortverhalten zu t_2 signifikant von t_1 unterscheidet ($\alpha < 0,05$). Sofern nicht anders ausgewiesen, ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse des Zeitpunkts t_1 mit der fortlaufenden Anwendung des Strukturmodells als stabil erwiesen (vgl. Anhang 09). Die Antworten der verantwortlichen Pflegefachkräfte fließen für die Analyseeinheit der Pflegeeinrichtung in die Ergebnisse ein. Für die in den Abschnitten 6.1.1, 6.1.2 und 6.4.3 berichteten Zeitwerte ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nicht um objektiv gemessene Größen, sondern um subjektive Schätzwerte durch die Befragten handelt. Die hierzu berichteten Ergebnisse sollten daher keinesfalls als valide gesetzte Größen betrachtet werden.

6.1 Die Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen

Sofern nicht anders ausgewiesen, beziehen sich die Ergebnisse in diesem Abschnitt auf die Antworten der standardisierten Befragung.

6.1.1 Teilnehmende Pflegeeinrichtungen, ihr Pflegepersonal und die dort versorgten Pflegebedürftigen

962 Pflegeeinrichtungen (510 Pflegeheime und 452 Pflegedienste) gaben an, das Strukturmodell anzuwenden. Die Mehrzahl der Pflegeheime (57 %) befindet sich in freigemeinnütziger, die Mehrzahl der Pflegedienste (66,4 %) in privater **Trägerschaft**. Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen folgen an dieser Stelle der Verteilung der Trägerschaft in der Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen in Deutschland, wie sie die Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt 2017) für den Stichtag zum 31.12.2015 ausweist.

Pflegeheime und Pflegedienste aus allen **Bundesländern** finden sich in der Stichprobe wieder (siehe Abbildung 3). Die fünf Bundesländer mit den meisten vertretenen Einrichtungen sind Nordrhein-Westfalen (194 Einrichtungen), Bayern (128 Einrichtungen), Baden-Württemberg (97 Einrichtungen), Hessen (94 Einrichtungen) und Niedersachsen (82 Einrichtungen). Die Anzahlen teilnehmender Pflegeheime und Pflegedienste liegen jeweils nah beieinander, lediglich aus Niedersachsen beteiligten sich gut dreimal mehr Pflegeheime als Pflegedienste. Ergänzend zeigen Abbildung 53 und Abbildung 54 im Anhang 10 einen Vergleich der Verteilung der Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie mit der Verteilung der Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen über die Bundesländer nach den Daten der Pflegestatistik 2015 (Statistisches

Bundesamt 2017). Der Anteil der an der EvaSIS-Studie teilnehmenden Einrichtungen folgt insgesamt der Verteilung der Pflegeheime und Pflegedienste in Deutschland. Auffallend sind jedoch Einrichtungen beider Settings aus Hamburg, die gemessen an ihrem Anteil an der Grundgesamtheit, in der EvaSIS-Studie etwa viermal häufiger vertreten sind. Wie oben bereits ausgewiesen, sind Pflegedienste aus Niedersachsen proportional unter- und Pflegeheime aus Hessen gering überrepräsentiert.

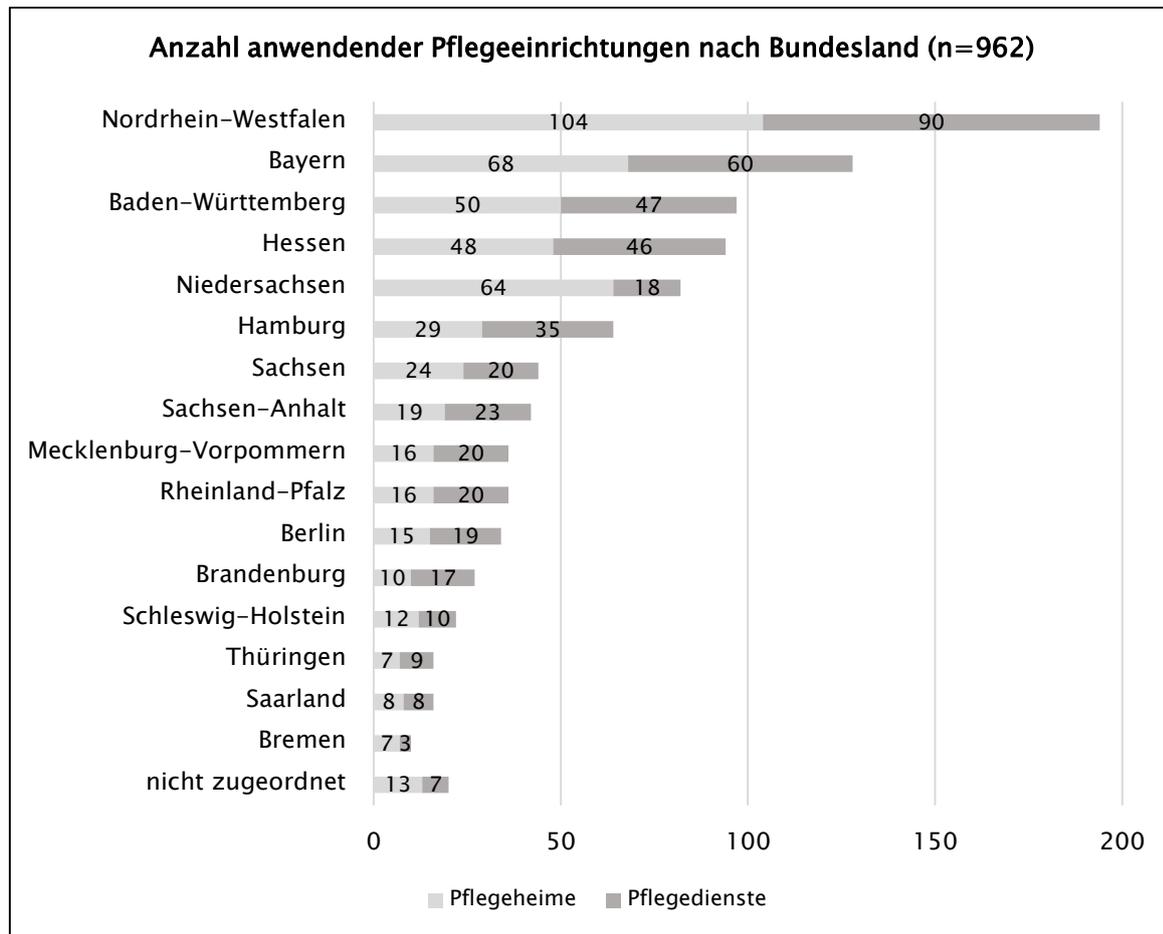


Abbildung 3: Verteilung der anwendenden Einrichtungen nach Bundesland und Versorgungsvertrag, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Die **Größe der teilnehmenden Einrichtungen** variierte von Pflegeheimen mit weniger als zehn bis hin zu Einrichtungen mit über 300 versorgten Pflegebedürftigen. Abbildung 4 zeigt die anteilige Verteilung der Kapazitätsgrößenklassen der Pflegeheime im Vergleich zu den Daten der Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt 2017). Knapp ein Drittel der 507 Einrichtungen, die hierzu Angaben tätigten, versorgte weniger als 60 Pflegebedürftige, jeweils gut oder etwa ein Fünftel bis zu 80, zu 100 oder bis zu 150 Pflegebedürftige und knapp 7 % versorgten mehr als 150 und bis zu über 301 Pflegebedürftige. Im Vergleich zu der anteiligen Verteilung der Kapazitätsgrößenklassen in ganz Deutschland waren in der EvaSIS-Studie proportional eher größere Einrichtungen vertreten.

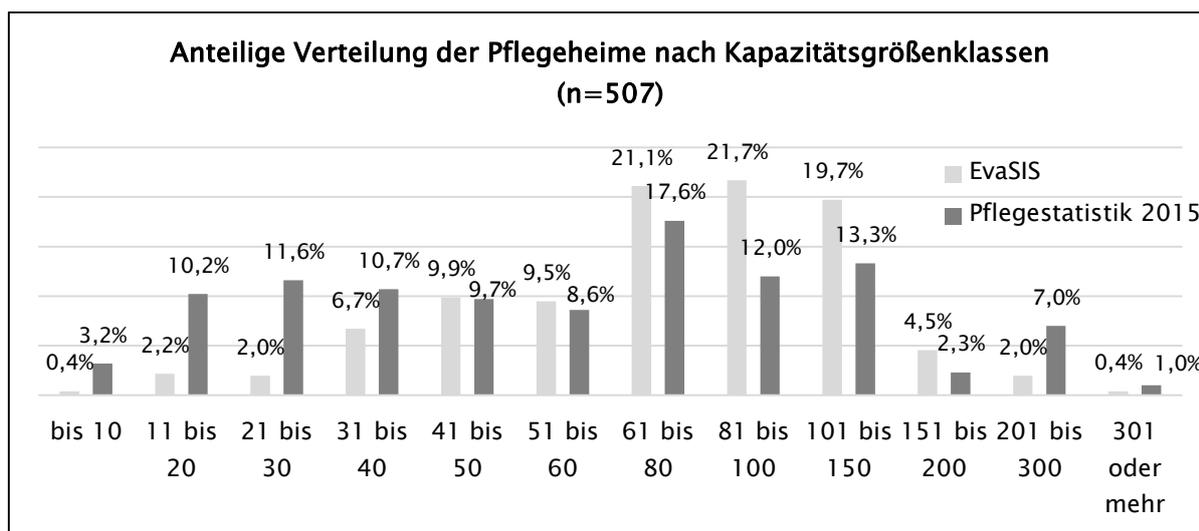


Abbildung 4: Anteilige Verteilung der Pflegeheime nach Kapazitätsgrößenklassen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Einen **pflegefachlichen Schwerpunkt** wiesen sowohl Pflegeheime als auch Pflegedienste aus. 56 vollstationäre und 14 ambulante Einrichtungen nannten hier die Pflege von Menschen mit Demenz. Pflege von Menschen im Wachkoma (12 Pflegeheime, 4 Pflegedienste), Pflege beatmungspflichtiger Menschen (sechs Pflegeheime, 9 Pflegedienste), Pflege aidskranker Menschen (ein Pflegeheim, zwei Pflegedienste) sowie pädiatrische Pflege (zwei Pflegedienste) waren weitere pflegefachliche Schwerpunkte der teilnehmenden Einrichtungen. Die in den Einrichtungen eingesetzten Pflegesysteme wurden in einer Mehrfachauswahl benannt. Besonders in den Pflegeheimen findet mehrheitlich mehr als ein Pflegesystem im praktischen Alltag Anwendung, wobei die Organisationsform der Gruppenpflege sowie bezugspflegerische Konzepte (Primary Nursing) überwiegen, während in den Pflegediensten unterschiedlich organisierte Formen der Bereichspflege überwiegen. Sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Pflegediensten gaben etwa 10 % der Einrichtungen an, ein Funktionspflegesystem anzuwenden. Die **Verteilung des Personals** in den teilnehmenden Einrichtungen zeigt Tabelle 43 im Anhang 11. Im Mittel arbeiteten insgesamt 72 Personen in den Pflegeheimen und 41 Personen in den Pflegediensten. Hiervon waren in den Pflegeheimen jede dritte Person und in den Pflegediensten etwa jede zweite Person eine Pflegefachkraft.

Zum Stichtag der Erhebung lebten in den teilnehmenden Pflegeheimen im Mittel 83 **Pflegebedürftige** (Spannweite von zwei bis 290). Abbildung 5 zeigt die anteilige Verteilung der Pflegestufen³ für 35.801 Personen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu den Daten für die in vollstationärer Dauerpflege lebenden Personen der Pflegestatistik 2015. Die

³ Daten zu Pflegebedürftigen, die vor dem 01.01.2017 erhoben wurden (betrifft die Online-Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte t₁), weisen das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen aus. Sofern im Studienverlauf Daten zu Pflegebedürftigen nach dem 01.01.2017 erhoben wurden (betrifft die Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen), wurden die seit dem 01.01.2017 gültigen Pflegegrade der Personen erfasst.

von den teilnehmenden Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen spiegeln die Pflegestufenverteilung der Grundgesamtheit wieder und weisen so darauf hin, dass die teilnehmenden Pflegeheime als repräsentativ für die Grundgesamtheit der Einrichtungen in Deutschland anzusehen sind. Von der Darstellung ausgenommen sind 5.882 Personen, die von den Einrichtungen als Person ohne Pflegestufe angegeben wurden. Diese Anzahl erscheint mit einem Anteil von 14,1 % an der gesamten Anzahl der Pflegebedürftigen (41.683) im Vergleich zur Grundgesamtheit (7.610 Personen) auffallend hoch. Hier ist davon auszugehen, dass auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („PEA“-Status) und einer vorliegenden Pflegestufe angegeben wurden.

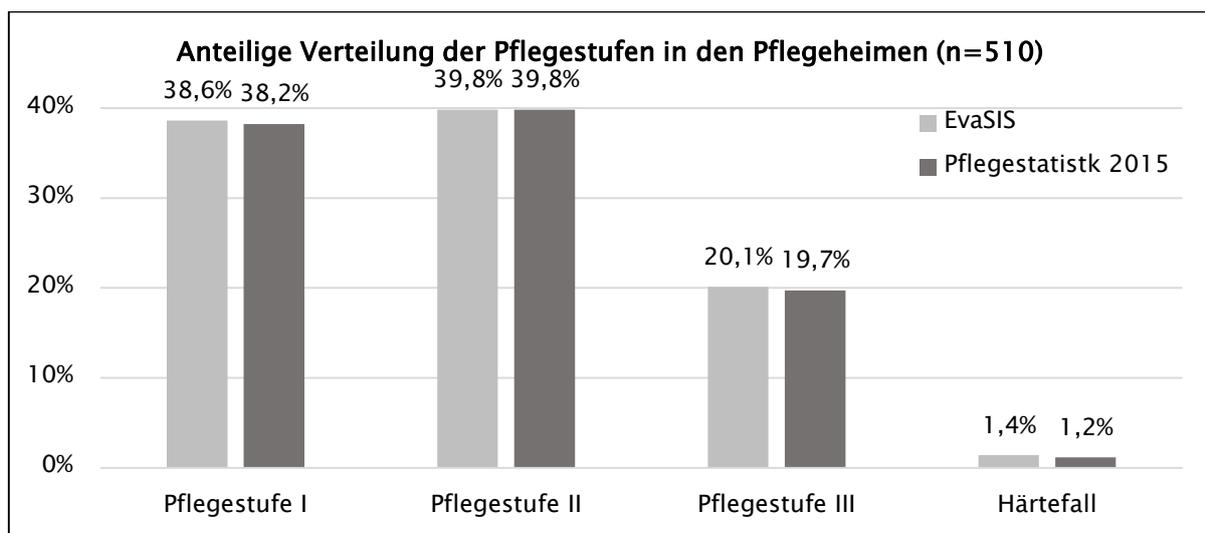


Abbildung 5: Anteilige Verteilung der Pflegestufen in den Pflegeheimen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Die teilnehmenden Pflegedienste gaben an, insgesamt 79.755 Pflegebedürftige zu versorgen. Der kleinste Pflegedienst versorgte vier, der größte 3.500 Personen. Im Mittel waren die Pflegedienste für 191 Personen (Median 128) zuständig und versorgten damit durchschnittlich deutlich mehr Personen, als die für die Grundgesamtheit in der Pflegestatistik 2017 berichteten 52 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst (Statistisches Bundesamt 2017).

15 Einrichtungen gaben an, nicht **beim Projektbüro Ein-STEP registriert** zu sein. Die übrigen Einrichtungen waren im Mittel seit 17 Monaten registriert und befanden sich durchschnittlich seit elf (Pflegeheime) beziehungsweise zwölf (Pflegedienste) Monaten in der Anwendung. Die kürzeste Anwendungsdauer betrug bei den Pflegeheimen einen Monat. Bei den Pflegediensten hatten sich auch Einrichtungen beteiligt, die das Strukturmodell seit weniger als vier Wochen anwendeten. Sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Pflegediensten gab es teilnehmende Einrichtungen, die bereits seit 2014 mit dem Strukturmodell arbeiteten. In beiden Settings waren die Pflegeeinrichtungen im Mittel fünf Monate lang registriert, bevor sie mit der Anwendung des Strukturmodells begannen. Tabelle 4 zeigt die Zahlen zu Registrierungs- und Anwendungsdauer. In Einzelfällen gaben Einrichtungen beider Settings an, mit der Anwendung

VOR der Registrierung begonnen zu haben, was das negative Vorzeichen des kleinsten Wertes der Anzahl von Monaten bis zum Beginn der Anwendung nach der Registrierung bedingt.

Tabelle 4: Registrierungs- und Anwendungsdauer, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Registrierung und Anwendung, Monate	Pflegeheime						Pflegedienste					
	n	MW	Med	Min	Max	SD	n	MW	Med	Min	Max	SD
in Registrierung	404	17	17	2	36	7	368	17	17	3	33	6
in Anwendung	456	11	11	1	37	6	396	12	12	0	37	6
Beginn Anwendung nach Registrierung	397	5	4	-1	24	5	359	5	3	-1	23	5

Den **Durchdringungsgrad der neuen Pflegedokumentation** verdeutlicht Abbildung 55 im Anhang 12. Mehrheitlich hatten die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen das Strukturmodell bereits für über 90 % der Pflegebedürftigen umgesetzt. In beiden Settings gaben über 90 % der Einrichtungen ergänzend an, das Strukturmodell wie geplant umzusetzen.

Der Einführungs- und Umstellungsprozess

Zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung gaben 46,5 % der Pflegeheime und 50,2 % der Pflegedienste an, dass der Umstellungsprozess auf das Strukturmodell noch andauere. Von der ersten Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell bis zur routinemäßigen Anwendung waren in den Pflegeheimen im Mittel 28 Wochen (Median 24, Minimum 0, Maximum 99, SD 18) und in den Pflegediensten 22 Wochen (Median 20, Minimum 0, Maximum 99, SD 18) vergangen. Der Einführungs- und Umstellungsprozess selbst gestaltete sich dabei unterschiedlich. Abbildung 6 verdeutlicht die **Strategien zur Anpassung der Dokumentation der Pflegebedürftigen**. Etwa 40 % der Pflegeheime und Pflegedienste entschieden sich dafür, bei der Einführung des Strukturmodells von Beginn an die Dokumentation für alle Pflegebedürftigen anzupassen. Ein weiteres Drittel der Einrichtungen in beiden Settings wendete das Strukturmodell anfangs nur für neu eingezogene/als neue Klientinnen und Klienten aufgenommene Personen an. Jedes fünfte Pflegeheim und knapp 11 % der Pflegedienste stellten zunächst nur einen ausgewählten Teil der Einrichtung um, etwa einen Wohn- oder Versorgungsbereich. Ein veränderter Pflegebedarf oder ein spezielles Risiko spielten bei der Entscheidung zur Anpassung der Dokumentation eine eher untergeordnete Rolle und knapp 7 % der Pflegeheime und gut 10 % der Pflegedienste wiesen auf eine andere Anpassungsstrategie hin.

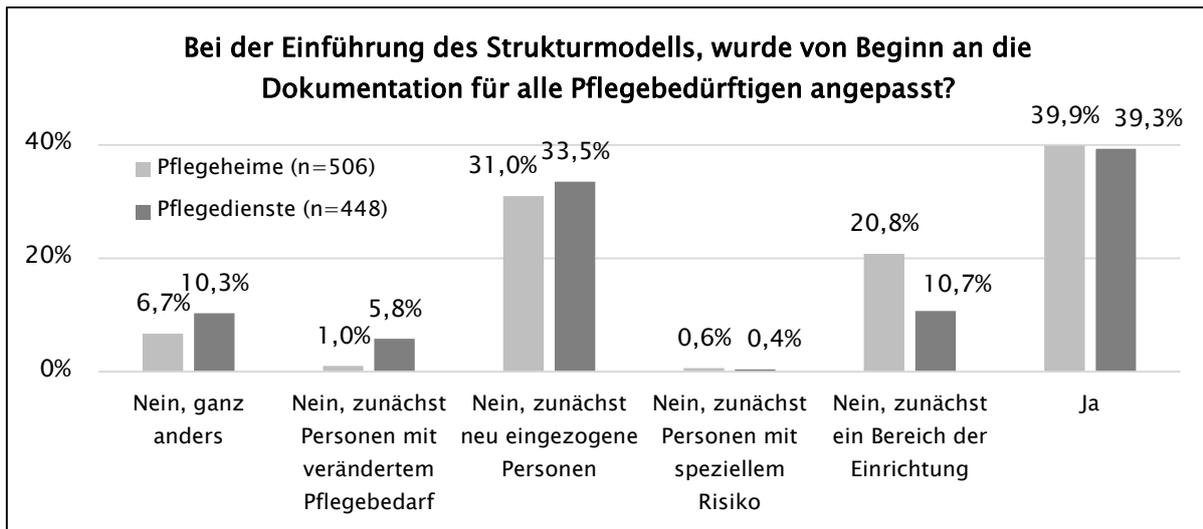


Abbildung 6: Vorgehen bei der Anpassung der Dokumentation bei Umstellung auf das Strukturmodell, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Während in den Pflegediensten 58,2 % der Einrichtungen (248 Einrichtungen) angaben, die Dokumentation mit dem Strukturmodell zunächst nur von ausgewählten tlegefachkräften vornehmen zu lassen, wählte die Hälfte der Pflegeheime dieses Vorgehen (50,5 %, 248 Einrichtungen) während die andere Hälfte die Dokumentation von Beginn an von allen Pflegefachkräften vornehmen ließ. Den **Zeitaufwand der Einrichtung für die Umstellung** auf das Strukturmodells insgesamt bewertet jeweils etwas mehr als die Hälfte der ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen als hoch, wie die Abbildung 7 verdeutlicht. Einen niedrigen Zeitaufwand weist nur ein geringer Anteil von Einrichtungen in beiden Settings aus.

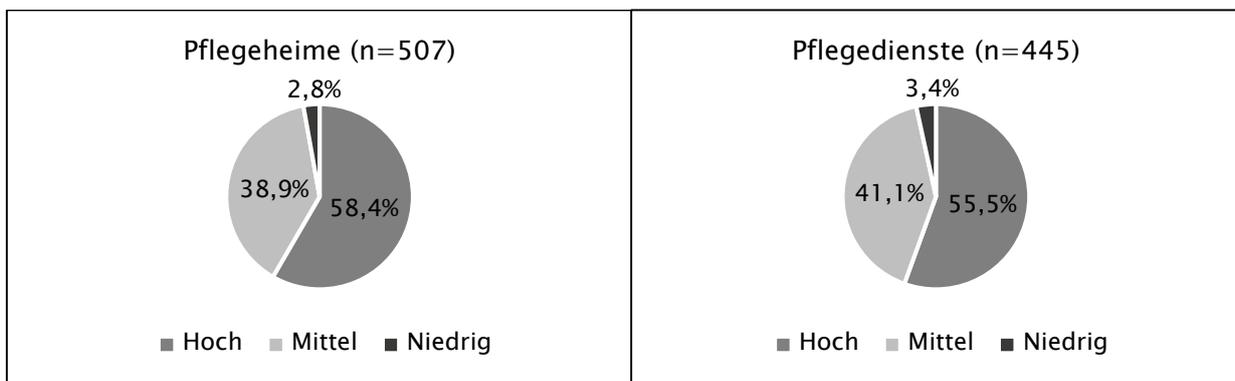


Abbildung 7: Bewertung des Zeitaufwandes für die Umstellung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Der durchschnittliche Zeitaufwand, der mit der Koordination der Einführung des Strukturmodells (darunter auch Planung, Einführung der neuen Dokumente/Software, etc.) einherging lag in den vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bei 192 beziehungsweise 183 Stunden. Für die Schulung der eigentlichen Anwendergruppe wurden pro Mitarbeiterin/Mitarbeiter 51 Stunden (Pflegeheime) und 49 Stunden (Pflegedienste) angegeben. Wird der in Tabelle 5 aufgeführte und gegenüber Ausreißern robustere Median

des Zeitaufwandes betrachtet, benötigte die Hälfte der Pflegeheime 80 Stunden oder weniger für die Koordination der Einführung, die Hälfte der Pflegedienste 72 Stunden oder weniger. Auch der Schulungsaufwand fällt mit 20 Stunden oder weniger pro Mitarbeiterin/Mitarbeiter in der Hälfte der Pflegeheime und 18 Stunden oder weniger in der Hälfte der Pflegedienste geringer aus, als es der Durchschnittswert ausweist.

Tabelle 5: Zeitaufwand für Koordination der Einführung und Schulung der Anwendergruppe, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Zeitaufwand (n Pflegeheime; n Pflegedienste)	Pflegeheime					Pflegetdienste				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
Koordination (in Stunden) (173;158)	192	80	0	2.000	305	183	72	0	5.000	448
Schulung An- wendergruppe (Std/Mitarbeiter) (312;294)	51	20	0	1.120	106	49	18	0	1.800	154

Auch in den Einrichtungen der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde der Implementierungs- und Umstellungsprozess aus der bisher genutzten Pflegedokumentation in das neue Strukturmodell verschiedenartig durchgeführt und gesteuert. Mehrheitlich beruhte die Entscheidung zur Umstellung auf Seiten des Trägers oder des Verbandes. Häufig wurde die Entscheidung anschließend mit den Einrichtungsleitungen oder Pflegedienstleitungen besprochen und beispielsweise in Klausurtagungen demokratisch abgestimmt. Zum Teil wurde die Entscheidung ausschließlich durch die Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung getroffen.

„Sowohl von der Trägerseite als auch mit den Einrichtungen wurde die Entscheidung getroffen. Wenn in dieser Klausurtagung eins zwei Einrichtungen gesagt hätten: „Wir haben da ganz große Bauchschmerzen und wir können das jetzt momentan noch nicht.“ dann wäre auch eine insgesamt andere Entscheidung getroffen worden.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Ein erster Schritt des Umstellungsprozesses war die Schulung des Pflegepersonals. Wie in Tabelle 38 bis Tabelle 41 in Anhang 07 dargestellt, wurden unterschiedliche Schulungen durchgeführt. Dies war abhängig von der Entscheidung des Verbandes, des Trägers, der Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung. Schulungen waren und sind Grundvoraussetzungen für das Verstehen und die gelingende Implementierung des Strukturmodells. Zum Teil wurde berichtet, dass Pflegedienstleitungen im Implementierungsprozess gemeinsam mit externen Qualitätsfirmen die Umstrukturierung vornahmen. Dies sollte den Prozess für die Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte erleichtern. In vielen Einrichtungen kam es zur gemeinsamen Überarbeitung des Pflegedokumentationssystems mit verschiedenen Berufsgruppen um ge-

meinsam zu entscheiden, welche Formulare in die neue Dokumentation mit einbezogen werden. Zudem wurden neue, einrichtungsinterne Regelungen durch das Qualitätsmanagement (teilweise auch unter Mitarbeit verschiedener Berufsgruppen) erstellt. Beispielsweise wurde häufig festgelegt, dass vorerst Neuzugänge nach dem Strukturmodell aufgenommen werden sollten,

„ [...] ganz bewusst auch mit einem relativ großen Aufwand alle Berufsgruppen zusammen an einen Tisch gebracht haben, um die Dokumentation zu überarbeiten. Also da haben nicht nur irgendwie die Qualitätsmitarbeiter dagesessen mit Leitungskräften und wir haben am grünen Tisch irgendetwas entschieden, sondern da waren die Pflegehelfer, da waren Pflegefachkräfte mit dabei [...] Aus allen Einrichtungen auch des Trägers, sodass eine große Runde von dreißig Expertinnen und Experten da war. Und dann haben wir in mühseliger Kleinstarbeit eben einzelne Formulare angeschaut und haben es gemeinsam erarbeitet, in Kleingruppen: Welche Formulare brauchen wir, welche können in die neue Dokumentation mit einfließen, welche nicht.“ (FG4 PDL, Pflegedienst)

Mehrheitlich werden vorerst neue pflegebedürftige Personen auf das Strukturmodell umgestellt und im Anschluss daran alle weiteren Pflegedokumentationen. Die Umstellung der gesamten Pflegedokumentationen in der Einrichtung bildet einen langandauernden Prozess ab, sodass dieser in der Einrichtung nicht als abgeschlossen bezeichnet wird. Selbst bereits umgestellte Pflegedokumentationen bedeuten nicht, dass diese den Anforderungen entsprechend dokumentiert wurden.

„Da gibt es noch vielfältige Probleme und ich glaube dieses 'Wir haben umgestellt' bedeutet für die Einrichtung die ich heute hier vertrete, da gibt es überall eine SIS®, da gibt es überall eine Maßnahmenplanung. Aber das heißt noch nicht, dass das Strukturmodell tatsächlich richtig angewendet wurde.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Als unterstützender Faktor während des Umstellungsprozesses wurden die einrichtungsinternen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner genannt. Diese versuchten zeitnah aufkommende Fragen und Probleme zu klären, führten Einzelgespräche und führten Dokumentationskontrollen durch. Zudem verschafften sich die Befragten Hilfen über die Internetseite des Projektbüros Ein-STEP, das Multiplikatorenforum oder eine Einrichtung hatte die Möglichkeit die Pflegereferentin des Verbandes zu kontaktieren.

6.1.2 Bisher eingesetzte Pflegedokumentationssysteme und darin enthaltene Informationen

Fast ein Viertel der Pflegedienste (24,7 %, 110 Einrichtungen) nutzte zum Zeitpunkt t_1 ausschließlich ein papierbasiertes **Dokumentationssystem**. Bei den Pflegeheimen traf dies auf 15,4 % (78 Einrichtungen) zu. Ausschließlich EDV-basiert dokumentierten 44,7 % der Pflegeheime (226 Einrichtungen) und 3,6 % der Pflegedienste (16 Einrichtungen). Die Kombination papierbasierter und EDV-basierter Dokumentation kam überwiegend in den Pflegediensten

(71,7 %, 320 Einrichtungen) und in 202 Pflegeheime (39,9 %) zum Einsatz. Danach gefragt, mit welchem System (Pflegetmodell) der Pflegeprozess vor der Einführung des Strukturmodells dokumentiert wurde, führten die Einrichtungen mehrheitlich Software- und/oder Pflegedokumentationssysteme an. 57 Einrichtungen nannten an dieser Stelle auch **dem Pflegeprozess zugrundeliegende Modelle/Systeme**. Dabei bezogen sich sowohl Pflegeheime als auch Pflegedienste mehrheitlich auf das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel (Krohwinkel 2013), die Lebensaktivitäten (LA) nach Nancy Roper (Roper, Logan, Tierney et al. 2009) oder Liliane Juchli. Auch wurden die von der North American Nursing Association (NANDA) herausgegebenen Pflegediagnosen (Herdman & Kamitsuru 2016) oder die Theorie von Dorothea Orem (Dennis 2001) benannt. Es gab wenige Einrichtungen, die nach Neugründung direkt mit dem Strukturmodell gestartet waren.

Die Dokumentenanalyse zeigt, dass in neun untersuchten Einrichtungen zehn verschiedene Dokumentationsysteme genutzt werden. Bei fünf Pflegedokumentationssystemen wurden zusätzlich zu kommerziell erhältlichen Dokumentationssystemen, welche in diversen Versionierungen genutzt werden, eigene Bögen verwendet. Die andere Hälfte der Pflegedokumentationen besteht ausschließlich aus kommerziell erhältlichen Dokumentationssystemen. Durch die Nutzung von eigenen, selbsterstellten Bögen sind keine weiteren Investitionen für die Einrichtungen notwendig.

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen bestärken die der Dokumentenanalyse. Vielfach wird die Pflegedokumentation vorerst händisch geschrieben und zu einem späteren Zeitpunkt, beispielweise „nach der Evaluation und Pflegevisite am PC überarbeitet“ (FG4 PDL, Pflegedienst). Aus den Fokusgruppendifkussionen geht hervor, dass in den ambulanten Pflegeeinrichtungen zum Teil nur ein Computer in einem Dienstzimmer zur Verfügung steht.

Zwei befragte Pflegefachkräfte schätzen den Vergleich des neuen Dokumentationssystems nach dem Strukturmodell zu dem bisher verwendeten Dokumentationssystem wie folgt ein:

„Ich bin jetzt erst anderthalb Jahre aus meiner Ausbildung raus und habe noch unter Krohwinkel meine Ausbildung gemacht. Und auch mit Pflegeplanung. Und ich muss echt sagen, dass mir das deutlich erleichtert um einen besseren Schreibfluss in die ganze Sache zu kriegen. Bei der Dokumentation und es ist einfach leichter zu schreiben als Ziele zu formulieren, die sowieso im Endeffekt nicht erreicht werden können.“ (FG2 PFK, Pflegedienst)

„Also wir hatten früher zig Formulare auszufüllen, aber da kam nicht diese Resonanz hervor wie jetzt in dem Moment mit der Erstfrage "Was bewegt sie, was brauchen sie?" Und ich glaube die Grundbotschaft ist schon ausschlaggebend für die restlichen Themenfelder.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte bewerteten in der ersten Online-Befragung Eigenschaften der bisherigen Pflegedokumentation, die mit der neuen Pflegedokumentation assoziiert sind oder durch diese aufgehoben werden sollen (Abbildung 8). In den meisten Fällen weisen

die Antworten aus beiden Versorgungssettings darauf hin, dass die bisherigen Dokumentationssysteme in etwa der Hälfte der Einrichtungen weitgehend oder vollständig über diese Eigenschaften verfügten – im Umkehrschluss jedoch auch etwa in jeder zweiten bis dritten Pflegeeinrichtung nur wenig oder gar nicht durch das bisherige Pflegedokumentationssystem erfüllt wurden. Abbildung 9 verdeutlicht zudem, dass ebenfalls in gut der Hälfte der Pflegedienste und Pflegeheime vor Einführung des Strukturmodells in der Pflegedokumentation ein vierstufiger Pflegeprozess abgebildet war, im Pflegebericht mehrheitlich überwiegend wiederkehrende Pflege- und Betreuungsabläufe festgehalten wurden und in knapp der Hälfte der Fälle der Evaluation eine geringere Bedeutung beigemessen wurde als anderen Dokumentationsinhalten.

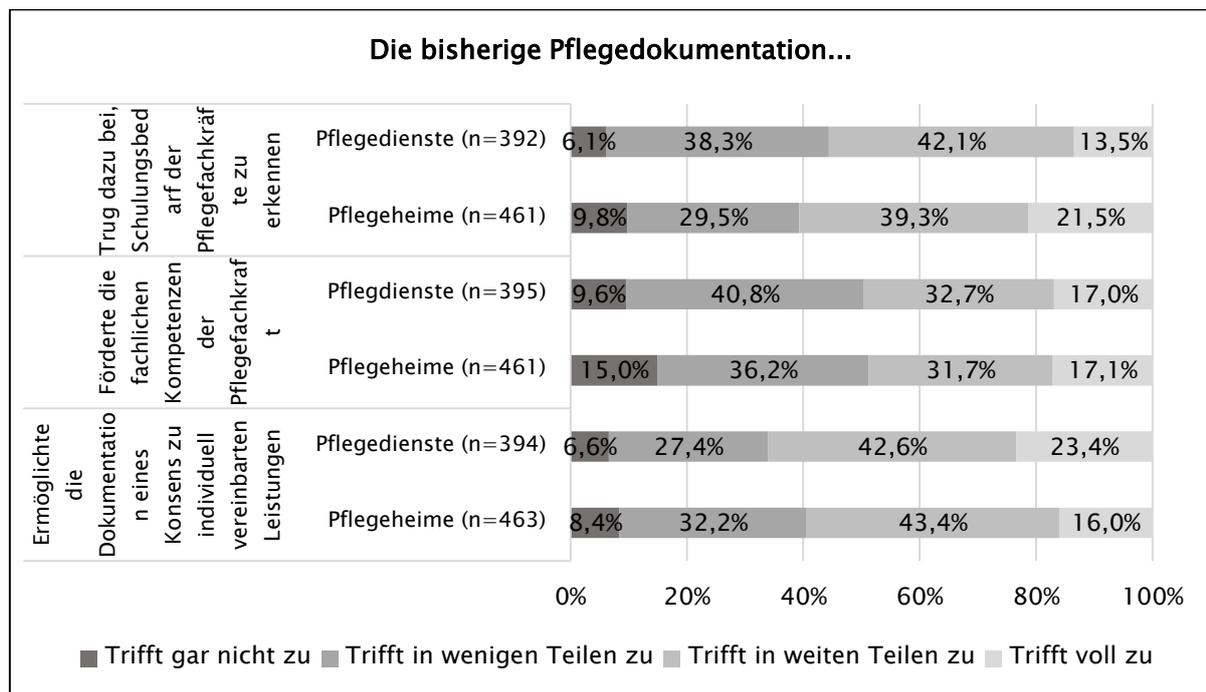


Abbildung 8: Bewertung der bisherigen Pflegedokumentation I, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

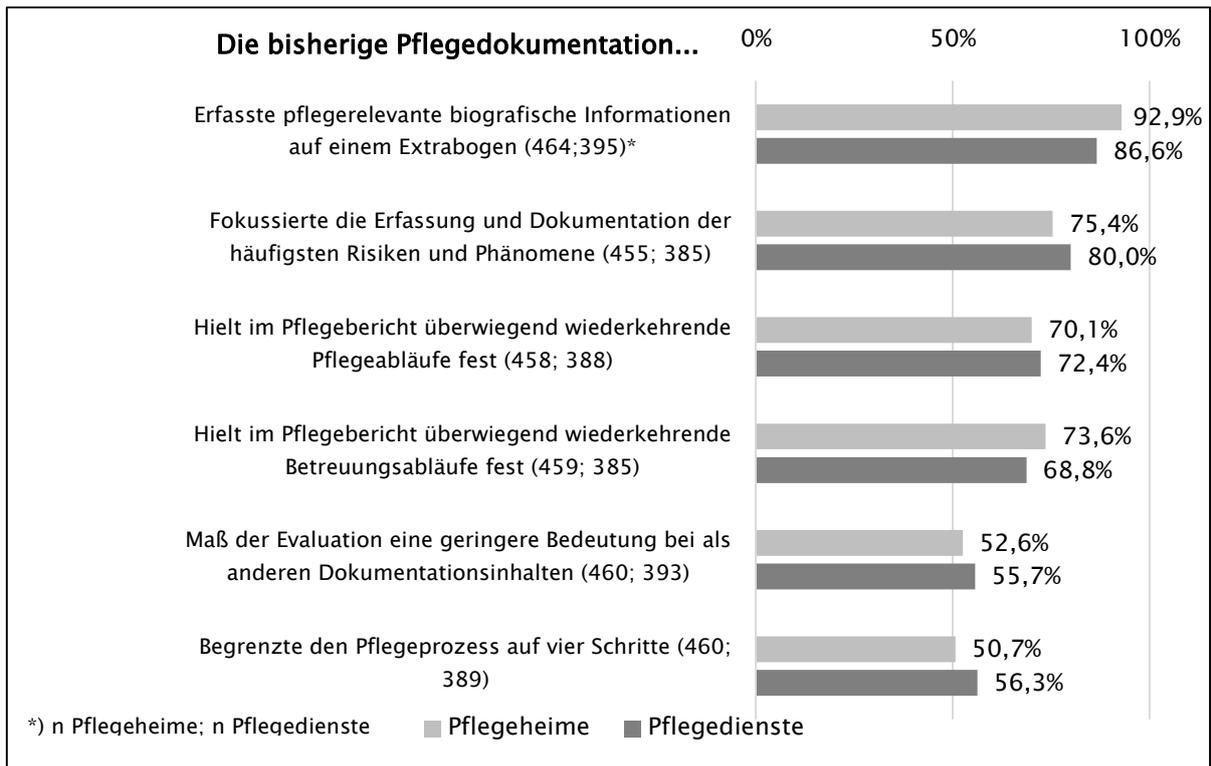


Abbildung 9: Bewertung der bisherigen Pflegedokumentation II, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Zeitaufwand und Zeitersparnis

Die Befragten waren gebeten, den für die Pflegedokumentation benötigten Zeitaufwand zu schätzen. Vor Einführung des Strukturmodells schätzten die Pflegeheime durchschnittlich 257 Minuten (ca. 4,3 Stunden) pro pflegebedürftiger Person für die Erarbeitung des Pflegeplans bei Neuaufnahme und im Weiteren täglich innerhalb von 24 Stunden 53 Minuten für die Pflegedokumentation durch eine Pflegefachkraft benötigt zu haben. In den Pflegediensten betrug der geschätzte Zeitaufwand 174 Minuten (fast 3 Stunden) für die Pflegeplanung und 38 Minuten für die tägliche Pflegedokumentation. Demgegenüber stehen nach der Einführung des Strukturmodells eine geschätzte mittlere **Zeiterparnis** von 83 Minuten pro pflegebedürftiger Person für die Erarbeitung der SIS®, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans sowie von 21 Minuten für die tägliche Dokumentation in den Pflegeheimen und von 48 beziehungsweise 16 Minuten in den Pflegediensten (vgl. Tabelle 6 und

Tabelle 7).

Tabelle 6: Geschätzter Zeitaufwand vor Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegedienstleitungen t₁

	Pflegeheime	Pflegedienste
--	-------------	---------------

Geschätzter Zeitaufwand in Minuten, pro pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft, (n Pflegeheime; n Pflegedienste)	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
	Erarbeitung des Pflegeplans bei Neuaufnahme (423; 378)	257	240	3	960	157	174	120	2	900
Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden (417; 340)	53	30	3	720	76	38	15	1	600	66

Tabelle 7: Geschätzter Zeitaufwand nach Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegedienstleitungen t₁

Geschätzter Zeitaufwand in Minuten, pro pflegebedürftiger Person (n Pflegeheime; n Pflegedienste)	Pflegeheime (n=422)					Pflegerdienste (n=409)				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
Erarbeitung der SIS®, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans (422; 409)	174	150	1	960	113	126	120	1	600	92
Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden (333; 261)	32	15	0	420	46	22	10	1	300	35

Tabelle 44 und Tabelle 45 im Anhang 13 vergleichen die durchschnittlichen von den Einrichtungen geschätzten Zeitaufwände für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells nach Art des Dokumentationssystems (ausschließlich papierbasiert, ausschließlich EDV-basiert, Mischform). Die gegenüber Extremwerten robusten Mediane zeigen für die Pflegeheime keinen Unterschied im geschätzten Zeitaufwand vor Einführung des Strukturmodells für die Erarbeitung des Pflegeplans bei Neuaufnahme und die Dokumentation pro pflegebedürftiger Person binnen 24 Stunden. Nach Einführung des Strukturmodells schätzten die Befragten für alle Dokumentationssysteme einen Zeitgewinn. In Pflegeheimen, die eine Mischform verwenden, benötigen die Pflegefachkräfte am längsten für die Erarbeitung der SIS®, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans. Der geschätzte Zeitaufwand für die Dokumentation innerhalb von 24 Stunden unterscheidet sich nicht. Auffallend ist, dass in den Pflegediensten vor Einführung des Strukturmodells sowohl für die Erarbeitung der Pflegeplanung als auch für die tägliche Pflegedokumentation Einrichtungen mit ausschließlich EDV-basierter Dokumentation die höchsten Mediane aufweisen. Nach Einführung des Strukturmodells zeigen sich ungeachtet des Dokumentationssystems Zeitgewinne in den geschätzten Zeitwerten.

Die anwendenden Pflegefachkräfte schätzten zum ersten Erhebungszeitpunkt einen durchschnittlich benötigten Zeitaufwand von bis zu drei Stunden (Pflegeheime) für die mit einer Neuaufnahme verbundenen Arbeitsschritte zur Erarbeitung der SIS®, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans, während für die tägliche Pflegedokumentation pro pflegebedürftiger Person im ambulanten und vollstationären Setting im Mittel weniger als eine viertel Stunde angegeben wurde (vgl. Tabelle 8). Auffallend ist die extreme Spannweite der Angaben, was vermuten lässt, dass nicht alle Antworten die realen Dokumentationszeiten wiedergeben.

Tabelle 8: Geschätzter Zeitaufwand nach Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Geschätzter Zeitaufwand in Minuten (n Pflegeheime; n Pflegedienste)	Pflegeheime					Pflegedienste				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS® (804; 528)	83	60	2	960	69	70	60	10	360	49
bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix (810; 522)	29	20	1	250	28	26	20	1	180	23
bei der Aufnahme zur Erarbeitung des Maßnahmenplans (802; 536)	84	60	2	520	66	50	35	2	360	42
für die tägliche Pflegedokumentation (836; 544)	14	8	1	420	28	13	5	1	360	27

Die geschätzten Zahlen der postalischen Befragung bestätigen sich in den Äußerungen der Pflegenden in den Fokusgruppendifkussionen. Ist länger kein Neuzugang eingezogen, so berichten Pflege(fach-)kräfte aus Pflegeheimen von einem Zeitaufwand von drei bis vier Stunden für die Erstellung der SIS® und des Maßnahmenplans.

Weitere Aussagen der befragten Pflege(fach-)kräfte der Fokusgruppendifkussionen hinsichtlich des Zeitaufwands beinhalten, dass pro Schicht für die tägliche Dokumentation einer pflegebedürftigen Person vier bis fünf Minuten und bei zusätzlicher Dokumentation, wie beispielsweise von Wundverbänden oder Injektionen, acht bis zehn Minuten benötigt werden, und dass der Zeitaufwand abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit sei.

„Das ist auch Klientelabhängig. Da gibt es Stationen wo die Bewohner mobil oder stabil sind, da schreibst du nur Abweichungen hin und das ist pro Tag vielleicht vier, fünf Minuten. Aber wir haben Stationen wo man mal wirklich die Zeit braucht [...].“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Weiterhin berichten die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass durch das Strukturmodell die Durchführung der Evaluation eindeutig schneller erfolgt. Unterstützt werden

kann dies beispielsweise durch eine Evaluationsspalte neben den Maßnahmen, sodass parallel eine Evaluation der entsprechenden Maßnahme durchgeführt werden kann.

„Das Evaluieren das finde ich geht schneller, ganz klar.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Zusammenfassend betrachtet überwiegt die Einschätzung bei den Pflegefachkräften, dass sich der zeitliche Dokumentationsaufwand durch Einführung des Strukturmodells im Vergleich zu dem bisher verwendeten Dokumentationssystem reduziert hätte. Nach wie vor bestehen im Einzelfall große Unterschiede in Abhängigkeit des individuellen Pflegebedarfs und individuellen Aufwand, was sich auch im Hinblick auf die zeitliche Intensität ausdrückt. Die Zeitersparnis machte sich in den meisten Pflegeeinrichtungen erst im Verlauf des Implementierungsprozesses bemerkbar, da zu Beginn der Umstellung viel Zeit in den umfangreichen Implementierungsprozess investiert werden musste.

„Vorher war es auf jeden Fall länger als jetzt. So 60 % Zeitersparnis.“

(FG10 PFK, Pflegedienst)

Eine weitere Zeitersparnis ergibt sich auch dadurch, dass im stationären Bereich die Einzelleistungsnachweise zum Abzeichnen der grundpflegerischen Tätigkeiten nicht mehr geführt werden müssen.

„Deutlich weniger Zeit nach dem jetzigen System. Durch das Immer-so-Prinzip muss ich ja vieles nicht mehr abzeichnen und, na, zig mal am Tag. Eine deutliche Zeitersparnis.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Verwendete Zusatzmodule

Sowohl für 18,7 % der Pflegeheime (94 Einrichtungen) als auch für 17,6 % der Pflegedienste (79 Einrichtungen) wurde in der ersten Online-Befragung angegeben, Zusatzmodule neben dem Strukturmodell zugehörigen Dokumentationsunterlagen zu nutzen. Als häufige Zusatzmodule wurden dabei diverse nicht näher benannte Assessmentbögen, spezifische Risikoassessments, Biografie- und Beratungsbögen sowie die Dokumentation der sozialen Betreuung/des begleitenden Dienstes nach § 87b SGB XI benannt. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse unterstreichen diese Auskunft der Einrichtungen: In den untersuchten Pflegedokumentationen wurden von fast allen untersuchten Einrichtungen Zusatzmodule verwendet, und zwar unabhängig von der Verwendung des Strukturmodells (ohne Strukturmodell bei 98 % der Pflegedokumentationen, mit Strukturmodell bei 100 %; vgl. Abbildung 10).

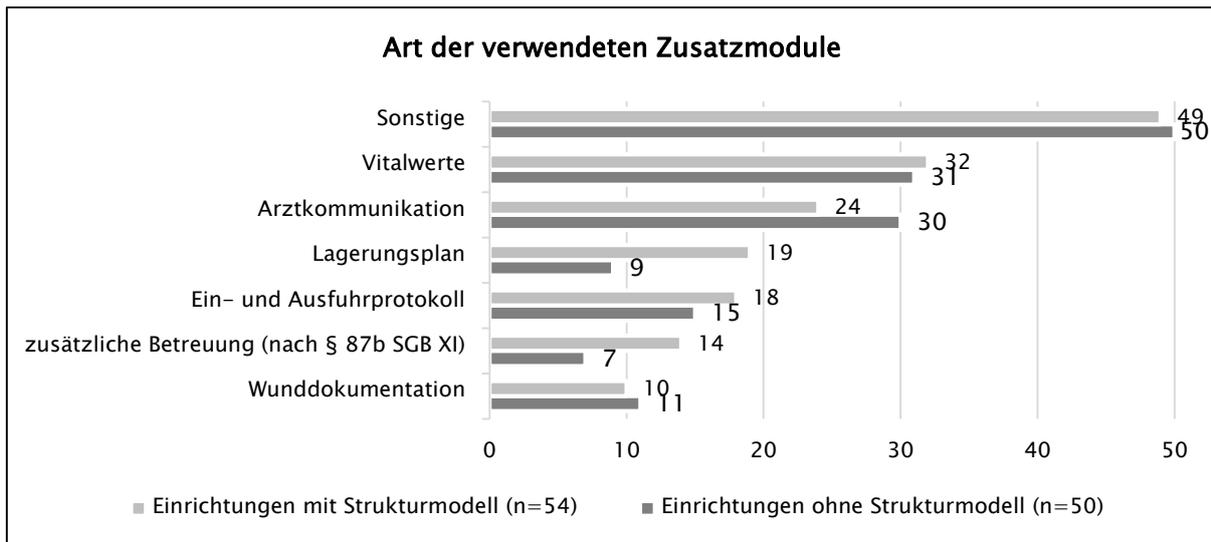


Abbildung 10: Verwendete Zusatzmodule in Einrichtungen mit/ohne Strukturmodell (Mehrfachnennungen; absolute Häufigkeit), Dokumentenanalyse

Sonstige Zusatzmodule umfassen beispielsweise Pflegevisite, Biografieblatt, Medikamentenlisten, Assessments (z. B. Dekubitusrisiko, Sturzrisiko, Kontrakturrisiko, Ernährungsstatus), Schmerzprotokolle, Sturzprotokolle, BTM-Listen, Essenskarten, Gewichtsverläufe, Bedarfsmedikationen, Kritik- und Beschwerdenannahme oder Pflegeüberleitungsbögen. Auffallend sind deutliche Unterschiede in Bezug auf die Zusatzmodule Lagerungsplan und zusätzliche Betreuung. Beide werden bei der Dokumentation nach dem Strukturmodell häufiger verwendet. Dies kann jedoch auch im Zusammenhang mit der individuellen Situation der pflegebedürftigen Person stehen.

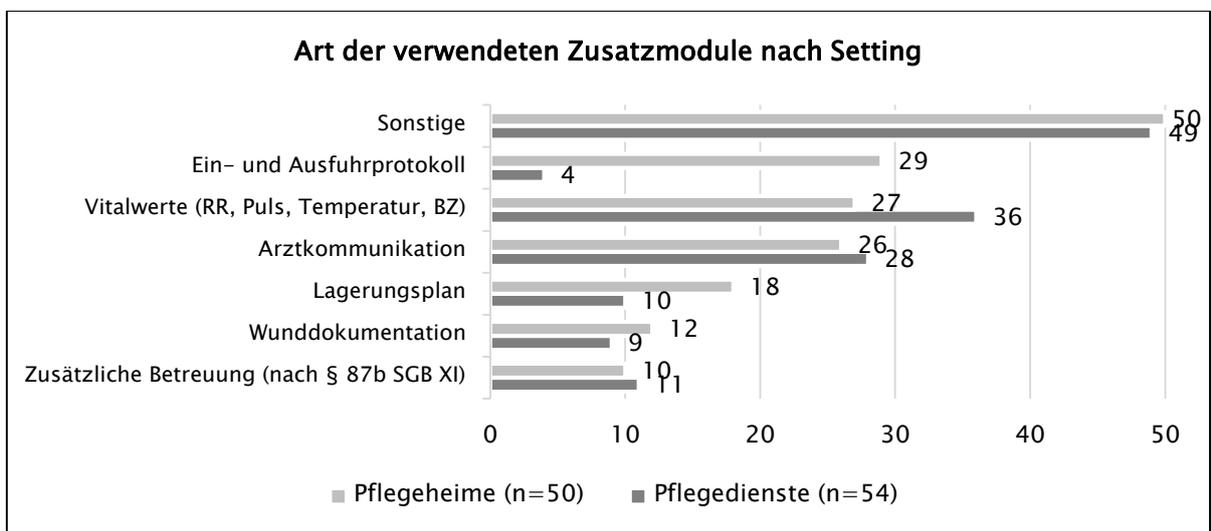


Abbildung 11: Verwendete Zusatzmodule in Pflegeheimen und Pflegediensten (Mehrfachnennungen; absolute Häufigkeit), Dokumentenanalyse

Im Vergleich von stationären und ambulanten Einrichtungen fällt auf, dass ein deutlicher Unterschied bei der Verwendung von Ein- und Ausführprotokollen besteht, was aber durch das

Setting nachvollziehbar ist (Abbildung 11). Weiterhin fällt der Unterschied beim Zusatzmodul Vitalwerte auf (stationär 27 vs. ambulant 36 Dokumentationen).

Die Ergebnisse der Fokusgruppen bekräftigen ebenfalls die Verwendung von Zusatzmodulen in den Pflegeeinrichtungen. Ergänzend zu den bereits genannten Zusatzmodulen werden Zusatzmodule für Beratung verwendet.

„Schwierig ist eben diese Beratung, das alles hier aufzuführen das funktioniert nicht deswegen haben wir auch nach wie vor Zusatzformulare zur Beratung zum Beispiel.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Ein weiteres Beispiel ist die Verwendung von Kommunikationsblättern, die für die Dokumentation des Aushandlungsprozesses von Pflegedienstleistungen genutzt werden. Im ambulanten Setting werden zum Teil spezielle Wundprogramme genutzt, da es bei diesen einen mobilen Baustein für das Erstgespräch gibt.

Auch die Sicht der Pflegedienstleitungen hinsichtlich der Verwendung von Zusatzmodulen lässt sich aus den Fokusgruppen herausarbeiten. Zusatzmodule kosten zusätzlich Geld. Je nutzbringender die Funktionalität und die damit einhergehende Zeitersparnis, desto mehr Geld müssen die Einrichtungen in Zusatzmodule investieren:

„Je einfacher es wird, desto teurer wird es und das wissen auch die Software-Firmen. Die machen dann Geld damit.“ (FG4 PDL, Pflegedienst)

Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation

Die anwendenden Pflegefachkräfte waren gebeten, die Verwendung und den Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation (zum Beispiel im Rahmen von Übergaben und Fallbesprechungen) zu bewerten (Tabelle 9 und Tabelle 10). Sowohl in den ambulanten als auch in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ist das Strukturmodell immer oder oft Kommunikationsgrundlage für die Übergabe der Pflegefachkräfte und wird im Rahmen von Team-/Fallbesprechungen oder Pflegevisiten genutzt, um sich sowohl über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen als auch über den Soll-Zustand zu verständigen. Dabei bildet das Strukturmodell in Pflegeheimen geringfügig häufiger die Kommunikationsgrundlage im Rahmen der Übergabe als in Pflegediensten (Nutzung immer oder oft zur Kommunikation des Ist-Zustandes: 62,7 % Pflegeheime; 50,3% Pflegedienste). Auffallend sind die hohen Anteile von Pflegefachkräften die angeben, das Strukturmodell selten oder nie bei Übergaben oder im Rahmen von Team-, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten zu nutzen, besonders in den Pflegediensten.

Tabelle 9: Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste
Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/ KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Immer	21,5 %	19,3 %
	Oft	41,2 %	31,0 %
	Selten	28,0 %	36,9 %

	Nie	9,3 %	12,8 %
Anzahl gesamt		869	545
Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/ KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Immer	31,3 %	24,3 %
	Oft	42,1 %	41,9 %
	Selten	21,4 %	26,6 %
	Nie	5,2 %	7,2 %
Anzahl gesamt		864	556

Tabelle 10: Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste
Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/ KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Immer	15,1 %	12,9 %
	Oft	40,0 %	31,0 %
	Selten	34,1 %	39,4 %
	Nie	10,8 %	16,8 %
Anzahl gesamt		868	536
Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/ KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Immer	22,2 %	19,8 %
	Oft	43,9 %	36,2 %
	Selten	27,3 %	34,0 %
	Nie	6,6 %	10,0 %
Anzahl gesamt		843	541

Ergänzend bewerteten die verantwortlichen Pflegefachkräfte den Stellenwert der Pflegedokumentation VOR Einführung des Strukturmodells (siehe Tabelle 46 im Anhang 14). In zwei Drittel der Pflegeheime und in gut 40 % der Pflegedienste wurde die bisherige Pflegedokumentation bei der Übergabe selten oder nie dazu genutzt, über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen. Ähnliches trifft auf den Einsatz im Rahmen der Übergabe zur Kommunikation über den Soll-Zustand zu: In gut Zwei Drittel der Einrichtungen beider Settings spielte die bisherige Pflegedokumentation während der Übergabe hierbei eine untergeordnete oder keine Rolle.

Die Befragten der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews äußerten sich unterschiedlich in Bezug auf die **interne Nutzung** des Strukturmodells. Zum einen ist der Wunsch nach täglicher Nutzung der Pflegedokumentation in Dienstübergaben seitens der Pflege(fach-)kräfte vorhanden. Jedoch geben diese gleichzeitig an, dass dies auf Grund von geringen zeitlichen Ressourcen nicht realisierbar sei.

„Also ich würde es gerne fast täglich nutzen in der Übergabe, aber das gibt die Zeit nicht her. Also das System ist wirklich super und würde auch richtig gut was rauskitzeln, wie jetzt bei den Pflegenden und auch bei den Bewohnern, aber wir versuchen die Übergaben auf den Bereich schon mittlerweile wöchentlich und selbst das ist manchmal schwierig hinzubekommen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Vereinzelte Einrichtungen nutzten zu Beginn der Umstrukturierung die neue Pflegedokumentation für Dienstübergaben, dies konnte jedoch nicht fortgesetzt werden. Als Gründe hierfür

werden beispielsweise krankheitsbedingte Ausfälle des Personals benannt. Die Dienstübergaben in Pflegediensten erfolgen häufig mündlich durch telefonische Absprachen mit der Kollegin oder dem Kollegen. Außerdem wurde erwähnt, dass die Frühstückspause als Dienstübergaben genutzt werden. Dieser Lösungsansatz bietet sich nur selten, da im ambulanten Setting die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht immer zur gleichen Zeit in der Einrichtung vor Ort sind. Weiterhin geben sie an, dass Dienstübergaben nicht anders stattfinden, als mit dem alten Dokumentationssystem, da die Pflegedokumentationen genauso wenig genutzt werden.

„Bei uns finden die Übergaben genauso statt, wie vorher. Also ich sehe da keine Veränderung, also überhaupt nicht. Die nehmen die Akten genauso wenig wie vorher.“ (FG4 PDL, Pflegedienst)

Zum anderen äußerten Pflege(fach-)kräfte, dass Dienstübergaben seltener stattfinden. Beispielsweise fanden vor der Einführung des Strukturmodells in einer Einrichtung täglich drei umfangreiche Übergaben statt. Wohingegen nun die Einträge aus den Berichteblättern und wenige mündliche Informationen ausreichend sind. Im Rahmen der Dokumentenanalyse konnten nur bedingt Aussagen zur multidisziplinären Nutzung des Berichteblatts getroffen werden, da diese Frage nur in der Langfassung des Erhebungsinstruments enthalten ist und die Fallzahl somit recht niedrig ist. In der Hälfte der Pflegedokumentationen wurde das Berichteblatt multidisziplinär genutzt (elf von 22 Pflegedokumentationen), wobei sieben dieser elf Pflegedokumentationen ohne das Strukturmodell und vier mit dem Strukturmodell angelegt wurden.

In den Fokusgruppen wurde weiterhin erwähnt, dass die SIS® laut den Pflege(fach-)kräften für Fallbesprechungen von pflegebedürftigen Personen, für Bewohnerkonferenzen oder Visiten verwendet wird.

„Wenn wir eine Fallbesprechung oder sowas über den Bewohner haben ist die SIS® immer mit dabei. Allgemein, wenn jetzt irgendwas Bewohnerbezogenes besprochen wird, was jetzt nicht gerade zur Übergabe gehört, was flächendeckend irgendwie besprochen werden muss, dann ist immer grundsätzlich die SIS® dabei.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die überwiegende Mehrheit aller Befragten gab an, dass es durch das Strukturmodell eine Veränderung in der internen Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Betreuerinnen/Betreuern oder Angehörigen gibt.

„Was ich glaube was deutlicher wird, ist diese Zusammenarbeit mit Betreuer und Angehörige. Das hat die Entbürokratisierung gebracht. [...]“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Die Aussagen in Bezug auf die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal untereinander sind different. Zum einen erklärten Pflege(fach-)kräfte, dass es keine Veränderungen im Vergleich zwischen alten und neuen Dokumentationssystem gibt.

„Also ich glaube unter den Mitarbeitern tauscht man sich vielleicht aus, aber das hat man auch früher getan, wenn man etwas bemerkt hat "Mensch da ist eine Veränderung", da hat man darüber gesprochen, das hat jetzt nichts mit SIS® oder AEDL zu tun.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Zum anderen empfinden Pflege(fach-)kräfte, dass ein intensiverer/verbesserter Austausch zwischen dem Pflegepersonal stattfindet.

„Im Team ist auch ein besserer Austausch. Das ist wieder eine ganz andere Teamdynamik.“ (FG4 PDL, Pflegedienst)

Als förderlich für einen intensivierten bzw. verbesserten Austausch wurden auch regelmäßige Teambesprechungen, an denen sowohl sowohl Pflege(fach-)kräfte, als auch andere Berufsgruppen teilnehmen und bei denen Fragen und Probleme bezüglich des Strukturmodells diskutiert werden, gesehen. Laut Pflege(fach-)kraft fördert die angeregte Kommunikation verschiedener Berufsgruppen die Erstellung der SIS®, da andere Perspektiven einfließen können.

Weiterhin wird durch die Anwendung des Strukturmodells der vermehrte Austausch zwischen Betreuungskräften und Pflege(fach-)kräften gefördert. Auch gibt es Einrichtungen, in denen die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialen Dienstes einen hohen Stellenwert einnimmt.

„Ich glaube das ist der einzige Weg, wenn man mehrere Sichtweisen zusammenfasst auch wirklich was Strukturiertes dann erstellen kann. Wenn man diesen typischen Weg von sich selber nur geht, dann fährt man sich auch irgendwann in seinem System fest. Und ich glaube die SIS® kann nur davon profitieren, wenn sich Viele auch da drunter austauschen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Von Seiten des MDK gibt es ebenfalls Erfahrungen, dass ein sehr heterogener Umgang in Bezug auf den kollegialen Austausch in den Pflegeeinrichtungen erfolgt:

„Es gibt da ganz unterschiedliche Modelle, wie Einrichtungen das handhaben. Es gibt welche, [...] da wird nochmal immer von fünf Leuten eine strukturierte Informationssammlung durchgegangen und evaluiert oder auch bei Neueinzügen neu erstellt. Und zwar sind dann immer da der Früh- und Spätdienst zusammen und dann auch Hilfskräfte und Betreuungskräfte sind dabei und die erstellen das dann eigentlich ganzheitlich zusammen. [...] Es gibt dann aber auch nach wie vor die Doku-Queens, die das im stillen Kämmerchen machen.“ (FG5, MDK)

6.1.3 In den Einrichtungen genutzte Software-Angebote des Strukturmodells

70,9 % der Pflegeheime (361 Einrichtungen) und 59,4 % der Pflegedienste (268 Einrichtungen) setzen das Strukturmodell softwarebasiert um. Die in den Einrichtungen eingesetzten **Softwaresysteme** spiegeln die Heterogenität des Angebots an EDV-basierten Pflegedokumentationssystemen wieder. In der EvaSIS-Studie wurden knapp 50 unterschiedliche Software-Anbieter genannt. Tabelle 11 zeigt die 10 am häufigsten benannten Anbieter.

Tabelle 11: Zehn häufigste Software-Anbieter in den Pflegeeinrichtungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Software-Anbieter	Pflegeheime	Pflegedienste	Gesamt
MediFox	3,8 %	48,6 %	23,0 %
DAN Produkte	26,8 %	1,2 %	15,8 %
Connext (Vivendi)	23,0 %	5,8 %	15,7 %
C&S	6,4 %	2,3 %	4,7 %
CGM SOZIAL SIC (sic Pflegeassistent)	6,1 %	0 %	3,5 %
DM EDV	3,5 %	2,7 %	3,2 %
Bos&S	0,3 %	7,0 %	3,2 %
Curasoft	0 %	7,0 %	3,0 %
ProfSys	4,7 %	0,4 %	2,8 %
Sinfonie	4,4 %	0,4 %	2,7 %
Anzahl gesamt	343	257	600

108 Pflegeheime (30,3 %) und 87 Pflegedienste (33,3 %) berichten von **Problemen bei der Einführung der Software**. Neben aus Sicht der Einrichtungen (insbesondere der Pflegedienste) unzureichender Visualisierung und mangelhaftem Layout (wie etwa die Begrenzung von Textfeldern) wiesen besonders die Pflegedienste (25 % der Antwortenden) auf eingeschränkte Software-Lösungen für die Erstellung des individuellen Maßnahmenplans hin (Tabelle 12). Problematisch aus Sicht der vollstationären Einrichtungen scheint auch, dass Informationen zum Strukturmodell aus dem Programm entfernt wurden.

Tabelle 12: Probleme mit der Software, kategorisierte Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Probleme mit der Software	Pflegeheime	Pflegedienste	Gesamt
Visualisierung unzureichend (Schriftgröße/Begrenzung der Textfelder/Layout/Druckformat)	9,2 %	34,4 %	19,9 %
Erstellung des individuellen Maßnahmenplans nicht/eingeschränkt möglich	3,4 %	25,0 %	12,6 %
Updates und Anpassungsbedarf des Programms	12,6 %	9,4 %	11,3 %
Umstellung für die MitarbeiterInnen	9,2 %	4,7 %	7,3 %
EDV System nicht den Anforderungen genügend (nicht näher bezeichnet)	8,0 %	3,1 %	6,0 %
Erstellung der Tagesstruktur nicht möglich/erschwert/fehlerhaft	4,6 %	4,7 %	4,6 %
Darstellung entsprach nicht den Vorstellungen der Einrichtung	4,6 %	4,7 %	4,6 %
Informationen Ein-STEP wurden entfernt	6,9 %	0 %	4,0 %
Veraltete/vorherige Formulare können nicht entfernt/überführt werden	5,7 %	0 %	3,3 %
Keine/unzureichende Anwenderschulung und/oder Bedienhinweise	3,4 %	3,1 %	3,3 %
Vorrangig Fehler in der Bedienung	5,7 %	0 %	3,3 %
Erst späte Umsetzung des Strukturmodells vom Anbieter	2,3 %	3,1 %	2,6 %
Anzahl gesamt	87	64	151

Die Fokusgruppen in stationären Einrichtungen bestätigen, dass DAN Produkte am häufigsten verwendet werden. Einrichtungen die bisher paperbasiert dokumentierten nutzen die Gelegenheit der Umstellung auf das Strukturmodell um zeitgleich auf eine EDV-basierte Pflegedokumentation umzustellen. DAN Softwareprodukte werden hinsichtlich ihrer Anwendung mehrheitlich positiv bewertet.

„Unser Computersystem finde ich sehr hilfreich, weil DAN gibt ihnen an der Seite Leitfragen vor. Alles was ich jetzt nicht mehr im Kopf hatte, aus der Schulung, da erinnert mich DAN dran. Also fand ich jetzt für uns gesprochen diese Umstellung mit dem neuen Computersystem eher hilfreich, weil ich glaube wenn wir das nicht hätten wäre es noch chaotischer.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Als Unterstützung der täglichen Dokumentation wird zudem die Verwendung von Tablet-PCs in Pflegediensten aufgeführt. Als hilfreich eingeschätzt wurden hier beispielsweise die Veränderung der Spracheinstellung für pflegebedürftige Personen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch oder die Verwendung von Chipkartenlesegeräten zum Einlesen der Stammdaten der pflegebedürftigen Person.

Problematisch sind hingegen aus Sicht der Pflegefachkräfte ungeeignete Voreinstellungen in den Software-Programmen, in denen beispielsweise bei Veränderungen an der Pflegedokumentation kein Verlauf mehr erkennbar ist, wenn von den Anwendenden vergessen wird, erforderliche Felder auszuwählen.

Modifikationen und Einhaltung des Anforderungsprofils für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen

Sowohl die Pflegeheime (42,7 %, 152 Einrichtungen von 356 Antwortenden in der ersten Online-Befragung) als auch die Pflegedienste (44,7 %, 118 Einrichtungen von 264 Antwortenden in der ersten Online-Befragung) hatten in Absprache mit dem Software-Hersteller **Modifikationen zum Strukturmodell** vorgenommen. Die Dokumentenanalyse zeigt, dass bei einer elektronischen Dokumentation bei 24,5 % (n=13) der untersuchten Pflegedokumentationen zusätzliche Felder angelegt wurden, wobei 10 dieser Pflegedokumentationen die Formulierung von Maßnahmen je Risikobereich ermöglichten und sich bei 2 Pflegedokumentationen die zusätzlichen Felder auf die Pflegeplanung (Prophylaxe, kurzzeitige Abweichungen) bezogen.

Die Frage danach, ob das genutzte Dokumentationssystem im **Einklang mit dem vom Projektbüro Ein-STEP publizierten „Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen“** (Arbeitsgruppe technischer Implementierungsleitfaden 2017) steht, lässt sich durch die Einhaltung der sogenannten Kategorie A, B und C beantworten. Weichen Einrichtungen bei der Überführung des Strukturmodells in das einrichtungsinterne Dokumentationssystem von den Kriterien der Kategorie A (Muss-Kriterien) ab, so bildet die Dokumentation das Strukturmodell nicht mehr ab. Abweichungen von den Kriterien der Kategorie B (Soll-Kriterien) können dazu führen, dass die fachlichen und praktischen Intentionen des Strukturmodells beeinträchtigt werden. Für die Kriterien der Kategorie C (Kann-Kriterien bzw. Gestaltungsempfehlungen) beruht die vom Projektbüro Ein-STEP formulierte Empfehlung nicht auf einer fachlichen oder wissenschaftlichen Begründung /Vorgabe, jedoch ist damit zu rechnen, dass sich die empfohlene Gestaltung als Standard etabliert hat bzw. in der Praxis als bewährt angesehen wird, so dass Abweichungen nicht empfehlenswert sind. In Tabelle 47, Tabelle 48, und Tabelle 49 im Anhang 15 sind die anteiligen Antworthäufigkeiten zu der Frage nach einer erfolgten Veränderung der Kriterien der Kategorie A (MUSS-Kriterien) für die SIS®, die Maßnahmenplanung und die Evaluation enthalten. Auffallend ist, dass etwa jede fünfte vollstationäre oder ambulante Einrichtung eine Veränderung in der Maßnahmenplanung und Evaluation angibt. Ebenso wurden Veränderungen der SIS® in beiden Settings beschrieben. Eine Überprüfung der Art der erfolgten Änderung ist mit den Ergebnissen der standardisierten Befragung nicht möglich. Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass in insgesamt 13 (12,5 %) von 53 Pflegedokumentationen nach dem Strukturmodell zusätzliche Felder in der SIS® zur Verfügung stehen. Beispielsweise können im Bereich der Risikomatrix direkt Maßnahmen geplant werden.

6.1.4 Gründe für die Entscheidung gegen die Einführung des Strukturmodells

Wie in Abschnitt 5 dargestellt, beteiligten sich 198 Einrichtungen an der ersten Online-Befragung, die das Strukturmodell (noch) nicht in der Einrichtung anwendeten, darunter 85 vollstationäre Pflegeeinrichtungen und 99 ambulante Pflegeeinrichtungen. Bis auf sechs Einrichtungen (zwei Pflegeheime und vier Pflegedienste) waren die Einrichtungen beim Projektbüro Ein-STEP registriert. Anhand der erhobenen Merkmale wurden keine klaren Unterschiede zwischen den Gruppen der Anwender und der Nichtanwender deutlich (siehe Anhang 16). Ähnlich den anwendenden Pflegeeinrichtungen sind auch bei den Nichtanwendern tendenziell größere Pflegeheime und Pflegedienste in der Stichprobe enthalten.

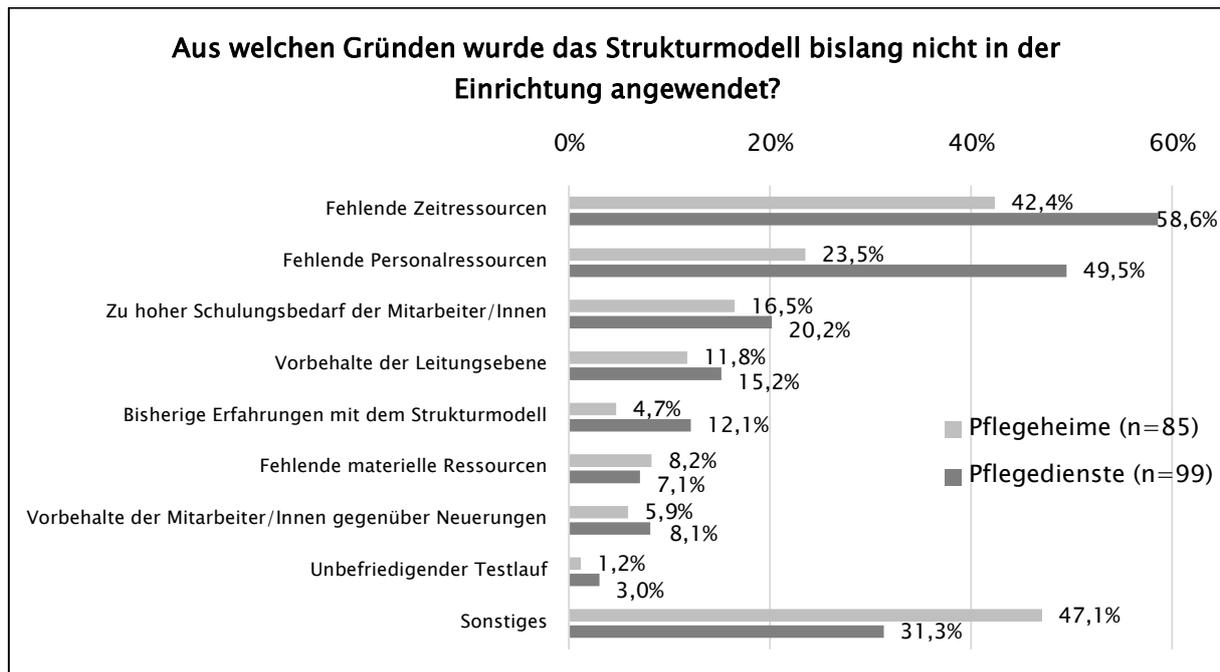


Abbildung 12: Gründe, das Strukturmodell bislang nicht in der Einrichtung anzuwenden, Mehrfachauswahl, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Die am häufigsten benannten Gründe für das Nicht-Anwenden des Strukturmodells sind **fehlende Zeit- und Personalressourcen** sowohl für die vollstationären als auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen (Abbildung 12). Fehlende Personalressourcen erweisen sich nur für gut jedes fünfte Pflegeheim, jedoch knapp für jeden zweiten Pflegedienst als problematisch. Als weitere Gründe benannten Einrichtungen beider Settings unter anderem einen zu **hohen Schulungsbedarf** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, **Vorbehalte** seitens der Leitungsebene sowie auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch bisherige Erfahrungen mit dem Strukturmodell. Knapp die Hälfte der Pflegeheime und knapp ein Drittel der Pflegedienste wählte die Antwortoption „sonstige Gründe“ aus. Für 45 Einrichtungen (23 Pflegeheime, 22 Pflegedienste) lag eine Freitextantwort vor, die diese weiteren Gründe beschreibt. Einrichtungen beider Settings wiesen an dieser Stelle darauf hin, dass die Einführung zwar geplant sei, jedoch durch den Träger gesteuert wird und die Einrichtung selbst den Einführungszeitpunkt nicht bestimmen könne. Ebenso gaben Einrichtungen an, sich im Umstellungsprozess zu befinden, jedoch

noch nicht zur Anwendung übergegangen zu sein. Auch führen andere, in den Einrichtungen laufende Umstellungs- und Implementierungsprozesse aber auch fehlende Softwarelösungen oder die Überzeugung, dass eine Entbürokratisierung in der eigenen Einrichtung bei bereits „schlanker“ Dokumentation nicht notwendig sei, dazu, die Einführung des Strukturmodells zu verschieben. 125 Einrichtungen beschrieben ihr weiterhin geplantes Vorgehen: Trotz der in Abbildung 12 benannten Gründe für die bisherige Nichtanwendung des Strukturmodells planten 77,5 % der Pflegeheime (62 Einrichtungen) und 64,3 % der Pflegedienste (63 Einrichtungen), das Strukturmodell in den nächsten fünf Monaten anzuwenden.

Vier Pflegeheime und sechs Pflegedienste beschrieben in einer weiteren Freitextantwort, warum sie sich **nach einem Testlauf gegen die Einführung des Strukturmodells entschieden** (Tabelle 13). Neben Entscheidungen der Leitungsebene sowie der Mitarbeitenden gegen die weitere Anwendung berichten die Einrichtungen auch davon, keine Verbesserung des Dokumentationsaufwands bemerkt zu haben sowie bei einem hohen Schulungs- und Vorbereitungsaufwand von der Anwendung abzusehen. Ein Pflegedienst mit Spezialisierung auf die außerklinische Intensivpflege weist darauf hin, dass das Strukturmodell in diesem Setting nicht geeignet scheint. Die Befürchtung, in den Qualitätsprüfungen durch den MDK einen Nachteil in Form negativerer Ergebnisse zu erfahren sowie eine aus Sicht der Einrichtung unzureichende Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden als weitere Gründe für eine Entscheidung gegen die Einführung benannt.

Tabelle 13: Zusammenfassung der Freitextantworten zu Gründen für die Entscheidung gegen die Einführung nach einem Testlauf, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁. Die meisten Antworten lagen als Einzelnennung dar. Die Darstellung stellt keine Reihenfolge dar.

<ul style="list-style-type: none"> • Als ungeeignet für das Setting der ambulanten Intensivpflege befunden • Kein Änderungsbedarf des eigenen Dokumentationssystems identifiziert • Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Perspektive Selbständigkeit nicht ausreichend berücksichtigt • Keine Verbesserung beim Dokumentationsaufwand beobachtet • Fehlende Zeitressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den MDK befürchtet • Entscheidung der Geschäftsführung • Entscheidung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegen das Strukturmodell • Zu hoher Schulungs- und Vorbereitungsaufwand • Als anderen Dokumentationssystemen unterlegen befunden (nicht näher benannt)
--	--

Im folgenden Beispiel werden – ausgehend von den Ergebnissen der Telefoninterviews mit verantwortlichen Pflegefachkräften – exemplarisch für einen Pflegedienst (TI9 PDL, Pflegedienst) die Gründe geschildert, weshalb nach bereits erfolgter Umstellung nach sieben Monaten die Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem erfolgte.

Anfangs stand die Erwartung an einen geringeren Zeit- und Dokumentationsaufwand, sowohl für die Pflegedienstleitung als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vordergrund. Die Pflegedienstleitung nahm an einer Schulung durch eine Multiplikatorin teil und wurde im Rahmen regelmäßig stattfindender Reflektionstreffen auch weiterhin begleitet. Bei Unklarheiten fehlte ihr jedoch die Unterstützung von Seiten der Multiplikatorin.

„Wenn ich mal Fragen hatte, hat mir auch kein Mensch geholfen. [...] Die Multiplikatorin war auch keine große Hilfe. (-) Weil ich den Eindruck hab, die versteht gar nicht, was ich von ihr will, weil sie ja selber nicht der Praktiker ist.“

Konkrete Kritik äußerte die Pflegedienstleitung zum Themenfeld vier der Strukturierten Informationssammlung. Dieses Themenfeld ist zu klein, um alle für die ambulante Pflege relevanten pflegerischen Tätigkeiten darin zu verankern. Darüber hinaus sind die Überschriften der Themenfelder für die Pflegekräfte, die keine offizielle Schulung besucht haben, nicht ausreichend, um die Komplexität des Themenfeldes zu erkennen.

Aus Sicht der Pflegedienstleitung hat keine Entbürokratisierung stattgefunden. Für die Pflegekräfte ist in der neuen Pflegedokumentation zu viel Interpretationsspielraum; über Jahre entwickelte praktikable Prozesse als Unterstützung werden verworfen.

„Es ist für mich keine Entbürokratisierung. Es ist für mich auch keine Vereinheitlichung. Es lässt viel mehr Sachen offen als früher, viel mehr Interpretationsspielraum. Und es heißt, es wurde damit begründet, die Fachlichkeit der Pflegenden wieder hervorzuheben und anzuerkennen. Aber ich sage, wir haben doch die letzten zehn Jahre versucht uns überall ein paar Brücken zu bauen, um es den Mitarbeitern ein bisschen einfacher zu machen. Und jetzt haben wir die Brücken praktisch dadurch alle wieder eingerissen.“

Für die Umsetzung der neuen Pflegedokumentation ist eine gewisse Fachkompetenz notwendig, da die Überschriften der Themenfelder viel Spielraum für eigenverantwortliche Dokumentation lassen und nicht jeden abzufragenden Punkt einzeln vorgeben. Das Problem liegt in der Qualifizierung und der Fachkompetenz der Pflegekräfte.

„Für die Pflegekräfte ist es schwer, nur aus den Überschriften der Themenfelder zu erkennen, was sich dahinter verbirgt. [...] Wenn ich früher „Essen und Trinken“ hatte, dann wusste ich, es geht um Essen und Trinken. Da hat jeder eine Vorstellung. Jetzt ist es das Themenfeld „Selbstversorgung“, wo das mit drunter fällt. Das sind schon wieder drei Gedankengänge mehr, was ich da alles im Hinterkopf haben muss. Das hat die normale Schwester nicht.“

„Die Leute, die wir jetzt haben, das sind Dreier- und Viererkandidaten, das sind Leute, die übers Arbeitsamt hier in diese Jobs gesteckt werden, weil sich kein anderer findet. [...] Es muss entsprechend auch einfach und verständlich sein für die Leute.“

Der weitere Gesprächsverlauf zeigt, dass die Pflegedienstleitung den inhaltlichen und strukturellen Unterschied zum vorherigen Dokumentationssystem nicht verinnerlicht hat bzw. dieser nicht vermittelt werden konnte. Folglich sind das Interesse und die Motivation bei den Pflegefachkräften sowie die Qualität deutlich gesunken.

Auf Grund fehlender Informationen und Begründungen in der Pflegedokumentation tritt aus Sicht der Pflegedienstleitung eine Rechtsunsicherheit auf.

„Für mich fehlt in diesem Modell bestimmte Informationen oder Begründungen oder wie ich was mache oder so und dadurch ist für mich die Rechtssicherheit auch nicht unbedingt gegeben.“

Erschwerend kam hinzu, dass das Strukturmodell ungefähr acht Wochen vor der MDK-Prüfung eingeführt wurde und die Prüfung nicht an das Strukturmodell angepasst war. Es gab vor allem Diskussionen zu der Einschätzung von Risiken.

„Der MDK kam und hat uns gesagt: „Wissen Sie was, wie Sie das machen, das ist uns eigentlich egal. Und wo Sie das aufschreiben ist uns auch egal. Aber wir haben unsere Vorgaben und das, was wir wissen möchten und wissen müssen, das müssen wir irgendwo finden.“ [...] Da haben wir festgestellt, dass sie mit diesem Bogen und dem Maßnahmenplan viele Dinge halt nicht finden, so wie sie sich das wünschen. Die haben dann auch mit mir rumgezankt wegen dieser fachlichen Einschätzung der Risiken und Phänomene.“

Folglich wird nun die Pflegeplanung wie vor der Umstellung auf das Strukturmodell angefertigt. Zusätzlich wird die Strukturierte Informationssammlung als Aufnahmebogen verwendet.

„Wir schreiben alle ordentlich unsere Pflegeplanung, wie wir das bis jetzt gemacht haben und nutzen diesen SIS-Bogen sozusagen als Aufnahmebogen, weil ich bis jetzt noch keinen perfekten Aufnahmebogen im Vorfeld gehabt habe. Und für eine Erstaufnahme für den Patienten, wenn ich den nicht kenne, finde ich den Bogen recht gut.“

Insgesamt betrachtet, gab es mehrere Faktoren, die zur Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem führten. Neben Verständnisproblemen konnten offene Fragen nicht zufriedenstellend geklärt werden. Vor allem die mangelnde fachliche Kompetenz des Personals erschwerte die Umsetzung, wobei nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einer Schulung teilgenommen haben. Darüber hinaus wurden schlechte Erfahrungen bei der MDK-Begutachtung gesammelt.

6.1.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen in den teilnehmenden Einrichtungen

An der standardisierten Befragung der EvaSIS-Studie beteiligten sich 452 ambulante und 510 vollstationäre Pflegeeinrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet, die das Strukturmodell mehrheitlich bereits für mehr als 90 % der versorgten Pflegebedürftigen seit durchschnittlich elf bis zwölf Monaten umsetzen. Die Mehrzahl der Pflegeheime befindet sich in freigemeinnütziger, die Mehrzahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft. Im kleinsten Pflegeheim lebten weniger als zehn im größten über 300 Pflegebedürftige. Die Pflegedienste versorgten durchschnittlich 191 Personen (Median 128). Im Vergleich zu den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Zahlen für die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland waren in der EvaSIS-Studie proportional eher größere Einrichtungen vertreten.

Der durchschnittliche geschätzte Zeitaufwand, für die Koordination der Einführung des Strukturmodells betrug in den Pflegeheimen 192 (Median 80) Stunden, in den Pflegediensten 183 (Median 72) Stunden. Für die Schulung der Anwendergruppe wurden pro Mitarbeiterin/Mitarbeiter 51 Stunden (Pflegeheime, Median 20) und 49 Stunden (Pflegetdienste, Median 18) angegeben. Pflegeheime und Pflegedienste bewerteten den mit der Umstellung einhergehenden Zeitaufwand als hoch. Etwa 40 % der Einrichtungen entschieden sich dafür, bei der Einführung von Beginn an die Dokumentation für alle Pflegebedürftigen anzupassen. Ein weiteres Drittel der Einrichtungen in beiden Settings wendete das Strukturmodell anfangs nur für neu aufgenommene Personen an. Jedes fünfte Pflegeheim und knapp 11 % der Pflegedienste stellten zunächst nur einen ausgewählten Teil der Einrichtung um.

Knapp ein Viertel der Pflegedienste und 15 % der Pflegeheime nutzten ausschließlich ein papierbasiertes Dokumentationssystem. Ausnahmslos EDV-basiert dokumentierten 44,7 % der Pflegeheime und 3,6 % der Pflegedienste. Die Dokumentenanalyse (n=104) ergab, dass eine Mischung aus papier- und EDV-basierter Dokumentation am häufigsten (67,3 %) genutzt wird. Eine reine papierbasierte Dokumentation erfolgt dagegen am seltensten (13,5 %). Sowohl Pflegeheime als auch Pflegedienste dokumentierten den Pflegeprozess vor Einführung des Strukturmodells mehrheitlich entlang des AEDL-Modells nach Krohwinkel. Pflegeheime und Pflegedienste berichten nach der Einführung, unabhängig von dem in der Einrichtung verwendeten Dokumentationssystem (EDV-basiert, papierbasiert, Mischform) von einem Zeitersparnis für die Pflegedokumentation. Weiterhin genutzte Zusatzmodule umfassen u.a. (Risiko-)Assessments, Biografie- und Beratungsbögen sowie die Dokumentation der sozialen Betreuung/des begleitenden Dienstes nach § 87b SGB XI. Obwohl die neue Pflegedokumentation in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen als Kommunikationsgrundlage genutzt wird, geben hohe Anteile von Pflege(fach-)kräften an, das Strukturmodell selten oder nie bei Übergaben oder im Rahmen von Team-, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten zu nutzen. Laut der Fokusgruppen finden insgesamt zum einen eine gesteigerte inter-/ multidisziplinäre Kommunikation und zum anderen intensivere Gespräche mit der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen

oder Betreuerinnen und Betreuern statt. Dienstbesprechungen finden hingegen seltener bzw. in größeren Abständen statt, da es nun ausreicht kurze und knappe Informationen über die Dokumentation der pflegebedürftigen Person zu übermitteln.

71 % der Pflegeheime und 59 % der Pflegedienste setzen das Strukturmodell Software-basiert um und greifen auf ein heterogenes Angebot an EDV-basierten Pflegedokumentationssystemen zurück. Sowohl die Pflegeheime als auch die Pflegedienste hatten in Absprache mit dem Software-Hersteller Modifikationen zum Strukturmodell vorgenommen. Etwa jede fünfte vollstationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung hatte eine Veränderung der MUSS-Kriterien (Kriterien der Kategorie A) in der Maßnahmenplanung und Evaluation vorgenommen. Ebenso wurden Veränderungen in der SIS® in beiden Settings beschrieben.

An der standardisierten Befragung nahmen zudem 85 vollstationäre Pflegeeinrichtungen und 99 ambulante Pflegeeinrichtungen teil, die das Strukturmodell nicht anwendeten. Fehlende Zeit- und Personalressourcen stellen sowohl für vollstationäre als auch ambulante Pflegeeinrichtungen die am häufigsten benannten Gründe dar, sich gegen die Einführung des Strukturmodells zu entscheiden. Die Gründe für eine Abkehr vom Strukturmodell nach dessen Erprobung sind einrichtungsintern individuell verschieden, weisen jedoch auf einen Informations- und Schulungsbedarf hin. Beispielsweise wenn es darum geht, die Vereinbarkeit der Module des NBA mit dem Strukturmodell oder den Umgang mit externen Qualitätsprüfungen zu verdeutlichen.

Diese Ergebnisse der standardisierten Befragung wurden weitgehend durch die Ergebnisse der neun Fokusgruppen und vier Telefoninterviews sowie der Dokumentenanalysen bestätigt.

6.2 Praktikabilität

6.2.1 Erstellung der Strukturierten Informationssammlung SIS® in der stationären und der ambulanten Pflege

Die drei Bestandteile der SIS® (1. die Erfassung von Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege- und Hilfebedarfen aus der Sicht der pflegebedürftigen Person, 2. die fachliche Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs und 3. die Risikoeinschätzung (Risikomatrix)) waren daraufhin zu prüfen, wie sich die SIS® in der Praxis bewährt und ob diese alle relevanten Informationen zur Situation der pflegebedürftigen Person erfasst und vorhält.

Laut Dokumentenanalyse nutzen alle Pflegeheime, die das Strukturmodell verwenden (n=25), und alle Pflegedienste (n=29) die vorgegebenen Themenfelder der SIS®. Nur in Einzelfällen werden Themenfelder frei gelassen. In fast allen Dokumentationen – unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder stationäre Einrichtung handelt – wurden Zitate der pflegebedürftigen Person in der Kopfzeile notiert (Langfassung; n=11).

Zeitaufwand für die Erstellung der SIS®

In Tabelle 8 und den nachstehenden Erläuterungen unter Abschnitt 6.1.2 ist der geschätzte Zeitaufwand der vollständigen Pflegedokumentation, das heißt die Erarbeitung der SIS®, der Risikomatrix, des Maßnahmenplans und des Pflegeberichts bereits dargestellt

Ebenso wie in der standardisierten Befragung wurde der Zeitaufwand für die Erstellung der SIS® von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen sehr unterschiedlich eingeschätzt: Die Zeitangaben variierten von zwei bis drei Stunden bis hin zu einem Arbeitstag. Wenig überraschend wird der Zeitaufwand zu Beginn der Umstellung höher eingeschätzt und verkürzt sich durch die tägliche Dokumentationsroutine.

In den Fokusgruppen wurde häufig erwähnt, dass die SIS® nach 24 Stunden vollständig sein sollte, sodass die Pflege(fach-)kräfte Informationen zu der pflegebedürftigen Person nachlesen können. Nach einrichtungsinternen Regelungen besteht jedoch die Option, die SIS® in einem Zeitraum von bis zu zwei Wochen zu vervollständigen.

„Also wir haben schon gesagt, erst mal nach vierundzwanzig Stunden soll die SIS® stehen, dass was zum Nachlesen da ist. Aber wir wissen auch, dass es in der Praxis so nicht umsetzbar ist in dem Moment, dass die Mitarbeiter animiert sind einfach erst mal etwas zu schreiben und dass sie sich nicht denken "wir haben noch zwei Wochen Zeit". Und dann vervollständigen die sie selbstständig in der ersten Woche und dann wird der Maßnahmenplan geschrieben.“ (FG6 PDL, Pflegedienst)

Wie bereits in Abschnitt 6.1.2 erläutert, ist die Dokumentation der SIS® ebenfalls abhängig von der Situation der pflegebedürftigen Person, beispielsweise dessen Fähigkeit und Bereitschaft zu kommunizieren:

„Es gibt Bewohner da kann man die ersten zwei, drei Tage nicht wirklich ein Gespräch führen. Die müssen erstmal ankommen, müssen sich selbst mit der Situation auseinandersetzen und da finde ich persönlich ist es immer schwierig dann hinzugehen und in Gedanken diese Fragen durchzugehen. Das braucht schon Zeit. Bis der Bewohner auch dazu bereit ist.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Laut der Pflege(fach-)kräfte werden zudem Zwischenfragen von Angehörigen während des Erstgesprächs als zeitintensiv gewertet.

„Weil die Klienten und deren Angehörigen meistens Zwischenfragen haben und das ist das was am meistens Zeit benötigt.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Außerdem ist die Erstellung der SIS® von den individuellen Fähigkeiten der Pflege(fach-)kraft bei Verwendung von EDV-basierter Dokumentation, beispielsweise der Schreibgeschwindigkeit, abhängig.

„Und dann richtet es sich ja danach wie schnell schreibt man auch. Es gibt ja Kollegen, vielleicht ein sehr junges Team. Sie können wahrscheinlich alle ganz schnell schreiben. Aber wir haben ja in unseren Teams auch Menschen mit dem Zwei-Finger-Such-System.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die Befragten gaben an, dass bei den langjährig versorgten pflegebedürftigen Personen das SIS®-Gespräch schneller geführt werden kann, als bei neuen Personen, da Fragestellungen gezielter formuliert und Informationen teilweise nur ergänzt würden.

Zusammenfassend kann die pflegebedürftige Person in der SIS® gut abgebildet werden, jedoch wird ein unterschiedlicher Zeitrahmen für die Erstellung benannt. Dieser ist abhängig von der Pflege(fach-)kraft selbst oder der pflegebedürftigen Person.

Erstellung der SIS® für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Über die Hälfte der anwendenden Pflegefachkräfte in den Pflegediensten (58,6 %, 327 Personen) und 46,9 % (421 Personen) in den Pflegeheimen gaben in der ersten Befragung an, dass die **Erstellung der SIS® für Menschen mit kognitiven Einschränkungen** immer oder oft schwierig sei. Um dieser Problematik zu begegnen, greifen sie auf verschiedene Lösungsstrategien zurück (Tabelle 14).

Tabelle 14: Erstellung der SIS® für Menschen mit kognitiven Einschränkungen – Lösungsstrategien der Pflegefachkräfte, postalische Befragung Pflegefachkräfte t1. Freitextantworten, fünf häufigste Kategorien

Beschriebene Lösungsstrategie	Pflegeheime	Pflegedienste
Rücksprache mit Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer/Ärzte)	32,4 %	47,3 %
Fall- und Teambesprechungen/Beratung mit Kollegen/ Vorgesetzten/ Rücksprache mit QM	33,7 %	25,4 %
Beobachtung der pflegebedürftigen Person	14,0 %	9,0 %
Sich mehr auf die pflegebedürftige Person einlassen (zeitlich/strategisch)	3,9 %	3,4 %
Fokus Beschreibung der Einschränkungen und Ressourcen, persönliche Aussagen rücken in den Hintergrund	3,8 %	2,7 %
Anzahl gesamt	513	360

Die Pflegefachkräfte in den vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen setzen sowohl auf den kollegialen Austausch als auch auf den Einbezug von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, wobei den Angehörigen als Informationsquelle in den Pflegediensten eine prominentere Rolle zugeschrieben wird als in den Pflegeheimen. Für beide Settings wird beschrieben, dass ein längerer Zeitraum der Beobachtung (in der Regel über eine Woche und unterschiedliche Dienst- und Tageszeiten hinweg) für die Einträge in der SIS® benötigt wird. Die Beiträge in den Fokusgruppen verdeutlichen die Problematik des zu führenden Gespräches mit Menschen mit Demenz. Pflege(fach-)kräfte äußerten explizit, dass dies nicht einfach zu führen ist, „egal ob mit oder ohne Angehörigen.“. Jedoch kann das Gespräch durch Informationen von Angehörigen oder Betreuenden erleichtert werden.

„Wenn ich merke das hat keinen Sinn, dann stoppe ich auch das Gespräch, dann bringe ich das zu Ende und dann wird mit den Angehörigen gesprochen. Weil irgendwo muss ich ja die Informationen herkriegern.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Laut der Befragten stellt das Erstgespräch eine Herausforderung dar, wenn es keine Angehörigen oder Betreuer gibt oder diese nicht anwesend sind. Weiterhin wurde gesagt, dass der Zeitpunkt des Erstgesprächs nun intensiver bzw. bewusster geplant werden müsse.

„Es ist nicht so ganz einfach. Dazu musst du jetzt einen Zeitrahmen finden für dieses Erstgespräch, was es nicht immer bekommt und früher habe ich über vierzehn Tage irgendwie immer diese Informationen gesammelt, auch von den Angehörigen. Wir bekommen in letzter Zeit die Bewohner mit denen man nicht kommunizieren kann, die Bewohner kommen ohne Begleitung. [...] Dass man halt manche Infos gar nicht bekommen kann, weil die einfach schon zu fortgeschritten sind in ihrer Demenz.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Auch versuchen die Pflege(fach-)kräfte, viele Informationen über Emotionen, Mimik und Gestik der zu pflegenden Person zu erfahren, um die SIS® vervollständigen zu können.

„Weil ich glaube man erfährt viel mehr von Dementen zum Beispiel über die Emotionen, [...] Mimik und Gestik [...] die kann man natürlich auch aufschreiben aber das ist trotzdem wieder eine Interpretation.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Widersprüchliche Aussagen der Pflegbedürftigen stellen eine weitere Problematik dar.

„Ich führe ein SIS®-Gespräch. Tippe das in den PC. Leite meine Maßnahmen ab und nach drei Tagen stellte ich fest, er hat gesagt "ich bin immer ein Langschläfer, ich schlafe immer lang" und turnt mir jeden Morgen um fünf Uhr über den Wohnbereich. Dann habe ich mich hinterher auch gefragt, warum hast du dich eigentlich dahin gesetzt, hast eine dreiviertel Stunde erzählt, Maßnahmen geplant, die du jetzt wieder hinten überkippen kannst und jetzt fängt das Spielchen wieder an.“

(FG1 PFK, Pflegeheim)

Nach den ersten gesammelten Erfahrungen mit dem Erstgespräch bei Menschen mit Demenz wurden einrichtungsintern Optionen gefunden, um genügend Informationen zu der pflegebedürftigen Person zu sammeln. Beispielsweise wird dieser, wie bereits vorausgehend angeführt, intensiv beobachtet. Optional wird die SIS® während des Erstgesprächs *„[...] abgebrochen und der Bewohner wird dann 14 Tage beobachtet. Das macht dann vielleicht eher Sinn sich darauf einzustellen, dass es eben ein Prozess ist, der vierzehn Tage dauern kann.“* (FG1 PFK, Pflegeheim) Ein weiterer Grund dafür, die SIS® über einen längeren Zeitraum „offen“ zu lassen, besteht darin, dass zusätzlich Informationen von den Angehörigen und/oder Betreuerinnen oder Betreuern gesammelt werden können.

„Du bekommst Informationen dann irgendwann doch vielleicht über dritte noch, über Angehörige die dann irgendwann dazu kommen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Ein zusätzlicher Hinweis aus den Fokusgruppendifkussionen bezieht sich auf das Auftreten von weiteren alltäglichen Besonderheiten. Diese können gegebenenfalls in einem Teil der Maßnahmenplanung für Besonderheiten untergebracht werden. Dies trifft eben vor allem Menschen mit Demenz zu.

*„Ich kann fast alle Situationen in die einzelnen Themenfelder bringen und erfassen. Ich hab ja dann auch noch diesen Besonderheiten-Teil in der Maßnahmenplanung wo nochmal, dass was ich vielleicht nicht unbedingt in der SIS® reinbekomme, da gleich vorneweg hab. Weil es halt in alltäglichen Besonderheiten, gerade bei demen-
ten Menschen, die ich da noch mal mit reinbringen kann.“*

(FG2 PFK, Pflegeheim)

Hinweise auf Konkretisierungs- und Anpassungsbedarfe sowie zum Qualifikationsbedarf des Pflegepersonals

Aus den Fokusgruppendifkussionen gehen zum einen Kritikpunkte und zum anderen Vorschläge zur Anpassung und Überarbeitung der Struktur und dem inhaltlichen Aufbau der SIS® hervor. Für die benannten Vorschläge gab es parallel Gegenargumente. Dies zeigt wie heterogen die Meinungen der Befragten sind.

Gefordert wird die **Vergrößerung der Themenfelder**, da je nach Individualität der pflegebedürftigen Person vereinzelt zu wenig Platz zum Dokumentieren vorhanden ist. Insbesondere das Themenfeld „Mobilität und Beweglichkeit“ der SIS® sollte vergrößert werden. Besonders relevant ist dies für spezielle pflegebedürftige Personen wie Schlaganfallpatienten.

„Schlaganfallpatienten [...] da reicht das Themenfeld Mobilität nicht aus, da der pflegebedürftige Patient hier die meisten Probleme hat. In dem Bereich Mobilität, da hat er eben fast alles. Kann er laufen, kann er aufstehen [...]. Und seine Diagnosen sind eben alle darauf basiert.“ (FG10 PFK, Pflegedienst)

Nachfolgend ein Gegenargument zur Vergrößerung der Themenfelder. Die Dokumentation soll kurz und knapp erfolgen. Dies einzuhalten ist die Aufgabe des Pflegepersonals.

„Ich bin eigentlich froh, dass es so ist, wie es ist. Weil ich finde, da wird jeder gezwungen wirklich kurz zu schreiben. Es gibt immer also bestimmte Themenfelder, bestimmte Bewohner, wo es wirklich dann knapp ist, aber dann müssen sie sich irgendwas einfallen lassen in dem Fall.“

(FG4 PDL, Pflegeheim)

Erwünscht ist auch die **Wiedereinführung der Versionierung der SIS®** bei Erst- oder Folgegesprächen, um die Kontinuität nachverfolgen zu können.

„Das wieder einzuführen fände ich gut, dann kann man wenigstens die Kontinuität nachverfolgen. Klar, man kann es anhand des Datums nachverfolgen, man kann auch selber handschriftlich eins, zwei draufschreiben, aber wenn es schon auf Papier ist, dann kann man es auch ankreuzen.“

(FG4 PDL, Pflegeheim)

„Wir dürfen ja nicht nur an jetzt denken, wir müssen ja auch ein bisschen an die Zukunft und auch an die Mitarbeitenden denken. Nicht jeder wird mit einer SIS® klarkommen, wo dann nur ein Datum draufsteht. Wir kennen auch Bewohner, die haben drei, vier Beiakten, da heftet mal der eine irgendwo was anderes ein, da findet man das nicht mehr, dann schreibt der nicht mal die Nummer drauf, dann ist das Datum verkehrt, weil er mit der Maus, oder was auch immer, nicht klarkommt.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Ein Gegenargument zur Wiedereinführung der Versionierung lautet:

„Aber letztendlich hat man auch das Folgegespräch über die Pflegevisite. Von daher, denke ich, ist es nicht notwendig.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Vereinzelt wurde benannt, dass den Pflege(fach-)kräften die **Informationen zur Biografie** der pflegebedürftigen Person fehlen.

„Dass was ich vermisse, was mir fehlt, in dem alten Programm war doch ziemlich viel über die Biografien. Man weiß was einen erwartet, worauf man achten muss. In der SIS® steht nur da geboren, verwitwet oder verheiratet, welcher Name und vielleicht noch der Beruf, mehr nicht. Das fehlt mir in der SIS®.“

(FG1 PFK, Pflegeheim)

Im Gegensatz dazu schätzt eine weitere Pflege(fach-)kraft die biografischen Daten als lebendig ein und dass diese Daten in der SIS® gut zu dokumentieren sind.

„Ich denke das sind so Grundlagen, die früher in der Biografie wichtig waren. Aber ob ich jetzt Rösche trage oder Pudding oder Fleisch mag, das bekomme ich gut in die SIS® rein und wenn sich das für mich verändert oder ich als Fachkraft stelle fest das verändert sich dann lebt auch die Biografie und das hat sie vorher nicht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Auch der SIS® gelingt es nicht gut, non-verbale Kommunikationsinhalte und in der Interaktion vermittelte Emotionen der pflegebedürftigen Person zu erfassen.

„Also ich finde die SIS® erfasst bei weitem nicht alles aber das hat auch vorher noch kein anderer geschafft. Weil ich finde die emotionale Ebene ist eine viel wichtigere als vielleicht das gesagte Wort.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Anhand der Fokusgruppen und Telefoninterviews wurde festgestellt, dass das Pflegepersonal zum Teil damit überfragt ist, an welcher Stelle gewisse Informationen oder Hinweise notiert werden sollen. Bei diesen handelt es sich aus deren Sicht um **relevante Anmerkungen, die es unbedingt zu dokumentieren gilt und die zudem auf einen Blick erkennbar sein sollten**. Beispielsweise der Verweis auf eine pflegebedürftige Person mit einem MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) oder das Dokumentieren der Vitalwerte.

„In der SIS® wäre gut, wenn jetzt die Erstaufnahmedaten wie Blutdruck, Puls, Größe, Gewicht, BMI da gleich drin steht. Das man immer die Ausgangssituation hat.“

(FG7 PDL, Pflegedienst)

In der Fokusgruppe der Heimaufsicht wurde kritisiert, dass die **Behandlungspflege** in der SIS® keine Berücksichtigung findet und dies in der Praxis zum Teil zu Missverständnissen führte. Fälschlicherweise sahen Pflege(fach-)kräfte einige Handlungen nun nicht mehr als notwendig an und dokumentierten diese somit nicht mehr, wie beispielweise die Gewichtsermittlung.

„Mit den Gewichtserhebungen, also so Ernährungszustand, das ist tatsächlich, hab ich auch mitbekommen: „Ja, wir müssen ja nicht mehr wiegen!“ „Ja, wie stellen Sie dann irgendwie den Ernährungszustand fest? Sie brauchen irgendein messbares Ergebnis. Nur an Kleidung oder Oberarmmessung“ Ja, da haben sie halt gestutzt, also da gab es schon so ein bisschen Unsicherheiten.“ (FG3 Heimaufsicht)

6.2.2 Erstellung der Risiko-Matrix

Bei der Übertragung der in den Themenfeldern der SIS® dokumentierten Bewertung pflegerischer Risikobereiche in die Risikomatrix zeigt sich nach Auskunft der anwendenden Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t₁ in gut einem Drittel der vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtung eine Abweichung von dem in den Themenfeldern beschriebenen Risiko: 23,5 % der Befragten in den Pflegeheimen und 20,3 % in den Pflegediensten geben an, dass in der Risikomatrix zumeist höhere Risiken als in der SIS® beschrieben sind. 11,1 % (Pflegeheime) bzw. 10,7 % (Pflegedienste) weisen auf das Gegenteil hin – in der SIS® sind meist höhere Risiken beschrieben als in der Risikomatrix (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Veränderung der Bewertung der Risiken bei Übertragung von den Themenfeldern der SIS® in die Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste
Ändert sich die Bewertung der Risiken, wenn diese von den Themenfeldern der SIS® in die Risikomatrix übertragen werden?	Es gibt keine Veränderung der Bewertung	56,3 %	58,2 %
	In der Risikomatrix sind meist höhere Risiken beschrieben als in der SIS®	23,5 %	20,3 %
	In der SIS® sind meist höhere Risiken beschrieben als in der Risikomatrix	11,1 %	10,7 %
	fehlend	9,2 %	10,8 %
Anzahl gesamt		904	581

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurde untersucht, ob ein Assessment vorliegt, wenn bei einem bestehenden Risiko das Feld „weitere Einschätzung notwendig“ mit „ja“ angekreuzt wurde – dies ist ungefähr bei der Hälfte der untersuchten Pflegedokumentationen der Fall, wobei kein Unterschied zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen beobachtet wurde; allerdings ist die Fallzahl mit 9 Dokumentationen nur bedingt aussagekräftig.

Im Rahmen der ersten postalischen Befragung der Pflegefachkräfte gab die überwiegende Mehrheit, nämlich knapp drei Viertel der Antwortenden in den Pflegeheimen beziehungsweise

gut zwei Drittel der Antwortenden in den Pflegediensten, an, dass ihnen die Risikoeinschätzung meistens oder immer leicht fallen würde (Abbildung 13). Andererseits gaben ein Viertel der Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen und knapp ein Drittel in den Pflegediensten an, dass ihnen die Risikoeinschätzung meistens oder immer schwer falle.

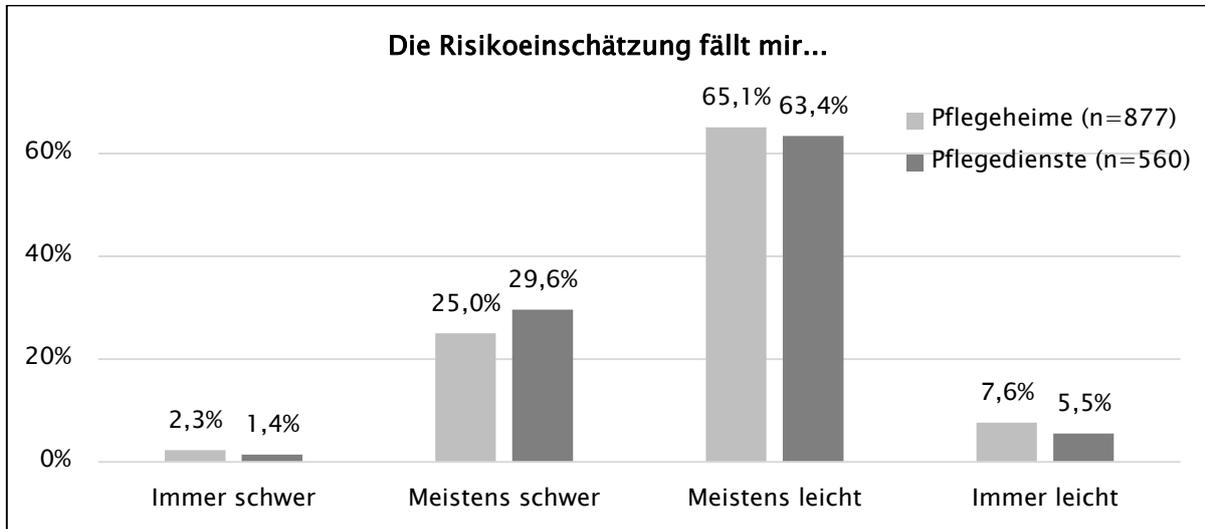


Abbildung 13: Bewertung des Umgangs mit der Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Die anwendenden Pflegefachkräfte bewerteten auch die **Transparenz, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Risikomatrix** zum ersten Erhebungszeitpunkt (Abbildung 14).

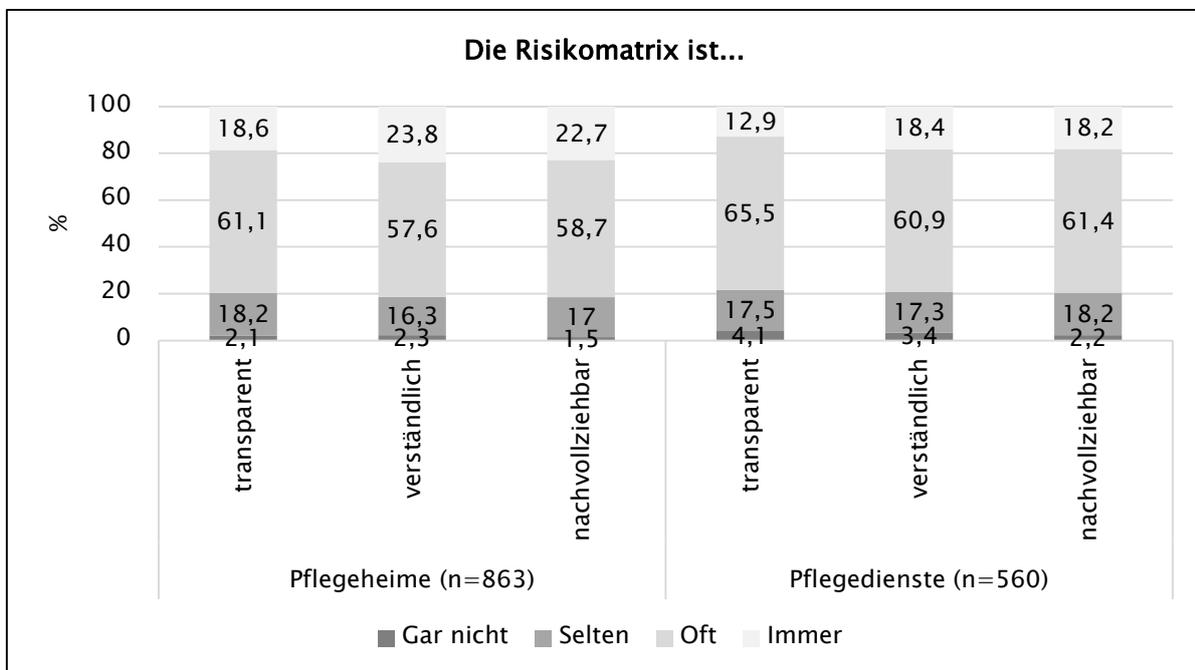


Abbildung 14. Transparenz, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Risikomatrix, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Auffallend ist, dass in Einrichtungen beider Settings etwa ein Fünftel der anwendenden Fachkräfte angeben, dass für sie Transparenz, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Risikomatrix selten oder gar nicht gegeben sind.

Die Fokusgruppen zeigten zudem, dass die ausgefüllte Risikomatrix nicht immer nachvollziehbar ist und dass auch das Ausfüllen der Risikomatrix die pflegfachliche Kompetenz des Personals erfordert.

„Beim Ankreuzen der Risikomatrix kommt immer wieder dann das Thema auf: Okay, ich habe im Themenfeld 2 etwas zur Sturzgefahr geschrieben und kreuze dann auch an, dass er sturzgefährdet ist. Und dann kommt: Ach, bei Themenfeld 1 kognitiv-kommunikative Fähigkeiten mache ich auch eins. Und dann frage ich immer: 'Was steht denn da? Wo steht denn da was zu dem Thema?' – 'Ja, aber der ist ja nicht orientiert'. Ja, aber nicht jeder desorientierte Mensch ist ja automatisch sturzgefährdet. So dass die automatisch manchmal dann sagen 'Dann ist er automatisch 1. Das kommt bei einzelnen Mitarbeitern dann so vor, wo dann auch das Fachliche mal auftaucht um das zu thematisieren.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Insgesamt wurde die Risikomatrix von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen eher negativ bewertet. Für die Pflege(fach-)kräfte ist die Anwendung der Risikomatrix zum Teil zu kompliziert, unverständlich und überflüssig. Dies hat zur Folge, dass sie fehlerhaft oder komplett falsch angewendet wird. Die Pflege(-fach)kräfte sind sich beispielsweise unsicher beim Ankreuzen der freien Felder. Als schwierig einschätzbar wurde das Themenfeld fünf benannt.

„Ich finde, das [Ausfüllen der Risikomatrix] ist sehr verwirrend.“
(FG6 PFK, Pflegedienst)

„Das verstehen wir manchmal überhaupt nicht.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Die Anwendung der Risikomatrix in allen fünf Themenfeldern wird teilweise als überflüssig angesehen. In einer anderen Aussage wird dies lediglich als Nachweis angesehen. Die pflegerische Tätigkeit wird im Vergleich zum Ausfüllen der Risikomatrix als wichtiger bewertet.

„Ich finde es Quatsch in allen fünf Themenfeldern, da in dem Bereich besteht ein Problem oder nein und weitere Einschätzungen und so weiter. Die Themenfelder sollte man weglassen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

„Das Einzige, was vielleicht Sinn macht ist das Papier, wenn ich es ausgefüllt habe [...]. Es ist mein Nachweis, dass ich es gemacht habe.“
(FG8 PFK, Pflegedienst)

In der Dokumentenanalyse zeigte sich jedoch, dass die Risikomatrix bei nahezu allen Pflegedokumentationen, die mit dem Strukturmodell arbeiten, konsequent (jedes notwendige Feld ist korrekt ausgefüllt und ggfs. ist ein Hinweis auf weitere Einschätzungen enthalten) ausgefüllt wurde (Abbildung 15). In stationären Einrichtungen wird die Risikomatrix konsequenter ausgefüllt als im ambulanten Bereich.

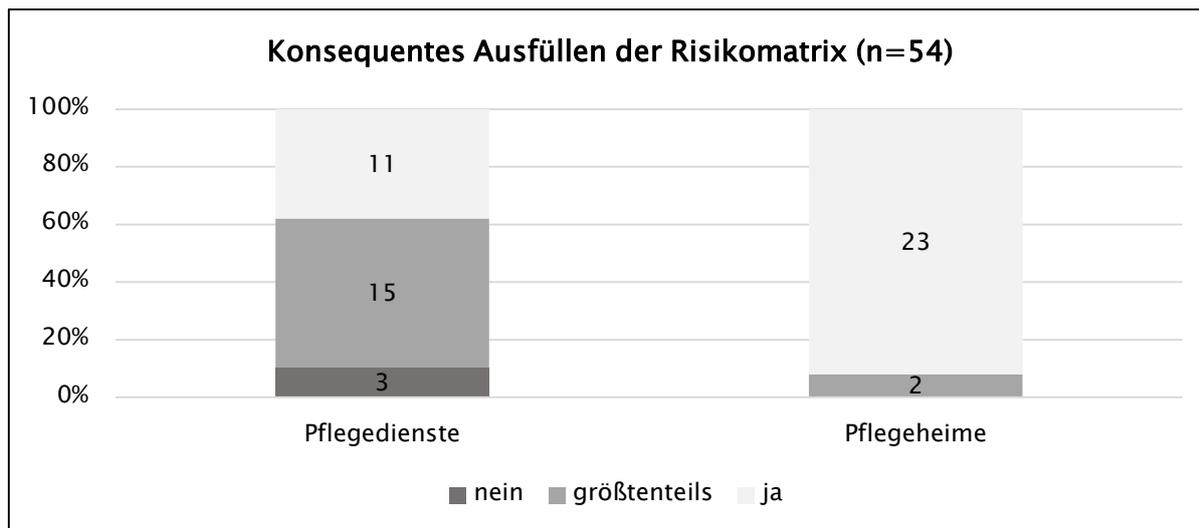


Abbildung 15: Konsequentes Ausfüllen der Risikomatrix, Dokumentenanalyse

Bei acht von elf in der Langfassung untersuchten Pflegedokumentationen waren alle in den Themenfeldern der SIS® beschriebenen Risiken auch in der Risikomatrix enthalten. Ebenso wurden in acht von elf Pflegedokumentationen alle in der Risikomatrix beschriebenen Risiken in den Themenfeldern der SIS® dokumentiert und ein Bezug hergestellt.

Weiterhin wurde in den Fokusgruppen das Feld „Sonstiges“ der Risikomatrix hinsichtlich der Relevanz hinterfragt.

„Diese Sonstige da, da packst du doch alles rein [...] wozu ... braucht man so etwas (überhaupt)?“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Für das Feld „Sonstiges“ gibt es vereinzelt einrichtungsintern festgelegte Anweisungen, was an dieser Stelle notiert werden darf.

„Bei der Risikomatrix ist bei den Sonstigen, war ja am Anfang so dieses 'Ah, dann nehme ich das für alle Prophylaxen die dann eben eventuell mal auftauchen'. Aber dann muss man auch thematisieren, dass es dafür ja nicht ist. Und wir haben es für uns jetzt in unserer Einrichtung geregelt, dass wir dieses Feld nur ankreuzen, wenn das Thema Sucht im Alter auftaucht.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Bei allen in der Dokumentenanalyse untersuchten Pflegedokumentationen wurde das Feld „Sonstiges“ auf eine Spalte begrenzt (n=53). Hier wurde beispielsweise Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen oder Pneumonierisiko, aber nicht Polypharmazie oder Suizidversuch notiert.

Das Ausfüllen der Risikomatrix erfolgt seitens der Pflege(fach-)kräfte nicht immer zugunsten der pflegebedürftigen Person. Dies geschieht vielmehr als Nachweispflicht. An dieser Einstellung muss laut Pflege(fach-)kraft etwas geändert werden und nicht an der Risikomatrix an sich.

„Also bei den meisten Fachkräften sehe ich, die werden doch nicht dafür ausgefüllt, um dem Bewohner zu helfen. Die werden dafür ausgefüllt damit der Chef Ruhe

gibt. Und ich finde das sollte sich mal vielleicht in den Köpfen der Altenpfleger ändern. Ich glaube das hat viel mehr damit zu tun, was in unseren Köpfen als Pfleger vorgeht, als das, was Leute jetzt nun gerade auf dem Papier entwickeln. Ich glaube wir müssen viel mehr an uns arbeiten, als dass was an der SIS® getan werden muss.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die Rückkopplung zwischen Themenfeldern und Risikomatrix wird aus Sicht der Pflegedienstleitung positiv bewertet. Relevant ist diese Rückkopplung für den PDCA-Zyklus im Rahmen des Qualitätsmanagements.

„Ich finde es aber gut, weil es wie so eine Rückkopplung für den PDCA-Zyklus ist. Für die QMB einfach, dass man sagt okay man geht jedes Themenfeld durch, schaut ist da ein Risiko und dann sind einfach die Mitarbeiter noch mal gezwungen oben zu schauen in dem Themenfeld, haben sie was dokumentiert. Was ist das Problem? Oder was ist ... also der Hilfebedarf in dem Themenfeld und dann können sie ja dann spezifisch daraus ihre Maßnahmen ableiten. Und das finde ich gut.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Ebenfalls aus Sicht der Pflegedienstleitungen besteht Schulungsbedarf hinsichtlich der Risikomatrix.

„Und man sieht auch durch die Risikomatrix wo vielleicht auch noch Schulungsbedarf besteht.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
„Es müsste halt mehr geschult werden, dass halt die Handlungssicherheit ist. Und da sind viele Unsicherheiten noch bei den Mitarbeitern.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Unterstützung der direkten Pflege durch die Risikomatrix

Zu der Frage, inwieweit die Risikomatrix Pflege(fach-)kräfte in der Pflege unterstützt, formulierten einige Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer:

„Gar nicht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim; FG8 PFK, Pflegedienst)
„Es guckt auch keiner auf die Matrix.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Dem stehen aber auch positive Aussagen entgegen. So könnten sich Pflege(fach-)kräfte durch die Risikomatrix schneller einen Überblick bezüglich der Probleme und Risiken der pflegebedürftigen Person verschaffen. Dies sei besonders von Vorteil, wenn das Pflegepersonal die zu pflegende Person noch nicht kenne, da kein Lesen langwieriger Texte mehr notwendig sei. Dies wiederum verschafft dem Pflegepersonal Zeit und Übersichtlichkeit, sofern die Risikomatrix richtig ausgefüllt ist.

„Ich schlage die SIS® auf und es ist für mich natürlich einfacher auf die Matrix zu gucken und zu sagen "okay der Bewohner hat da und da ein Problem", jetzt gucke ich in die Maßnahmenplanung rein, was ist geplant? Dann unterstützt sie mich.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

„Wenn ich als neuer Mitarbeiter gucke. Ich komme und die SIS® ist in der bewohnernahen Dokumentation abgeheftet und damit ich nicht den ellenlangen Text lesen muss aus der Themenformulierung, gucke ich auf die Matrix und sehe direkt "oh, der hat einen Dekubitusrisiko und ein Sturzrisiko. Ich muss jetzt in das Zimmer und schaue direkt in die Maßnahmenplanung. Also das ist für mich die einzige Unterstützung der Matrix, dass ich mir schnell einen Überblick über die Risiken verschaffen kann. Sofern sie richtig beurteilt sind.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme

Für die Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, die nicht gesondert in der Risiko-Matrix aufgeführt sind (wie etwa Kontrakturen, Thromboserisiko, Ulcus Cruris oder Pneumonie) haben sich in den Pflegeheimen und in den Pflegediensten unterschiedliche Vorgehensweisen etabliert (Tabelle 16).

Tabelle 16: Umgang mit der Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, (Mehrfachauswahl) postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme	Pflegeheime	Pflegedienste
Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	37,2 %	46,6 %
Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt	39,3 %	38,4 %
Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert	5,9 %	5,3 %
Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt	30,6 %	30,1 %
Anzahl gesamt	904	581

In beiden Settings gibt nur ein geringer Anteil von Pflegefachkräften (5,9 % in den Pflegeheimen, 5,3 % in den Pflegediensten) an, dass diese speziellen Ereignisse mit der Einführung des Strukturmodells nicht mehr dokumentiert werden. Bei allen mit der Langfassung des Erhebungsbogens untersuchten Dokumentationen (n=22) wurden – unabhängig von der Verwendung des Strukturmodells – spezielle pflegerische Probleme dokumentiert (Abbildung 16).

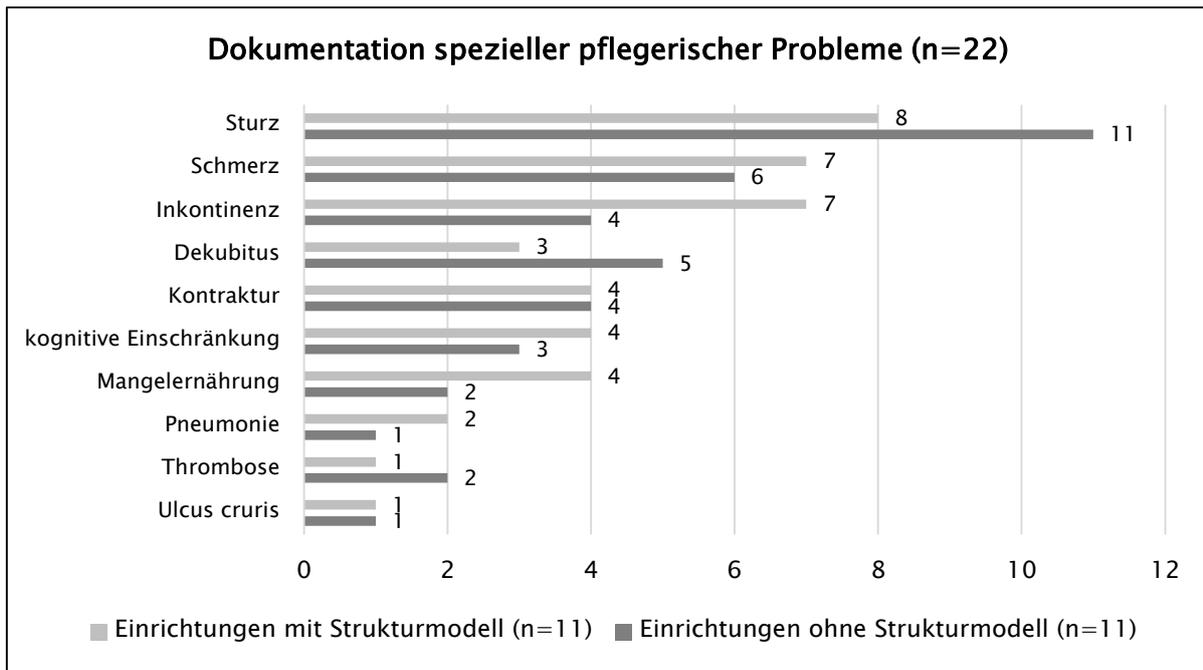


Abbildung 16: Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, Mehrfachnennung, Langversion Dokumentenanalyse

Spezielle pflegerische Probleme sollen bei der Verwendung des Strukturmodells eigentlich in den Themenfeldern der SIS® dokumentiert werden (Beikirch, Nolting & Wipp 2017) – dies wird jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt (Abbildung 17). Bei vier der elf untersuchten Dokumentationen wurde die Risikomatrix verändert – unabhängig von der Einrichtungsform (Langfassung). Dabei wurden zusätzliche Felder zu den Themenfeldern hinzugefügt; bei einer Einrichtung geschah dies allerdings nur in der EDV-Version, die Papierversion blieb unverändert. Zwei stationäre Einrichtungen schränkten die Risikomatrix dahingehend ein, dass nur Kontraktur hinzugefügt werden konnte.

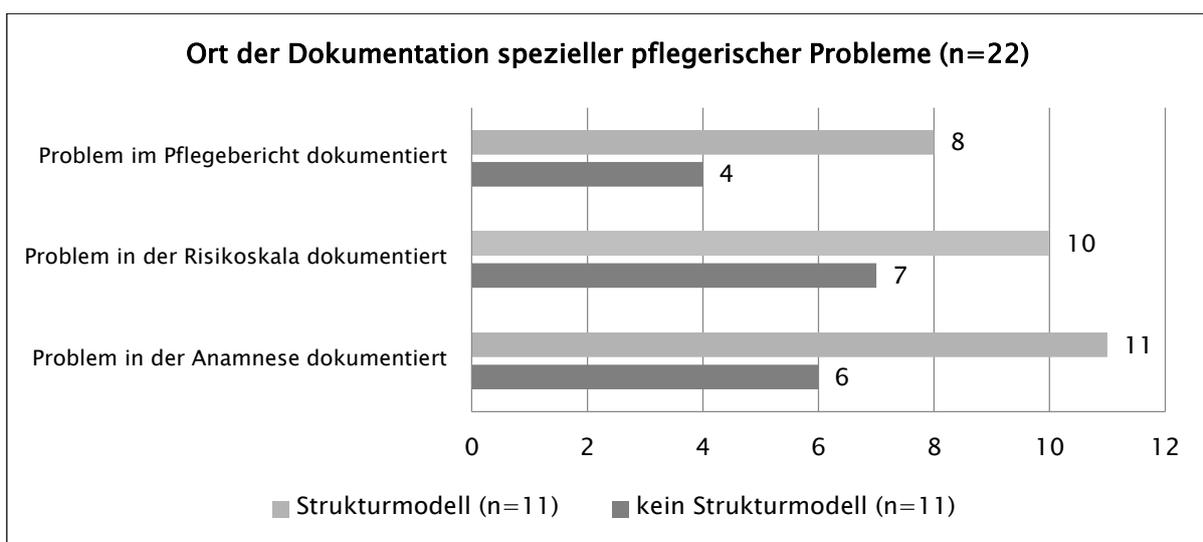


Abbildung 17: Ort der Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme, Mehrfachnennung Langversion, Dokumentenanalyse

Auch in den Fokusgruppen und Telefoninterviews äußerten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Erstellung der Risikomatrix: Laut der Befragten der Fokusgruppen werden die speziellen pflegerischen Probleme in der SIS® unter den entsprechenden Themenfeldern dokumentiert. Beispielsweise werden Kontrakturen den Themenfeldern Mobilität und Beweglichkeit zugeordnet. Thrombose wird in der SIS® unter „[...] *krankheitsbezogene Belastungen als auch in Mobilität und Beweglichkeit, genauso wie in Leben in sozialen Beziehungen.*“ (FG1 PFK, Pflegeheim) dokumentiert. Bei dem pflegerischen Problem der Thrombose ist die Zuordnung zu einem Themenfeld individuell von der pflegebedürftigen Person abhängig. Nicht immer lässt sich ein pflegerisches Problem eindeutig einem Themenfeld zuordnen. In diesem Falle ist die Einschätzung bzw. Zuordnung abhängig von der Fachkompetenz des Pflegepersonals.

„Aber ich finde das könnte in ganz, zum Beispiel Thrombose könnte in ganz vielen Sachen passen und man muss gucken, finde ich individuell, bei welchem Bewohner es jetzt wo ausschlägt.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Bei unzureichender interner Kommunikation über einheitliche Vorgehensweisen kann dies zur Folge haben, dass ein pflegerisches Problem zu unterschiedlichen Themenfeldern zugeordnet wird.

„Aber dieses Stück Kreativität, dass braucht es und da muss man einfach gucken in welchem Themenfeld man das verortet. Und wenn das jemand anders dann anders sieht, dann ist das nur ein Indiz dafür, wie wichtig der Austausch ist. Und dann kommen meistens über den Diskurs noch mal gute Erkenntnisse über den Bewohner.“ (FG 2 PFK, Pflegeheim)

Ebenso ist auch die vorausgehende Risikoeinschätzung durch die Pflege(fach-)kräfte abhängig von deren Fachlichkeit. Wenn beispielsweise erst nach dem Erstgespräch ein Risiko durch die Pflege(fach-)kraft eingeschätzt wird, dann wird dies zunächst im Pflegebericht dokumentiert.

„Wenn es eben erst im späteren Verlauf des Prozesses entsteht, dann würde ich es erstmal im Pflegebericht dokumentieren.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die Pflege(fach-)kräfte gaben an, dass bei einem bestehenden Risiko einer pflegebedürftigen Person nicht in jeder Situation Assessments angewendet werden. Ein Assessment wird beispielsweise genutzt, wenn es sich um einen Schmerzverlauf bei einer instabilen Schmerzsituation handelt. Dabei orientiert sich das Pflegepersonal an dem entsprechenden Expertenstandard (DNQP 2011; DNQP 2015). Aktuelle und gravierende pflegerische Probleme werden in einem Fallprotokoll und anschließend im Maßnahmenplan und Pflegebericht notiert.

„Gott sei Dank nicht. Risiko ist Risiko. Das einzige wo es [das Assessment] noch geführt wird, weil es auch verlangt wird, ist der Schmerz. Also aus den Expertenstandard raus.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

„Aber und jetzt aktuelle Probleme, wenn was ganz Gravierendes ist, dann machen wir Fallprotokolle. Und dann im Berichtsblatt erst mal das dokumentieren. Wenn es dann pflegerelevant ist, dann müssen wir natürlich den Maßnahmenplan ändern.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurde untersucht, ob ein Assessment vorliegt, wenn bei einem bestehenden Risiko das Feld „weitere Einschätzung notwendig“ mit „ja“ angekreuzt wurde – dies ist ungefähr bei der Hälfte der untersuchten Pflegedokumentationen der Fall, wobei kein Unterschied zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen beobachtet wurde; allerdings ist die Fallzahl mit neun Dokumentationen nur bedingt aussagekräftig. Zudem wurde in vier von sechs zutreffenden Dokumentationen bei einem identifizierten Risiko/Phänomen keine „Beratung“ angekreuzt.

In den Fokusgruppen wurden zudem **Probleme bezüglich der Risikomatrix** diskutiert. Seitens der externen Prüfinstanzen werden die meisten Probleme und Unsicherheiten bei der Risikoeinschätzung gesehen.

„Mit der Risikomatrix ist oftmals ein Problem, weil halt das QM noch nicht steht, die haben also keine Assessments worauf die weiterführend zurückgreifen, oder benutzen die Alten, die nicht wirklich passen.“ (FG 3 Heimaufsicht)

„Das kennen die einfach nicht mehr. Die haben ihre Assessments ausgefüllt, haben dann irgendein Risiko festgestellt oder nicht. Aber jetzt zum Ergebnis zu kommen: „Nee, sie hat kein Risiko, weil sie eigentlich [...] mittels Rollator noch mobil ist (-) also eigentlich stürzt sie nicht.“ [...] das war ganz schwierig für die dann festzustellen: „Nee, sie hat eigentlich kein Sturzrisiko“. (FG 3 Heimaufsicht)

Beim „kompensierten Risiko“ bestand nach Aussagen der Prüfinstanzen immer großer Beratungsbedarf.

„Was immer ein Thema war, also auch von den Rückmeldungen von den Prüfern, aber auch von den Leistungserbringern vor Ort, das hat man jetzt ja dann Gott sei Dank auch angepasst, war der Begriff des kompensierten Risikos. Das war immer mit Diskussionen behaftet, wo keiner so genau gewusst hat: Wie geht man jetzt damit um? Was genau verbirgt sich hinter dem Begriff kompensiertes Risiko? Mal ist es kompensiert, mal ist es nicht kompensiert. Da hat man jetzt auch darauf reagiert und den Begriff dann auch rausgenommen.“ (FG5 MDK)

Die Pflege(fach-)kräfte bestätigen diese Aussage des MDK. Der Begriff das „kompensierte Risiko“ wird zum Teil in Einrichtungen noch immer verwendet.

„Das ist dann kompensiert und dann hat er kein Risiko. Doch er hat natürlich trotzdem das Risiko. Auch wenn er es kompensiert. Schreibt man das hin, dass er das kompensiert. Aber es ist trotzdem ein Risiko vorhanden“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

6.2.3 Erstellung des individuellen Pflege- und Maßnahmenplans

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte bestätigten den Pflegefachkräften in der ersten Online-Befragung mehrheitlich (85,6 % (434 Personen) in den Pflegeheimen und 87,2 % (390 Personen) in den Pflegediensten) die notwendige **Fachkompetenz, um aus der SIS® eigenständig einen individuellen Pflege- und Maßnahmenplan zu entwickeln**. 10,3 % (52 Personen) der Teilnehmenden im vollstationären und 9,4 % (42 Personen) im ambulanten Setting verneinten die entsprechende Frage danach während 4,1 % (21 Personen) beziehungsweise 3,4 % (15 Personen) kein Urteil abgaben. Übereinstimmend mit dieser Einschätzung geben über 90 % der anwendenden Pflegefachkräfte in vollstationären und ambulanten Einrichtungen zum ersten Erhebungszeitpunkt an, dass es ihnen oft oder immer gelingt, den individuellen Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS® zu erstellen (Abbildung 18).

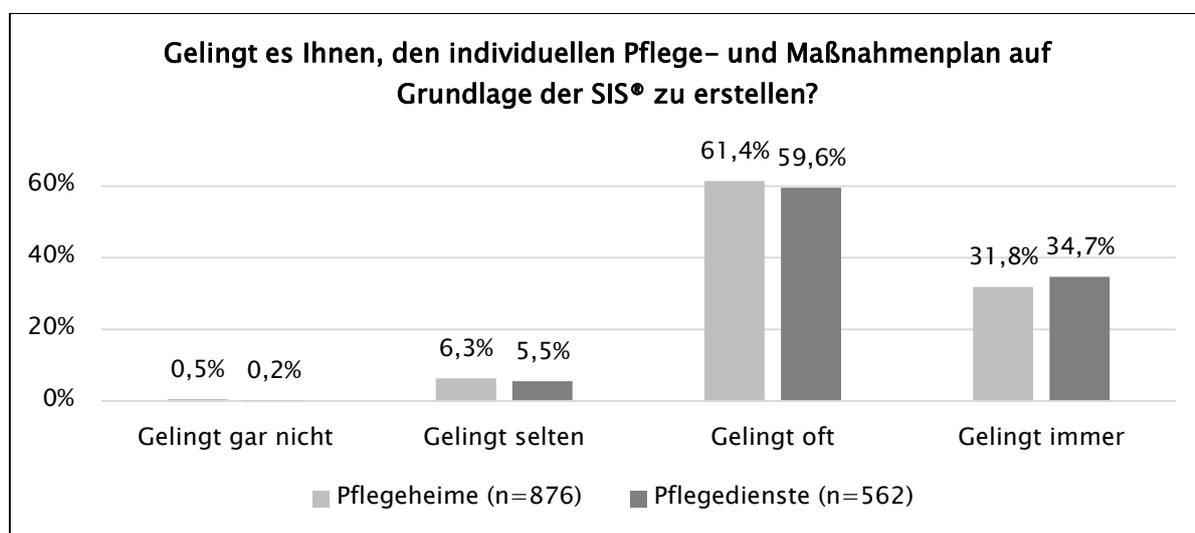


Abbildung 18: Gelingen der Erstellung des individuellen Pflege- und Maßnahmenplans auf Grundlage der SIS®, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Die Dokumentenanalyse zeigte, dass die Maßnahmen weitgehend entsprechend der erfassten Situationseinschätzung geplant werden, was in Einrichtungen mit dem Strukturmodell besser gelingt (Abbildung 19). Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich werden die Maßnahmen weitgehend entsprechend der erfassten Situationseinschätzung geplant, im ambulanten Bereich ist dieser Effekt jedoch deutlicher (Abbildung 20). In den Themenfeldern 1 bis 6 erfolgte – unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt – eine individuelle Situationseinschätzung bei ungefähr der Hälfte der mit der Langfassung des Bewertungsinstrumentes eingeschätzten Dokumentationen.

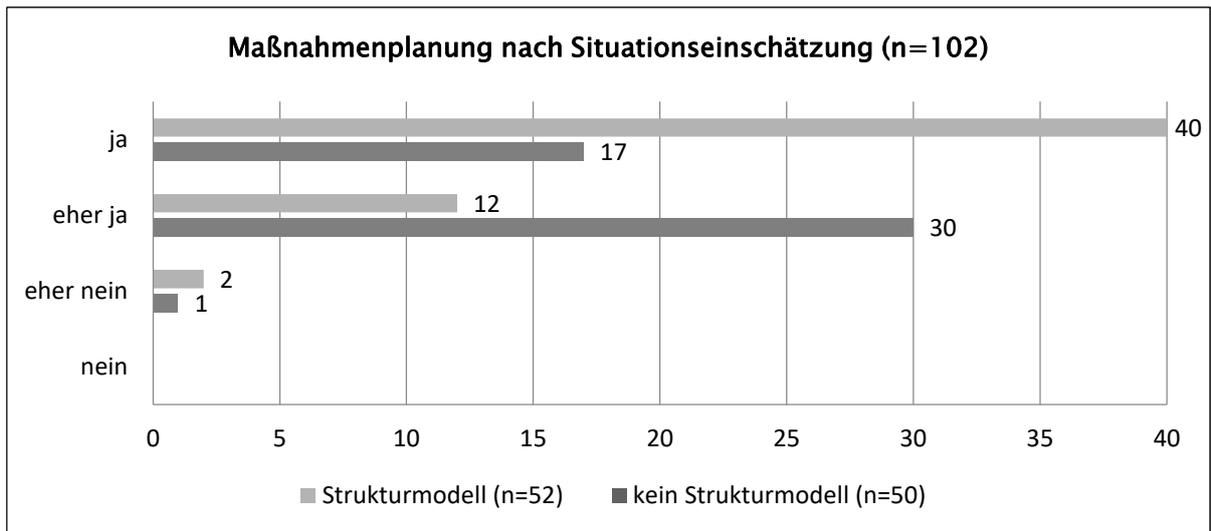


Abbildung 19: Planung der Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung in Einrichtungen mit und ohne Strukturmodell, Dokumentenanalyse

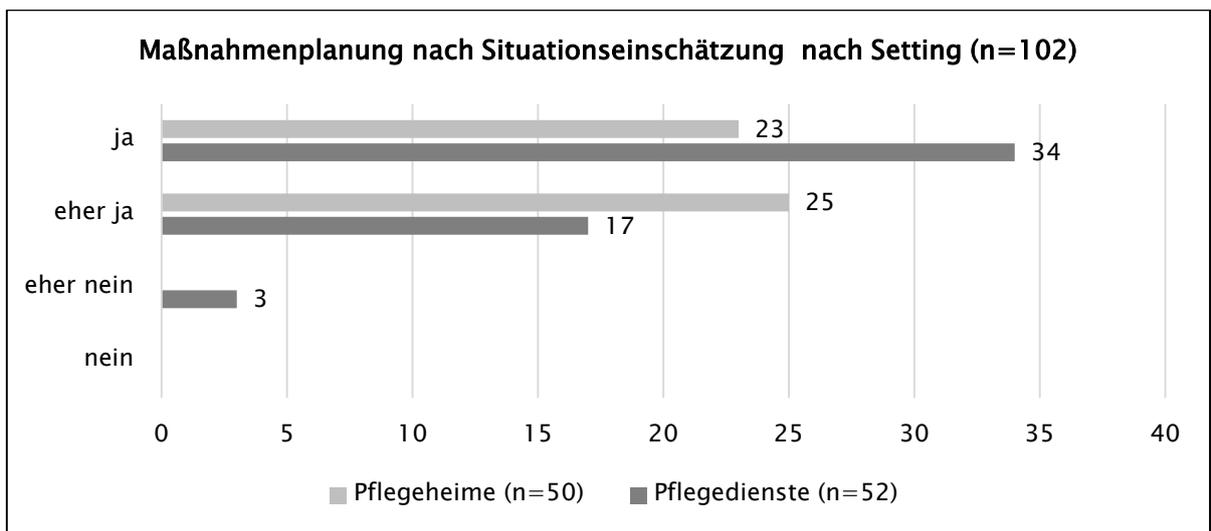


Abbildung 20: Planung der Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung in Pflegeheimen und Pflegediensten, Dokumentenanalyse

Bei allen untersuchten Pflegedokumentationen, die nicht mit dem Strukturmodell erstellt wurden, wurden Ziele, Probleme und Ressourcen dargestellt. Bei Verwendung des Strukturmodells sind in 23 Dokumentationen Ziele dargestellt, obwohl dies nicht im Strukturmodell vorgesehen ist (Abbildung 21).

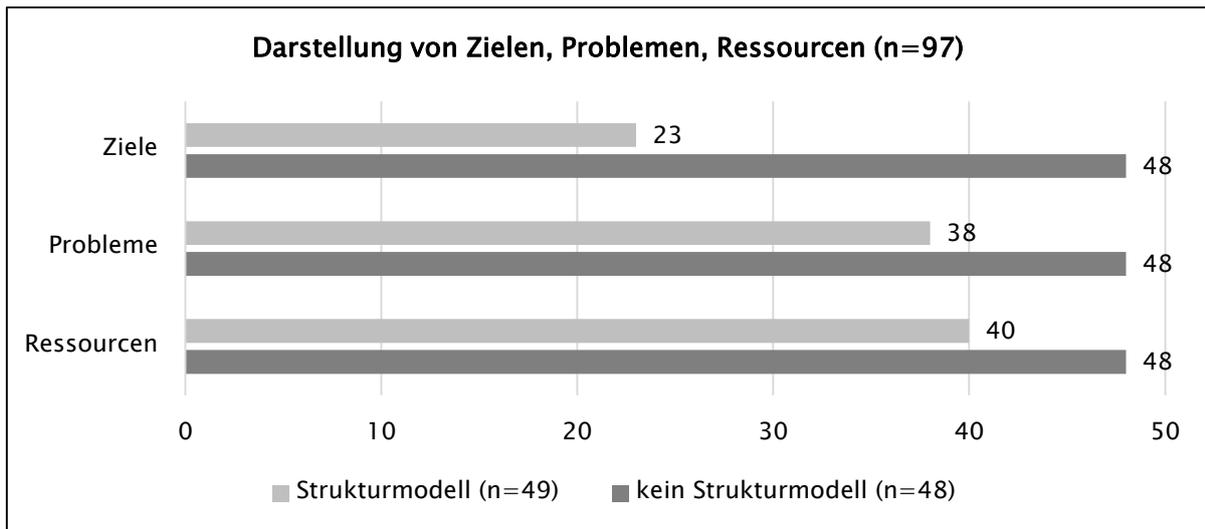


Abbildung 21: Darstellung von Zielen, Problemen und Ressourcen, Dokumentenanalyse

Die Fokusgruppendifkussionen ergaben, dass es dem Pflegepersonal sehr gut gelingt, den Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS® zu erstellen. Es fällt leicht, den Maßnahmenplan zu schreiben. Größere Probleme – abgesehen von anfänglichen Schwierigkeiten beim Umdenken von dem alten auf das neue Dokumentationssystem – wurden nicht benannt. Im Vergleich zum vorher verwendeten Dokumentationssystem wird die Maßnahmenplanung als einfacher, logischer und somit entlastender bewertet. Dieser Eindruck verstärkt sich in Einrichtungen, die EDV-basierte dokumentieren. Es fällt den Pflege(fach-)kräften leicht, die Maßnahmen anhand der Themenfelder zu planen.

„[...] einfacher [...] weil man die gebündelten Infos, zu den Themenfeldern hat und man kann sich immer dieses Fenster mit den Fragestellungen auf machen und da dann so zu sagen die Maßnahmenplanung verknüpfen.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

„Die Maßnahmenplanung zu erstellen ist schon erleichternd im Gegensatz zu vorher, weil sie ganz schnell zu den einzelnen Themenfeldern Maßnahmen planen wo sie auch die Probleme sehen und wenn sich ein Themenfeld geändert hat. Ich muss ja nicht direkt alles noch mal evaluieren und neu darstellen. Es war ja früher immer das Problem.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass der Maßnahmenplan einen hohen Stellenwert in der Dokumentation einnimmt. Diese leitet sich von den Informationen der SIS® ab.

„Für mich ist der Maßnahmenplan eigentlich ausschlaggebend. Woran ich mich orientiere. Also die SIS® ist dafür da, um diesen Maßnahmenplan zu erstellen aber ansonsten ist der Maßnahmenplan für mich bindend.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Vereinzelt wurde auch von Schwierigkeiten berichtet: Hier wurden die Notwendigkeit der knappen und präzisen Formulierung und das gedankliche Festhalten am vorherigen Dokumentationssystem sowie teilweise eine fehlende notwendige Fachlichkeit für die richtige Dokumentation genannt.

„Ich muss dann bestimmte Dinge einfach nicht mehr eintragen, die gehören da gar nicht mehr hin oder haben früher auch teilweise schon nicht dahin gehört. Aber dieses Verständnis dafür, das muss sich noch ein bisschen bessern.“

(FG2 PFK, Pflegeheim)

„Wo bei der Entbürokratisierung ganz unbedingt die Fachlichkeit der Mitarbeiter zum Tragen kommt.“ (TI 13 QMB)

Ebenfalls wurde benannt, dass die Dokumentation eine gewisse Routine benötigt. Auch wenn die nach dem Strukturmodell gewünschte kurze und knappe Formulierung als hilfreich bewertet wird, benötigt dies erst einmal Übung und Zeit zum Umgewöhnen. Ebenfalls fiel es dem Pflegepersonal anfänglich schwer die Maßnahmenplanung individuell, auf die pflegebedürftige Person abgestimmt, zu schreiben. Es wurden Inhalte dokumentiert, die nicht Gegenstand der Maßnahmenplanung sein sollten, beispielsweise sich wiederholende Textbausteine und organisatorische Abläufe. Weiterhin wurde berichtet, dass nicht immer gut differenziert wurde, was in den Maßnahmenplan und was in die SIS® gehört.

Abweichungen vom vereinbarten Pflege- und Maßnahmenplan

Abweichungen vom vereinbarten Pflege- und Maßnahmenplan werden laut den anwendenden Pflegefachkräften in über 80 % der ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen im Pflegebericht dokumentiert (Abbildung 22).

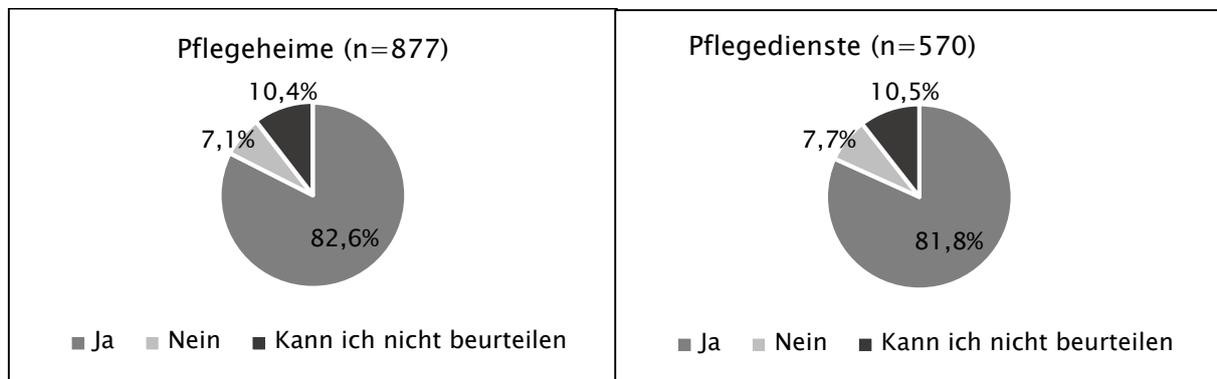


Abbildung 22: Dokumentation von Abweichungen vom vereinbarten Pflege- und Maßnahmenplan im Pflegebericht, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Bei fast allen untersuchten Pflegedokumentationen (21 der 22 in Langfassung analysierten Pflegedokumentationen) wurden in der Dokumentenanalyse – unabhängig von der Verwendung des Strukturmodells – Abweichungen der routinemäßigen Abläufe der Pflege und Betreuung ganz oder größtenteils dokumentiert (Langfassung, n=21).

Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen

In großer Mehrheit (> 90 %) bestätigen die anwendenden Pflegefachkräfte in der standardisierten Befragung, dass es ihnen oft oder immer gelingt, individuelle Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen. Der Anteil derjenigen, die angaben, dass dies selten oder gar nicht gelänge war sehr gering (Abbildung 23).

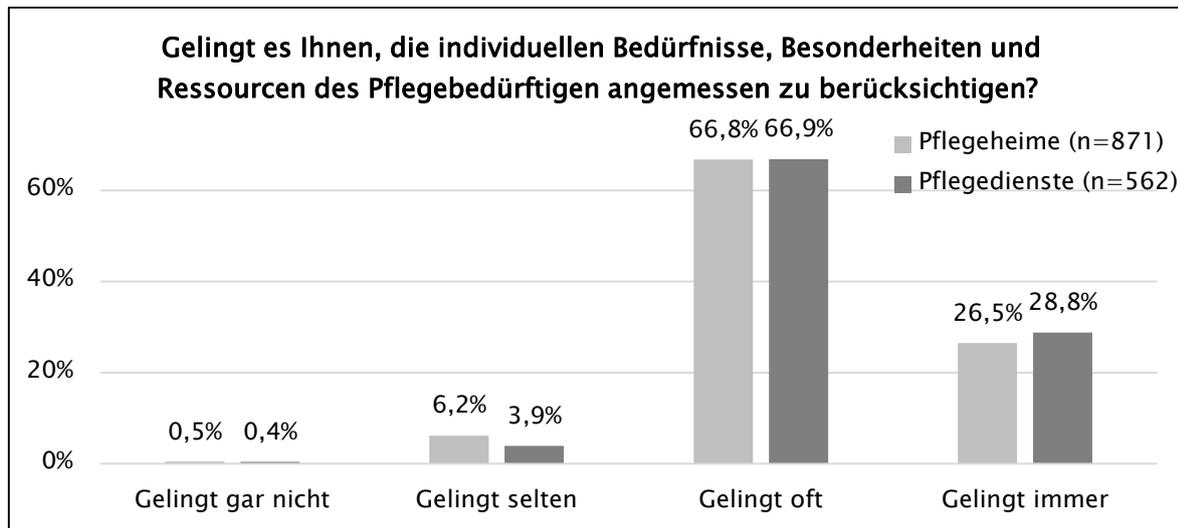


Abbildung 23: Gelingen der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Bei 21 der in der Dokumentenanalyse untersuchten Pflegedokumentationen wurden – unabhängig von der Verwendung des Strukturmodells – die Wünsche der pflegebedürftigen Person im Maßnahmenplan berücksichtigt (nur Langfassung, n=22). Bei nahezu allen untersuchten Pflegedokumentationen wurden – unabhängig von der Verwendung des Strukturmodells in der Einrichtung – Bedürfnisse (n=99), Besonderheiten (n=104) und Ressourcen (n=102) individuell eingeschätzt (n=104).

Fixierung der Ergebnisse der Verständigung über Pflegeleistungen innerhalb der Pflegedokumentation

In den Fokusgruppen wurden Aussagen darüber getroffen, wo die Ergebnisse des Aushandlungsprozesses innerhalb der Pflegedokumentation festgehalten werden. Dies erfolgt „[...] in Beratungsgesprächen und Fallgesprächen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim), „[...] in dem entsprechenden Themenfeld oder im Beratungsprotokoll“ (FG2 PFK, Pflegeheim).

Alle Befragte geben an, dass bei der Verständigung über Pflegeleistungen versucht wird, die Betreuerin und/oder den Betreuer, die Stellvertreterin und/oder den Stellvertreter oder Angehörige mit einzubeziehen. Dies erfolgt vor allem in Pflegediensten, um sich hinsichtlich des Aushandlungsprozesses und der entstehenden Kosten abzusichern. Sofern möglich, erfolgt dies bei dem Erstgespräch und wird parallel in der SIS® dokumentiert.

„Deswegen mache ich auch dieses Erstgespräch möglichst nicht mit Einem alleine, auch wenn es stressiger ist. Es ist für mich besonders anstrengend. Aber wenn die jetzt Angehörige wollen, versuche ich, dass die ihre Betroffenen mit reinnehmen. [...] dann musste ich noch Rechenschaft ablegen, wieso ich investive Kosten verlange.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

„Die Beratung erfolgt entweder mit dem Betroffenen selbst oder mit dem gesetzlichen Betreuer oder Familienangehörige sind bei uns oft involviert.“
(FG6 PFK, Pflegedienst)

Gibt es im ambulanten Setting für bereits bestehende Klientinnen und Klienten beispielsweise ein zusätzliches Kommunikationsblatt, wird der Aushandlungsprozess in diesem Blatt und nicht in der SIS® festgehalten.

„Wenn wir einen laufenden Klienten haben dann gibt es noch mal ein Kommunikationsblatt und da steht noch mal drauf "wurde mit dem Angehörigen gesprochen. Und es wurde das und das vereinbart.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

An dieser Stelle betonen die Befragten einen gestärkten, intensiveren Austausch beziehungsweise eine engere Zusammenarbeit zwischen den Pflege(fach-)kräften und den Angehörigen/Betreuenden durch die Einführung des Strukturmodells. Dies erleichtert die Arbeit des Pflegepersonals.

„Die Angehörigenarbeit gehört auch zu unserer täglichen Arbeit, egal ambulant, stationär oder teilstationär. Und das funktioniert sehr gut.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

„Ich denke jetzt bei der Entbürokratisierung, so eng wurden wir noch nie gefragt mit Angehörigen, Betreuern zusammen zu arbeiten, dadurch, dass nicht mehr diese Masse jetzt so aufgenommen wird wie es im AEDL war unter den einzelnen Punkten. Und das Selbstbestimmte im Vordergrund stehen soll. Ich habe den Bewohner, der total selbstbestimmt sagt, die Maßnahme möchte ich nicht. Also ich glaube momentan ist man ganz dicht am Angehörigen und am Betreuer, weil man käme auch in Teufels Küche, wenn man das nicht machen würde.“

(FG1 PFK, Pflegeheim)

Dies steht allerdings teilweise im Widerspruch zu den Aussagen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, denen häufig nicht bewusst war, dass es sich bei der Erstellung der SIS® und insbesondere des Maßnahmenplans um einen Aushandlungsprozess handeln sollte (siehe Abschnitt 6.4.3).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppendifkussionen geben an, dass die Erstellung des Maßnahmenplans nach dem Strukturmodell in komprimierter Form dokumentiert wird. Dabei vergleichen die Befragten das Strukturmodell mit dem vorher verwendeten, alten Dokumentationssystem. Benannt wurde, dass im Vergleich zu den Pflegeplanungen der Maßnahmenplan kürzer ist. Geschätzte Zeitangaben diesbezüglich wurden bereits unter dem Abschnitt 6.1.2 aufgezeigt.

„Und jetzt der Maßnahmenplan ist natürlich wesentlich besser. Weil er viel kompakter ist.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

„Es ist kein Prosatext mehr.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Die Dokumentenanalyse zeigte, dass durch das Strukturmodell im Gegensatz zu anderen Systemen redundante Dokumentationen reduziert werden (Abbildung 24). In 43 der 102 untersuchten Pflegedokumentationennach dem Strukturmodell erfolgte keine Doppeldokumentation der Maßnahmen.

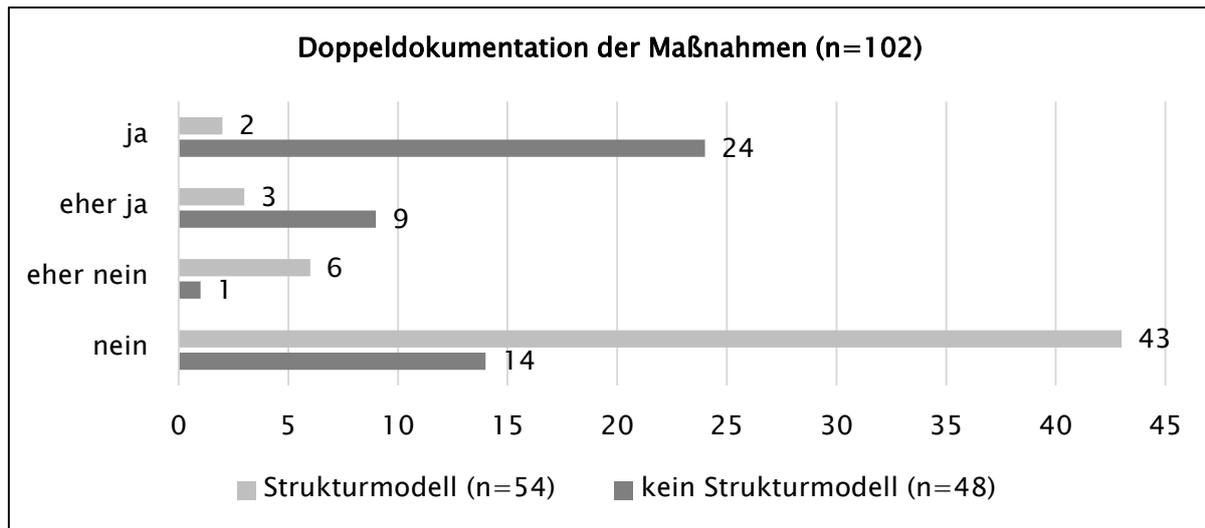


Abbildung 24: Maßnahmen, welche in der Maßnahmenplanung beschrieben werden, werden zusätzlich an anderer Stelle angeführt, Dokumentenanalyse

Insgesamt ist die Maßnahmenplanung laut der Befragten: „Einfacher. Logischer. Klarer. [...]“ (FG6 PFK, Pflegedienst). Es wird als positiv bewertet, dass man unter dem Strukturmodell „[...] nicht mehr Probleme, Ressourcen, Ziele und Maßnahmen schreibt, sondern dass man wirklich das schreibt, was zu tun und zu lassen ist in welchen Leistungskomplex“ (FG6 PFK, Pflegedienst). Die Pflegeplanung nach den alten Dokumentationssystemen hat „[...] keiner gelesen und jetzt ist es im Maßnahmenplan perfekt“ (FG6 PFK, Pflegedienst). Ebenfalls wird positiv bewertet, dass der Maßnahmenplan nach dem Strukturmodell sehr individuell geschrieben wird (FG8 PFK, Pflegedienst). Durch kurze und knappe Formulierungen können sich die Pflege(fach-)kräfte schneller einen Überblick über den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person verschaffen. Dies nimmt weniger Zeit in Anspruch. Das Pflegepersonal hat Spaß daran, den Maßnahmenplan zu schreiben.

„ [...] man liest das, behält es im Kopf und es wird gleich umgesetzt.“

(FG8 PFK, Pflegedienst)

„ [...] Und deswegen macht das auch sehr viel Spaß und ist auch sehr leicht diesen Maßnahmenplan zu schreiben.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Praktikabilität des Strukturmodells

Zur Erstellung der SIS® für eine pflegebedürftige Person wurden unterschiedliche Zeitangaben berichtet. Diese umfassen die Spanne von einer Stunde bis hin zu einem Tag. Der unterschiedliche Zeitrahmen ist abhängig von der Pflege(fach-)kraft selbst oder der pflegebedürftigen Person. Erschwert wird dies beispielsweise durch fehlende Informationen der zu pflegenden Person oder der Angehörigen/ Betreuerinnen und Betreuer. Weiterhin stellt die Erstellung der SIS® für Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine Herausforderung dar und erfordert einen intensivierten kollegialen Austausch, den Einbezug von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen sowie einen längeren Zeitraum der Beobachtung in dem SIS® offen belassen und schrittweise ausgefüllt wird. Einfluss auf die Erstellung nimmt zudem, dass für die Durchführung des (Erst-)Gesprächs ein angemessener Zeitpunkt und Zeitrahmen durch die Pflege(fach-)kraft bestimmt werden muss. Insgesamt wird die pflegebedürftige Person durch die SIS® gut abgebildet.

Obgleich die Pflegefachkräfte mehrheitlich die Transparenz, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Risikomatrix bestätigen, zeigen sich bei der Übertragung der in den Themenfeldern der SIS® dokumentierten Bewertung pflegerischer Risikobereiche in die Risikomatrix in einigen vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Abweichungen von den in den Themenfeldern beschriebenen Risiken. Die Fokusgruppen zeigten, dass die Risikomatrix überwiegend negativ bewertet wird. Für die Mehrheit ist sie unverständlich, überflüssig und zu kompliziert um diese überhaupt oder richtig anzuwenden. Dies weist auf einen Schulungs- und Informationsbedarf der Pflegefachkräfte hin.

Die Dokumentation spezieller pflegerischer Risiken und Probleme wie Kontrakturen wird nur in einem geringen Anteil von Einrichtungen beider Settings mit der Einführung des Strukturmodells nicht mehr vorgenommen. Häufig existieren einrichtungsinterne Regelungen für das Feld „Sonstiges“. Die Zuordnung speziell pflegerischer Probleme und die vorausgehende Risikoeinschätzung durch die Pflege(fach-)kräfte sind abhängig von deren Fachlichkeit. Bei einem bestehenden Risiko einer pflegebedürftigen Person wird je nach pflegerischer Expertise nicht in jeder Situation ein zusätzliches (Risiko-)Assessment angewendet. Dabei orientiert sich das Pflegepersonal an dem entsprechenden Expertenstandard.

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte bestätigten den Pflegefachkräften mehrheitlich die notwendige Fachkompetenz, um aus der SIS® eigenständig einen individuellen Pflege- und Maßnahmenplan zu entwickeln, weisen jedoch auch darauf hin, dass nicht alle Pflegefachkräfte gleichsam dazu in der Lage sind. Überwiegend fällt es den Pflegefachkräften leicht, den Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS® und aus den Themenfeldern heraus zu erstellen. Individuelle Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen der Pflegebedürftigen werden angemessen berücksichtigt. Die Maßnahmenplanung wird sehr positiv bewertet und im Vergleich zum alten System als sinnvoller und einfacher erachtet.

6.3 Qualitätssicherung und -prüfung

6.3.1 Sicherstellung der Versorgung

Erneute Erstellung der Strukturierten Informationssammlung

Die anwendenden Pflegefachkräfte benannten in der standardisierten Befragung diejenigen Situationen, in denen **die erneute Erstellung der SIS®** ausgelöst wird. Wie in Abbildung 25 dargestellt, führen Veränderungen des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen sowie – damit einhergehend – ein veränderter Pflegebedarf in beiden Settings mehrheitlich zu einer Neuerstellung der SIS®.

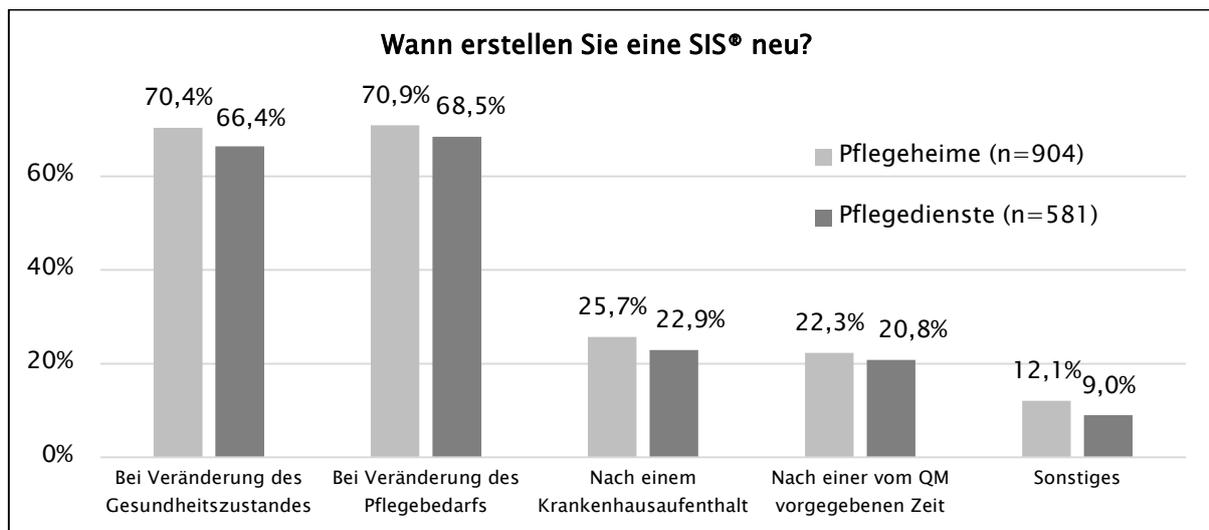


Abbildung 25: Fälle, in denen die Neuerstellung einer SIS® ausgelöst wird, Mehrfachauswahl, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Auffallend ist, dass gut jede fünfte Pflegefachkraft im vollstationären und ambulanten Setting angibt, eine Neuerstellung nach einer vom Qualitätsmanagement vorgegebenen Zeit vorzunehmen. 116 Pflegefachkräfte aus den Pflegeheimen und 56 Pflegefachkräfte aus den Pflegediensten äußerten sich in einer Freitextantwort zu sonstigen Fällen, die zu einer Neuerstellung der SIS® führen. In 52,6 % der Fälle wiesen die Teilnehmenden des vollstationären Settings darauf hin, die SIS® ausschließlich bei einer Neuaufnahme (Neueinzug) zu erstellen und im Verlauf – wenn überhaupt – nur noch Ergänzungen in den Themenfeldern oder Änderungen am Maßnahmenplan vorzunehmen. In wenigen Fällen (7,8 % Pflegeheime, 7,1 % Pflegedienste) beschrieben die Pflegefachkräfte auch an dieser Stelle einrichtungsintern festgelegte Zeiträume oder Regeln für die Neuerstellung.

Ein Diskussionsthema der Fokusgruppen beinhaltete die Unsicherheit der Pflege(fach-)kräfte hinsichtlich der Anpassung und/oder der Neuerstellung der SIS® während der täglichen pflegerischen Tätigkeit. Ein Teil der Befragten war sich unsicher, wann eine Anpassung der SIS® vorgenommen werden muss.

„Das ist eine Frage bei den Kollegen die damit arbeiten müssen, wir fragen uns oft: Wann müsste ich da was anpassen? Muss ich da überhaupt was anpassen? Ich glaube das ist noch eins der größten Fragen die wir auch haben.“

(FG1 PDK, Pflegeheim)

Die Pflegeeinrichtungen benennen unterschiedliche Vorgehensweisen beim Umgang mit Situationsveränderungen einer pflegebedürftigen Person. Sie beschreiben differente Anlässe, die zu einer Neuerstellung der SIS® oder einer Anpassung dieser führen. In einzelnen Einrichtungen gibt es intern festgelegte Verfahrensanweisungen, die beschreiben wann eine SIS® überarbeitet werden muss. Jedoch kommt es vor, dass die SIS® bei Veränderungen nicht neu geschrieben wird, auch nicht wenn sich eine Situation gänzlich verändert hat.

„[...] wird z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt verändert, aber nicht neu geschrieben. Oder bei einer größeren Erkrankung und wenn sich der Pflegeaufwand verändert, z. B. von Hauswirtschaft wie Spazierengehen zu Verband und Spritzen geben.“ (FG10 PFK, Pflegedienst)

Die SIS® wird erst neu erstellt, wenn sich diese zur Hälfte verändert hat. Geringe Veränderungen wie beispielweise nachträgliche Informationen werden ergänzend notiert.

„Wenn ich da jetzt reinschreiben möchte 'Bewohner hat eine Patientenverfügung seit dann und dann', dann schreibe ich das noch mit da rein. Aber wenn sich die halbe SIS® komplett verändert, dann mache ich lieber einmal komplett alles weg und fange von vorne an.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Bei der Veränderung von drei Themenfeldern wird die SIS® neu erstellt oder bei gravierenden Veränderungen erfolgt eine Anpassung der SIS®.

„[...] Wenn es eine gravierende Veränderung gibt, dann sollte es auch eine Anpassung mindestens in dem Themenfeld geben wo es relevant ist. [...]

(FG2 PFK, Pflegeheim)

Aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte geht die Neuerstellung der SIS® bei zwei gravierenden Veränderungen mit einem zu hohen Zeitaufwand für die Dokumentation einher.

„Dann soll mir jemand diese Zeit zur Verfügung stellen, weil das wüsste ich gar nicht wo man das unterbringen soll. Dann wieder das Prozedere, Bewohner, Pflegekraft, Angehörige mit ins Boot, das haben sich Leute einfallen lassen, die nicht in der Praxis arbeiten.“ (FG1 PDK, Pflegeheim)

Teilweise fehlt den Pflege(fach-)kräfte eine eindeutige Definition für die Bezeichnung „gravierende Veränderung“.

„Weil wenn man sagt bei gravierenden Veränderungen, müsste ja die nächste Frage sein: Ab wann ist es gravierend?“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Eine weitere Option beinhaltet die Neuerstellung der SIS® gegebenenfalls nach einem festgelegten Evaluationszeitraum. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Neuerstellung der SIS® teilweise von den Pflegefachkräften gar nicht in Betracht gezogen wird:

„Ich wüsste jetzt auch keinen Grund warum man eine neue SIS® erstellen sollte.“
(FG6 PFK, Pflegedienst)

„Ich bin der Meinung: Gar nicht. Das muss in der Durchführung stehen und dann wird das situationsbedingt angepasst. Bitte nicht wieder die SIS®dauernd neu machen. Jetzt fangen sie nämlich wieder an über zu bürokratisieren.“
(FG8 PFK, Pflegedienst)

Die Telefoninterviews mit den Qualitätsmanagementbeauftragten ergaben, dass in einigen Einrichtungen durch interne Regelungen festgelegt sei, dass beispielsweise eine SIS® nur einmalig bei Aufnahme erstellt werden solle, nicht aber für die Dokumentation von Veränderungen, die auf andere Weise (z.B. im Maßnahmenplan oder dem Berichteblatt) zu dokumentieren seien.

Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen betonten, dass die Erstellung einer neuen SIS® eine Erleichterung darstellt und man sich bei einer Neuerstellung an den Empfehlungen der Schulungen orientiert.

„Ich schreib die SIS® persönlich lieber neu.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

„In den Schulungen wird ja auch so vermittelt lieber noch mal neu anzufangen als wäre es eine Neuaufnahme und dadurch zu gehen. Und so machen wir es auch bei jedem Klienten.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Zudem ergab die Dokumentenanalyse, falls Änderungen in der SIS® vorgenommen wurden, erhielt diese fast immer einen neuen Aktualisierungsstand. In 28 von 54 Pflegedokumentationen, sowohl ambulant als auch stationär, wurden keine Änderungen an der SIS® vorgenommen (Abbildung 26).

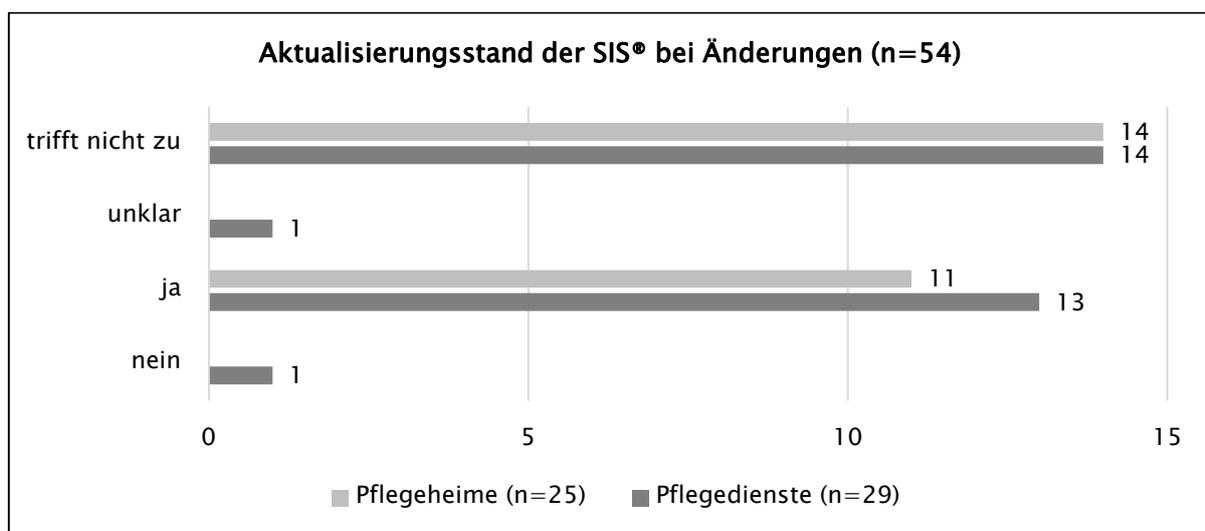


Abbildung 26: Neuer Aktualisierungsstand der SIS® bei Änderungen, Dokumentenanalyse

Veränderung der Interventionen im Maßnahmenplan

Mehrheitlich (88,2 % Pflegeheime, 83,3 % Pflegedienste) benannten die Pflegefachkräfte beider Settings in der standardisierten Befragung eine Veränderung des individuellen Risikos als Anlass zur Veränderung des Maßnahmenplans. Während in Pflegeheimen der Anlass am häufigsten eine Evaluation im Pflorgeteam ist (67,1 %), geht eine Veränderung der Interventionen im ambulanten Bereich häufiger auf eine Evaluation mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zurück (66,1 %) (Abbildung 27). Wünsche der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen spielen im ambulanten Bereich eine deutlich wichtigere Rolle als in der stationären Pflege (38,6 % bzw. 20,1 %). Für Einrichtungen beiderlei Settings wird auch hier die Vorgabe von Vorgesetzten als Anlass angeführt (17,9 % Pflegeheime, 15,1 % Pflegedienste).

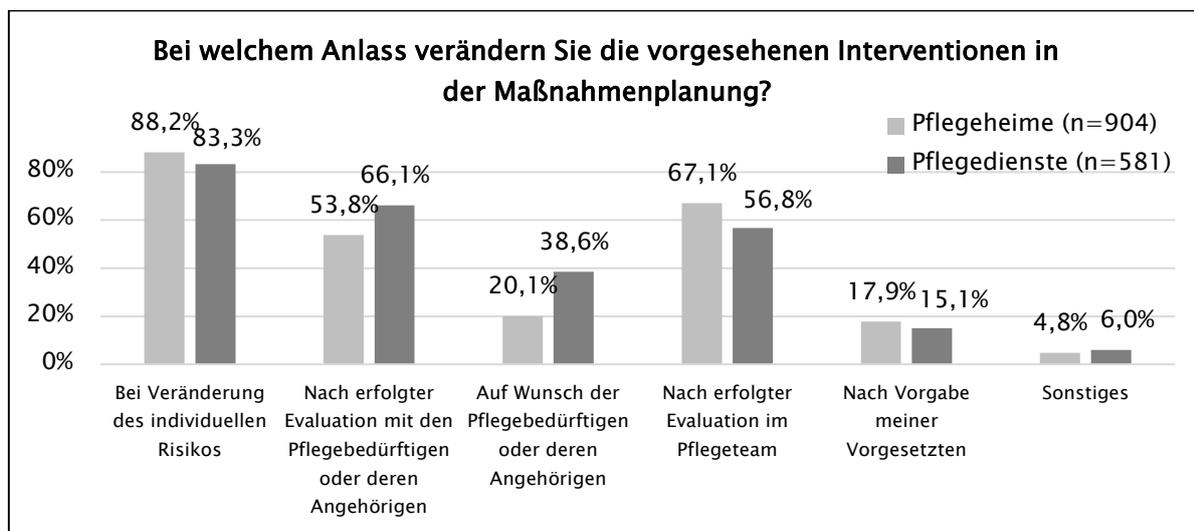


Abbildung 27: Anlässe, zu Veränderung des Maßnahmenplans, Mehrfachauswahl, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Die Dokumentenanalyse (n=104) zeigte, dass der Maßnahmenplan bei einer Veränderung in Einrichtungen mit dem Strukturmodell bei 22 Dokumentationen und in Einrichtungen ohne Strukturmodell bei 13 Dokumentationen neu angelegt wurde; hierbei unterscheiden sich ambulante von vollstationären Einrichtungen (23 gegenüber 12 Dokumentationen). Falls der Maßnahmenplan nicht neu angelegt wurde, wurden von insgesamt 46 Pflegedokumentationen bei 23 Pflegedokumentationen ohne Strukturmodell sowie bei 15 Pflegedokumentationen mit Strukturmodell Ergänzungen vorgenommen; dies kam häufiger bei stationären (n=26) als bei ambulanten (n=12) Einrichtungen vor. Die Items zur Veränderung des Maßnahmenplans wurden mit Langversion des Bewertungsrasters erfasst.

Nach Aussagen der Teilnehmenden der Fokusgruppen fällt die Anpassung des Maßnahmenplans bei Situationsveränderungen leicht und wird flexibel gehandhabt.

„Total flexibel. Also ich kann täglich Maßnahmen verändern.“

(FG1 PFK, Pflegeheim)

„Man kann einzelne Themenfelder genauso ändern wie einzelne Pflegemaßnahmen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Zur Anpassung des Maßnahmenplans führen laut Fokusgruppen Anlässe wie beispielsweise die Veränderung einer Leistung einer pflegebedürftigen Person, eine Veränderung im geplanten täglichen Ablauf (wie ein Krankenhausaufenthalt), wenn die Evaluation eine Veränderung gezeigt hat.

Die Dokumentenanalyse ergab, dass in einigen Einrichtungen Evaluationstermine auch weiterhin vorab in regelmäßigen Zeitabständen festgelegt werden. Dies erfolgt häufiger in Pflegediensten (n=52), als in Pflegeheimen (n=38). Auffallend war, dass in den analysierten Pflegedokumentationen seltener eine individuell festgelegte Evaluationszeit für einzelne Maßnahmen angegeben wurde. Von 54 analysierten Pflegedokumentationen nach dem Strukturmodell waren in 37 Dokumenten keine individuell festgelegten Evaluationszeiten erkennbar (Abbildung 28).

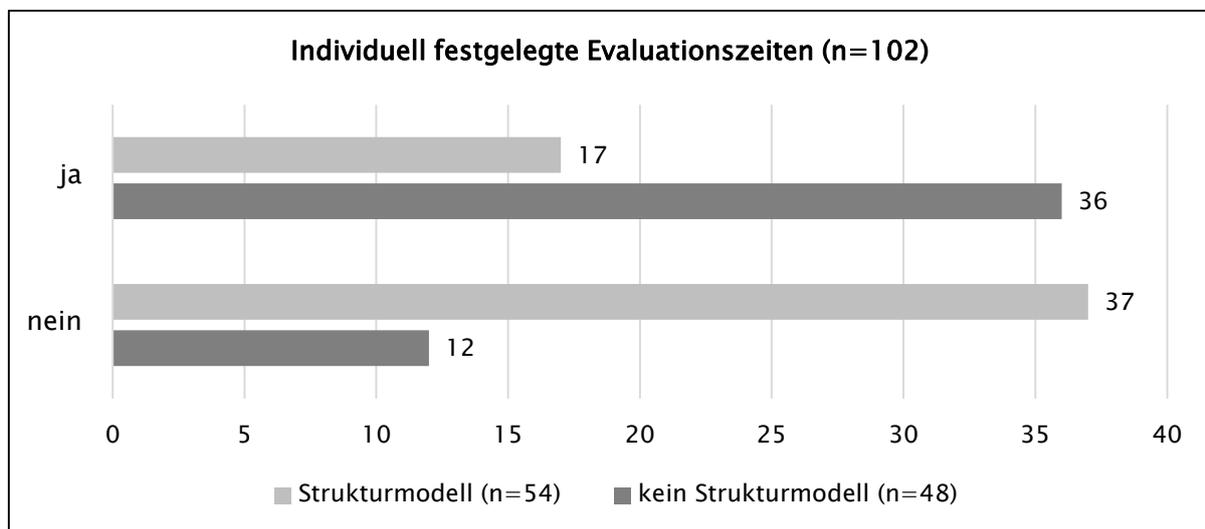


Abbildung 28: Angabe einer individuell festgelegten Evaluationszeit für einzelne Maßnahmen, Unterscheidung nach Strukturmodell, Dokumentenanalyse

Nutzung und Gestaltung des Berichtsblatts

Eintragungen ohne Aussagekraft beziehungsweise die erneute Durchführungsbestätigung von Maßnahmen aus dem Maßnahmenplan werden mit dem Strukturmodell erwartungsgemäß deutlich weniger dokumentiert – eigentlich sollten sie mit dem Strukturmodell vollständig vermieden werden. Abbildung 29 zeigt die in der Dokumentenanalyse identifizierten Gründe für einen Eintrag ohne Aussagekraft in der Dokumentation.

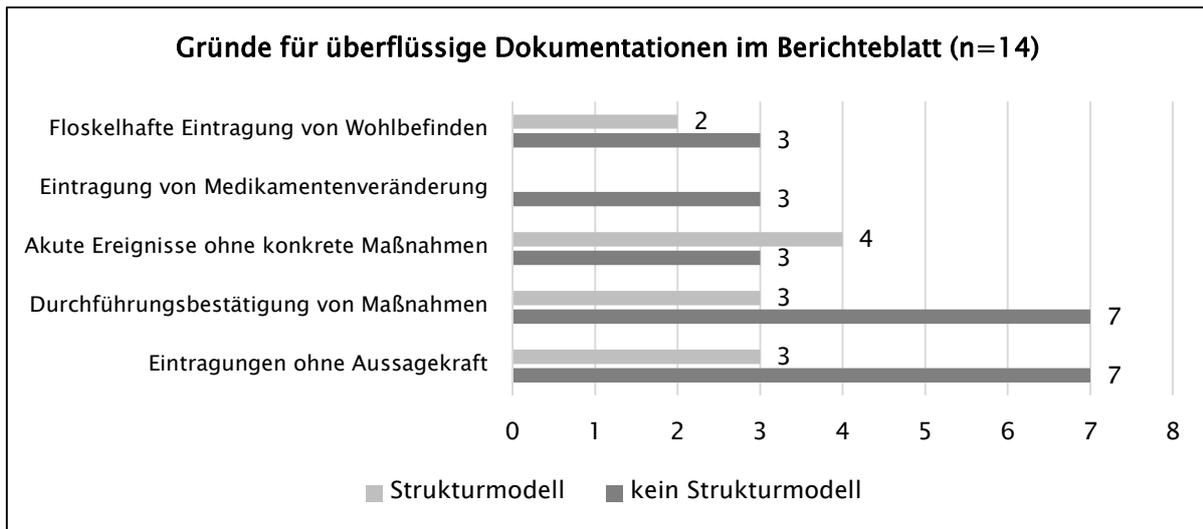


Abbildung 29: Gründe für überflüssige Dokumentationen im Berichteblatt, Mehrfachnennung, Dokumentenanalyse

In der Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des MDK wurde ebenfalls positiv berichtet, dass die Standardeinträge zurückgegangen sind.

„Was [...] positiv ist, dass diese ganzen Standardeinträge zurückgegangen sind. Was man immer gefunden hat: Bewohner hatte Stuhlgang, Bewohner hat geschlafen, keine besonderen Vorkommnisse. Das waren ja so die [...] absoluten Klassiker. Das, merkt man, ist mit der Einführung des Strukturmodells schon deutlich zurückgegangen.“ (FG5 MDK)

Die Fokusgruppendifkussionen mit Pflege(fach-)kräften und Pflegedienstleitungen bestätigen das Ergebnis der Dokumentenanalyse, dass nur noch schwerwiegende Abweichungen der routinemäßigen Abläufe der Pflege und Betreuung konsequent notiert würden, bei kleineren Abweichungen aber darauf verzichtet würde. Dies wird als Erleichterung angesehen. Zudem könnten Pflege(fach-)kräfte so die Verläufe besser erkennen zu können, da nur noch Besonderheiten dokumentiert werden.

„Was ich festgestellt habe in der Auswertung, dass neuerdings die Verläufe erkennbarer werden. Was früher sich viel gemischt hat, da wurde jeder Tinnef rein geschrieben, aber das wichtigste nicht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Es gibt jedoch auch Aussagen dazu, dass *„Abweichungen [...] nicht immer dokumentiert (werden).“* (FG2 PFK, Pflegeheim).

„Schwierig. Weil da alle Mitarbeiter wissen müssen was da im Maßnahmenplan steht. Und selbst auch wenn wir mit Standards arbeiten müssen ja die Standards den Mitarbeitern bekannt sein damit sie später die Abweichungen dokumentieren können. Und da sehe ich wirklich momentan also wirklich große Schwierigkeiten.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Nutzung und Gestaltung von Freitextfeldern

Bei allen in der Dokumentenanalyse untersuchten Dokumentationen lagen Freitextfelder vor (n=104). Die Anzahl aller verwendeten Freitextfelder bewegte sich zwischen sieben und 259 (Median:72; Mittelwert: 86,5), am häufigsten wurden elf Freitextfelder verwendet. Falls Freitextfelder vorhanden sind, werden sie in der Hälfte der Fälle (51,9 %) auch genutzt (n=104). Dabei liegen bei einem Drittel der Befragten, die nach dem Strukturmodell dokumentieren (n=54), zusätzliche Freitextfelder vor. Bei 6 untersuchten Dokumentationen einer ambulanten Einrichtung lagen 5 zusätzliche Freitextfelder vor, bei 10 untersuchten Dokumentationen einer stationären Einrichtung lagen 12 zusätzliche Freitextfelder vor.

Nahezu alle Freitextfelder werden – unabhängig davon, ob mit dem Strukturmodell gearbeitet wurde –, für den vorgesehenen Inhalt genutzt (Langfassung, n=22). Bei zehn Pflegedokumentationen wurden die Felder nicht ausgefüllt (Langfassung, n=14). Die Freitextfelder wurden in keiner der untersuchten Dokumentationen ergänzt, und nur bei zwei Pflegedokumentationen traten Platzprobleme auf (Langfassung, n=14). Bei fast allen untersuchten Pflegedokumentationen wurden die Maßnahmen als Freitext innerhalb der einrichtungsindividuellen Struktur formuliert (Langfassung, n=22). Bei Verwendung des Strukturmodells stehen deutlich weniger Freitextfelder in der Dokumentation zur Verfügung als bei anderen Systemen (siehe Abbildung 30). Die Anzahl der Freitextfelder ist stark vom verwendeten Dokumentationssystem abhängig. Beispielsweise wurden in dem Dokumentationssystem Vivendi PD 6.61.2 mit der Einführung des Strukturmodells die Anzahl der Freitextfelder von 259 auf 81 reduziert. In den Pflegeheimen waren mehr Freitextfelder in der Dokumentation vorhanden als in den Pflegediensten.

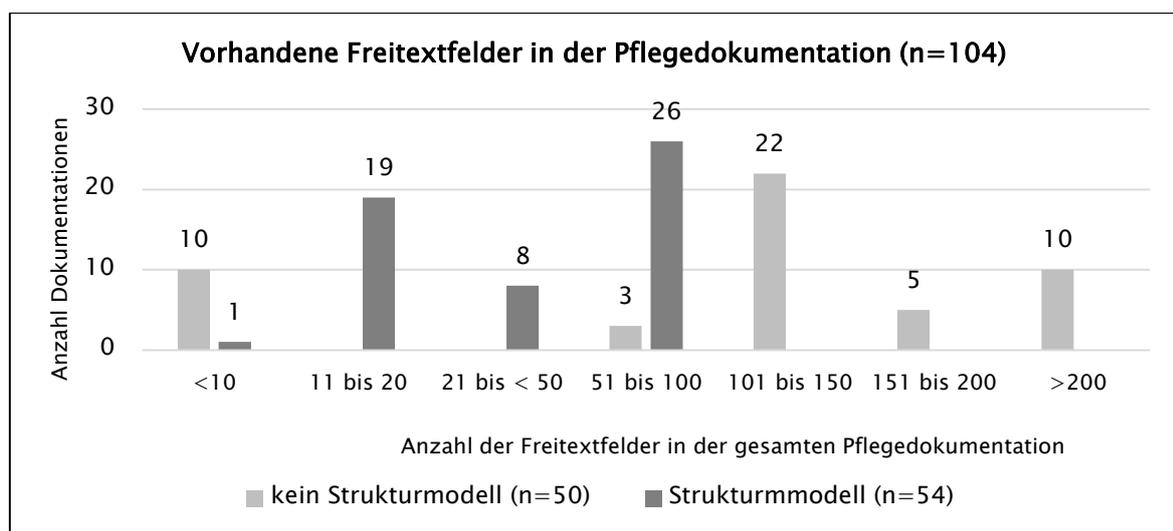


Abbildung 30: Vorhandene Freitextfelder in der Pflegedokumentation nach Strukturmodell, Dokumentenanalyse

6.3.2 Auswirkungen auf die interne Qualitätssicherung

Mehrheitlich gaben die verantwortlichen Pflegefachkräfte in der ersten Online-Befragung für 79,3 % der Pflegeheime (von 490 Einrichtungen) und 76,4 % der Pflegedienste (von 432 Einrichtungen) an, das **Strukturmodell innerhalb des internen Qualitätsmanagements auch für die Abbildung der Pflegequalität zu nutzen**. Änderungen im internen Qualitätsmanagement seit Einführung des Strukturmodells wurden von 37,1 % der vollstationären und 28,9 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen beschrieben. Einrichtungen, die für die Abbildung der Pflegequalität nicht auf das Strukturmodell zurückgriffen, beschrieben in einer Freitextantwort entsprechende Gründe, von denen Tabelle 17 die fünf häufigsten Antworten zusammenfasst.

Tabelle 17: Gründe, das Strukturmodell nicht für die Darstellung der Pflegequalität zu nutzen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Für die Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung wird das Strukturmodell im internen Qualitätsmanagement nicht genutzt, weil...	Pflegeheime	Pflegedienste
sich die Einrichtung noch im Einführungsprozess befindet	46,2 %	30,6 %
andere Instrumente genutzt werden	15,4 %	14,3 %
das Strukturmodell noch nicht/erst teilweise ins Qualitätsmanagement integriert ist	9,2 %	14,3 %
das Strukturmodell erst für wenige Bewohner zu Anwendung kommt	10,8 %	4,1 %
es nicht eindeutig ist, wie dies aussagekräftig gelingen kann	1,5 %	8,2 %
Anzahl gesamt	65	49

Ein noch andauernder Einführungsprozess wurde in beiden Settings als prominentester Grund dafür genannt, das Strukturmodell nicht für die Abbildung der Pflegequalität zu nutzen. In einer weiteren Frage nannten die Einrichtungen Instrumente, auf die das interne Qualitätsmanagement für die Abbildung der Pflegequalität zurückgreift. Sowohl Pflegedienste als auch Pflegeheime gaben an, auf ausgewählte Ereignisstatistiken (wie Sturz, Dekubitus), (Zufriedenheits-)Befragungen der Pflegebedürftigen und/oder deren Angehörigen, die nationalen Expertenstandards und zugehörige Assessments/Dokumentationsmaterialien, verschiedenste Auditinstrumente oder auf die Qualitätsindikatoren nach (Wingefeld, Engels, Kleina et al. 2011) zurückzugreifen.

Aus Sicht der befragten Qualitätsmanagementbeauftragten der Telefoninterviews hat die Einführung der neuen Pflegedokumentation keine Auswirkungen auf die Pflegearbeit der Pflege(fach-)kräfte. In der Organisation der Pflege hat sich aus QMB-Sicht nichts verändert, außer das es zu einer Neuregelung der Evaluationszyklen kam. Überwiegend findet die Pflegedokumentation durch die Pflegefachkraft statt. Diese Aussage ist die der Prüfinstanzen gleich zu setzen.

Vor der Einführung der neuen Pflegedokumentation gab es auch von Seiten der in den Telefoninterviews befragten Qualitätsmanagementbeauftragten Erwartungen an das Strukturmodell. Die Befragten erwarteten beispielsweise eine Entlastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Vereinfachung der Durchführung von internen Audits im Qualitätsmanagementbereich, eine Standardisierung über mehrere Einrichtungen hinweg und die Verschlankung der Dokumentation. Hinsichtlich der Erfüllung dieser Erwartungen, gaben die QMB-Befragten an, dass die tägliche Arbeit im Bereich des Qualitätsmanagements tatsächlich mit der Einführung des Strukturmodells gestiegen ist.

„Meine Erwartungen. Sie wurden zu 100 Prozent erfüllt. Ich habe im Vorfeld gesehen, dass das im QM-Bereich viel Arbeit wird und das hat sich erfüllt.“ (TI 13 QMB)

Bestätigt hat sich aus Sicht der QMB der geringere Dokumentationsaufwand. Es wird weniger Papier benötigt und die Pflege(fach-)kräfte haben mehr Zeit für ihre eigentliche pflegerische Tätigkeit. Jedoch ist laut QMB die Zeitersparnis von 60 % Zeitersparnis nicht eingetreten. Angegeben wird, dass es sich hierbei um circa 30 % handelt. QMB können mit dem Strukturmodell *„[...] leichter arbeiten und [...] (sie können) sich ein besseres Bild von dem Bewohner machen.“* (TI 11 QMB).

Weiter ist **durch die Einführung des Strukturmodells** erkennbar, dass zum Teil die Fachlichkeit der Pflege(fach-)kräfte fehlt. Als Grund hierfür wird angegeben, dass die Mehrheit des Pflegepersonals seit vielen Jahren nach einem anderen Dokumentationssystem gearbeitet hat und das Umdenken auf das neue System noch Zeit benötigt. Jedoch gibt es auch viele Pflege(fach-)kräfte, die sehr motiviert sind und Spaß haben nach dem neuen System zu dokumentieren. Bei diesen handelt es sich meist um Personen, die das Strukturmodell bereits verstanden haben.

„Es gab so richtig Motivierte, die sind nach vorne geprescht und da merkt man hinterher jetzt auch wenn die die SIS® schreiben, das sind Profis.“ (TI 13 QMB)

„Bei uns hat ziemlich am Anfang eine von den Wohnbereichsleitungen zu ihren Mitarbeitern gesagt in der Teamsitzung 'Seid doch einfach neugierig auf die Menschen und guckt mal was ihr alles rauskriegen könnt und was ihr alles braucht, damit die hier gut wohnen können'.“ (TI 13 QMB)

Ein Fragenkomplex der Telefoninterviews mit QMB bezog sich auf den **Schulungsbedarf** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Durch die Einführung des Strukturmodells müssen diese vermehrt geschult werden. Auch wenn der Fort- und Weiterbildungskatalog schon gefüllt ist, müssen mehr Schulungen mit pflegerelevanten Themen und intensivere Schulungen der Expertenstandards angeboten werden. Begründet wird dies damit, dass durch die Einführung des neuen Dokumentationssystems die Fachlichkeit des Pflegepersonals vermehrt gefragt ist. Laut QMB werden die Pflege(fach-)kräfte durch die Schulungen selbstbewusster, beispielsweise auch den Prüfinstanzen und Angehörigen oder Betreuerinnen/Betreuern gegenüber.

Durch die Einführung des Strukturmodells wurden die **Arbeitsabläufe der QMB angepasst**. Beispielsweise wurde das Handbuch des internen QM komplett verändert und auf pflegerelevante Regelungen umgeschrieben. Unter anderem gibt es in einigen Einrichtungen anstatt der DIN EN ISO ein eigenes QM-System. Es wurde zudem ein Handlungsleitfaden erstellt, der beschreibt, wie das Personal das Strukturmodell nutzen soll und detailliert wie jedes Blatt ausgefüllt bzw. benutzt werden soll. Beispielsweise können die Pflege(fach-)kräfte in den internen Regelungen nachlesen, in welchem Zeitfenster ein Erstgespräch geführt werden soll. Wie bereits schon unter Abschnitt 6.2.1 aufgeführt, wird die SIS® als Aufnahmestatus verwendet, sodass alle Veränderungen in den Maßnahmenplan oder Pflegebericht aufgenommen werden. Als Unterstützung zu Beginn des Implementierungsprozess wurde in einer Einrichtung ein *„[...] kleines Taschenbuch für das Pflegepersonal angefertigt, für die Kitteltasche um z. B. bestimmte Begriffe nachlesen zu können [...] und das Personal war begeistert davon“* (TI 13 QMB).

Die Mehrheit der QMB haben die Erstgespräche und die folgende Dokumentation begleitet und standen den Pflege(fach-)kräften beratend zu Seite. Zudem werden stichprobenartige Kontrollen in den Einrichtungen durchgeführt, da *„[...] aktuell noch kleine Fehler und Denkblockaden [...]“* auftreten (TI 11 QMB). Nicht nur QMB wurden durch eine Multiplikatorenschulung zu Experten für die neue Pflegedokumentation ausgebildet, sondern auch Pflege(fach-)kräfte. Laut den Befragten haben häufig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Qualitätsmanagements das Pflegepersonal intern geschult, in der Regel war dies eine Tagesschulung. Ebenso waren Einzelschulungen möglich, wenn dies von Seiten der Pflege(fach-)kraft notwendig war.

„Wir haben [...] einen Handlungsleitfaden, wie mit der SIS® umzugehen ist, was in (die) einzelnen Themenfelder muss. [...] für alle neuen Bewohner die einziehen [...]. Was am ersten Tag gemacht wird, narrative(s) Interview und so weiter und so fort. Und diese Handlungsanleitung – so nennen wir sie mal – die wird dann auch regelmäßig geschult beziehungsweise auch im Rahmen der Einarbeitung erläutert und ausgehändigt.“ (TI 13 QMB)

Weiterhin wurde in dem Arbeitsablauf der QMB die Begleitung der Prüfinstanzen während einer Qualitätsprüfung integriert.

Auch von Seiten der QMB wird eine vermehrte Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen geschildert. Dies geschieht besonders um die Dokumentation zu besprechen oder zu erstellen. Gemeinsam diskutiert wurde beispielsweise auch, welche Assessments in den zu betreuenden Einrichtungen abgeschafft wurden. Durch die Zusammenarbeit und die festgelegten internen Regelungen konnten die Schnittstellen Pflege, Pflegedokumentation und Qualitätsmanagement abgestimmt werden, um die Pflegequalität zu sichern.

Die Ergebnisse zu den **Auswirkungen auf die externe Qualitätsprüfung und Heimaufsicht** enthält Abschnitt 6.4.2. Er zeigt die Bewertung aus Sicht der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht.

6.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung

Veränderungen des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen, des individuellen Risikos sowie ein veränderter Pflegebedarf führen in beiden Settings mehrheitlich zu einer Neuerstellung der SIS® und zu einer Anpassung des Maßnahmenplans. Sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen verändern Pflegefachkräfte aber auch auf Geheiß ihrer Vorgesetzten und nicht aus eigener pflegefachlicher Einschätzung heraus die SIS® und den Maßnahmenplan.

Sowohl Pflegedienste als auch Pflegeheime nutzen für die Abbildung der Pflegequalität neben dem Strukturmodell Ereignisstatistiken (wie Sturz, Dekubitus), (Zufriedenheits-)Befragungen der Pflegebedürftigen und/oder deren Angehörigen, die nationalen Expertenstandards und zugehörige Assessments/Dokumentationsmaterialien, verschiedenste Auditinstrumente oder Qualitätsindikatoren.

6.4 Bewertung der neuen Pflegedokumentation

6.4.1 Bewertung aus Sicht der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen

Lohnen der Umstellung auf das Strukturmodell und Praktikabilität

Sowohl vollstationäre als auch ambulante Pflegeeinrichtungen bewerten die Umstellung auf das Strukturmodell für die Einrichtung als lohnend – **der Nutzen überwiegt den Aufwand der Einführung** für 62,5 % der Pflegeheime und 54,3 % der Pflegedienste voll und ganz, wie Abbildung 31 verdeutlicht.

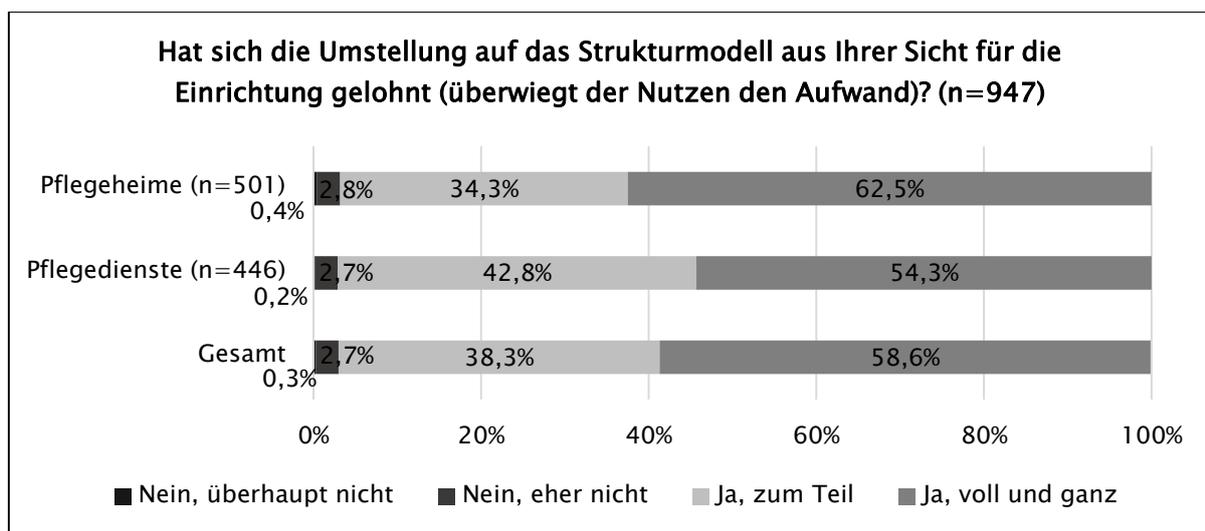


Abbildung 31: Lohnen der Umstellung auf das Strukturmodell für die Einrichtung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Auffallend ist der sehr geringe Anteil von Einrichtungen in beiden Settings, für die die Umstellung als eher nicht oder überhaupt nicht lohnend angegeben wurde. Dieser Anteil beeinflusst

das **Ergebnis der ordinalen Regression**, die, wie in Abschnitt 4.3 beschrieben, mit der Bewertung des Lohnens der Umstellung assoziierte Strukturmerkmale und Antworten der Pflegefachkräfte untersuchte. Einzig für die Dauer der Anwendung des Strukturmodells erwies sich für die Pflegeheime und Pflegedienste gleichermaßen ein signifikanter ($p < 0,05$) Zusammenhang mit der Antwortausprägung. Mit jedem weiteren Monat der Anwendung erhöhte sich für die verantwortlichen Pflegefachkräfte der Pflegeheime die Wahrscheinlichkeit, sich der jeweils besseren Antwortoption zuzuordnen um das 1,10-fache, für verantwortliche Pflegefachkräfte in den Pflegediensten um das 1,14-fache. In den Pflegediensten zeigte auch die Anzahl der Vollzeitäquivalente der Pflegefachkräfte einen signifikanten Zusammenhang mit dem Antwortverhalten: mit jedem weiteren Vollzeitäquivalent erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit der besseren Bewertung um das 1,09-fache. Bei den auf Einrichtungsebene aggregierten Antworten der Pflegefachkräfte zeigte sich in den Pflegeheimen der für die Erstellung der SIS[®] benötigte Zeitaufwand als signifikant: mit jeder weiteren von den Pflegefachkräften angegebenen benötigten Minute reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich die verantwortlichen Pflegefachkräfte der jeweils besseren Antwortoption zuordnen um das 0,98-fache. Für die weiteren unabhängigen Variablen in den Modellen ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge feststellen. Die explorative Analyse mittels CHAID-Bäumen bestätigte die Anwendungsdauer als trennendes Merkmal im Antwortverhalten. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass der geringe Anteil der Antworten von „eher nicht“/„gar nicht“ die Belastbarkeit der Ergebnisse einschränkt, da zwischen den Einrichtungen keine ausreichende Diskriminierung stattfindet. Auch die Gütemaße der Regressionsmodelle (vgl. Anhang 17) werden durch die teilweise geringe Zellenbelegung eingeschränkt.

Bewertung der Praktikabilität

Die anwendenden Pflegefachkräfte in den Einrichtungen beider Settings bestätigen dem Strukturmodell in der standardisierten Befragung mehrheitlich die **Praktikabilität** (vgl. Abbildung 32).

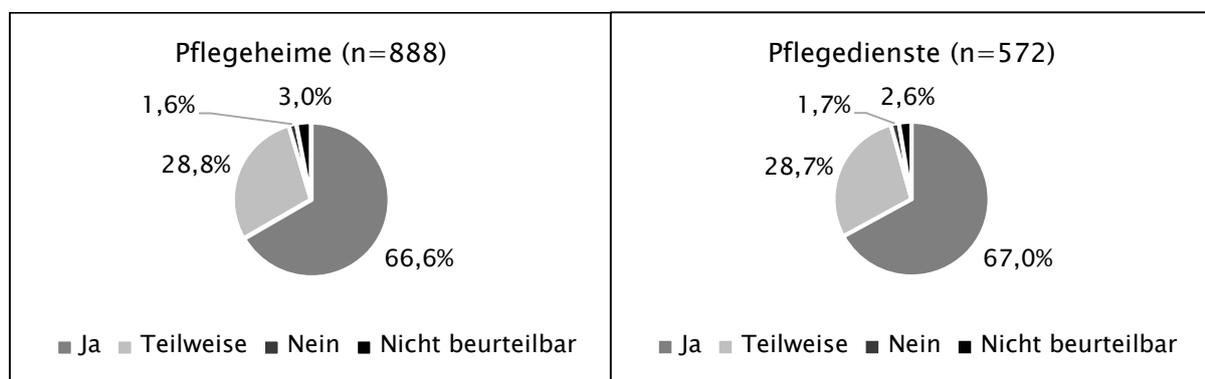


Abbildung 32: Bewertung der Praktikabilität des Strukturmodells: Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel? Postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte in den Fokusgruppen ist die neue Pflegedokumentation überwiegend praktikabel. In vorhergehenden Abschnitten wurden bereits vereinzelt Schwierigkeiten oder Probleme benannt. Beispielsweise bei der Erstellung der SIS® oder der Risikomatrix. Insgesamt geben alle Befragten an, dass bei der neuen Pflegedokumentation ein Umdenken erforderlich ist und dies anfänglich die Ursache für Schwierigkeiten war. Durch die tägliche Anwendung und Übung konnte dies kontinuierlich verbessert werden. Falls dieser Umstand gegeben war und es beispielsweise auch Neueinzüge gab. Wichtig ist zu erwähnen, dass die richtige Umsetzung und Anwendung des Strukturmodells einen Prozess darstellt und ein angemessen langer Zeitraum dafür vorgesehen werden muss.

„Ich finde sie eigentlich ganz gut. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, weil man muss sich selber auch darauf einlassen und umstellen, wenn man Jahre lang mit dem anderen System gearbeitet hat, dann muss man umdenken.“

(FG6 PFK, Pflegedienst)

„Ich sehe es in meiner Einrichtung immer wieder, dass die SIS® zwar da ist, aber immer noch das Denken von Krohwinkel da ist. Das merkt man richtig. Dass man das wirklich aus den Altenpflegern die wirklich schon Urgesteine in dem Beruf sind, das wieder rauszukriegen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Ein Umdenken ist dahingehend notwendig, dass die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen konsequenter zu beachten ist, als vorher. Dies ist mitunter: *„Zu viel für mich dann. Diese Selbstbestimmung.“* (FG1 PFK, Pflegeheim)

„Wenn ich das beigebracht bekomme, dann muss ich auch die Möglichkeit (haben) damit zu arbeiten. Sonst vergessen sie Dinge und das sehe ich im Arbeitsalltag jetzt. Wir hatten lange Zeit keine Neueinzüge und jetzt kommt wieder vielleicht einer und dann geht die große Frage los. Woran muss ich noch mal denken? Wie sieht das noch mal aus?“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Das Dokumentationssystem nach dem Strukturmodell ist einfacher als das alte System. Die Dokumentation geht schneller, es ist weniger zu dokumentieren und es erinnert viele Fachkräfte an „früher“. Das Strukturmodell bietet zudem die Möglichkeit viele Informationen auf einer Seite zu sammeln und diese somit auf einen Blick entnehmen zu können. Es wird positiv bewertet, dass man als Pflege(fach-)kraft mehr Freiheit in der Dokumentation hat und keine Ziele formuliert werden müssen. Dies fördert den Schreibfluss und nimmt weniger Zeit in Anspruch. Im Vergleich zu dem Pflegemodell nach Krohwinkel (2013) ist das Strukturmodell einfacher umzusetzen.

„Und ich muss echt sagen, dass mir das doch deutlich erleichtert und einen besseren Schreibfluss in die ganze Sache zu kriegen. Bei, bei der Dokumentation und ja, es ist einfach leichter zu schreiben als Ziele zu formulieren, die sowieso im Endeffekt nicht erreicht werden können.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Zudem ist die SIS® laut Aussage einer Pflegedienstleitung sehr praktikabel, da sie zum Erstgespräch mitgenommen werden kann, um sofort die ersten Informationen zu verschriftlichen.

„Sehr praktikabel. Also ich habe nur positive Rückmeldungen von Mitarbeitern dazu bekommen. Die nutzen das auch gleich beim Erstgespräch nehmen die das gleich mit und dokumentieren schon mal die ersten Notizen hinein. [...] Und von diesen O-Ton aus kann man sich gut orientieren.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Positiv bewertet wird auch, dass durch das Strukturmodell die Möglichkeit besteht mehr Individualität der Pflege(fach-)kraft einfließen zu lassen. Durch weniger konkrete Vorgaben können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Dokumentation kreativ sein.

„Weil man muss halt einfach seinen eigenen Weg finden und kann so ein bisschen Individualität da rein legen, das ist halt nicht so starr.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die Dokumentation wird überwiegend von Pflege(fach-)kräften vorgenommen. Teilweise sind auch Betreuungskräfte an der Erstellung und Dokumentation der Maßnahmenpläne beteiligt.

„In der SIS® wird es von der Pflegefachkraft dokumentiert, in der Maßnahmenplanung von der Betreuungsfachkraft.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Zeitersparnis und Verwendung gewonnener Zeit

Sowohl die Pflegeeinrichtungen als auch die anwendenden Pflegefachkräfte bestätigen in den standardisierten Befragungen weiter, dass die Einführung des Strukturmodells eine **Zeitersparnis** mit sich gebracht hat. Über zwei Drittel der befragten Personen in den Pflegeheimen und Pflegediensten bejahten die Frage nach einer Zeitersparnis. In beiden Settings und Akteursgruppen wurde eine Zeitersparnis jedoch dementsprechend auch verneint, wie Tabelle 18 zeigt.

Tabelle 18: Bewertung der Zeitersparnis durch die Einführung des Strukturmodells, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1 und postalische Befragung Pflegefachkräfte t1

Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	Pflegeheime		Pflegedienste	
	Verantwortliche Pflegefachkraft	Anwendende Pflegefachkräfte	Verantwortliche Pflegefachkraft	Anwendende Pflegefachkräfte
Ja	79,1 %	74,4 %	74,7 %	71,8 %
Nein	20,9 %	25,6 %	25,3 %	28,2 %
Anzahl gesamt	506	871	447	546

Die fünf häufigsten in einer Freitextantwort angegebenen **Gründe für die Zeitersparnis** aus Sicht der anwendenden Pflegefachkräfte fasst Abbildung 33 zusammen. Für beide Settings beschrieben die Pflegefachkräfte einen reduzierten Dokumentationsaufwand allgemein beziehungsweise eine reduzierte Anzahl von verwendeten Formblättern seit Einführung des Strukturmodells, wobei dieser Grund in den Pflegediensten um gut 10 % häufiger benannt wurde als in den Pflegeheimen. Für die Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen trugen der Wegfall täglicher Einzelleistungsnachweise sowie das tägliche Abhaken erfolgter Maßnahmen maßgeblich zur Zeitersparnis bei, während dies in den Pflegediensten kaum benannt wurde. Für beide Settings beschrieben die Pflegefachkräfte einen reduzierten Umfang des Pflegeberichts, den

Wegfall einer aufwändigen Pflegeplanung und Evaluation sowie allgemein eine übersichtlichere und verständlichere Dokumentation.

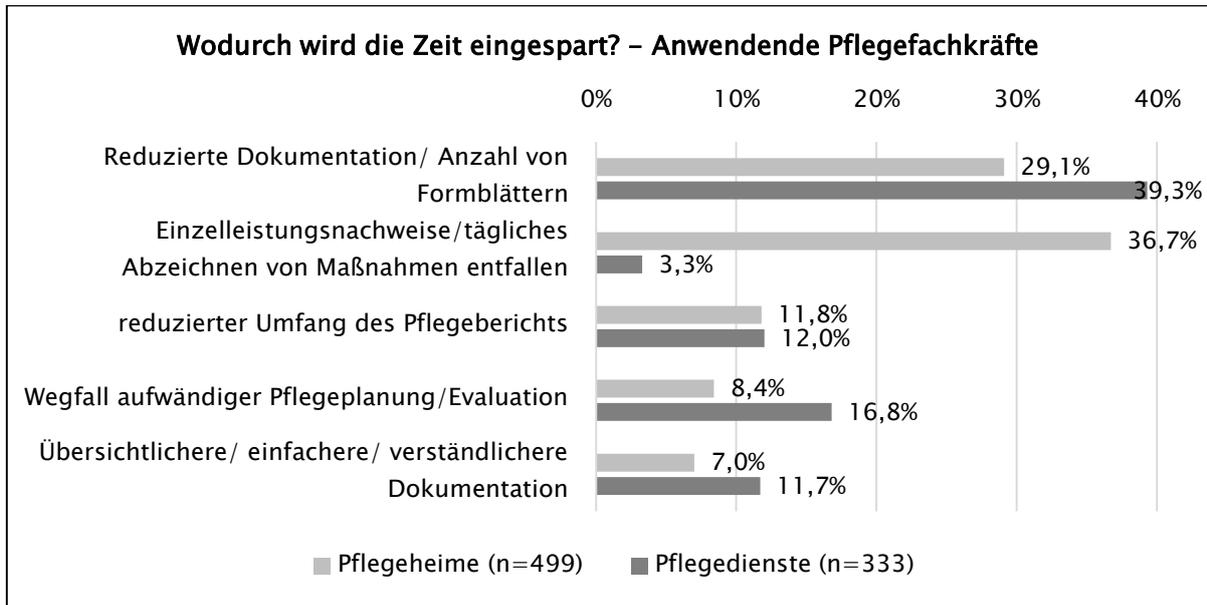


Abbildung 33: Gründe für eine Zeitersparnis, zusammengefasste Freitextantworten, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Eine Reduktion von Formblättern und des allgemeinen Dokumentationsaufwandes waren auch für die verantwortlichen Pflegefachkräfte ausschlaggebend für die Zeitersparnis an. Das Antwortmuster innerhalb der Versorgungssettings folgt dem der anwendenden Pflegefachkräfte, wie Abbildung 34 zeigt. Neben dem Wegfall einer aufwändigen Pflegeplanung und Evaluation weisen die verantwortlichen Pflegefachkräfte besonders in den Pflegediensten auf den Wegfall diverser (Risiko-)Assessments sowie in beiden Settings auf eine veränderte (im Sinne einer schnelleren und flexibleren) Maßnahmenplanung und deren Evaluation hin.

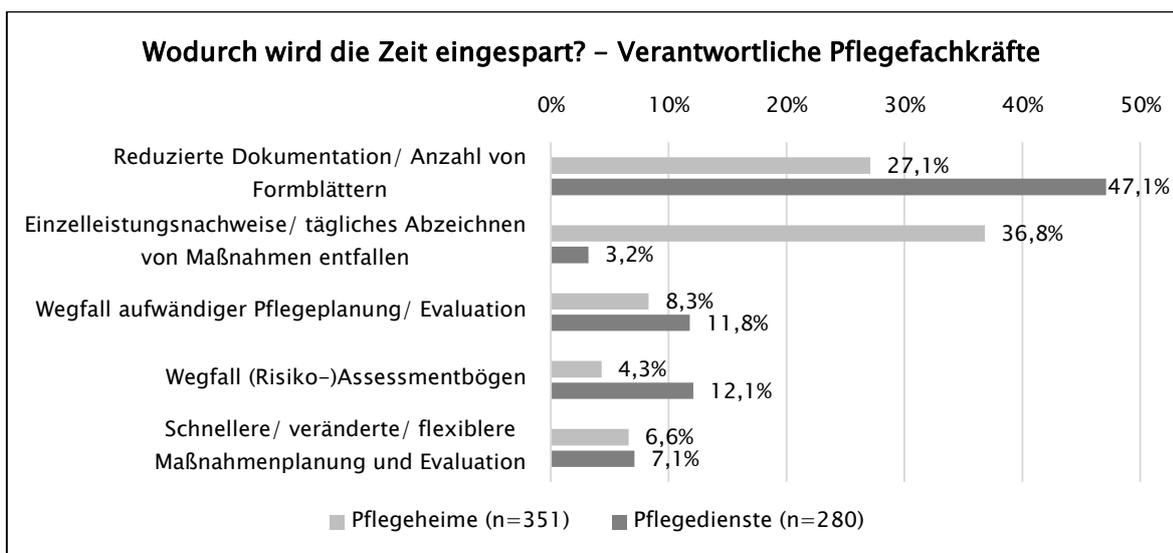


Abbildung 34: Gründe für eine Zeitersparnis, zusammengefasste Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Jedoch zeigt die Dokumentenanalyse, dass in stationären Einrichtungen auch mit dem Strukturmodell noch Einzelleistungsnachweise der grundpflegerischen Versorgung geführt werden (Abbildung 35).

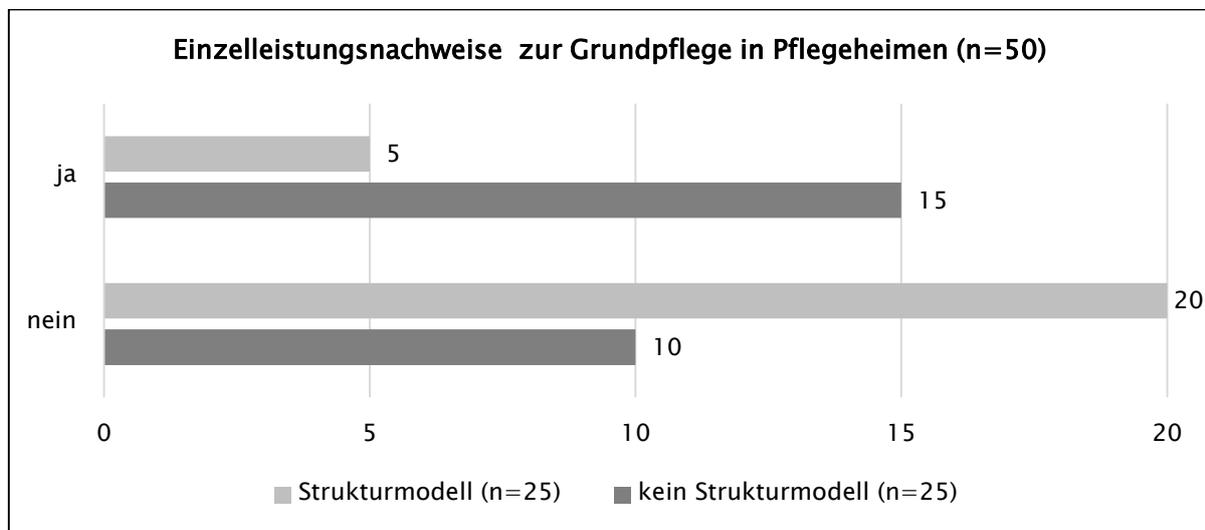


Abbildung 35: Vorliegen eines Einzelleistungsnachweises bei immer wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung, Dokumentenanalyse

Hinsichtlich der Zeitersparnis geben auch die Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen in den Fokusgruppen die folgenden Gründe an:

- Wegfall von Zusatzformularen in dem Strukturmodell,
- geringere Schreiarbeit im Pflegebericht,
- bessere Überschaubarkeit der Pflegedokumentation vereinfacht die tägliche Arbeit,
- Erstellung der SIS® durch die Verwendung von Tablet-PCs als Arbeitsgerät vor Ort (ambulantes Setting),
- regelmäßige Anwendung des neuen Dokumentationssystems und
- Anschaffung von zusätzlichen Dokumenten, z. B. Wundprogramme.

Die ersparte Zeit kommt laut den Befragten sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen mehrheitlich der individuellen pflegerischen Versorgung zu Gute. Dies zeigt in Abbildung 36 die anteilige Verteilung der Antworten der verantwortlichen Pflegefachkräfte und anwendenden Pflegefachkräfte der standardisierten Befragungen. Weitere Verwendung findet die eingesparte Zeit für die Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen sowie die Anleitung von Auszubildenden. Der Vergleich zwischen den Versorgungssettings lässt eine gleiche Rangfolge der ausgewählten Antworten erkennen, wobei in den Pflegeheimen der Anteil der Antworthäufigkeiten tendenziell höher liegt als in den Pflegediensten.

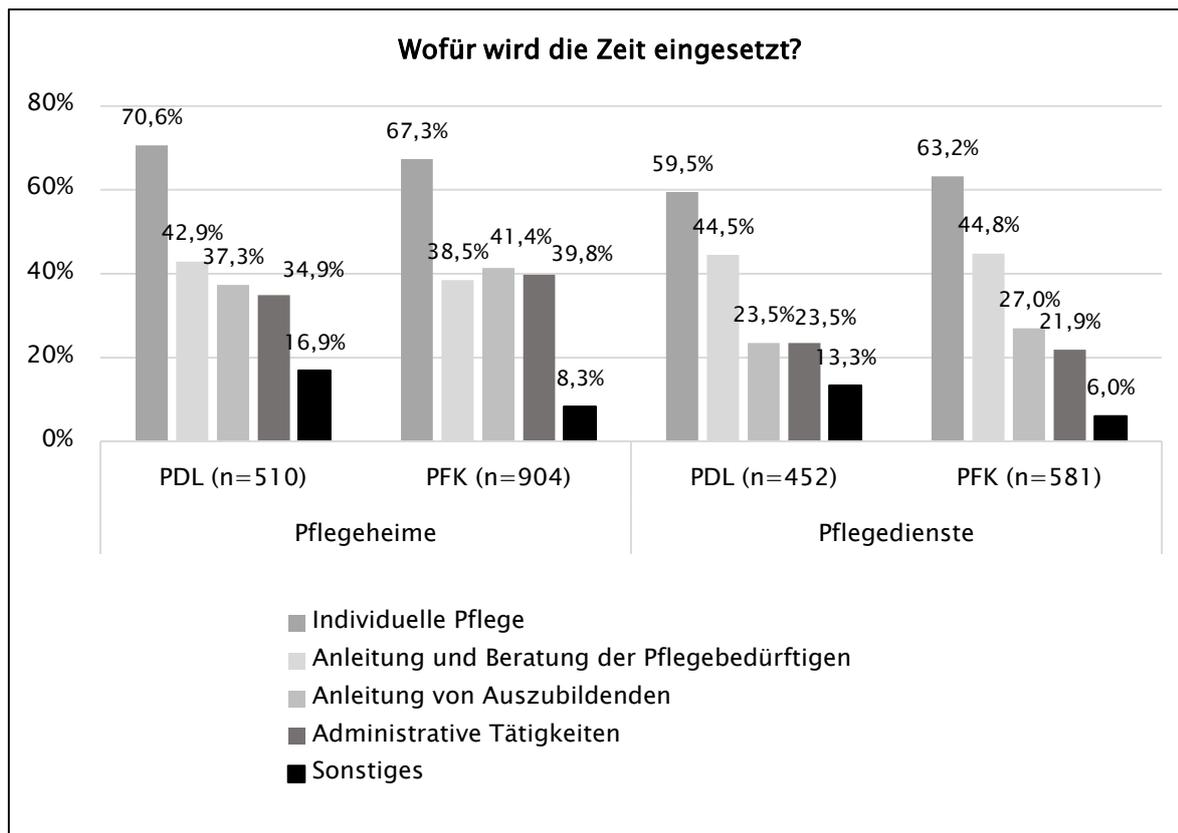


Abbildung 36: Verwendung eingesparter Zeit, Mehrfachauswahl, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁ und postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

In einer Freitextantwort beschrieben sowohl die verantwortlichen Pflegefachkräfte als auch die anwendenden Pflegefachkräfte weitere Verwendungen für die eingesparte Zeit. Tabelle 19 und Tabelle 20 fassen die fünf häufigsten Antworten der verantwortlichen und anwendenden Pflegefachkräfte zusammen.

Tabelle 19: Weitere Verwendung eingesparter Zeit, zusammengefasste Freitextantworten, fünf häufigste Nennungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Pflegeheime	Pflegedienste
Individuelle Angebote/Versorgung/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige	19,2 %	7,1 %
Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)	17,3 %	3,6 %
Schulung, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen	9,6 %	14,3 %
Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Pflegevisiten	11,5 %	10,7 %
Kommunikation/Gesprächsführung (Pflegebedürftige, Angehörige)	11,5 %	7,1 %
Anzahl gesamt	52	28

Tabelle 20: Weitere Verwendung eingesparter Zeit, zusammengefasste Freitextantworten, fünf häufigste Nennungen, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Pflegeheime	Pflegedienste
Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)	27,6 %	6,1 %
Individuelle Angebote/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige	19,7 %	21,2 %
Tätigkeiten des Alltags (nicht näher bezeichnet)	15,8 %	9,1 %
Einhalten von Evaluationsfristen, Aktualisierung der Dokumentation	10,5 %	9,1 %
Beratung (Pflegebedürftige, Angehörige)	2,6 %	21,2 %
Anzahl gesamt	76	33

In den und Pflegeheimen beschrieben dabei beide befragte Akteursgruppen (Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte) einen vermehrten Einsatz der verfügbaren Zeit für die soziale Betreuung und Beschäftigung der Pflegebedürftigen. Die Pflegefachkräfte beider Settings betonten nochmals den Einsatz der Zeit für individuelle Interventionen für einzelne Pflegebedürftige, während die verantwortlichen Pflegefachkräfte angaben, die Zeit auch für die Schulung, Fort- und Weiterbildung sowie für Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und Pflegevisiten einzusetzen. Für die Pflegefachkräfte war auch von Bedeutung, die reduzierte Dokumentation gewissenhafter bearbeiten und zeitnah aktualisieren und evaluieren zu können. Auch in den Fokusgruppen wurde beschrieben, dass, falls Zeit durch die Dokumentation eingespart werden konnte, diese beispielweise für die Schulung bzw. Einweisung der Auszubildenden, für längere Gespräche mit pflegebedürftigen Personen oder für die weitere Umstellung von Pflegedokumentationen nach dem vorherigen System, genutzt wird.

Fachlicher Kompetenzgewinn und geforderte Fachkompetenz

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte aus 391 Pflegeheimen und 321 Pflegediensten gaben in der Online-Befragung an, auch die Erwartung einer gesteigerten fachlichen Kompetenz mit der Einführung des Strukturmodells verbunden zu haben (vgl. Abbildung 47). Diese Erwartung hatte sich zum ersten Befragungszeitpunkt nur für weniger als 10 % der Pflegeeinrichtungen nicht erfüllt. Für gut beziehungsweise knapp zwei Drittel der Pflegeheime und Pflegedienste hatte sich die Erwartung in Teilen und für 24,2 % (Pflegeheime) und 28,6 % (Pflegedienste) voll erfüllt (Abbildung 37).

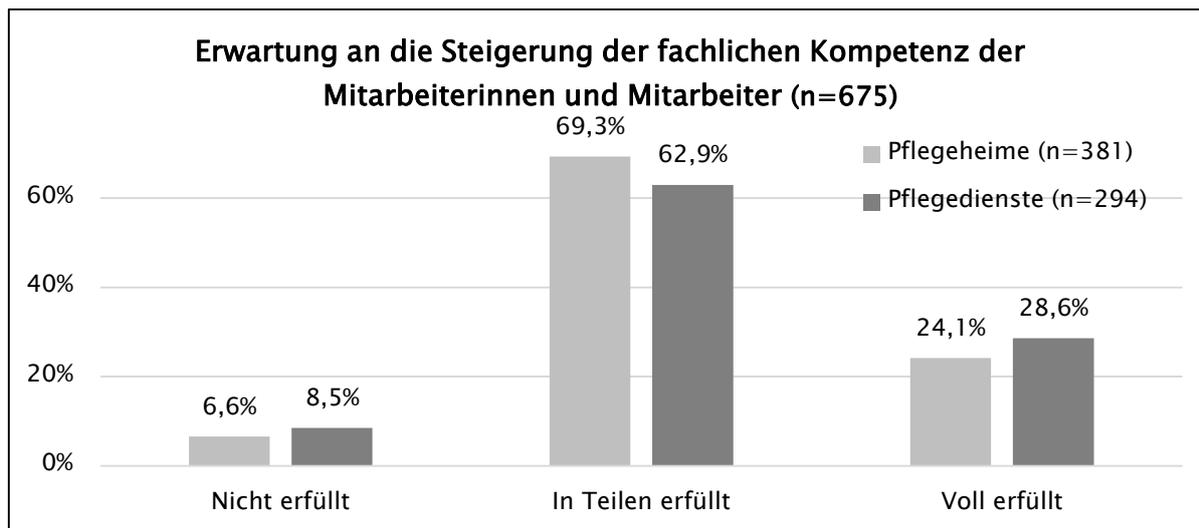


Abbildung 37: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der fachlichen Kompetenz, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte attestieren den anwendenden Pflegefachkräften in Pflegediensten (87,2 % von 447 Einrichtungen) und Pflegeheimen (85,6 % von 507 Einrichtungen) mehrheitlich die notwendige Fachkompetenz, um aus der SIS® eigenständig einen individuellen Pflege- und Maßnahmenplan zu entwickeln. Weisen jedoch in den Freitextantworten der Online-Befragung auch darauf hin, dass durchaus nicht alle Pflegefachkräfte gleichermaßen dazu in der Lage sind insbesondere die Einschätzung der individuellen Risiken in der Risikomatrix sowie die Verknüpfung unterschiedlicher Themenfelder der SIS® fachgerecht vorzunehmen.

Aus der Sicht von 83,1 % der anwendenden Pflegefachkräfte (708 Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, 456 Pflegefachkräfte in Pflegediensten) beider Versorgungssettings unterstützt das Strukturmodell den fachlichen Kompetenzzugewinn von Pflegefachkräften.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen bestätigen, dass aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte die fachliche Kompetenz bei Anwendung des Strukturmodells mehr abgefragt und gefordert wird als nach dem alten Dokumentationssystem. In vorhergehenden Abschnitten dieses Berichts wurde dies auch aus Sicht der Pflegedienstleitungen und QMB angegeben. Die Prüfinstanzen beurteilen die Situation ähnlich (siehe Kapitel 6.4.2). Es ist ein Lernprozess der durchlaufen werden muss. Beispielweise muss die fachliche Einschätzung wieder gelernt werden. Das Strukturmodell fördert das logische Denken (Die Mehrheit der Befragten ist motiviert sich mit dem Strukturmodell auseinander zu setzen und es zu verstehen. Um das Strukturmodell zu verstehen, wird Fachwissen benötigt und die thematische Auseinandersetzung mit dem Modell ist unumgänglich).

*„Dem kommt jetzt, finde ich, eine größere Bedeutung zu, im Rahmen dieses Strukturmodells. Die Pflegefachlichkeit einer Pflegefachkraft wird endlich gefordert.“
(FG6 PFK, Pflegedienst)*

Viele Pflege(fach-)kräfte sind motiviert, sich eigenständig notwendiges Fachwissen aneignen und sich zu belesen um dies dann beispielweise an die Kolleginnen und Kollegen weiter zu tragen. Zum Teil wurde hierfür Fachliteratur oder die Internetseite des Projektbüros genutzt. Den Pflege(fach-)kräften ist in der Gesamtheit bewusst, dass es notwendig ist, Fort- und Weiterbildungen zu besuchen um Fachwissen zu aktualisieren und sich auf den aktuellen Stand der Pflegeforschung zu bringen. Dies wurde durch die Einführung des Strukturmodells noch einmal deutlicher.

„Ich bin bestimmt noch lange nicht an meinem Ende was das Fachwissen bei mir angeht. Da bin ich bestimmt noch ganz am Anfang aber ich merke, dass diese Gier dafür schon steigt, immer mehr und mehr.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

„Man will schon Fachwissen erlangen, weil man hat ein Examen gemacht, dann sollte man auch Fachlichkeit haben. Aber auch bei mir ist das noch am Anfang. Und jemand der alles weiß gibt es sowieso nicht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Wogegen Leitungspositionen nicht immer die Sicht ihrer Angestellten teilen.

„Ich meine es reicht wirklich ein Teilnehmer, der dahin geht und der kann es dann wirklich im Betrieb schulen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Den Pflege(fach-)kräften ist bewusst, dass die Fachlichkeit durch das Strukturmodell vermehrt gefragt wird und auch notwendig ist, um das neue Dokumentationssystem zu verstehen. Auf Grund dessen ist die Mehrheit des Pflegepersonals motiviert Schulungen zu besuchen und erachtet dies auch als notwendig. Beispielsweise wurde wiederholt der Vorschlag zur separaten Schulung der Expertenstandards genannt.

„Wir haben noch mal festgestellt, dass das Fachwissen der Expertenstandards noch mal extra separat geschult werden muss. Also merkt man immer wieder, weil es ja dann um die Fachlichkeit geht, auch in der Risikomatrix da quasi noch mal separate Veranstaltungen nur für die Expertenstandards zu machen.“
(FG2 PFK, Pflegeheim)

Erfolgte Schulungen

In 95,3 % der Pflegeheime (482 von 506 Einrichtungen) und 88,7 % der Pflegedienste (400 von 451 Einrichtungen) hatte zum ersten Erhebungszeitpunkt eine Schulung zum Strukturmodell stattgefunden und die verantwortlichen Pflegefachkräfte gaben sowohl in den Pflegeheimen (83,1 %, 419 von 504 Einrichtungen) als auch in den Pflegediensten (71,5 %, 319 von 446 Einrichtungen) mehrheitlich an, dass sie selbst oder einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einer Multiplikatorenschulung teilgenommen hatten. Die Schulungen mittels der über das Projektbüro Ein-STEP bereitgestellten Schulungsmaterialien zum Strukturmodell beurteilten mehr als zwei Drittel der verantwortlichen Pflegefachkräfte beider Settings als ausreichend (Abbildung 38).

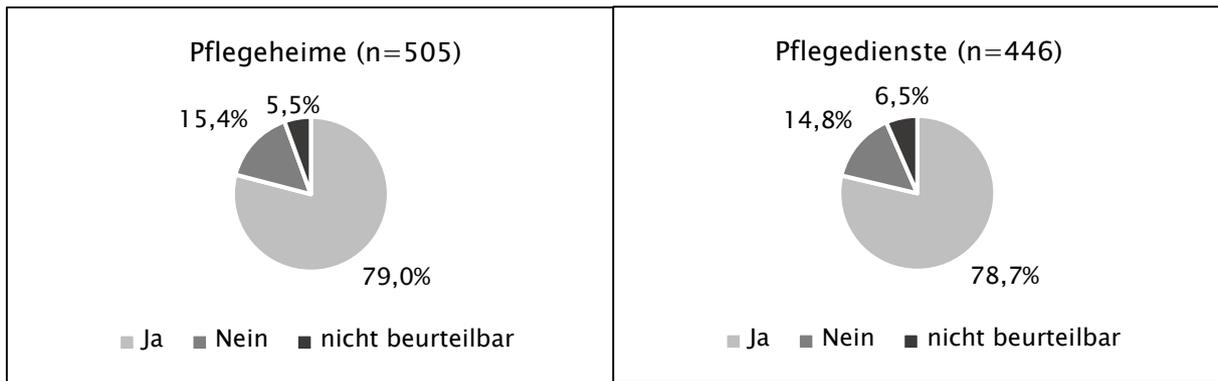


Abbildung 38: Bewertung der Schulungsmaterialien zum Strukturmodell: Waren die Schulungen mittels der von Ein-STEP bereit gestellten Schulungsmaterialien zum Strukturmodell ausreichend? Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Nur wenige der anwendenden Pflegefachkräfte gaben an, keine Schulung zum Strukturmodell erhalten zu haben (5,5 % in den Pflegeheimen, 4,6 % in den Pflegediensten). Abbildung 39 zeigt die anteilige Verteilung der in einer Mehrfachauswahl berichteten Schulungsangebote, an denen die Pflegefachkräfte teilnahmen.

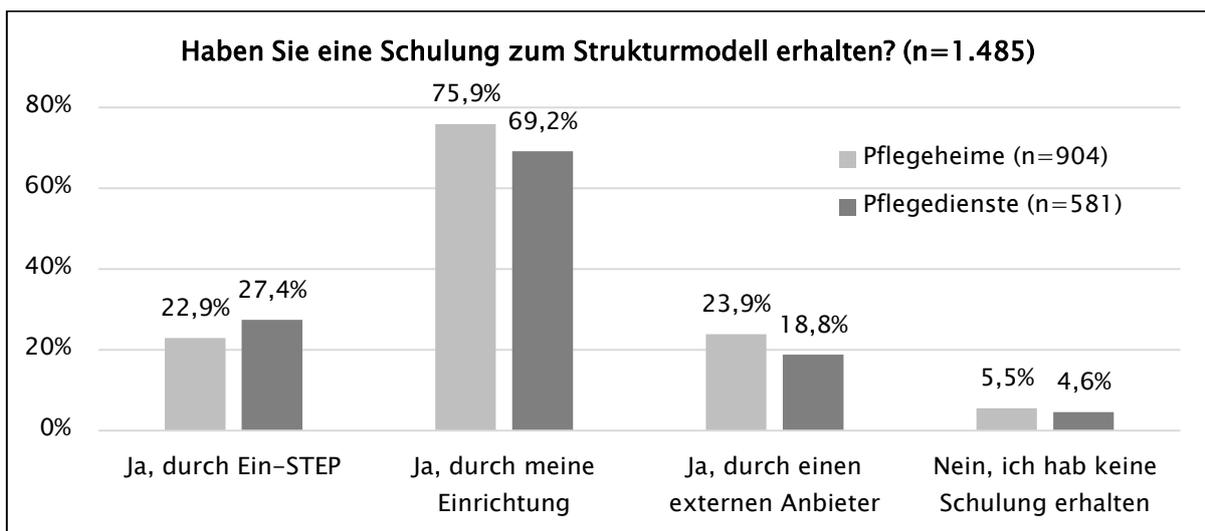


Abbildung 39: Schulungsanbieter der erhaltenen Schulungen zum Strukturmodell, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Die Pflegefachkräfte waren vorrangig durch die eigene Pflegeeinrichtung zum Strukturmodell geschult worden. Aus den Pflegeheimen hatten 22,9 %, aus den Pflegediensten 27,4 % an einer Schulung durch das Projektbüro Ein-STEP teilgenommen. Überwiegend wurden die Pflegefachkräfte jedoch direkt durch die eigene Einrichtung geschult, während in den Pflegeheimen fast jede vierte und in den Pflegeheimen fast jede fünfte Person eine Schulung durch einen externen Anbieter (weder dem Projektbüro, noch der eigenen Einrichtung zugehörig) erhalten hatte. Ungeachtet des Anbieters der Schulung bewerteten jeweils etwa zwei Drittel der Pflegefachkräfte im vollstationären und ambulanten Setting die erhaltene Schulung als ausreichend, um das Strukturmodell fachgerecht anzuwenden, wobei die durch das Projektbüro Ein-STEP durchgeführten Schulungen sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Pflegediensten den

höchsten Anteil zustimmender Antworten (70 % in den Pflegeheimen, 75,2 % in den Pflegediensten) erhielten (siehe dazu Abbildung 40).

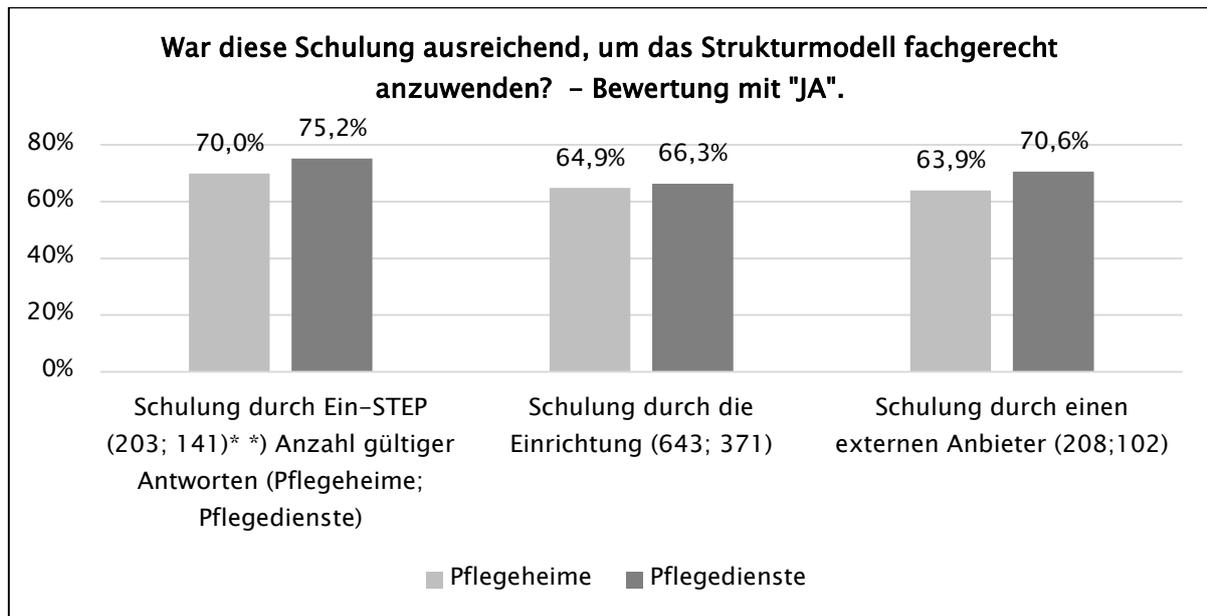


Abbildung 40: Bewertung der erhaltenen Schulung, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Unabhängig vom Schulungsanbieter gelingt es den Pflegefachkräften in den meisten Fällen (71,5 % in den Pflegeheimen, 76,2 % in den Pflegediensten) oft, das Strukturmodell so umzusetzen wie es ihnen vermittelt wurde. Wie in Abbildung 41 zu sehen ist, gibt weniger als jede fünfte Pflegefachkraft in beiden Settings an, dass die Umsetzung immer gelänge. Gar nicht oder selten gelingt die Umsetzung gut 10 % der Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen und knapp 9 % der Pflegefachkräfte in den Pflegediensten.

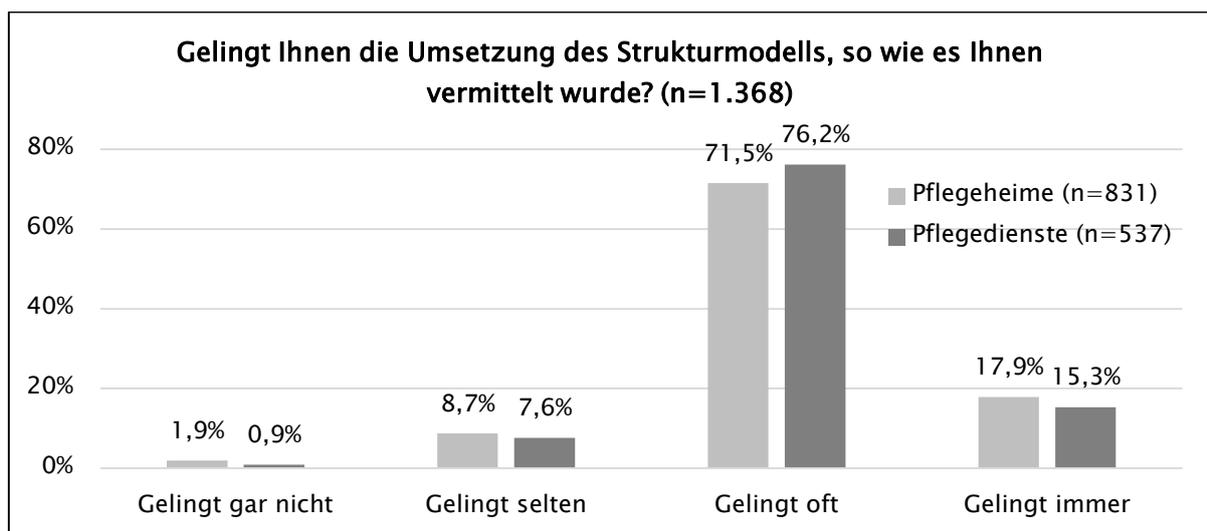


Abbildung 41: Gelingen der Umsetzung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Ein Vergleich der Bewertung des Gelingens der Umsetzung mit der Art des Anbieters der erhaltenen Schulung wie in Abbildung 42 dargestellt, weist nicht auf einen eindeutig überlegenen Schulungsanbieter hin. Pflegefachkräfte, die den Erhalt einer Schulung vereinten, gaben in den Pflegeheimen etwa halb so häufig wie die geschulten Personen an, dass ihnen die Umsetzung immer gelänge, bei der Antwortverteilung zur Aussage „gelingt oft“ zeigen sich in beiden Settings nur geringfügige Abweichungen von den Antworten der geschulten Pflegefachkräfte.

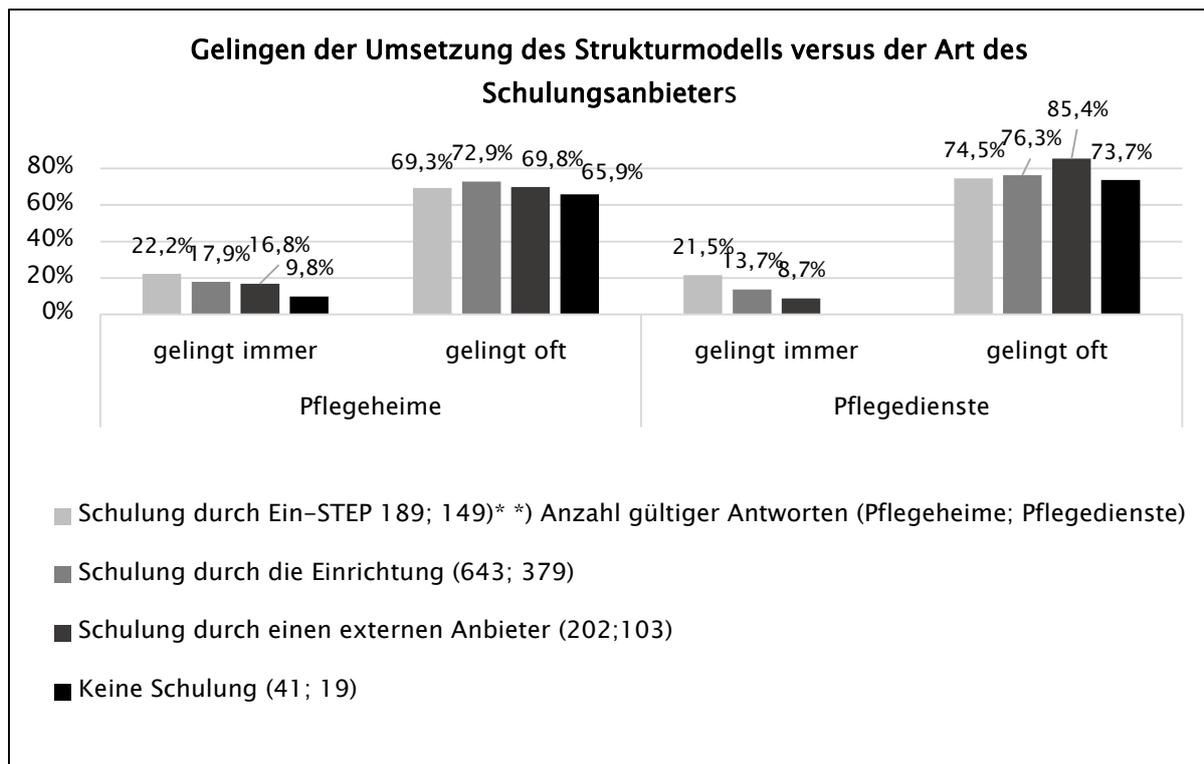


Abbildung 42: Bewertung des Gelingens der Umsetzung im Vergleich zum Schulungsanbieter, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Für die Teilnehmenden der Fokusgruppen war insgesamt gesehen die Ausgangslage, um das notwendige Fachwissen für die Umstellung und Anwendung des Strukturmodells zu erhalten, eine sehr heterogene. Grundsätzlich hatten nicht alle Befragten eine Schulung erhalten und bei denen, die an einer Schulung teilgenommen hatten, waren diese sehr verschieden in Umfang und Art des Anbieters. Tabelle 38 bis Tabelle 41 in Anhang 07 verdeutlichen, dass unterschiedliche Arten von Schulungen stattgefunden haben: Stundenschulungen, Tagesschulungen, Zweitageschulungen, interne Schulungen, Multiplikatorenschulungen oder auch keine Schulung. Teilweise hatte eine Person mehrere Schulungen oder mindestens eine Schulung mit anschließenden Reflektionstreffen. Befragte mit mehreren Schulungen gaben an, dass diese inhaltlich nicht identisch waren und unterschiedliche Sichtweisen enthielten, jedoch die „[...] Grundstandards aus der Idee des Projektbüros“ (FG2 PFK, Pflegeheim) enthielten. Personen die eine Schulung hatten gaben an, dass eine Schulung mindestens zwei Tage gehen

sollte, um das notwendige Fachwissen zu erhalten. *„Zwei Tage sind dringend zu empfehlen“* (FG6 PFK, Pflegedienst).

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Fokusgruppen und Telefoninterviews schulten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Kolleginnen und Kollegen in der Rolle des Multiplikators. Besonders häufig war dies bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Qualitätsmanagements der Fall. Näher wurde darauf bereits unter dem Abschnitt 6.3.2 eingegangen.

Nicht alle Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erhielten eine Schulungsmappe und wurden ggf. nur kurz darüber informiert, dass diese über die Internetseite des Projektbüros Ein-STEP zum Download zur Verfügung stehen. Wenn jedoch eine Schulungsmappe vorhanden war, dann wurde diese auch genutzt und damit gearbeitet. Bei einem gewissen Maß an Vorkenntnissen fiel es nach Ansicht einer Pflege(fach-)kraft nicht schwer, die Schulungen zu verstehen.

„Mir fiel es an dem Tag nicht schwer, aber vielleicht wenn man eine gewisse Vorkenntnis hat und man weiß schon mit welcher Erwartung man rein geht in die Schulung, setzt man es noch mal anders um als, wenn man so ganz unbedacht auf einmal da sitzt und soll AEDL loslassen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Insgesamt wünschten sich die Befragten eine Schulung und erachten es als notwendig um das Dokumentationssystem zu verstehen und auch richtig anwenden zu können.

„Also an den Schulungen war ja einfach gut, dass hier überhaupt jemand geschult hat. Weil, ich hab es gelesen und hab es erstmal überhaupt nicht umsetzen können, für mich jetzt im Kopf.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

„Na ich denk, ein wichtiger Ablauf sind auf jeden Fall die internen Schulungen gewesen, auf alle Fälle. Dass dann die Fachkräfte erstmal überhaupt intensiv wussten, was sie da machen sollen.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Zudem wurde gesagt, dass sich Pflege(fach-)kräfte teilweise eine Schulung zum neuen Begutachtungsinstrument gewünscht hätten, bevor sie eine Schulung zum Strukturmodell erhalten haben.

„Hätte ich zuerst NBA geschult bekommen dann wäre für mich in der SIS® viel mehr logisch gewesen weil dann geht es nämlich nicht mehr nur noch um die Selbstbestimmung. Die Selbstbestimmung ist oben in der Grundbotschaft verankert und alles andere darunter hat einen anderen Hintergrund für mich.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Die Bewertung **der Schulungen** aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte, Pflegedienstleitungen und QMB in den Fokusgruppen zu der Frage, ob die Schulungen ausreichend waren, um das notwendige Fachwissen für die Anwendung des Strukturmodells zu erlangen, fällt deutlich negativer aus als in der standardisierten Befragung: Die Mehrheit gibt an, dass die Schulung dafür nicht ausreichend war. Hierfür werden diverse Gründe angegeben.

Die Schulung dient lediglich dafür um die grundlegende Funktion/Anwendung des Strukturmodells zu verstehen und stellte eine Art Leitfaden dar. Um das Strukturmodell zu verinnerlichen sind Erfahrungsaustausch und Reflektionstreffen notwendig.

„[...] diese Schulungen waren nur ein Leitfaden. Ich sag mal das ist ein Leitfaden und dieses Hintergrundwissen kann man eigentlich wirklich nur durch diese Reflektionstreffen oder Erfahrungsaustausch oder wenn man sich nochmal mit diesen Schulungsunterlagen auseinandersetzt, verinnerlichen.“ (FG7 PDL, Pflegedienst)

„Die Reflexionstreffen, genau. Und wie man zurechtgekommen ist, ob es was schlechtes, was Gutes gibt. Man konnte es mitbringen.“ (FG10 PFK, Pflegedienst)

Der Schulungsumfang war zu kurz, wenn es sich dabei nicht um mindestens eine Tagesschulung handelte.

„Das war hier so mal eben so eine Stunde. Das war nicht zwei Tage oder so. Das war eben mal schnell.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

In den Schulungen hatten die Befragten teilweise das Gefühl, dass Unstimmigkeiten von Seiten der Dozenten herrschten und es kam vor, dass Fragen von Seiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht geklärt werden konnten. Zum Teil hatten die Dozentinnen oder Dozenten selbst keine praktische Erfahrung.

„Was ich nicht gut fand an der Schulung, dass noch viele Unstimmigkeiten waren. Also es war nicht klar was wird jetzt verlangt in der SIS®.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

„Steckt Dozenten hin, die die SIS® und die Maßnahmenplanung verstehen, die das gut schulen können, dann kann es funktionieren.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

„Das war recht spannend, weil die Dozentin wusste weniger als wir.“
(FG2 PFK, Pflegeheim)

Zudem führte der Begriff „kompensiertes Risiko“ zu großen Verwirrungen, da dieser anfänglich geschult und später abgeschafft wurde.

„ [...] Und das aus den Köpfen einmal rein und raus, also diese hin und her.“
(FG1 PFK, Pflegeheim)

Dem Hauptteil der Befragten waren die Schulungen außerdem zu theoretisch. Sie hatten sich mehr praktische Beispiele gewünscht. In wenigen Schulungen wurden beispielsweise keine praktischen Übungen durchgeführt. Zudem waren die praktischen Beispiele nicht gut ausgewählt und für einige der Befragten zu abstrakt.

„Dieser praktische Anteil kam zu kurz. Also das fehlt so ein bisschen auch wenn so Gruppenbeispiel gebracht wurden, aber dann auch die Auswertung war teilweise zu kurz.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

„Ich fand es schwierig, dass es an Beispielen [...] Wir haben ein Beispiel bekommen wo dann irgendetwas stand über den Bewohner und daraus sollten wir halt die SIS® aufbauen. Das fand ich schwer, weil ich konnte mir diesen Bewohner nicht vorstellen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Negativ bewertet wurde zudem, dass der Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der Schulung und der tatsächlichen Anwendung des Strukturmodells zu groß war. Dadurch geraten Schulungsinhalte schnell in Vergessenheit und man verfällt in seine vorherige Dokumentationsroutine.

„Weil wenn man, auch nach einem Tag, dann nicht noch mal irgendwie andere Impulse kriegt, dann gerät man doch wieder in den alten Trott.“

(FG2 PFK, Pflegeheim)

Positiv an den Schulungen war der gemeinsame Austausch von verschiedenen Fachleuten.

„Ich fand bei uns wirklich gut, dass lauter Fachleute da saßen und man sich schon in der Schulung gut austauschen konnte.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

„Ich fand am besten von dieser Schulung nicht direkt die Schulung, sondern der Austausch untereinander.“ (FG7 PDL, Pflegedienst)

Durch vereinzelte Meinungen wurde die Schulung nicht nur negativ, sondern auch positiv bewertet. Dies betraf jedoch die Minderheit aller Befragten, die an einer Schulung teilgenommen haben. Gut bewertet wurde die Schulung beispielweise, wenn die Dozentin oder der Dozent ebenfalls praktische Erfahrungen mit dem Strukturmodell hat und somit auf die Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingehen konnte.

„Sehr hat die Schulung mir geholfen. Kann ich nur empfehlen.“

(FG6 PFK, Pflegedienst)

„Weil das, was geschult wurde das wurde auch gebraucht, sag ich mal, und sie haben es auch nicht übertrieben und zu viel gemacht, eigentlich überhaupt nicht.“

(FG7 PDL, Pflegedienst)

Auswirkungen auf Motivation, Zufriedenheit und Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte

Etwa zwei Drittel der verantwortlichen Pflegefachkräfte in den vollstationären und ambulanten Einrichtungen gaben in der standardisierten Befragung an, dass mit der Umstellung auf das Strukturmodell auch die **Erwartung an eine gesteigerte Motivation und Zufriedenheit** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden war. Abbildung 43 und Abbildung 44 zeigen den anteiligen Umfang der Erfüllung dieser Erwartungen zum ersten Erhebungszeitpunkt. Für gut jeden vierten Pflegedienst und jedes viertes Pflegeheim hatten sich diese Erwartungen voll, für jeweils mehr als zwei Drittel der Einrichtungen teilweise erfüllt. Für einen geringen Anteil von Einrichtungen beider Settings hatten sich die Erwartungen nicht erfüllt.

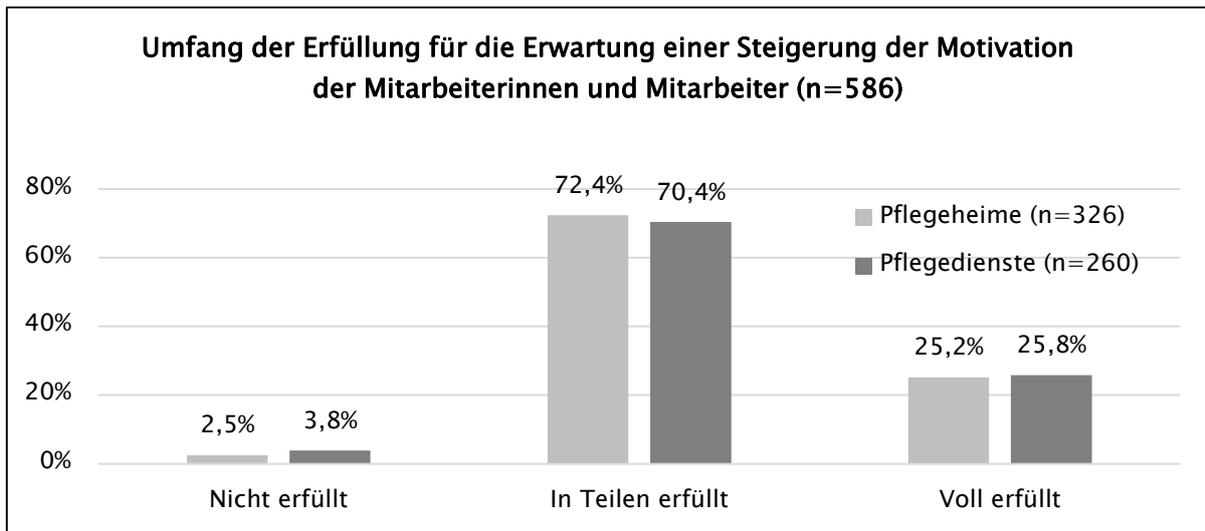


Abbildung 43: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der Motivation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

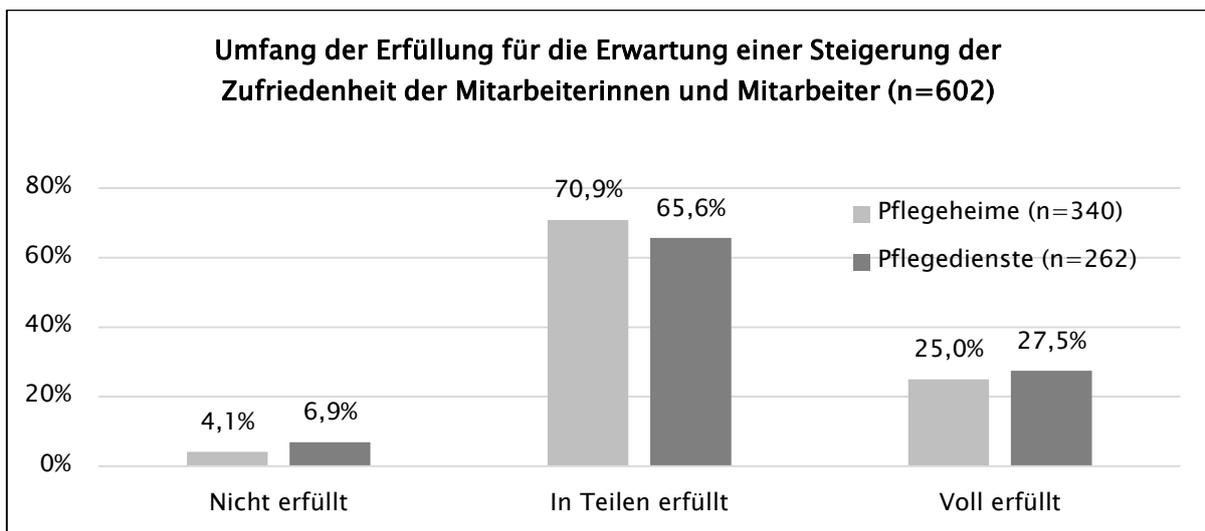


Abbildung 44: Umfang erfüllter Erwartungen – Steigerung der Zufriedenheit, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Knapp 40 % der anwendenden Pflegefachkräfte selbst berichten zum ersten Erhebungszeitpunkt sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Pflegediensten von einer Zunahme ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells, während der überwiegende Teil (rund 57 % in beiden Settings) eine unveränderte Motivation angibt. Ein geringer Anteil in vollstationären und ambulanten Einrichtungen gibt eine Abnahme der Motivation an (vgl. Abbildung 45).

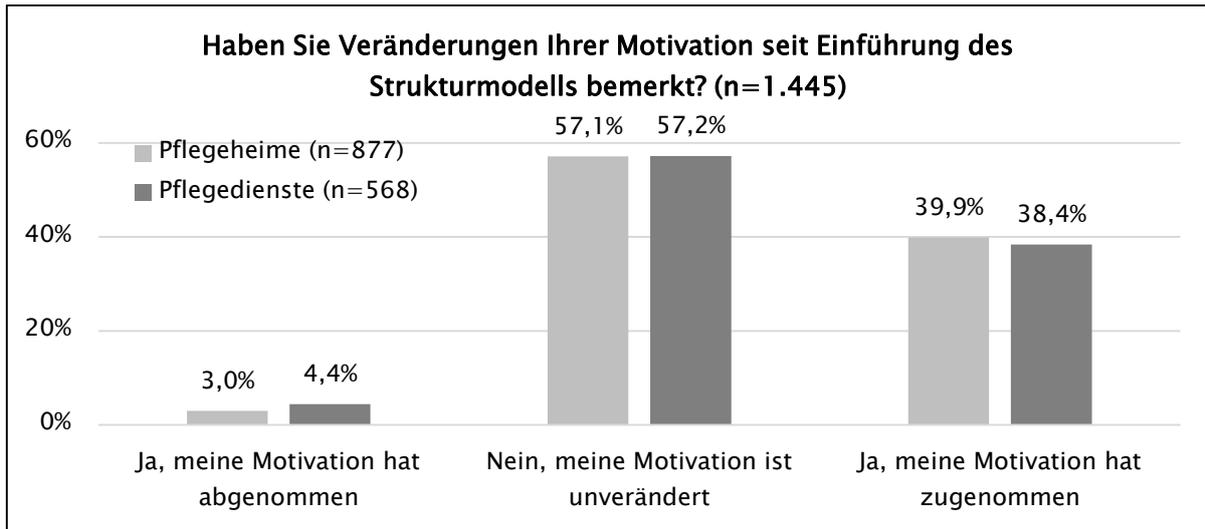


Abbildung 45: Veränderung der Motivation seit Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die anteilige Verteilung der Antworten auf die Frage, ob die anwendenden Pflegefachkräfte eine Veränderung ihrer Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells erlebten. Für vollstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen geben etwas mehr als 40 % der Befragten an, dass ihre Arbeitsbelastung abgenommen hat. Ein ähnlich hoher Anteil erlebte keine Veränderung der Arbeitsbelastung, während etwas weniger als jede fünfte Pflegefachkraft in den Pflegeheimen und Pflegediensten eine Zunahme der Arbeitsbelastung berichtet (Abbildung 46).

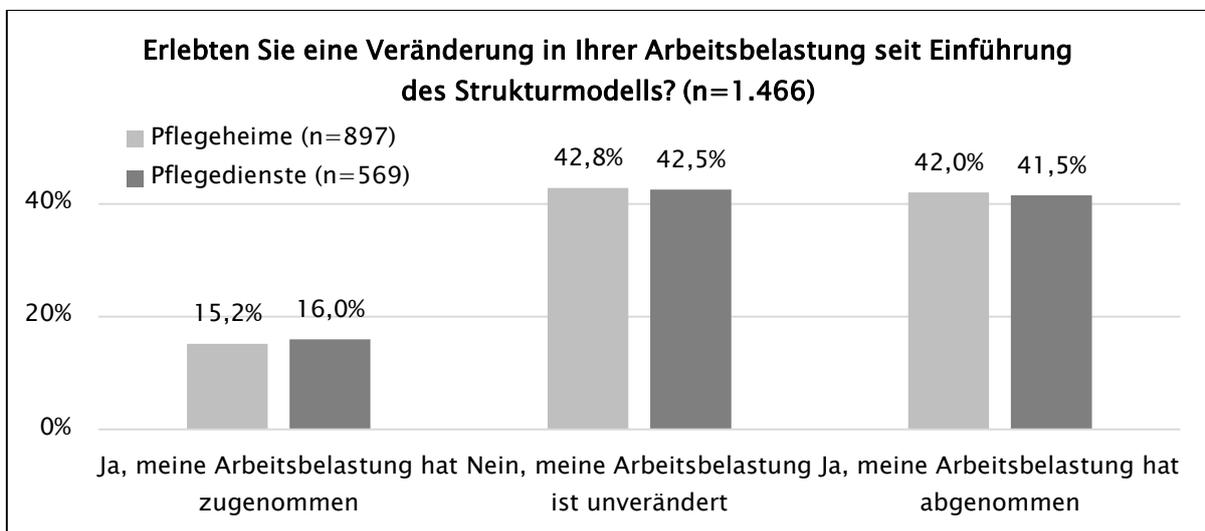


Abbildung 46: Veränderung der Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Die Fokusgruppendifkussionen betätigen diese Ergebnisse: Die Einführung des Strukturmodells wirkt sich positiv auf die Motivation der Pflegekräfte aus. Dies lässt sich daran erkennen,

dass sie sich zum Teil selbstständig über das Strukturmodell informieren. Hierfür wird beispielsweise die Internetseite von Ein-STEP⁴ genutzt. Gesammelte Informationen werden an Kolleginnen und Kollegen weitergegeben, sodass das ganze Team davon profitieren kann.

„Ich hatte mich jetzt ein bisschen selber schlau gemacht, halt eben über die Internetseite von Ein-STEP und dann eben halt auch von den Dingen die so zur Verfügung gestellt wurden.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Die Dokumentation erfolgt nun mit gesteigerter Freude und Spaß.

„Schon mit gesteigerter Freude. Weil wenn man nicht immer drüber nachdenken muss: Wie schreibst du das? Wie machst du es richtig? Sondern man kann einfach, ich sage mal ein bisschen wie ein Autor, also dieser Schreibfluss der bleibt einfach drin.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

„Also für mich ist die Motivation noch da, weil es immer noch sehr neu ist und ich wirklich Spaß empfinde am Schreiben, weil man den Bewohner halt sieht.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Die Dokumentation wird auf Grund ihrer Übersichtlichkeit mit gesteigerter Motivation häufiger gelesen, als nach dem alten Dokumentationssystem.

„Aber ich finde auch es ist überschaubarer und man ist eher motiviert auch mal nach zu lesen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen beteiligen sich aktiv an dem Umstellungsprozess und arbeiten beispielweise hausinterne Regelungen und Dokumente mit aus.

„Ich hab nicht bloß das Gefühl, sondern bin wirklich bewusst beteiligt an diesem Prozess“ und damit hatten wir schon eine hohe Akzeptanz in der Mitarbeiterschaft.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Mit der Einführung verbundene Erwartungen und deren Erfüllung

Neben den vorangehend in Abbildung 37 (gesteigerte Fachkompetenz) Abbildung 43 (gesteigerte Motivation) Abbildung 44 (gesteigerte Zufriedenheit) abgebildeten Erwartungen, die für die Einrichtungen mit der Einführung des Strukturmodells verbunden waren, erhofften sich die Einrichtungen insbesondere eine Zeitersparnis durch die Reduktion der Pflegedokumentation auf wesentliche Inhalte. Abbildung 47 zeigt, welche weiteren Erwartungen die Einrichtungen vor der Anwendung an das Strukturmodell stellten. Der Erwartung an eine Zeitersparnis folgt in beiden Settings eine erwartete Erleichterung durch Maßnahmenpläne. Ein gesteigerter Austausch über die Pflegeplanung stellte für etwas mehr als jede zweite Pflegeeinrichtung eine mit der Einführung verbundene Erwartung dar.

⁴ <https://www.ein-step.de/>

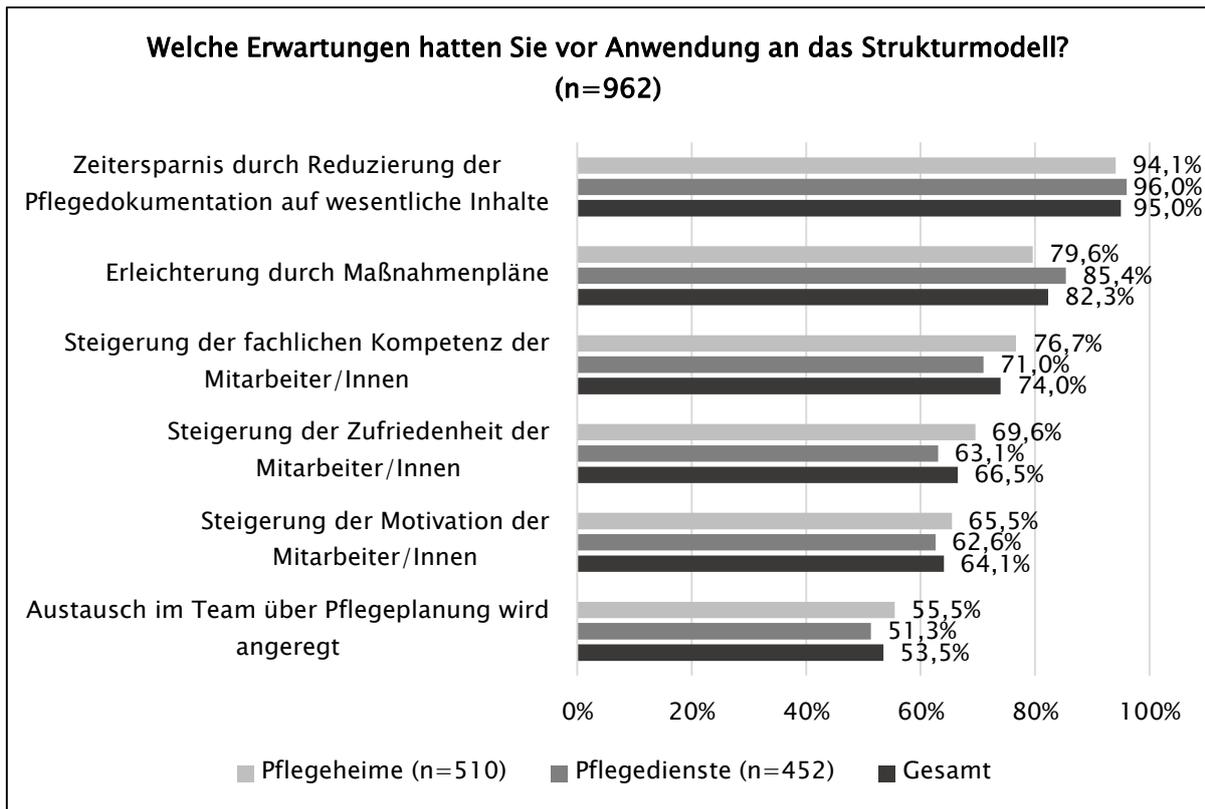


Abbildung 47: Erwartungen an das Strukturmodell vor der Anwendung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

In welchem Umfang sich diese Erwartungen erfüllt haben, zeigt Abbildung 48 auf der folgenden Seite. Der Vergleich zwischen vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zeigt keine wesentlichen Unterschiede der anteiligen Verteilung der Antworten. In höchstem Maße hatten sich in beiden Settings die Erwartungen an eine Erleichterung durch Maßnahmenpläne erfüllt, die in der obigen Abbildung 47 die am zweithäufigsten benannte Erwartung darstellen. Es gibt keine Erwartung, die sich nicht in einem Teil der Einrichtungen ausschließlich in Teilen oder voll erfüllt hat – sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Pflegediensten berichten verantwortliche Pflegefachkräfte über alle Kategorien hinweg auch, dass sich Erwartungen nicht erfüllt haben.

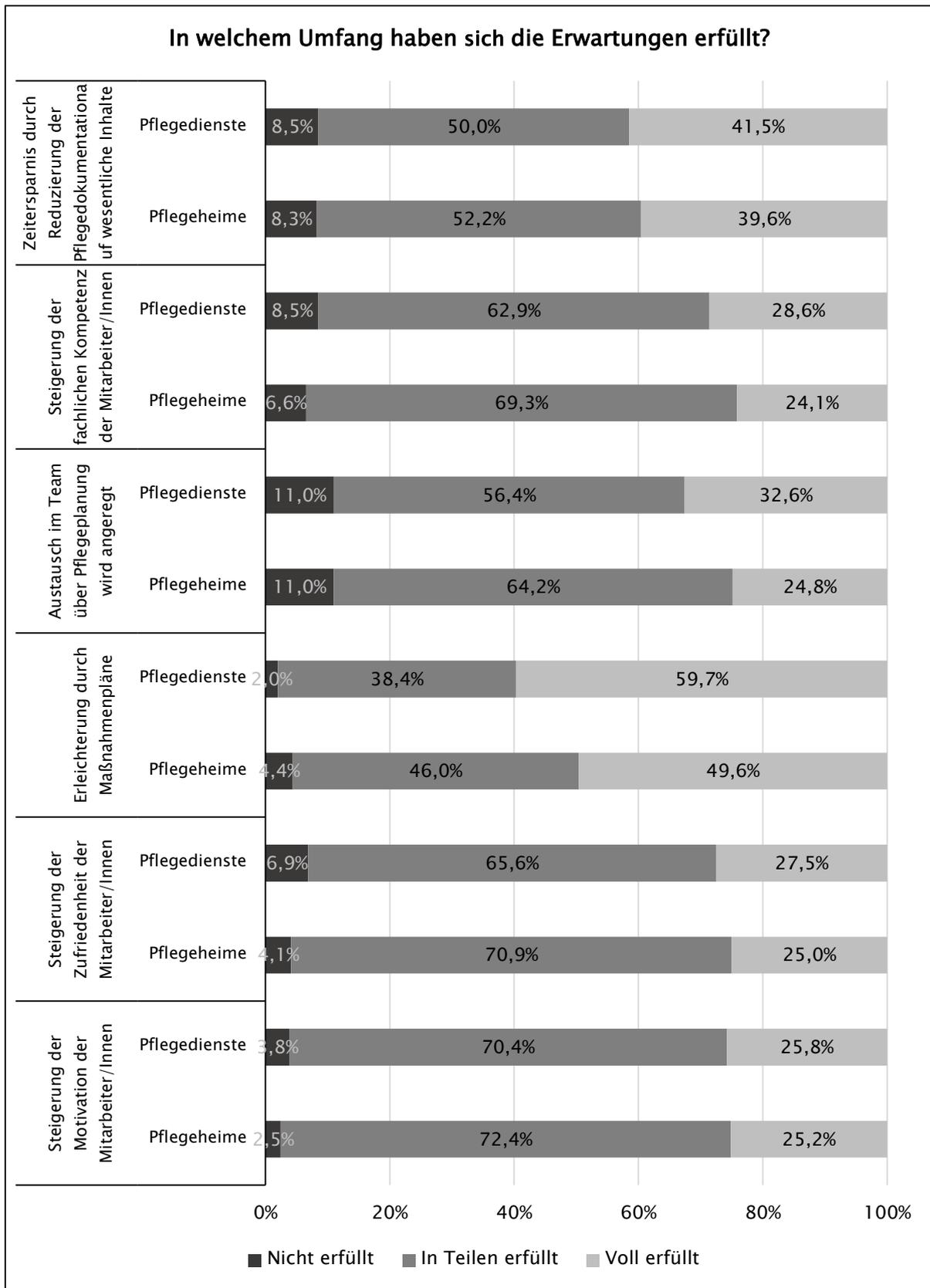


Abbildung 48: Umfang der Erfüllung von mit der Umstellung auf das Strukturmodell verbundenen Erwartungen in den Pflegeheimen und Pflegediensten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews lassen sich zu verschiedenen positiv formulierten Erwartungen der Befragten zusammenfassen. Die Pflege(fach-)kräfte erhofften sich mit der Einführung des Strukturmodells vor allem eine Reduzierung der täglichen Pflegedokumentation, die überschaubarer und übersichtlicher sein soll. Sie gaben an, dass die Verschlanfung der Dokumentation tatsächlich zur Steigerung der Motivation zur täglichen Dokumentation führte. Zur Reduzierung der Dokumentation führt laut der Befragten beispielsweise das Wegfallen der Anwendung von Risikoassessments. Ebenso erwarteten die Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Einrichtungen eine Reduzierung des Dokumentationsaufwandes. Zudem hofften die Pflegedienstleitungen auf eine Arbeitsentlastung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Entlastung kann erfolgen, in dem die Pflege(fach-)kräfte nicht mehr unter „diesem Dokumentationszwang, diesem Dokumentationsdruck“ (FG4 PDL, Pflegeheim) stehen und weil die Dokumentation „übersichtlicher und einfacher sein soll“ (FG1 PFK, Pflegeheim). Zusätzlich erwarten die Pflegedienstleitungen in der Zukunft, das heißt sobald der Umgang und die Anwendung des Strukturmodells in der täglichen Arbeitsroutine integriert ist, dass mehr Zeit für die pflegebedürftigen Personen zur Verfügung steht. Bisher ist mehrheitlich benannt, dass der tägliche Arbeitsaufwand gleich geblieben ist. Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen gaben weiterhin an, dass sie vor der Einführung des Strukturmodells neugierig auf etwas Neues waren, zudem positiv und freudig gestimmt, da „das Schreiben ein bisschen weniger wird“ (FG4 PDL, Pflegeheim). Eine weitere genannte Erwartung war die Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung des pflegerischen Berufes, weil sich auf politischer Ebene mit der Thematik Pflegedokumentation und der Entwicklung eines neuen Dokumentationsmodells beschäftigt wurde.

„[...] Also so von wegen mehr Öffentlichkeitsarbeit, mehr Gehör in der Gesellschaft und dass die Pflegedienste nicht die Abzocker sind, so ne Sachen. Diese öffentliche Meinung und die Wertschätzung von dem Beruf, dass da vielleicht junge Leute mehr Gefallen daran finden.“ (TI9 PDL, Pflegedienst)

Aus Sicht der Qualitätsmanagementbeauftragten erhoffte man sich beispielweise eine Standardisierung über mehrere Einrichtungen hinweg und eine bessere Transparenz für interne Audits.

„Ich hab immer gedacht, dass mit der SIS® die Dokumentation weniger werden sollte, übersichtlicher, überschaubarer.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

„[...] wir wollten daraus lernen, wie das in diesem Projekt geht, was es so drum herum braucht, was die für andere Anforderungen stellen auch bezüglich des Tätigkeitsnachweises etc.“ (TI 12 QMB)

Zusammenfassend betrachtet konnten die meisten Erwartungen erfüllt werden. Vor allem hinsichtlich des geringeren Dokumentationsaufwandes und dem kurzen und knappen formulieren der Informationen, die eine bessere Übersichtlichkeit verschafft. Die neue Pflegedokumentation wird im Vergleich zum alten Dokumentationssystem viel positiver bewertet, sodass es

mehr Freude mit sich bringt nach dem neuen System zu dokumentieren. Ein sehr häufig genannter Grund ist hierfür die schnell fassbare Beschreibung und Wiedererkennung der pflegebedürftigen Person in der SIS®.

„Ich von meiner Seite verstehe auf jeden Fall diese Dokumentation besser oder komme auch besser mit ihr zurecht, sodass auch ich sagen kann als Ungelernte oder als Außenstehende, da kann auch ich mir ein Bild vom Bewohner machen. Oder auch in meinen Audits, dass ich da nicht ewig fünfunddreißigtausend Zettel auseinander flattern muss und gucken muss, wer hat wo was (unv.).[...] Ich sehe auch den Bewohner beziehungsweise kann mich auch viel mit ihm drüber unterhalten.“

(T19 PDL, Pflegedienst)

Nicht allen Pflege(fach-)kräften fällt die Dokumentation so leicht wie erhofft, da ihnen zum Teil die Fachlichkeit fehlt. Für einen Teil der Befragten stellt das neue Dokumentationssystem keine erhoffte Entbürokratisierung dar. Es lässt zu viel Interpretationsspielraum offen.

„Also es ist für mich keine Entbürokratisierung. Es ist für mich auch keine Vereinheitlichung oder so. Es lässt viel mehr Sachen offen als früher. Vielmehr Interpretationsspielraum.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Einschätzung des finanziellen und personellen Aufwands

Die mit der Einführung verbundenen geschätzten Zeitaufwände (darunter die Koordination der Einführung sowie der Schulungsaufwand der Anwendergruppe) für die an der Online-Befragung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sind vorangehend in Abschnitt 6.1.1 beschrieben worden – ebenso die Gestaltung des Einführungsprozesses und damit verbundene, strategische Entscheidungen wie beispielsweise das sofortige Umstellen aller Pflegebedürftigen auf das Strukturmodell oder ein stufenweises Vorgehen. Wenige Pflegeheime und Pflegedienste gaben auch den für die Einrichtung mit der Umstellung auf das Strukturmodell verbundenen finanziellen Aufwand (inklusive Beschaffungs- und Personalkosten) an. Tabelle 21 zeigt, dass die Hälfte der Pflegeheime 5.000 € oder weniger, die Hälfte der Pflegedienste 3.500 € für die Umstellung aufwandte.

Tabelle 21: Mit der Umstellung auf das Strukturmodell einhergehender finanzieller Aufwand, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Welcher finanzielle Aufwand ging mit der Umstellung auf das Strukturmodell einher? (€)									
Pflegeheime (n=76)					Pflegedienste (n=104)				
MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
6.672	5.000	450	50.000	7.184	4.757	3.500	100	18.496	3.896

Für die Teilnehmenden der Fokusgruppen war die Einführung des Strukturmodells mit einem hohen zeitlichen Aufwand für die Schulungen der Fachkräfte verbunden. Es mussten zusätzliche Ressourcen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für interne „Qualitätstage“ geschaffen

werden, wenn beispielsweise eine Dokumentation überarbeitet werden musste. Aus Sicht der Pflegedienstleitungen macht dies den höchsten Kostenfaktor aus.

„Die Schulungen für alle Fachkräfte und so, also der zeitliche Aufwand, der ist natürlich schon hoch und das ist ja auch, wie in der Pflege immer, auch der größte Kostenfaktor.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Die Umstellung der alten auf die neue Dokumentation ist ebenfalls sehr zeitintensiv und erfordert personelle Ressourcen. Personalkosten fielen weiterhin für die Neuschaffung von Stellen an. Beispielweise werden Pflegefachkräfte speziell für die Qualitätssicherung eingestellt oder erhielten in der Einrichtung eine neue Position als QMB. Ein weiterer finanzieller Mehraufwand wurde nicht vernommen. Vereinzelt wurde auch ein Ersparnis durch die geringere Anzahl der Dokumentationsblätter genannt.

Erfahrungen mit der Rechtssicherheit der neuen Pflegedokumentation

Die Fokusgruppen und Telefoninterviews zeigen, dass sich die Einrichtungen nicht bewusst mit der Thematik der Rechtssicherheit des Strukturmodells auseinandergesetzt haben. Haftungsrechtliche Schwierigkeiten wurden nicht angegeben. Laut der Befragten wurde das Thema Rechtssicherheit in den Schulungen thematisiert, dies war ausreichend um dem neuen Dokumentationssystem zu vertrauen. Weiterhin vertrauen Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen auf ihren Träger, der die Umstellung initiiert hat,

„Ja uns haben sie erklärt, dass das alles rechtssicher ist. Da gibt es ja irgendwie diese Kasseler Erklärung, wenn ich das richtig in Erinnerung hab.“

(FG4 PDL, Pflegeheim)

„Ist das Erste, was mit diesem Projekt vermarktet wurde: Es ist rechtlich geprüft.“

(FG8 PFK, Pflegedienst)

Den Pflege(fach-)kräften und Pflegedienstleitungen ist bekannt, dass weiterhin Lagerungspläne geführt werden müssen, um sich rechtlich abzusichern.

„Es gibt keine extra Formulare, das schmeißen wir alles raus. Um sich rechtlich abzusichern müssen wir nur den Lagerungsplan führen.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

„Also außer die Aufforderung mit dem Führen des Lagerungs- und Bewegungsprotokolls bei der Dekubitusprophylaxe, denke ich mal, ist auf der anderen Seite alles rechtssicher.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Eigenschaften der neuen Pflegedokumentation

Die verantwortlichen Pflegefachkräfte bewerteten zum zweiten Erhebungszeitpunkt dem Strukturmodell inhärente Eigenschaften, die sich aus den von den Entwicklerinnen und Entwicklern des Strukturmodells propagierten Zielen und Merkmalen ableiten, auf der Grundlage ihrer Erfahrung mit der Anwendung des Strukturmodells (siehe dazu ausführlich Anhang 19). Die Mehrheitlich sowohl von den Pflegeheimen als auch von den Pflegediensten als in weiten Teilen oder voll zutreffend bewerteten Aussagen sprechen an dieser Stelle dafür, dass die Ziele

in den Einrichtungen erfahrbar sind und betonen den Mehrwert des Strukturmodells für die Pflegepraxis.

Stärken und Schwächen des Strukturmodells

In den Fokusgruppen und Telefoninterviews gaben die Befragten sowohl Vorteile oder auch Stärken/Chancen als auch Nachteile beziehungsweise Schwächen/Hürden des Strukturmodells im Vergleich zum bisherigen Dokumentationssystem an. Diese Bewertungen werden in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Stärken und Schwächen des Strukturmodells aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte, Fokusgruppendifkussionen

Vorteile und Stärken	Hürden und Schwächen
✓ Einfacher, kürzer, übersichtlicher	- Umdenken von altem auf neues System
✓ Geringerer Dokumentationsaufwand, weniger Papierverbrauch	- Kein bundeseinheitliches Dokumentationssystem
✓ Schnellere Übergabe, bessere Nachvollziehbarkeit	- Zu wenig Platz in einzelnen Themenfeldern (z. B. Themenfeld 5)
✓ Intensivere Gespräche mit Pflegebedürftigen & Angehörigen	- Zu allgemeine Formulierung der Themenfelder
✓ Größere Wertschätzung der pflegebedürftigen Person	- Unvollständige Informations-sammlung bei Erstgespräch
✓ Gesteigerte Kommunikation zwischen Kolleginnen und Kollegen	- Viele Angehörige lehnen das Unterschreiben der SIS® ab
✓ Gesteigerte Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen	- Schulungsbedarf der Auszubildenden
✓ Wegfall von Zielformulierungen	- Verständnisproblem Risikomatrix (kompensiertes Risiko)
✓ Maßnahmenplanung nach Themenfeldern fällt leichter	- Neue Regelung der Evaluationszeiträume
✓ Geringere Anwendung von Assessments	- Fehlende pflegfachliche Kompetenz
✓ Höhere Wertschätzung des Pflegebereichs	
✓ Einfache Anpassung von Situationsveränderungen	
✓ Einfache Dokumentation des Berichtes und der Evaluation	
✓ Steigerung der Zufriedenheit und Motivation der Pflegefachkräfte	
✓ Förderung der Pflegefachlichkeit	

6.4.2 Bewertung aus Sicht der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht

Zum Abschluss der Online-Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsichts-/Wohn- und Betreuungsaufsichtsbehörden (im Folgenden Heimaufsichtsbehörden) lagen nach Bereinigung und Aufbereitung des Datensatzes (vgl. Abschnitt 4.3) auswertbare Antworten von 324 Personen vor. Von diesen 324 Personen gaben 90,4 % (292 Personen; 188 Mitarbeitende des MDK und 104 Mitarbeitende der Heimaufsichtsbehörden) an,

über praktische Erfahrungen mit Einrichtungen zu verfügen, die das Strukturmodell anwenden. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Antworten dieser Personengruppe mit Prüferfahrungen in anwendenden Einrichtungen. Für diejenigen Fragen, die sich spezifisch auf Instrumente des MDK beziehen, fließen nur die Antworten der Mitarbeitenden des MDK in die Ergebnisse ein. Abbildung 49 zeigt die Anzahl der Teilnehmenden nach Bundesland und Institution.

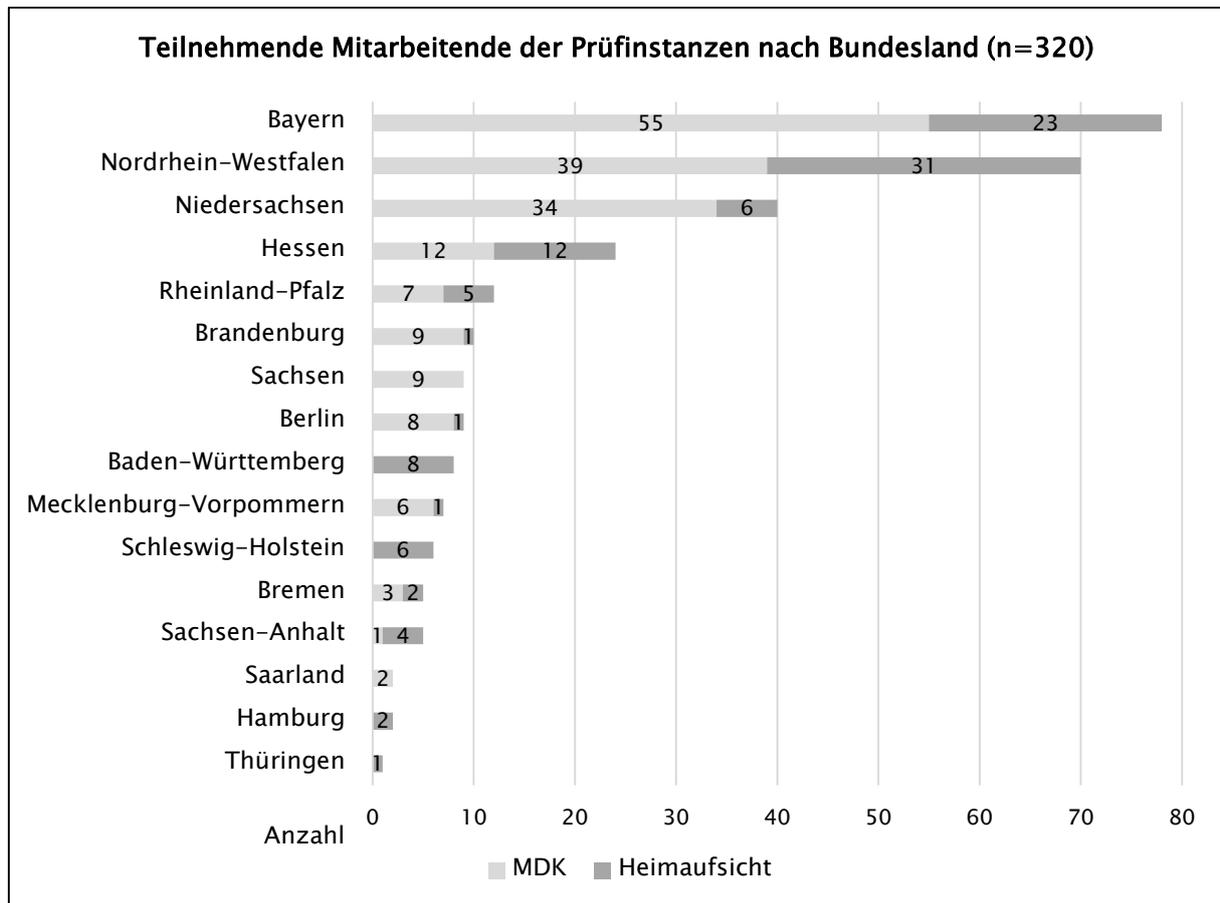


Abbildung 49: Teilnehmende Mitarbeitende der Prüfinstanzen nach Bundesland, Online-Befragung Prüfinstanzen

Die meisten Mitarbeitenden des MDK (96,7 %, 178 Personen) gaben an, überwiegend in der Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen tätig zu sein. Bei den Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden traf dies für gut zwei Drittel der Befragten (76,7 %, 79 Personen) zu. 290 Personen beantworteten die Frage nach einer erhaltenen Schulung. Die Teilnehmenden waren mehrheitlich (95,2 %) bereits zum Strukturmodell geschult worden. 2,7 % der Mitarbeitenden des MDK und 8,7 % der Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden gaben an, noch keine Schulung erhalten zu haben. Die Frage danach, ob sie sich ausreichend auf den Umgang mit dem Strukturmodell vorbereitet fühlen, bejahten 95,2 % der Mitarbeitenden des MDK und 57,8 % der Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Vorbereitung auf den Umgang mit dem Strukturmodell, Online-Befragung Prüfinstanzen

		Mitarbeitende des MDK	Mitarbeitende der Heimaufsicht	Gesamt
Fühlen Sie sich ausreichend auf den Umgang mit dem Strukturmodell vorbereitet?	Ja	95,2 %	57,8 %	82,0 %
	Nein	4,8 %	42,2 %	18,0 %
Anzahl gesamt		186	102	289

Auch bei einer differenzierteren Betrachtung der Antworten danach, ob die Teilnehmenden sich bei erhaltener Schulung ausreichend auf den Umgang mit dem Strukturmodell vorbereitet fühlten, bejahte eine deutliche Mehrheit der Mitarbeitenden des MDK (97,7 %) und der Heimaufsichtsbehörden (98,3 %) die Frage.

Bewertung der Pflegedokumentation aus Sicht der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht

Etwa ein Drittel der Befragten Mitarbeitenden des MDK (33,5 %) bewertete die Qualität der im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentation in **stationären Einrichtungen** als sehr hoch bis hoch. Diese Einschätzung teilte auch ein knappes Viertel (24,2 %) der Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden. Abbildung 50 zeigt die anteilige Antwortverteilung für die stationären Einrichtungen.

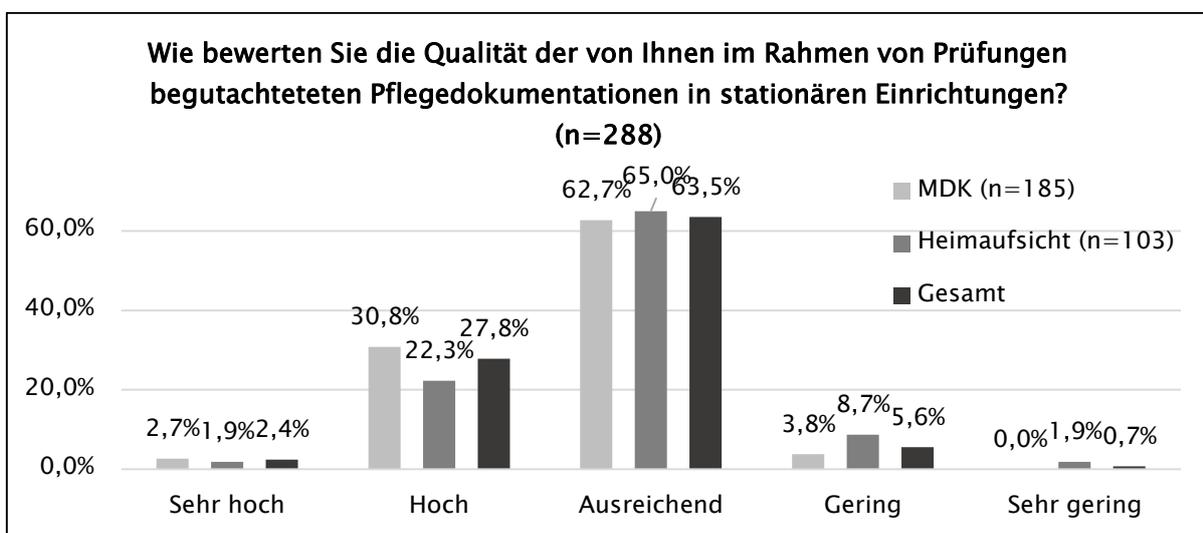


Abbildung 50: Bewertung der Qualität der begutachteten Pflegedokumentationen in stationären Einrichtungen, Online-Befragung Prüfinstanzen

Die Qualität der im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentationen in **ambulanten Einrichtungen** bewertete ein gutes Viertel (27,2 %) von 184 antwortenden Mitarbeitenden des MDK als sehr hoch bis hoch. 63 % bewerteten die Qualität der Dokumentation als ausreichend. Hinweise auf eine mangelhafte Dokumentation zeigten sich insgesamt nur in geringem Umfang: 6,3 % der Befragten bewerteten die Qualität der Dokumentation in stationären und 10,5 % in ambulanten Einrichtungen als gering bis sehr gering.

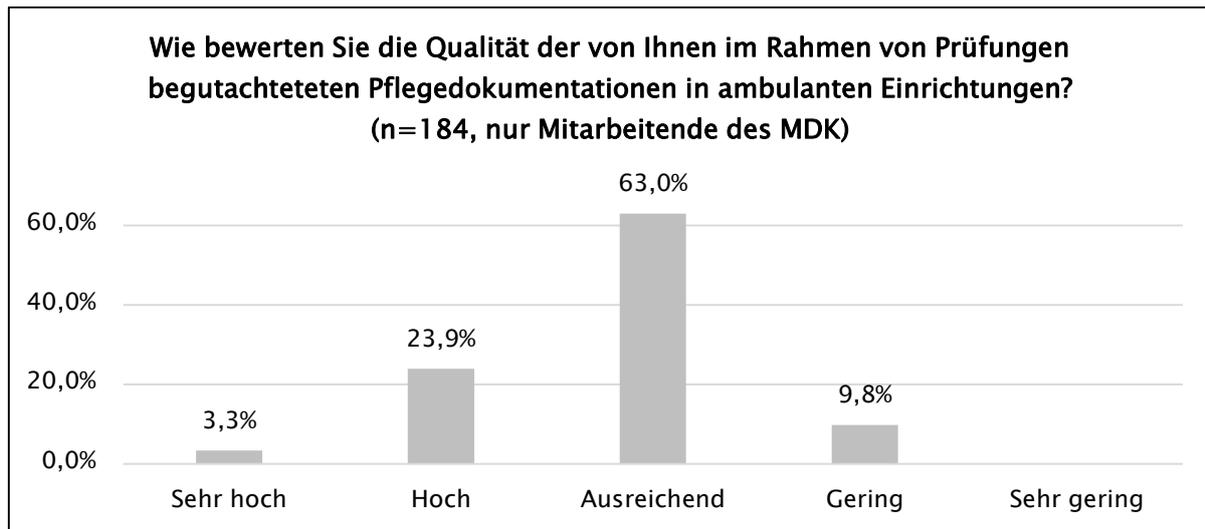


Abbildung 51: Bewertung der Qualität der begutachteten Pflegedokumentation in ambulanten Einrichtungen, Online-Befragung Prüfinstanzen

In den Fokusgruppen waren die Mitarbeitende einer Heimaufsichtsbehörde anfangs gebeten, Rückmeldungen in Bezug auf die Entwicklung der Dokumentation nach Einführung des Strukturmodells, mit folgendem Ergebnis, zu geben:

*„Entwicklung im Vergleich zu vorher: Gebessert, gleichbleibend, verschlechtert?“
Da hab ich bei einer Anzahl von fünfundzwanzig Rückmeldungen siebenmal gebessert, sechzehnmal gleichbleibend und zweimal verschlechtert.“
(FG3 Heimaufsicht)*

Die Vertreterinnen und Vertreter der Prüfinstanzen berichten sehr heterogen über die Qualität der Pflegedokumentation in Bezug auf Fachsprache und sachlichen Ausdruck, Transparenz, Vollständigkeit und Reduktion auf die wesentlichen Informationen. Aus Sicht der Heimaufsicht ist es wichtig, dass sich das gesamte Personal und nicht nur wenige Dokumentationsbeauftragte mit dem Strukturmodell auskennen. Daher kann in vielen Situationen keine Fachsprache verlangt werden.

„Also Fachsprache, muss ich ganz ehrlich sagen, verlange ich in vielen Fällen nicht. [...] Mir ist in erster Linie wichtig, dass es halt nicht nur die SIS®-Schreiber gibt und die Pflegekräfte, die pflegen, sondern es sollen sich alle mit dem Strukturmodell auskennen. Und es sollen auch alle anwenden und da kann ich nicht auf Fachsprache bestehen. [...] Wichtig (ist): Ich erkenne den Menschen, ich weiß, was wird gemacht, es sind alle Risiken beschrieben, die haben pflegfachlich eine Aussage getroffen. [...] Und dann achte ich auch nicht auf Rechtschreibung, Ausdruck, Fachausdrücke. [...] Es gibt gute und es gibt schlechte.“ (FG3 Heimaufsicht)

In anderen Fällen werden im aus Sicht der Prüfinstanzen Verlauf Verbesserungen in der Fachsprache und im sachlichen Ausdruck positiv wahrgenommen.

Bedenken ergeben sich bei beiden Prüfinstanzen in Bezug auf die Vollständigkeit der Dokumentation und das eine fehlende pflegfachliche Kompetenz sich negativ auf die Qualität der Dokumentation auswirken kann.

„Also Nachteile in der Hinsicht, dass viele Punkte, die pflegerelevant sind und die auch den Pflegeprozess an sich ausmachen, vergessen werden. Gerade bei Pflegekräften, die vielleicht nicht ganz so fachlich kompetent sind oder wo die Schule schon [...] lange zurückliegt, die haben sich gerne an den AEDLs vorher „langgehängt“ [...], um wirklich an alles denken zu können. Und mit dem Strukturmodell fällt dies ja nun weg und man muss das quasi im Kopf haben und [...] da werden dann häufig einige Dinge [...] (beispielsweise) Risikobereiche [...] und entsprechend die abzuleitenden Maßnahmen völlig vergessen.“ (FG5 MDK)

„Ich hatte eher ein Problem mit der Vollständigkeit, bei denen ich überprüft habe, dass mir schon wesentliche Inhalte noch gefehlt haben. [...] Die haben das halt einfach weggelassen, weil sie geglaubt haben: Brauchen wir nicht mehr.“ (FG3 Heimaufsicht)

Aufgabe bei den Prüfungen war es *„schriftliche Dokumentationsmängel, herauszuarbeiten. Beim Strukturmodell wird ja Vieles weggelassen. Ja, also, vorher war es nicht schlüssig, aber jetzt wird es weggelassen“* (FG 3 Heimaufsicht). In den Einrichtungen mit Fokus auf dem „Weglassen“, wird häufig nicht mehr dargestellt, welche pflegerischen Tätigkeiten erfolgten. Daraus ergeben sich aus Sicht der Prüfinstanzen Probleme hinsichtlich der Transparenz, da beispielsweise die Angehörigen mitunter nicht mehr nachvollziehen können, was konkret passiert.

„Wir haben ein bisschen Probleme mit den Angehörigen, [...] die jetzt häufiger bei uns anrufen und sagen: „Ich weiß nicht, was die da machen. Wir können es nicht nachvollziehen.“ Die sind natürlich überhaupt nicht informiert, was sich da verändert hat.“ (FG 3 Heimaufsicht)

Auffallend ist, dass die Strukturierte Informationssammlung oft nur zum Teil gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und ggf. Angehörigen ausgefüllt wird und zum Teil auch allein im Büro.

„Also, wir haben ja diese fünf Felder und das erste ist 'Was erwarten Sie von uns?', da wird noch das Gespräch geführt dann kommen da zwei, drei Sätze rein und ab dem zweiten Feld gehen die quasi ins Büro und übertragen aus der alten Dokumentation. Jedes Mal sitze ich da beratend und erzähle „Sie müssen das im Gespräch machen.“ (FG3 Heimaufsicht)

Der Tagesablaufplan wird sehr heterogen von gut bis schlecht dokumentiert. Der Umfang reicht von einer halben Seite bis zu „Romanen“. Die Tagesstruktur (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) wird nicht immer deutlich.

Einerseits haben die Vertreterinnen und Vertreter der Prüfinstanzen Bedenken hinsichtlich der Vollständigkeit. Andererseits gelingt eine Reduktion auf die wesentlichen Inhalte nicht immer.

„Ich habe eine Einrichtung, da ist das super, und ich habe eine Einrichtung, die schreiben in die Maßnahmenplanung immer noch Probleme und Ressourcen.“ (FG3 Heimaufsicht)

„(Eine) Reduktion auf die wesentlichen Informationen, das ist glaube ich eine Übungssache. Viele Einrichtungen tun sich damit noch schwer und dokumentieren wirklich noch sehr, sehr viel. [...] Ich denke, das wird sich in den nächsten Jahren, wenn sie gemerkt haben, dass sie mit dem Strukturmodell sehr gut fahren und dass auch die MDK-Prüfungen in der Regel gut verlaufen, dass sich das wieder reduzieren wird.“ (FG5 MDK)

Es gelingt nicht allen kurz, knapp und verständlich zu dokumentieren. In diesen Situationen ist es sehr wichtig mit den Pflegenden das Gespräch zu suchen.

Zusammenfassend lässt sich die Qualität der Dokumentation mit *„Fachlichkeit [...] erklären, also wie fachlich kompetent ist meine Pflegekraft oder eben auch nicht. Und dementsprechend sieht man das Fachsprache und sachlicher Ausdruck verwendet wird, (das) die Dokumentation transparent oder auch nachvollziehbar [...], [...] oder auch vollständig oder nicht vollständig (ist).“ (FG5 MDK)*

Nach Aussagen der Heimaufsicht haben sich die Träger zu wenig mit dem Qualitätsmanagement auseinandergesetzt. Es fehlen mitunter klare Vorgaben zur Bewertung der Risiken und zur Evaluation. Der MDK gibt Hinweise zu erkennbaren Problemen auf Leitungsebene. Mit der Erstellung von Verfahrensanleitungen fühlen sich die Einrichtungen oftmals allein gelassen, weil es kaum Vorgaben gibt. Die Unsicherheit der *Leitungsebene* *„Wo wollen wir hin? Wo geht's lang? Was ist uns wichtig? überträgt sich auch auf die Mitarbeiter.“ (FG5 MDK)*

Hinweise auf eine mangelhafte Schulung der Pflegefachkräfte

Die Vertreterinnen und Vertreter beider befragten Prüfinstanzen bestätigen in der Online-Befragung mehrheitlich, dass in der Art der Dokumentation Hinweise auf eine mangelhafte Schulung der ausfüllenden Pflegefachkräfte zu finden sind. Diese Einschätzung trifft auf 84,6 % von 188 Mitarbeitenden des MDK und 79 % von 100 Mitarbeitenden der Heimaufsicht zu. 203 Personen nutzten die Gelegenheit und beschrieben hierzu Ihre Beobachtungen in einem auswertbaren Freitext. Abbildung 52 zeigt die in Kategorien zusammengefassten fünf häufigsten Themenbereiche der Antworten.

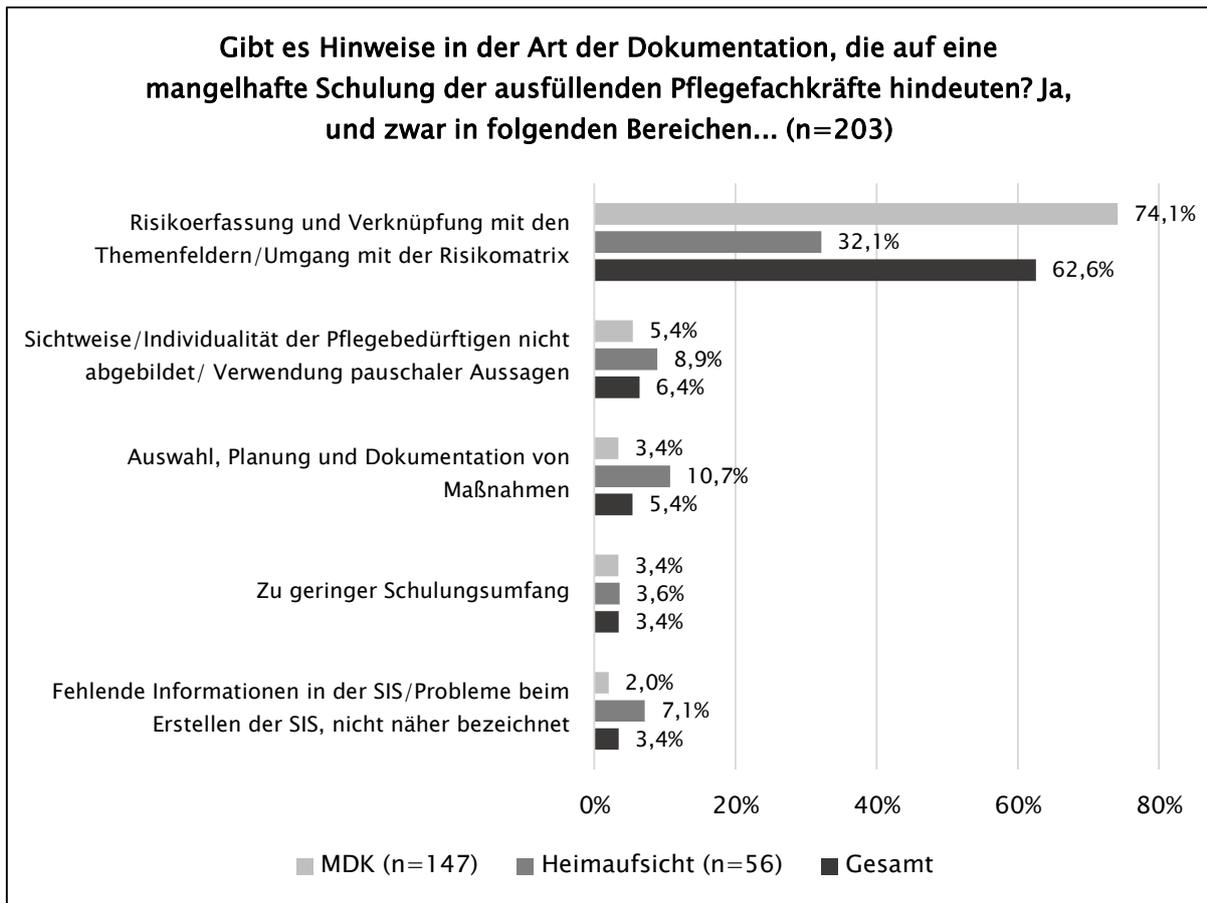


Abbildung 52: Hinweise auf eine mangelhafte Schulung der ausfüllenden Pflegefachkräfte, Online-Befragung Prüfinstanzen

Sowohl die Mitarbeitenden des MDK (74,1 %) als auch der Heimaufsicht (32,1 %) benannten als prominentesten Themenbereich einen mangelhaften Umgang mit der Risikoerfassung im Zusammenspiel mit den Themenfeldern der SIS®. Exemplarisch stehen hierfür die folgenden Freitextzitate:

„Risikoerfassung – hier wird häufig nicht realisiert, dass ein „Ja“ in der Risikomatrix zu einer Beschreibung im entsprechenden Themengebiet führt.“

„Noch immer scheinen die Risikoeinschätzungen den Pflegenden Probleme zu machen. Der im Ursprung genutzte Begriff des Kompensierten Risikos führte zu erheblichen Verunsicherungen bei den Pflegenden.“

Weitere wiederkehrende Beobachtungen beinhalteten die Rückmeldung, dass die Sichtweise und Individualität der einzelnen Pflegebedürftigen in einigen Einrichtungen nicht in der Dokumentation sichtbar wird. Textbausteine und pauschale Ausfüllmuster ersetzen den Dialog mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen:

„Die SIS® wird häufig nicht mit Beteiligung der Nutzer oder deren Angehörigen ausgefüllt.“

„Die Informationssammlung beruht in den seltensten Fällen auf Angaben der Nutzer/Nutzerinnen.“

Neben einem zu geringen Schulungsumfang wiesen einige der Befragten zudem auf durch unterschiedliche Anbieter und Multiplikatoren uneinheitlich vermittelte Schulungsinhalte hin. Auch in den Fokusgruppen mit den Prüfinstanzen wird deutlich, dass es zum Teil noch einen Schulungsbedarf bei dem Personal der Pflegedienste und Pflegeheime gibt. Thematisiert wurden die Unsicherheiten und Rückversicherungen beim MDK. Häufig wurde zur Absicherung eine Dokumentation nach dem Strukturmodell mit der Bitte, diese zu prüfen, vorgelegt.

„Reicht das denn aus? Ist das denn okay so?“ Die waren erst mal skeptisch, ob da jetzt drei Seiten reichen. Aber es ist in der Tat so, dass es reichen könnte, wenn sie es gut machen.“ (FG5 MDK)

Die größten Diskussionspunkte entstanden beim kompensierten Risiko und in der Anwendung der Risikomatrix.

„Das kompensierte Risiko war schon ein sehr großes Thema, da ein paar Unsicherheiten da waren auf beiden Seiten. [...] Warum man diesen Begriff überhaupt eingeführt hat, weiß ich bis heute nicht.“ (FG5 MDK)

„Was verbirgt sich dahinter? Oder die Anwendung der Matrix. Es fällt den Mitarbeitern vereinzelt auch wirklich noch schwer, da das richtige Kreuz zu setzen. Manchmal hat man gar keine Kreuze: „Matrix brauche ich nicht, ich habe doch alles andere.“ (FG5 MDK)

Nach Aussage der Heimaufsicht bräuchten die Pflegedienste und Pflegeheime strukturelle Vorgaben dahingehend, während der Einführung viele Fallbesprechungen durchzuführen, um mehr Sicherheit zu gewinnen. Der konkrete Bedarf zur Nachschulung hinsichtlich der multidisziplinären Nutzung der Pflegedokumentation wurde von der Heimaufsicht benannt, da bisher die Einbindung aller Beteiligten noch nicht gelingt.

„Und wenn die der Meinung sind es müssen nur Pflegefachkräfte machen dann ist das eine falsche Einstellung. Dann muss man [...] nochmal nachhaken und sagen: „Ihr müsst alle einbinden. Alle sind für den Bewohner zuständig, alle haben Kontakt zu dem Bewohner, also muss die Pflegefachkraft oder die Bezugskraft auch alle einbinden.“ Und das ist, [...], glaube ich, ein Problem der Einrichtungen oder der Multiplikatoren aus den Einrichtungen die nicht richtig mitgenommen haben.“ (FG3 Heimaufsicht)

Im Speziellen wird auch ein Schulungsbedarf für die Fachkräfte der sozialen Betreuung gesehen, da die Kommunikation zwischen sozialer Betreuung und Pflege nur in wenigen Ausnahmen gelingt, obwohl ein gemeinsamer Pflege- und Betreuungsprozess angestrebt werden sollte.

„Ja, es gibt nur einen gemeinsamen Betreuungs- und Pflegeprozess, [...] und die Frage ist, wer ist an welcher Stelle wie beteiligt. Den denkt das Strukturmodell in irgendeiner Art und Weise, hat ihn aber nicht so konkret ausformuliert, dass die Pflegeeinrichtungen das tatsächlich als Auftrag zur Umsetzung verstanden haben.“ (FG 3 Heimaufsicht)

„Die Betreuungskräfte kriegen dann auch gesagt: „Ihr dürft jetzt nichts mehr planen, sag mir, was du machst, ich schreib das in die Planung“, wenn es gut läuft.“
(FG 3 Heimaufsicht)

Seitens der Fokusgruppen in NRW wurde Kritik bezüglich der Unstimmigkeiten zwischen dem SGB XI und dem WTG geäußert. Die gemeinsame Erstellung der SIS® von Betreuungsfachkräften und Pflegefachkräften ist in der Praxis zum Teil nicht umsetzbar, da im Verhältnis nur wenige Betreuungsfachkräfte angestellt sind.

„Das ist auch schwierig weil gar nicht so viele Betreuungsfachkräfte existieren. Das sind ja eher Betreuungsassistenten, die das eben nicht unterschreiben können. [...] ich muss das ja koordinieren. Ich muss ja auch dafür sorgen, dass meine Kollegin [...] mit mir gleich so weit ist, damit wir diese Akte abschließen können und zum nächsten übergehen können.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

„Das ist ja in den Bundesländern unterschiedlich und eigentlich haben wir da immer eine Krux. Wir behelfen uns da jetzt irgendwie und dann unterschreibt daneben noch mal die Betreuungsfachkraft. Aber das ist im Strukturmodell aus unserer Sicht her in NRW, wenn man es genau nimmt, nicht ausreichend berücksichtigt. Da geraten wir auch immer wieder in Schwierigkeiten, je nachdem wer von der WTG-Behörde kommt.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK berichteten über ein heterogenes Bild in Bezug auf die multidisziplinäre Nutzung des Berichtes in Abhängigkeit von der Einrichtungskultur. Die Spannweite reicht von geringer multidisziplinärer Nutzung bis zu *„ich sehe da eigentlich alle Mitarbeiter [...]: Pflegefachkräfte, Pflegehelfer, ganz ganz viel Sozialbetreuung, Alltagsbegleiter beispielsweise.“* (FG5 MDK). Externe, an der Versorgung Beteiligte wie eine Wundschwester oder Ernährungsschwester werden, obwohl so angedacht, nicht in die Dokumentation einbezogen. Ein mögliches Problem hierfür besteht darin, dass Externe gar keinen Zugang zur EDV-gestützten Dokumentation haben. Je nachdem was die Einrichtung oder der Träger wünscht *„wäre es eine runde Sache [...] (bzw.) könnte eine Chance sein, [...] gerade der Einbezug von Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten.“* (FG5 MDK).

In mehreren Aussagen der Mitarbeitenden des MDK und der Heimaufsicht kommt zum Ausdruck, dass zum Teil die Schulungen nicht kompetent durchgeführt wurden. Zudem sind weitere Faktoren, wie beispielsweise die Personalsituation, die Fachlichkeit oder eine adäquate Begleitung durch Multiplikatoren für eine gelingende Umsetzung bedeutend. Laut Aussage einer Mitarbeiterin der Heimaufsicht sind Pflegende in Bezug auf die Erstellung der strukturierten Informationssammlung zum Teil erstaunt, dass sie das Gespräch komplett führen müssen und nicht nur eine Frage. Unklar ist, ob dies am Multiplikator lag oder ob die Schulungen falsch gelaufen sind oder sie es handhaben wie sie es wollen.

„Es ist natürlich so, dass dann nicht das geeignete Personal da ist oder auch die Schulung nicht kompetent durchgeführt wird und die Mitarbeiter auch nicht mitgenommen werden und auch adäquat begleitet werden bei der Einführung, dann geht das natürlich nach hinten los.“ (FG5 MDK)

„Die Einrichtungen, die vorher Probleme hatten mit der Dokumentation, die sie nicht auf die Reihe gekriegt haben, wo die Mitarbeiter einfach nicht geschult sind, die haben jetzt auch die Probleme, wobei es jetzt aus meiner Sicht noch gravierender ist, was jetzt gerade so die Umsetzung der Expertenstandards anbelangt, also diese Fachkompetenz [...] die SIS® (und) die Matrix auszufüllen.“ (FG5 MDK)

Aus Sicht der Prüfinstanzen sind die Schulungen zum Teil nicht ausreichend und die Einrichtungen benötigen grundsätzlich mehr Zeit und wünschen zusätzliche Unterstützung, auch durch die Einrichtungsträger.

„Die brauchen mehr Unterstützung und längere Zeit. Zumal es ja tatsächlich der proklamierte Paradigmenwechsel ist.“ (FG3 Heimaufsicht)

Das Strukturmodell allein führt nicht zur Entbürokratisierung. Das Verständnis über den Paradigmenwechsel ist notwendig, doch häufig wird die Pflegedokumentation nicht grundsätzlich durchdacht.

„Mehr Zeit für die Einrichtungen, das Modell umzusetzen und anzunehmen und zu verstehen. Und ein bisschen mehr Unterstützung [...] wäre gut.“ (FG3 Heimaufsicht)

„Sehr viele Einrichtungsvertreter haben so ein bisschen die Problematik, sie fühlen sich relativ alleine. [...] Können wir uns da vernetzen in irgendeiner Art und Weise? Obwohl es ja eigentlich diese bekannten Strukturen gibt mit Regionalkoordinatoren, Verbände.“ (FG3 Heimaufsicht)

Insgesamt betrachtet, beobachteten die Prüfinstanzen ein hohes Vertrauen in das Strukturmodell seitens der Einrichtungen.

„[...] ich habe das Gefühl, dass einfach das Vertrauen in dieses Strukturmodell von den Einrichtungen, also dass es sehr hoch ist. Die trauen sich jetzt alle. Die haben erst mal so die ersten MDK-Prüfungen abgewartet, ob auch alle Inhalte abgebildet werden können, das ist meine Erfahrung.“ (FG5 MDK)

Thematisiert wird jedoch auch ein Schulungsbedarf für die Prüfer der Heimaufsicht. Die Schulung für die Heimaufsicht wäre besser gewesen, wenn diese auf die spezielle Prüffart angepasst wäre.

„Man müsste nochmal die Prüfer schulen und sagen: „Okay, was müsst ihr jetzt beim Strukturmodell beachten im Rahmen eurer Qualitätsprüfung.“ Ich glaube, das ist nochmal ganz entscheidend.“ (FG3 Heimaufsicht)

„Wir haben [...] gemeinsam mit fünf MDK Kollegen [...] an dieser Initialmultiplikationsschulung für Aufsichtsbehörden teilgenommen, die allerdings tatsächlich sehr MDK-lastig war.“ (FG3 Heimaufsicht)

Bundesweit gab es Schulungen für alle MDKs und auch für die Mitarbeitenden von Heimaufsichten. Dadurch wurde der Austausch zwischen den Prüfbehörden gefördert. Anschließend war jeder MDK und jede Heimaufsichtsbehörde dafür zuständig, dies anhand des einheitlichen Schulungskonzeptes in die Breite zu bringen. Laut Aussagen des MDK führte dieser hohe Aufwand dazu, dass es relativ wenige Probleme in der Implementierung gab. Die gemeinsame Schulung von Mitarbeitenden des MDK und der Heimaufsicht wird als positiv bewertet.

Einsatz des Strukturmodells im Rahmen der externen Qualitätsprüfung

Trotz der beschriebenen Hinweise auf einen Schulungsbedarf der anwendenden Pflegefachkräfte sind 84 % von 187 Mitarbeitenden des MDK der Meinung, dass die nach dem Strukturmodell erstellten Pflegedokumentationen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung des MDK nach §§ 114 ff. SGB XI in stationären Einrichtungen zur Verfügung stellen. Für die Qualitätsprüfungen in ambulanten Einrichtungen bestätigen dies 85 % von 186 Mitarbeitenden des MDK. 28 Mitarbeitende des MDK, die im Fragebogen an dieser Stelle mit „nein“ antworteten beschrieben, die ihnen in stationären Pflegeeinrichtungen fehlenden Informationen und Inhalte in einem Freitext und benannten besonders die Themenfelder einer fehlenden/unzureichend differenzierten und eindeutigen Risikoerfassung und Beschreibung, fehlender/unzureichender Aussagen zu individuellen Besonderheiten/pflegerischen Problemen der Pflegebedürftigen, einer erschwerten Beurteilung personeller Kontinuität bei Leistungserbringung, fehlender/unzureichender biografischer Angaben sowie eine fehlende/unzureichend Verlaufsdarstellung der sozialen Betreuung/Planung der Leistungen der sozialen Betreuung.

Wie bei den Antworten zu den Hinweisen auf eine mangelhafte Schulung der Pflegefachkräfte führen Aussagen zu einer fehlenden/unzureichenden Risikoerfassung und Beschreibung die Rückmeldungen der MDK Mitarbeitenden in den Fokusgruppen an.

„Die Darstellung der Vorgeschichte in der ersten Einschätzung gelingt in der Regel gut. Die Bewertung der Risiken und die Entscheidung darüber, ob ein weiteres Assessment erforderlich ist, wird zum überwiegenden Teil von den Anwendern vor Ort nicht verstanden.“

Als problematisch wurde in einigen Fällen auch die unzureichende Darstellung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz beziehungsweise der vollständige Verzicht auf die Dokumentation von Aussagen oder Einschätzungen hierzu beschrieben.

Für die ambulanten Einrichtungen lieferten 25 Mitarbeitende des MDK auswertbare Antworten zu fehlenden Informationen für die Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI. Auch hier wurde eine fehlende/unzureichende Risikoerfassung und Darstellung thematisiert. Weiter nannten

die Befragten fehlende/unzureichende biografische Angaben, fehlende/unzureichende Aussagen zu individuellen Besonderheiten/pflegerischen Problemen und Ressourcen und Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen.

Die Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des MDK bestätigt, dass sich das Strukturmodell als Grundlage für die Qualitätsprüfung eignet und sich schnell eine Routine bei den Prüferinnen und Prüfern entwickelte. Es gibt einen Zeit- und Ressourcenvorteil sowohl für die Einrichtungen als auch für die Gutachter und die Arbeit des MDK wird effizienter.

„Wenn mit dem Strukturmodell adäquat gearbeitet wird, sind definitiv alle Prüffragen beantwortbar.“ (FG5 MDK)

„(Den) positiven Eindruck kann ich bestätigen, es macht unsere Arbeit effizienter, weil man hat nicht mehr fünfhundert Bestandteile Anamnese bevor ich mir überhaupt den Überblick verschafft habe. [...] man liest die SIS® durch, die Maßnahmenplanung und geht zum Bewohner und dann passt es oder es passt nicht. Es ist einfach auch zügiger.“ (FG5 MDK)

Im Strukturmodell wird kein direkter Nachteil für MDK-Prüferinnen und Prüfer gesehen. Wichtig ist, dass der Pflegeprozess, unabhängig von dem zugrundeliegenden Modell, abgebildet wird. Daher ist eine Anpassung des MDK-Prüfkonzepts an das Strukturmodell nicht sinnvoll und notwendig.

Die Prüfungen der Heimaufsicht unterscheiden sich zum Prüfauftrag des MDK. *„Wir haben im Rahmen der Prüfung nicht den Auftrag diesen Prüfleitfaden von A bis Z abzuarbeiten“* (FG3 Heimaufsicht) und können flexibler auf die jeweilige Situation reagieren. Die Heimaufsicht NRW prüft nach dem Wohn- und Teilhabegesetz mit einem Rahmenprüfkatalog für 'Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot'. Die Heimaufsicht Hessen prüft anhand eines Leitfadens für Prüfungen nach § 16 des Hessischen Betreuungs- und Pflegegesetzes (HGBP). Dieser Leitfaden für Prüfungen muss noch redaktionell angepasst werden, um Sicherheit in der Prüfpraxis zu schaffen. Beispielsweise sollen die Ziele als Prüfkriterien für den zweiten Prozessschritt, bei der Prüffrage *„Wird mit der im Einzelfall geführten Betreuungs- und Pflegedokumentation der Betreuungs- und Pflegeprozess umgesetzt?“*, entfernt werden. In der Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Heimaufsicht wurde deutlich, dass folgende Aspekte im Prüfkatalog ergänzt werden könnten:

- Biografiearbeit,
- Soziale Betreuung,
- Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen und
- benötigte Strukturen, um diese Multiprofessionalität sicherzustellen.

Die Angaben zur Biografie werden in der Strukturierten Informationssammlung seltener vorgenommen. Dies steht im Konflikt mit dem Wohn- und Teilhabegesetz.

„[...] die Biografie soll ja nur in den einzelnen Punkten stattfinden. In den Gesprächen mit den Pflegekräften ist uns aufgefallen: Wenn jetzt jemand einzieht, der

jetzt noch fit ist, nur so ein paar biografische Angaben macht, die werden eingetragen. Was ist, wenn der im Laufe der Zeit dement wird? Wo kriegen die dann die biografischen Daten her, die sie vorher nicht aufgenommen haben?“ (FG 3 Heimaufsicht)

Im Unterschied zum MDK äußern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht, dass ein schnelleres Auffinden der benötigten Informationen vom jeweiligen Dokumentationssystem der Einrichtung abhängt. Je nachdem, welche Softwareangebote von den Einrichtungen genutzt werden, ist das Auffinden der benötigten Informationen zum Teil zeitintensiver. Einige papierbasierte Dokumentationen sind übersichtlicher und die für die Prüfung benötigten Informationen können schneller gefunden werden.

Die Heimaufsicht erstellt einen umfangreichen Prüfbericht, den die Einrichtung vorhalten muss und einen Ergebnisbericht, der veröffentlicht wird. Dabei wird die Aussagekraft der Prüfberichte in Frage gestellt.

„Ja, das find ich beschämend der Ergebnisbericht, der ist ja zum großen Teil nichtssagend. [...] es ist für jemanden, der sich über eine Einrichtung informieren will, ist der glaub ich genauso nicht aussagekräftig, wie die MDK Noten.“

(FG3 Heimaufsicht)

Nach Aussage der Heimaufsicht Hessen, wurde das Vorgehen der anlassbezogenen Prüfungen nach Eingang von Beschwerden angepasst. Zunächst sollen Angehörige mit den Einrichtungen ins Gespräch gehen und ihren Wunsch äußern, in die Planung einbezogen zu werden. Falls weiterhin Beschwerden bestehen, werden konkret geplante Maßnahmen benötigt, um überprüfen zu können, ob dies erfolgt ist.

„Im Endeffekt haben wir jetzt angefangen unsere Anlassprüfung quasi ein bisschen umzustellen, wenn Beschwerden reinkommen. [...] wir sagen: „Gehen Sie als Angehöriger bitte zuerst zur Einrichtung. Sprechen Sie erst da, schauen Sie sich die Dokumentation an, fragen Sie nach, wie die Planung ist. Sagen Sie, Sie wollen einbezogen werden in die Planung. [...] Und wenn es dann immer noch bei den Beschwerdepunkten bleibt, kommen Sie bitte nochmal.“ Und dann habe ich aber von den Angehörigen die Information, in der Planung steht: Dienstags wird geduscht. Also kann ich dann meine Anlassprüfung auch dienstags machen. [...] Wir müssen mehr Informationen einfordern, als jetzt so ganz blind rauszufahren.“ (FG3 Heimaufsicht)

Aspekte der Qualitätsprüfung, die nicht auf gesicherter Grundlage bearbeitet werden können

Es gibt nur wenige Aspekte der Qualitätsprüfung, die nicht auf gesicherter Grundlage bearbeitet werden können. Beide Prüfinstanzen bestätigen in den Fokusgruppen, dass die Kontinuität der pflegerischen Leistungen im Rahmen der Bezugspflege nicht mehr geprüft werden

kann. Hierfür wurden vor dem Strukturmodell die Handzeichen im Einzelleistungsnachweis zur Grundpflege herangezogen. Dies muss nun anhand der Dienstpläne überprüft werden, jedoch ist die Aussagekraft der Dienstpläne begrenzt.

„Die einzige Prüffrage, die wirklich problematisch war für uns in unserem Prüfkonzept war diese Kontinuität der pflegerischen Leistungen, weil das wurde natürlich vorher an den Handzeichen festgemacht. [...] Das ist jetzt schwieriger zu bewerten, weil die Handzeichen im grundpflegerischen Bereich ja weggefallen sind.“

(FG5 MDK)

„Früher haben wir [...] nach den Grundpflegenachweisen geguckt, da konnte man zu mindestens sehen: Okay, Bezugspflegesystem wird angewendet. Kann ich mit der SIS® nicht mehr gucken. Außer ich studiere die Dienstpläne, aber dann weiß ich immer noch nicht, in welchen Zimmern die Pflegekraft war. [...] Ich kann es nicht nachvollziehen, also ich kann dann keine Auskunft in unseren Rahmenprüfkatalog schreiben, ob das stimmt, oder nicht.“ (FG3 Heimaufsicht)

Am neuen Rahmenprüfkatalog in NRW wird kritisiert, dass dieser sehr schriftbezogen ist und sich stark am Qualitätsmanagement orientiert. Die Hauptsache ist, dass es irgendwo dokumentiert wird, die Durchführung wird jedoch nicht mehr geprüft. Laut dem Wohn- und Teilhabegesetz sind keine Gespräche mit dem Pflegebedürftigen vorgesehen und der Rahmenprüfkatalog (NRW) enthält keine Frage zur Zufriedenheit. Die Fokusgruppe der Heimaufsicht verdeutlicht jedoch, dass Gespräche mit den Pflegebedürftigen wichtig sind, um die Durchführungsqualität beurteilen zu können.

„Wir machen es natürlich trotzdem, weil wir ja die Durchführung überprüfen müssen. Ja und so Sachen: Wie werden Konzepte angewendet, wenn ich da nicht mit den Pflegebedürftigen spreche, kann ich nicht herausfinden, ob die Konzepte wirklich angewendet werden.“ (FG3 Heimaufsicht)

Die Heimaufsicht betont, dass weiterhin Abstimmungen mit dem MDK notwendig sind.

„Der MDK will 'Hü', die Heimaufsicht will 'Hott'... [...] so Sachen, die uns auch kritisch entgegen getragen werden, die Einen Fragen danach die Anderen danach, dass nochmal in Abstimmung zu bringen und sich auch auszutauschen über die Prüferfahrungen nach den unterschiedlichen Prüfsystematiken. [...] Wichtig ist uns, dass wir das gemeinsam machen mit den MDK Kollegen.“ (FG3 Heimaufsicht)

Kompatibilität mit den Prüfvorschriften auf Landesebene

272 Personen beantworteten in der Online-Befragung die Frage danach, ob die neue Pflegedokumentation mit den jeweiligen Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel ist. Mehrheitlich (90,8 %, 247 Personen) bestätigten die Teilnehmenden dem Strukturmodell die Kompatibilität mit den Prüfvorschriften auf Landesebene (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Kompatibilität der neuen Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene, Online-Befragung Prüfinstanzen

		Mitarbeitende des MDK	Mitarbeitende der Heimaufsicht	Gesamt
Ist die neue Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel, die für die jeweilige Einrichtung gelten?	Ja	94,3 %	84,7 %	90,8 %
	Nein	5,7 %	15,3 %	9,2 %
Anzahl gesamt		174	98	272

Ein weiterführender Vergleich der Antworten mit dem der befragten Person zugehörigen Bundesland zeigt, dass die Mitarbeitenden beider Prüfinstanzen in Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Bremen, Brandenburg und Berlin dem Strukturmodell die Kompatibilität mit den Prüfvorschriften auf Landesebene attestieren. In Sachsen und im Saarland bestätigen dies die teilnehmenden Mitarbeitenden des MDK und in Hamburg und Thüringen die Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden. Auch in den Bundesländern, in denen einige Teilnehmende die Kompatibilität verneinen, überwiegen diejenigen Antworten, die die Vereinbarkeit des Strukturmodells mit den Prüfvorschriften bestätigen.

12 Personen gaben Gründe für eine Inkompatibilität mit den Prüfvorschriften an oder wiesen auf Problematiken in diesem Zusammenhang hin. Tabelle 25 zeigt, ob die Mitarbeitenden des MDK und der Heimaufsicht hier gleiche Problemfelder identifiziert und Gründe benannt haben.

Tabelle 25: Gründe für Inkompatibilität der neuen Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene, Prüfinstanzen

Ist die neue Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel, die für die jeweilige Einrichtung gelten? Nein, aus folgenden Gründen nicht...	Grund benannt durch	
	Mitarbeitende des MDK	Mitarbeitende der Heimaufsicht
Im Widerspruch zu WTG NRW und WTG DVO		X
Prüfrichtlinie nicht an das Strukturmodell angepasst/ Überarbeitungsbedarf		X
Personelle Kontinuität ist nicht überprüfbar	X	
Handzeichen sind nicht mehr aussagekräftig	X	X
Erforderliche Dokumentation zur Umsetzung der Expertenstandards unzureichend		X

Mit Verweis auf das Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen (WTG NRW) und die Wohn- und Teilhabegesetz Durchführungsverordnung (WTG DVO) beschreiben die Mitarbeitenden der Heimaufsicht einen Widerspruch zu den §§ 10, 19 und 26 WTG NRW sowie zu § 26 und § 34 WTG DVO. So betonen dann auch Mitarbeitende der Heimaufsichtsbehörden in Nordrhein-Westfalen, aber auch in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein einen Überarbeitungsbedarf der jeweiligen Prüfrichtlinien. Die Mitarbeitenden des MDK weisen hier auf die Problematik hin, im Bereich der Ablauforganisation die Frage danach, ob die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt ist, nicht mehr beantworten zu können. Sowohl

Mitarbeitende des MDK als auch der Heimaufsichtsbehörden geben an, dass Handzeichen in der Dokumentation an Aussagekraft verlieren beziehungsweise nicht mehr als aussagekräftig anzusehen seien. Mitarbeitende der Heimaufsicht beschreiben in Einzelfällen eine unzureichende Dokumentation von in den nationalen Expertenstandards in der Pflege geforderten Dokumentationsinhalten wie beispielsweise die Erfassung eines Kontinenzprofils.

In der Fokusgruppe mit Mitarbeitenden des MDK wurde deutlich, dass es keine länderspezifischen Prüfredeln gibt, sondern ein bundesweit einheitliches Prüfkonzept und dieses ist definitiv mit dem Strukturmodell vereinbar. Auch die Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden äußern sich dahingehend, dass grundsätzlich alles geprüft werden kann und beispielsweise der Rahmenprüfkatalog für NRW gut anwendbar ist, jedoch mussten hierfür neue Wege gefunden werden.

„Man muss es sich passend machen. [...] (Mann kann) alles prüfen, das ist gar kein Thema, man muss [...] einen neuen Weg finden, um die Fragen beantworten zu können. [...] meine Gespräche mit dem Bewohner sind länger geworden als vorher, die Gespräche mit den Pflegefachkräften sind noch ein bisschen länger geworden.“
(FG3 Heimaufsicht)

Ergänzend bewerteten die Prüfinstanzen der Fokusgruppen das Strukturmodell überwiegend positiv. Beispielsweise bezogen sie dies auch auf die Tagesstruktur.

„Ich fand schon immer Tagesstruktur großartig, weil ich einfach sofort, ich lese mir die einmal durch und muss nicht dreizehn ADLs und dann verknüpfen, fand ich schon immer nicht logisch. [...] ich kann wirklich eine Dokumentation von oben bis unten durchgucken, ich weiß, wie der Mensch ist, kann dann in das Zimmer gehen und mir ein Bild dann davon machen und weiß halt schon ganz viel über den Menschen.“ (FG3 Heimaufsicht)

Zudem wurde der personenzentrierte Ansatz als positiv empfunden. Im Fokus steht der Bewohner und dessen Hilfebedarf sowie seine Stärken und Schwächen.

„Der personenzentrierte Ansatz [...] gefällt mir. Ich guck mir einen Bewohner an und sehe, also, versuche den Hilfebedarf einzuschätzen, schaue, wo sind so seine Stärken, wo sind seine Schwächen. Und das finde ich jetzt eher wieder, als bei den dreizehn ADLs, oder so. [...] Wenn es gut läuft, weiß man wirklich: Hey, so sieht sein Tag aus, ja, das erhält er. Das finde ich sehr positiv.“ (FG3 Heimaufsicht)

Weitere Chancen waren von Seiten der Prüfinstanzen zum einen das der Fokus auf der Selbstständigkeit und nicht mehr in der defizitorientierten Dokumentation der Pflegeprobleme liegt. Zum anderen hat sich der Kontakt zum Pflegebedürftigen erhöht, es findet ein größerer Austausch statt, es besteht die Hoffnung, dass das „Überstülpen von Pflege aufhört“ (FG3 Heimaufsicht). Auch die Heimaufsicht nimmt eine Zeitersparnis wahr.

„Ja, also positiv: Bewegt sich was, endlich! Und ich glaube auch wirklich, es ist eine Zeitersparnis.“ (FG3 Heimaufsicht)

Laut den Prüfinstanzen waren die Pflegeplanungen zum Teil sehr umfangreich mit bis zu 65 Seiten. Zum Teil werden noch selbstverständliche Tätigkeiten im Ablaufplan unnötigerweise dokumentiert wie beispielsweise Anklopfen, „Guten Morgen“ sagen, Fragen ob das Fenster geöffnet werden soll. Die Dokumentation ist nun wesentlich übersichtlicher.

Im Vergleich zum Strukturmodell wurde das eigenständige Denken komplett abgezogen, auch aufgrund der MDK-Prüfungen und Expertenstandards. *„Man hat einfach nur Skalen angewandt [...] mehr oder weniger auch ohne Sinn und Verstand.“* (FG5 MDK) Zum Beispiel die Anwendung der Sturzrisikoskala, aus pflegfachlicher Sicht bestand kein Sturzrisiko aufgrund von Immobilität, laut Skala bestand jedoch ein Risiko. Es wurde nicht mehr auf die fachliche Sichtweise vertraut, sondern das Ergebnis der Skala in die Dokumentation übernommen. Da das Strukturmodell die pflegfachliche Sicht fördert, wird dieses Modell auch gut von den Pflegefachkräften akzeptiert.

„Es war einfach, ich denke aus der Prüfpraxis kann man das [...] so bestätigen, ein überbordender Dokumentationswahnsinn vor Ort.“ (FG5 MDK)

„Es war wirklich eher so dieser Gedanke: „Was, wir müssen nicht mehr jede Maßnahme abzeichnen?“ Also das war erst mal ganz schwierig überhaupt, also das konnten die gar nicht glauben. Na klar, die haben jahrelang ihr Maßnahmenblatt abgezeichnet, am Ende der Schicht, ohne Sinn und Verstand [...] Und jetzt auf einmal müssen sie das nicht mehr. Ja, es war schon ein Paradigmenwechsel.“ (FG5 MDK)

6.4.3 Bewertung aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Die Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen stellt eine wichtige Ergänzung zur Perspektive der professionell Beteiligten dar. Während für eine abschließende Beurteilung eine umfangreichere Erhebung notwendig ist, können die Interviews der (kleinen) Stichprobe der EvaSIS-Studie jedoch bereits erste Anhaltspunkte bzgl. des Wissensstands, der Sichtweisen sowie erster Auswirkungen aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen liefern.

Bekanntheit und Bewertung der Umstellung auf die entbürokratisierte Pflegedokumentation

Nur einer geringen Anzahl der Pflegebedürftigen/Angehörigen, die zur Zeit der Umstellung bereits von der Einrichtung betreut wurden, war die Umstellung der Pflegedokumentation bekannt, die Mehrzahl war darüber nicht informiert bzw. konnte sich zum Zeitpunkt des Gesprächs vielleicht auch nicht daran erinnern. Die folgenden Zitate verdeutlichen dies:

„Das weiß ich nicht, dieser Unterschied ... das weiß ich nicht. Kann sein, dass er [die Pflegefachkraft] mir das gesagt hat, aber ich habe das nicht als so empfunden. Ich habe das vielleicht als normale Unterhaltung betrachtet.“ (Pflegebedürftiger, vollstationär)

In Einzelfällen wiederum war die Umstellung bekannt:

„Das hat man schon mitgekriegt, ja, ja, auch wenn man nicht dabei war [beim Erstgespräch], aber man hat das schon mitgekriegt.“

(Angehörige einer Pflegebedürftigen, vollstationär)

„Es war bekannt, aber ich habe nicht mehr drangedacht.“

(Pflegebedürftige, vollstationär)

Wenn das Konzept des Strukturmodells bekannt war bzw. von der Interviewerin erläutert wurde, äußerten sich die Pflegebedürftigen und Angehörigen sehr positiv dazu und stellten es als eine sinnvolle Neuerung dar:

„Das ist definitiv einfacher als vorher. Also ganz, ganz klasse, finde ich gut. Ja, mein Statement dazu.“ (Pflegebedürftiger, ambulant)

„Und Sie hatten schon gesagt, Sie finden das gut mit dieser schlankeren Pflegedokumentation, vom Prinzip her?“ (Interviewerin) *„Auf jeden Fall. Und wenn man es einfacher machen kann, warum auch nicht, ne?“* (Pflegebedürftige, vollstationär)

In der Regel versprachen sich die Pflegebedürftigen jedoch vor allem einen Mehrwert für die Pflegekräfte und verbanden mit Zeiteinsparungen bei der Dokumentation keine Vorteile für sich selbst.

Wahrnehmung des Erstgesprächs

Keiner bzw. keinem der befragten Pflegebedürftigen war bewusst gewesen, dass das Erstgespräch eine wichtige Grundlage für die künftig durchzuführenden Pflegemaßnahmen darstellt. Demzufolge hatten die Pflegebedürftigen auch manchmal Schwierigkeiten, sich im Detail an ihr Erstgespräch zu erinnern. Im Kontrast dazu war das Gespräch mit dem MDK in der Regel deutlich präsenter in ihrer Erinnerung, obgleich es länger her ist.

„Jetzt hatten Sie mir ja eben, [...], schon gesagt, das Gespräch mit der Schwester X [der Pflegefachkraft], das genau vor 1 Jahr stattgefunden hat, [...], daran erinnern Sie sich eigentlich gar nicht so richtig? Das haben Sie im Prinzip nicht so als Erstgespräch wahrgenommen?“ (Interviewerin) *„Nein, ich bin überhaupt überrascht, dass der X [Mitarbeiter der Einrichtung] mir gesagt hat, ich hätte mit der [Pflegefachkraft] ein ausgesprochen wichtiges Gespräch geführt – das war mir gar nicht bewusst.“* (Pflegebedürftige, stationär) *„Okay. Dann wurde das offensichtlich Ihnen gegenüber auch nicht als solches kommuniziert, denn sonst würden Sie sich erinnern?“* (Interviewerin) *„Nein, überhaupt nicht.“* (Pflegebedürftige)

In den Interviews entstand der Eindruck, dass den Pflegebedürftigen von keiner Seite die Bedeutung des Erstgesprächs vermittelt worden war. Dementsprechend waren auch nicht immer Familienangehörige dabei anwesend, auch wenn dies sinnvoll gewesen wäre. In einem Fall fand das Erstgespräch mit einer stark dementen Pflegebedürftigen sogar ohne deren Angehörige

statt, obwohl diese die Pflegebedürftige ohnehin mehrmals pro Woche in der Einrichtung besucht.

Dauer des Erstgesprächs

Während die befragten Pflegefachkräfte in der Regel eine deutlich längere Dauer der Erstgespräche angaben (vgl. dazu auch die Zeitwerte in Tabelle 8 in Abschnitt 6.1.2), waren die Gespräche aus Sicht der interviewten Pflegebedürftigen eher kurz, es wurde eine Dauer zwischen zehn und 45 Minuten genannt.

An den Gesprächen hatten neben den Pflegebedürftigen häufig Angehörige teilgenommen, die die Pflegebedürftigen gut kennen, was die Gesprächsdauer tendenziell eher verlängern könnte. Während die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sich in keinem Fall negativ über eine kurze Gesprächsdauer äußerten, erscheint jedoch fraglich, dass es in dieser Zeit möglich ist, die Fähigkeiten, Bedarfe und Wünsche der Pflegebedürftigen inklusive biografischer Informationen ausreichend zu erfassen. Dies wurde von den Pflegebedürftigen und Angehörigen, bei denen das Erstgespräch sehr kurz war, im weiteren Verlauf der Gespräche auch häufig bestätigt.

Offenheit des Erstgesprächs und Erfassung von Bedürfnissen, Gewohnheiten und Wünschen der Pflegebedürftigen

Aus den Interviews mit den Pflegebedürftigen ließen sich Unterschiede in den Einrichtungen, von denen die Personen betreut wurden, beobachten. Bei einigen der Einrichtungen schien durchaus Wert darauf gelegt zu werden, die Bedarfe, Wünsche und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person gut zu erfassen, während bei anderen das Gespräch eher defizit- und maßnahmenorientiert erfolgte und darüber hinaus keine oder nur wenige biografischen Informationen erfasst wurden.

„Sie hat mir halt erklärt, um was es da geht und viel mehr haben wir eigentlich gar nicht gesprochen, ne?“ (Pflegebedürftiger, ambulant)

„Hat die [PDL] Ihnen auch Fragen zu sich selbst gestellt, zum Beispiel was Sie sich von der Pflege wünschen, was Sie vielleicht ganz gut selber hinbekommen, ob Sie irgendwie was anders...“ (Interviewerin) „Nein. Die hat nur aufgeschrieben, was die [Pflegefachkräfte] machen, gefragt hat sie gar nichts.“

(Pflegebedürftige, ambulant)

„Das [Erstgespräch] war nichts Besonderes. [Die Pflegefachkraft] Hat sich umgesehen, was sein muss, wenn mein Mann nach diesen drei Wochen wiederkommt und das lief dann ja auch gut.“ (Angehörige eines Pflegebedürftigen, ambulant)

Auch wenn nach dem Strukturmodell eine offene Gesprächsführung vorgesehen ist und die SIS® an sich für die Erfassung der relevanten Informationen geeignet ist, lässt sich aus diesen Zitaten erkennen, dass sie im Alltag in vielen Fällen nicht oder nur begrenzt zu diesem Zweck genutzt wird. Auch schien den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht bewusst zu

sein, dass ihre persönlichen Wünsche und Bedarfe Gegenstand des Erstgesprächs sein sollten. Aus ihren Schilderungen lässt sich schließen, dass sie sich in den Erstgesprächen in einer eher passiven Rolle sahen, in der sie auf Nachfrage Informationen zur Verfügung stellten aber von sich aus keine Wünsche oder Bedarfe äußerten. In einigen Fällen wurden die Gespräche jedoch offener geführt und die Pflegebedürftigen fühlten sich als Menschen mit ihrer ganz persönlichen Biografie gut wahrgenommen.

Information zu Unterstützungsmöglichkeiten und Risiken

Im Fall neu aufgetretener Pflegebedürftigkeit oder bei einer Erhöhung des Pflegebedarfs kann die Beratung durch die Pflegeeinrichtung zu den verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten sehr wichtig sein. Während manche Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen angaben, dass sie zu verschiedenen pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten ausreichend umfangreich informiert worden seien, sagten andere aus, dass dies nicht Gegenstand des Erstgesprächs gewesen sei. Vor allem bei Pflegebedürftigen, die bereits von der Einrichtung betreut und lediglich auf das Strukturmodell umgestellt wurden, fand in der Regel keine Diskussion über verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten statt. In beiden Fällen gaben die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen jedoch an, dass sie solche Informationen auch nicht benötigt hätten bzw. dass sie bei Bedarf danach auf Eigeninitiative gefragt hätten.

Nach Aussagen der Pflegebedürftigen wurden nur in einigen Fällen beim Erstgespräch über die Bandbreite an Unterstützungsmöglichkeiten gesprochen, häufig wurde dies nicht thematisiert. Allerdings war der Wunsch unter den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen danach unterschiedlich stark ausgeprägt:

[Angehörige des Pflegebedürftigen, ambulant, verneint Frage, ob Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert worden sind.] *„Wäre das gut gewesen?“* (Interviewerin) *„Weiß ich nicht, glaube ich nicht.“* (Angehörige)

„Nein, so in der Form eigentlich nicht, kann ich nicht sagen.“ (Angehörige einer Pflegebedürftigen, vollstationär)

„Ja, da haben wir drüber geredet, genau.“ (Angehöriger eines Pflegebedürftigen, vollstationär)

„Und das [Erstgespräch] haben Sie als gut und hilfreich empfunden? (Interviewerin) „Definitiv. Auf alle Fälle war es hilfreich, denn so wusste ich dann endlich auf was ich ein Recht habe und auf was ich kein Recht habe.“ (Pflegebedürftiger, ambulant).

Dennoch wäre es sicherlich wünschenswert, dass den Pflegebedürftigen und Angehörigen grundsätzlich Informationen zu den verfügbaren pflegerischen und anderen Leistungen angeboten würden. Auch wenn die Pflegebedürftigen schon länger von der Einrichtung gepflegt werden, könnte das Erstgespräch dazu genutzt werden zu prüfen, ob die pflegerischen Maß-

nahmen noch optimal zum aktuellen Pflegebedarf passen oder ob es eventuell Verbesserungspotenziale gibt. In diesem Zusammenhang könnte auch eruiert werden, ob früher festgelegte Maßnahmen eventuell nicht mehr benötigt werden.

In den Interviews mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wurde meist angegeben, dass Risiken nicht Teil des Erstgesprächs waren, bzw. dass sie nicht explizit thematisiert wurden.

„Wurde bei diesem Gespräch vor knapp einem Jahr [...] auch über Risiken geredet, also [...] sozusagen ist ein Rollator oder ein Rollstuhl [notwendig]... – was spricht dafür, was spricht dagegen? In dem einen Fall besteht vielleicht ein Sturzrisiko. Wurde über solche Themen gesprochen?“ (Interviewerin). „Ich brauche halt einen Rollator, [...] als Unterstützung. Unbedingt.“ (Pflegebedürftiger, stationär) „Und wurde über sowas gesprochen in diesem Gespräch vor einem Jahr?“ (Interviewerin) „Das wurde nicht besprochen. Nein.“ (Pflegebedürftiger)

Nur in wenigen Fällen wurde z.B. ein vorhandenes Sturzrisiko besprochen.

„Wurde auch über so Risiken gesprochen – Sturzrisiko, oder auch Unterzuckerung ist ja auch ein Risiko bei Diabetes, ne?“ (Interviewerin) „Ja, Sturz, ja.“ (Pflegebedürftige, ambulant)

Aushandlungsprozess

Wie bereits dargestellt, gaben nur wenige Befragte an, dass sie über die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten informiert worden seien. Dies ist relevant, da die Kenntnis der verschiedenen Optionen ja die Voraussetzung für einen Aushandlungsprozess ist. Dementsprechend sagten die befragten Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen in der Regel aus, dass im Rahmen des Erstgesprächs kein Aushandlungsprozess stattgefunden habe. Dafür wurde meist der Grund genannt, dass bei neuen Pflegebedürftigen der Unterstützungsbedarf und daher auch die notwendigen Pflegeleistungen eindeutig gewesen seien, was auch bei Personen, die bereits seit mehreren Jahren von derselben Einrichtung betreut wurden, der Fall war. Die meisten Pflegebedürftigen empfanden das Erstgespräch daher nicht als eine Möglichkeit, an der Planung ihrer Pflegesituation beteiligt zu sein. Im Rahmen des Gesprächs fanden daher keine Diskussionen zu verschiedenen Optionen statt.

„[...] gab's da so eine Verständigung, so eine Einigung, auf was Ihr Mann an Pflege so bekommen soll oder stand das alles quasi schon fest? Hat man da so ein bisschen auch miteinander verhandelt oder überlegt, was macht Sinn, was macht keinen Sinn?“ (Interviewerin) „Da war eigentlich gar keine Rede davon. Die wollte nur beim Waschen dabei sein und dies und jenes. Aber so, dass sie direkt darüber gesprochen hat, das weiß ich gar nicht.“ (Angehörige eines Pflegebedürftigen, ambulant)

In anderen Fällen scheint eher ein Diskurs über verschiedene Möglichkeiten und eine gemeinsame Einigung stattgefunden zu haben:

„[...] wie hat man sich dann auf konkrete Maßnahmen, die der Pflegedienst nun erbringen soll, geeinigt? Wie lief das ab? War das relativ klar?“ (Interviewerin) „Das war eigentlich relativ klar, weil meine Mutter ja sagen konnte, was sie noch kann und was sie eben nicht mehr hinkriegt und dann wurde mit dem Pflegedienst zusammen dann eben niedergeschrieben was meine Mutter an Pflegeleistung in Anspruch nimmt.“ (Angehöriger einer Pflegebedürftigen, ambulant) „Okay. Und wurden dann auch verschiedene Möglichkeiten, die es so gibt, besprochen?“ (Interviewerin) „Ja, genau.“ (Angehöriger)

Um Pflegebedarf möglichst gut zu adressieren, die bestehenden Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu fördern und in der ambulanten Pflege auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen möglichst effektiv zu gestalten, ist in vielen Fällen ein Aushandlungsprozess sicherlich als sehr sinnvoll einzuschätzen. Bislang wird das Strukturmodell jedoch leider häufig noch nicht dafür genutzt. Fehlende Kompetenz der Pflegekräfte oder Zeitmangel könnten dazu beitragen, dass solche Gesprächsinhalte häufig vermieden werden.

Prüfen und Unterzeichnen des Maßnahmenplans

Typischerweise nahmen die Pflegebedürftigen das Erstgespräch und den daraus resultierenden Maßnahmenplan nicht als die Basis ihres Vertrags mit der Einrichtung wahr. Dementsprechend konnten sich nur sehr wenige Pflegebedürftige bzw. Angehörige daran erinnern, den Maßnahmenplan gegengelesen und unterzeichnet zu haben. Die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse hatten bereits gezeigt, dass der Maßnahmenplan oft nur von einer Seite, d.h. der verantwortlichen Pflegefachkraft, unterzeichnet wurde.

„Haben Sie sich das durchlesen können, was dann vereinbart wurde oder haben Sie irgendwas unterschrieben?“ (Interviewerin) „Nein, unterschreiben habe ich nichts müssen.“ (Pflegebedürftige, ambulant)

„Und haben Sie am Ende was bekommen, um sich das durchzulesen und zu unterschreiben?“ (Interviewerin) „Wüsste ich jetzt auch gar nicht.“ (Angehöriger eines Pflegebedürftigen, ambulant)

Dies deutet darauf hin, dass die Maßnahmenplanung nicht als Chance wahrgenommen wird, die vereinbarten Maßnahmen noch einmal zu überdenken und zu konsentieren. Eine unterschriebene Vereinbarung könnte auch auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen das Commitment für die Zusammenarbeit stärken.

Auswirkungen der neuen Pflegedokumentation

Insgesamt war es für die meisten der befragten Pflegebedürftigen durch die Einführung des Strukturmodells zu keiner merklichen Änderung ihrer persönlichen Pflegesituation gekommen, weder im positiven noch im negativen Sinn:

„Haben Sie [...] mitgekriegt, seitdem Sie eben dieses Gespräch vor dem letzten Sommer hatten, hat sich da irgendwas verändert gefühlt bei Ihnen zwischen vorher und hinterher?“ (Interviewerin) „Bei mir nicht.“ (Pflegerbedürftige, stationär)
„Im März wurde Ihr Mann ja umgestellt auf diese neue Pflegedokumentation, [...]. Merkt man da was, dass zum Beispiel das Aufschreiben schneller geht oder so?“ (Interviewerin) „Weiß ich eigentlich nicht. Ich glaube nicht.“ (Angehörige eines Pflegerbedürftigen, ambulant)

In einem Fall machte sich eine leicht positive Tendenz bemerkbar:

„Sehen Sie da einen Unterschied zwischen der alten und der neuen Dokumentation [...]?“ (Interviewerin) „Da habe ich jetzt eigentlich gar nicht so aufgepasst. Aber wenn ich mir so überlege, könnte doch sein, dass man das vielleicht intensiver macht: bewusster guckt, bewusster und nicht zack und fertig. Vielleicht – ich weiß es nicht. Aber ich denke, dass da vielleicht doch ein Unterschied liegt, wo mir eben nicht so auffällt.“ (Pflegerbedürftige, vollstationär)

In drei Fällen konnte jedoch eine merkliche Verkürzung des Zeitaufwands für die Dokumentation festgestellt werden:

„Wie gesagt, ich denke, dass sich etwas verbessert hat in der Hinsicht, dass weniger geschrieben werden muss. (Angehöriger einer Pflegerbedürftigen, stationär)
„Wir haben längere Gespräche, daraus resultiert mehr Zeit füreinander.“ (Pflegerbedürftiger, ambulant)

Nicht immer kommt die gewonnene Zeit jedoch den Pflegerbedürftigen zugute, wie beispielhaft aus diesem Zitat hervorgeht:

„Und merken Sie auch, dass man jetzt für Sie mehr Zeit hat, weil man weniger schreibt?“ (Interviewerin). „Nein.“ (Pflegerbedürftige, ambulant) „Da hat sich nicht geändert?“ (Interviewerin) „Nein.“ (Pflegerbedürftige)

Nutzung der Dokumentation

Einer der Vorteile des Maßnahmenplans ist die gute Übersichtlichkeit die einen schnellen Einblick in die vereinbarten Pflegemaßnahmen erlaubt. Damit können auch Pflegerkräfte, die nicht regulär für eine bestimmte pflegerbedürftige Person zuständig sind, schnell einen Einblick in die durchzuführenden Maßnahmen gewinnen. Allerdings scheint diese Möglichkeit nicht immer genutzt zu werden, wie aus folgenden Zitaten hervorgeht:

„Und wenn die zu Ihnen kommen, das erste Mal, gucken die in die Mappe rein, wo das alles drinsteht oder fragen sie Sie?“ (Interviewerin) „Die fragen.“ (Pflegerbedürftige, ambulant) „Sie gucken nicht nach?“ (Interviewerin) „Nein.“ (Pflegerbedürftige)
„Okay. In der Mappe würde es ja auch drinstehen, was man bei Ihnen macht.“ (Interviewerin) „Aber meistens wissen sie es schon, weil die, wo mich heute gewesen hat, die muss ihr Auto jetzt wieder an die abgeben, wo morgen kommt. Und da tauschen die sich schon über das Wichtigste aus.“ (Pflegerbedürftige)

Es scheint, dass Praktiken, die bei der Nutzung eines weniger übersichtlichen Dokumentationssystems entstanden sind und durchaus sinnvoll sein können (Konsultation der Pflegebedürftigen anstatt der Pflegedokumentation), auch nach der Umstellung genutzt werden. Eventuell erfüllen sie auch andere Zwecke, wie beispielsweise um mit den Pflegebedürftigen unkompliziert ins Gespräch zu kommen. Die Schilderungen der Pflegebedürftigen erlauben außerdem keine Aussagen dazu, inwiefern die Pflegefachkräfte zusätzlich die Pflegedokumentationen konsultieren. Allerdings birgt das Verlassen auf die Richtigkeit der Aussagen der Pflegebedürftigen natürlich auch Risiken, aus diesem Grund sollten sie nicht als alleinige Informationsquelle genutzt werden.

Folgegespräch

Keine/r der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen konnte sich daran erinnern, dass ein Folgegespräch, beispielsweise zur Anpassung der vereinbarten Maßnahmen, stattgefunden hatte. Einige waren sich dabei recht sicher, wie sich aus den folgenden Zitaten entnehmen lässt:

„Nein, da haben wir nicht drüber gesprochen.“ (Pflegebedürftige, ambulant)

„Nein, wurde nicht besprochen, aber wie gesagt, wenn ich irgendetwas haben muss oder irgendetwas brauche, dann sage ich das schon und dann bekomme ich auch geholfen.“ (Pflegebedürftige, vollstationär)

Andere konnten nicht mit Sicherheit sagen, ob ein Folgegespräch stattgefunden hatte, da es evtl. nicht als solches deklariert worden war. Die Pflegebedürftigen und Angehörigen waren sich jedoch relativ einig, dass sie sich bei verändertem Pflegebedarf auf eigene Initiative an die Einrichtung wenden würden.

Gesamtbewertung und Verbesserungsvorschläge

Insgesamt waren die die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen zufrieden mit der Durchführung des Erstgesprächs und der Praxis der Pflegedokumentation. Auch wenn die Erstgespräche von kurzer Dauer waren, wurde dies nicht beklagt. Allerdings wurde deutlich, dass die meisten Pflegedürftigen und ihre Angehörigen keine besonderen Erwartungen an das Gespräch geknüpft hatten. Weder von den befragten Pflegebedürftigen noch ihren Angehörigen wurden Vorschläge gemacht, wie das Erstgespräch hätte besser durchgeführt werden können. Vereinzelt Verbesserungsvorschläge bezogen sich ausschließlich auf technische Unterstützung bei der Dokumentation, beispielsweise den Einsatz von Diktiergeräten oder Tablets.

6.4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Bewertung der neuen Pflegedokumentation

Die **Pflegeeinrichtungen und Pflegefachkräfte** attestieren dem Strukturmodell eine hohe Praktikabilität. Mit der Einführung geht nach anfänglichem Umstellungs- und Schulungsaufwand sowohl in den Pflegeheimen und den Pflegediensten eine spürbare Zeitersparnis einher, insbesondere bei der täglichen Pflegedokumentation. Aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte fällt die Dokumentation nach dem Strukturmodell einfacher, jedoch ist ein Umdenken erforderlich. Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen überwiegt der Nutzen den Aufwand der Umstellung. Die neue Pflegedokumentation unterstützt den fachlichen Kompetenzgewinn von Pflegefachkräften, deckt jedoch auch Wissensdefizite und Schulungsbedarfe auf. Die vom Projektbüro Ein-STEP bereitgestellten Schulungsunterlagen unterstützen die Pflegefachkräfte dabei, das für die Umstellung notwendige Fachwissen zu erlangen. Jedoch erhielt nicht jede Teilnehmerin oder jeder Teilnehmer einer Schulung die Schulungsunterlagen oder wurde auf Schulungsunterlagen/oder die Internetseite des Projektbüros Ein-STEP hingewiesen. Unabhängig vom Schulungsanbieter gelingt es dem Großteil der Pflegefachkräfte, das Strukturmodell so umzusetzen, wie es ihnen vermittelt wurde. Art und Umfang der Schulung variierte zwischen den Pflegeeinrichtungen stark. Zum Teil erhalten Pflege(fach-)kräfte sogar keine Schulung. Etwa 40 % der Pflegefachkräfte im ambulanten und vollstationären Versorgungssetting berichten von einer gesteigerten Motivation und reduzierten Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells. Der mit der Einführung verbundene finanzielle Aufwand lag in den Pflegeheimen bei durchschnittlich 6.672 € (Median 5.000 €) in den Pflegediensten bei 4.757 € (Median 3.500 €). Aus der Sicht der Pflegedienstleitungen waren zusätzliche zeitliche Ressourcen für Schulungen der Fachkräfte und die Aufstockung von Fachpersonal mit hohen Kosten verbunden.

Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen der Fokusgruppen geben an, dass sie dem Strukturmodell hinsichtlich der Rechtssicherheit vertrauen. Haftungsrechtliche Schwierigkeiten sind zum Zeitpunkt der Befragungen nicht aufgetreten.

Für die **externen Prüfinstanzen** ist die neue Pflegedokumentation weitgehend mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel. Die Qualität der begutachteten Pflegedokumentationen bewertet ein knappes Drittel der Befragten als sehr hoch bis hoch, für etwas weniger als zwei Drittel ist die Qualität ausreichend. Überwiegend können alle für die Prüfung notwendigen Informationen aus der Dokumentation entnommen werden. Die Feststellung der persönlichen Kontinuität der Versorgung und der Umgang mit landesspezifischen Anforderungen (Rahmenprüfkatalog NRW), die spezielle Dokumentationsinhalte fordern, welche im Strukturmodell nicht mehr oder in anderer Weise erfasst werden, stellen eine Hürde im Prüfalltag dar. Die Erfassung und Dokumentation von individuellen Risiken sowie die Dokumentation biografischer Daten sind problembehaftet und weisen einen Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte aus. Die Dokumentationsqualität lässt erkennen, ob das Personal gut geschult ist. Der Begriff „kompensiertes Risiko“ war sowohl auf Seiten der Leistungserbringer problembehaftet, als

auch bei den Prüfinstanzen. Durch die Einführung des Strukturmodells wird die Fachlichkeit wieder hervorgehoben. Doch eine fehlende pflegefachliche Kompetenz wirkt sich negativ auf die Qualität der Dokumentation aus. Bedenken ergeben sich bei beiden Prüfinstanzen in Bezug auf die Vollständigkeit der Dokumentation. Zudem gelingt eine Reduktion auf die wesentlichen Inhalte und eine verständliche Dokumentation nicht immer. In diesen Situationen ist es sehr wichtig mit den Pflegenden das Gespräch zu suchen. Insgesamt betrachtet, gibt es durch das Strukturmodell einen Zeit- und Ressourcenvorteil sowohl für die Einrichtungen als auch für die Gutachter.

Aus Sicht der **Pflegebedürftigen** stellt die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation einen sinnvollen und begrüßenswerten Ansatz dar. Positive Wirkungen im Sinne einer qualitativen Verbesserung der Pflege scheinen sich für die Pflegebedürftigen allerdings nur in seltenen Fällen bemerkbar zu machen. Die Chancen, die die SIS® für eine Erhebung biografischer Daten, die Information über Pflegemaßnahmen und eine verstärkte Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Maßnahmenplanung im Sinne eines Aushandlungsprozesses bietet, scheinen bislang noch nicht optimal genutzt zu werden. Auch waren die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in der Studie offenbar gar nicht oder nur unzureichend über die Bedeutung des Erstgesprächs informiert.

6.5 Übergreifende Fragestellungen

Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung

Sowohl die verantwortlichen Pflegefachkräfte als auch die anwendenden Pflegefachkräfte beschrieben zum ersten Erhebungszeitpunkt der standardisierten Befragungen in einer Freitextantwort Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung, die mit der Einführung des Strukturmodells deutlich werden. Tabelle 26 enthält die zusammengefassten Antworten der verantwortlichen Pflegefachkräfte (zehn am häufigsten vergebene Kategorien) und Tabelle 27 die der anwendenden Pflegefachkräfte. Obwohl in beiden Settings sowohl Leitungen als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch darauf hinwiesen, bislang (noch) keine Auswirkungen festzustellen, betonten beide befragte Personengruppen an dieser Stelle nochmals den Zeitgewinn für die direkte pflegerische Versorgung sowie die Förderung der Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen. Die Pflegefachkräfte beschrieben zudem einen erleichterten Informationsaustausch im Pflorgeteam, insbesondere nach längerer Abwesenheit einer/eines Mitarbeiterin/Mitarbeiters oder bei der Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen. Auch die verantwortlichen Pflegefachkräfte wiesen darauf hin, wenn auch weniger häufig als die Pflegefachkräfte.

Tabelle 26: Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung, zusammengefasste Freitextantworten, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Pflegeheime	Pflegedienste
Mehr Zeit für die Pflege	25,8 %	23,5 %
Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert	18,7 %	20,0 %
Fachlichkeit/Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen wird gefördert/ist gefragt	14,0 %	11,0 %
Es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich	12,1 %	12,9 %
Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung gesteigert	7,7 %	7,5 %
Das Kompetenzniveau der Fachkräfte ist unterschiedlich	4,7 %	5,5 %
Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/ Informationsweitergabe	2,2 %	5,1 %
Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird gestärkt	4,7 %	1,2 %
Vereinheitlichter Ablauf der Pflege	1,1 %	4,3 %
Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/ein ressourcenorientierter Blick wird gefördert	2,5 %	1,2 %
Anzahl gesamt	364	255

Tabelle 27: Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung, zusammengefasste Freitextantworten, zehn häufigste Kategorien, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Pflegeheime	Pflegedienste
Mehr Zeit für die Pflege	33,6 %	18,6 %
Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert	19,8 %	18,9 %
Es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich	11,5 %	15,8 %
Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/ Informationsweitergabe	9,7 %	14,3 %
Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung wird gesteigert	4,9 %	8,0 %
Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung mit dem/Reflexion des Pflegeprozesses	2,8 %	4,6 %
Vereinheitlichter Ablauf der Pflege	2,8 %	4,0 %
Fachlichkeit/Eigenverantwortung der Pflegenden wird gefördert	2,0 %	2,9 %
Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/ein ressourcenorientierter Blick wird gefördert	1,8 %	2,3 %
Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Pflegeabläufe	2,6 %	1,1 %
Anzahl gesamt	494	349

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen nahmen mit der Einführung des Strukturmodells verbundene Auswirkungen auf die Arbeits- und Organisationsabläufe, weniger deutlich wahr. Die Befragten geben an, dass es kaum Veränderungen gibt. Die pflegebedürftige Person wird genauso versorgt wie vorher.

„Keine andere wie vorher. Die Bewohner sind gleich bleibend gut versorgt oder nicht gut versorgt, je nachdem wie das Krankheitsbild damit spielt und ob ich das früher Verordnungsformular, Hilfeplan oder heute nach SIS® mache. Da sehe ich keine Veränderungen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Falls Zeit eingespart werden konnte, wird diese für die Pflege und Betreuung genutzt. Dabei geht es manchmal weniger um eine eigentliche manuelle Pflegehandlung, sondern eher darum der pflegebedürftigen Person in Form eines längeren Gespräches noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

„Es ist mehr Zeit da, aber für die Menschen, für die Pflegefachkraft ist trotzdem nicht mehr Zeit da. Die haben trotzdem einen harten ausgefüllten Tag und gucken ob sie überhaupt irgendwie zur Pause kommen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Zusammenfassend steht laut Fokusgruppendifkussionen die Individualität und Selbstversorgung der pflegebedürftigen Person nun im Vordergrund. Die Befragten nehmen sich mehr Zeit, um Besonderheiten und Wünsche zu berücksichtigen. Dadurch gelingt eine individuellere Abbildung der pflegebedürftigen Person in der Dokumentation.

Veränderungen in den Organisationsabläufen

Ergänzend formulierten die anwendenden Pflegefachkräfte in der standardisierten Befragung beobachtete Veränderungen in den Organisationsabläufen der Einrichtung seit Einführung des Strukturmodells. Tabelle 28 fasst die zehn am häufigsten vergebenen Auswertungskategorien zusammen.

Tabelle 28: Veränderungen in den Organisationsabläufen, zusammengefasste Freitextantworten, zehn häufigste Kategorien, postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus?	Pflegeheime	Pflegedienste
positive Auswirkungen auf die/durch die Dokumentation (nicht auf Organisationsablauf bezogen)	22,6 %	28,1 %
Zeitersparnis/mehr zur Verfügung stehende Zeit für die Pflegebedürftigen	29,5 %	14,8 %
(noch) Keine Veränderungen	14,0 %	11,7 %
Strukturiertere, übersichtlichere, verbesserte Abläufe	7,6 %	12,3 %
Mehraufwand/Belastungsempfinden	4,0 %	5,2 %
Kommunikation und Kooperation im Team wird gestärkt/verbessert/intensiviert	3,6 %	4,9 %
Arbeitsteilung bei der Bearbeitung	2,8 %	3,4 %

Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus?	Pflegeheime	Pflegedienste
Terminvereinbarungen (Pflegebedürftige/Angehörige) Erstgespräch müssen geplant/realisiert werden, erhöhter Personalaufwand ist zu berücksichtigen	2,2 %	3,1 %
Erhöhter Schulungs- und Anleitungsaufwand	1,8 %	3,4 %
Einführung/Planung fester Dokumentations- und Evaluationszeiten	2,4 %	2,2 %
Anzahl gesamt	501	324

Bei dieser Antwort beschrieben die Teilnehmenden mehrheitlich Veränderungen, die sich weniger auf den Organisationsablauf an sich als vielmehr auf den reduzierten Dokumentationsumfang bezogen, betonten jedoch nochmals die erlebte Zeitersparnis, die es ihnen erlaubt, einzelne Pflegebedürftige individueller zu versorgen:

„PFK hat mehr Zeit für Bewohner, für administrative Arbeit [...], häufig Diskussionen unter Kollegen zum Wohl des Bewohners, gezieltere Dokumentation.“

(Pflegefachkraft, Pflegeheim)

„Probleme oder Veränderungen sind leichter für jede FK erkennbar, weil System übersichtlicher. Es bleibt mehr Zeit für die Klienten, mehr Raum für individuelle Betreuung.“

(Pflegefachkraft, Pflegeheim)

Weiter stellten die Pflegefachkräfte strukturiertere, und damit für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen übersichtlichere, Pflegeabläufe sowie eine verbesserte Kommunikation im Team (sowohl inter- als auch intradisziplinär) seit Einführung des Strukturmodells fest. Einen Mehraufwand beziehungsweise ein gesteigertes Belastungserleben wurde für Personen mit besonderen Aufgaben (Dokumentationsbeauftragte) oder in Leitungspositionen für die Umstellungsphase sowie die nun aufwändiger zu planenden Erstgespräche beschrieben. Ebenso benannten die Pflegefachkräfte an dieser Stelle einen mit der Einführung einhergehenden Schulungs- und Anleitungsaufwand, der im Rahmen der alltäglichen Arbeit geplant und realisiert werden muss.

Die in den Fokusgruppen benannten Veränderungen lassen sich ergänzend für die Darstellung der Auswirkungen der Einführung des Strukturmodells heranziehen: Überwiegend erfolgt die Pflegedokumentation durch Pflegefachkräfte. Zum Teil wurden diese mit der Einführung des Strukturmodells für administrative Aufgaben eingeteilt, sodass sie nicht mehr in der Pflege tätig sein sollten. Der neue Aufgabenbereich beinhaltete nun zum einen die Durchführung der Dokumentation und zum anderen die Rolle als einrichtungsinterne Ansprechperson für Kolleginnen und Kollegen. In anderen Einrichtungen wiederum wurden Neueinstellungen von Personal vorgenommen, die ausschließlich für die Pflegeplanung zuständig sind. Die Befragten verwendeten hierfür häufig die Bezeichnung „Dokumentationsbeauftragte“, „Aufnahmeschwester“ oder „Aufnahmepfleger“.

Hinsichtlich des Erstgesprächs gibt es ebenfalls verschiedene einrichtungsinterne Regelungen. In ambulanten Einrichtungen erfolgt häufig die Dokumentation im Anschluss an das Erstgespräch. Insgesamt betrachtet werden zum Teil das Erstgespräch und die anschließende Dokumentation von unterschiedlichen Personen durchgeführt. Die anschließende Dokumentation führt größtenteils die eben erwähnte „Dokumentationsbeauftragte“ durch. Wie bereits unter 6.3.1 erläutert, handelt es sich hierbei überwiegend um Qualitätsmanagementbeauftragte. Angegeben wurde, dass außerdem neue Gespräche mit bereits langjährig versorgten pflegebedürftigen Personen geführt werden und dadurch teilweise neue Aspekte, Wünsche oder Ideen kommuniziert und dokumentiert werden. *„[...] Vor allem bei Patienten die man schon jahrelang kennt, konnte ein intensiveres Vertrauen aufgebaut werden, durch die langen SIS®-Gespräche“* (FG4 PDL, Pflegeheim).

Das Pflegepersonal gibt an, dass sie sich neuen pflegebedürftigen Personen nun intensiver widmen und ein Zeitrahmen dafür geplant wird. Dies war nach dem alten Dokumentationssystem nicht der Fall.

In Bezug auf die Dokumentationspraxis hat sich verändert, dass nun keine Ziele mehr formuliert werden müssen, die Befragten bestrebt sind kurz und knapp zu dokumentieren und das ein individuelleres Schreiben ermöglicht wird. Weiterhin haben sich die Evaluationszeiten verändert. Dies wird je nach einrichtungsinternen Regelungen durchgeführt. Zudem wird angegeben, dass *„die Biografie in der SIS® lebt.“* (FG1 PFK, Pflegeheim). Bisher war diese eher aufwendig und *„[...] in Stein gemeißelt.“* (FG1 PFK, Pflegeheim). Durch das Wegfallen des täglichen Abzeichnens der Einzelleistungsnachweise in der Grundpflege ist die Dokumentation weniger aufwendig. Insgesamt werden die Dokumente nun häufiger genutzt und gelesen.

„Dokumente (werden) wieder häufiger eben auch wirklich genutzt [...], um damit zu arbeiten, die schauen einfach auch mal rein in die SIS® und den Maßnahmenplan, im Übergabebericht sowieso. Ich finde es wird die Dokumentation tatsächlich mehr zur Arbeit genutzt und nicht, um für den MDK zu dokumentieren.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Verändert hat sich außerdem, dass in den meisten Einrichtungen Fall- und Teambesprechungen eingeführt wurden. Diese werden überwiegend genutzt, um Probleme bezüglich der neuen Dokumentation gemeinsam zu klären. In manchen Einrichtungen finden die Besprechungen einmal pro Woche statt. Vor allem im stationären Bereich erfolgt dies gemeinsam mit anderen Berufsgruppen. Es findet ein vermehrter Austausch mit Kolleginnen und Kollegen statt und auch die Stimmung und kollegiale Atmosphäre hat sich zum Teil verbessert.

Wenige Befragte äußerten auch, dass insgesamt keine Veränderungen in den Arbeits- und Organisationsabläufen zu vermerken sind.

Gründe für die Entscheidung zur Umstellung auf das Strukturmodell

Die in den Fokusgruppen und Telefoninterviews benannten Gründe zur Entscheidung für die Einführung des neuen Dokumentationssystems in den Einrichtungen lassen sich aus nahezu allen mit der Einführung verbundenen Erwartungen ableiten, die bereits in Abschnitt 6.1 erläutert wurden. Viele individuelle Erwartungen an das Strukturmodell gehen mit den folgenden benannten Gründen für die Umstellung einher:

- Entlastung des Personals (Hauptgrund),
- Nutzung der Zeitressourcen für die pflegebedürftige Person (im zukünftigen Verlauf),
- Verschlankung der Dokumentation, geringerer Dokumentationsaufwand, weniger Durchführung von Assessments,
- Übersichtlichkeit der Dokumentation durch kurze und knappe Formulierungen,
- Abkehr vom Pflegemodell nach Krohwinkel,
- Förderung der Pflegefachlichkeit,
- Vorbereitung auf das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II),
- Neugierde auf etwas Neues und um zu erfahren was hinter dem Begriff „Entbürokratisierung“ zu verstehen ist,
- Motivation durch explizite Anfragen der Pflege(fach-)kräfte und
- Entscheidung von Seiten des Trägers oder Verbandes.

Barrieren im Umstellungsprozess

Der Ablauf des Umstellungsprozesses selbst, der in den Einrichtungen von einer heterogenen Vorgehensweise geprägt war, ist vorangehend am Ende des Abschnitts 6.1.1 beschrieben

Durch die Auswertung der Fokusgruppen und Telefoninterviews lassen sich Barrieren der Umstellung auf das Strukturmodell feststellen. Eine der größten Barrieren für einen reibungslosen und erfolgreichen Umstellungsprozess war das notwendige Umdenken der Pflege(fach-)kräfte von dem alten auf das neue Dokumentationssystem. Zusätzlich zu der Umstellung des Dokumentationssystems erfolgte in einigen Einrichtungen zeitgleich die Umstellung auf eine EDV-basierte Dokumentation. Dies führte zu Verwirrung durch eine Vielzahl an neuen Informationen. Für das Umdenken auf ein komplett neues Dokumentationssystem wurde viel Zeit benötigt.

„Es gibt Schwierigkeiten mit der Computerarbeit, es macht schon etwas aus, da braucht man die Zeit sich damit zu beschäftigen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Eine weitere Barriere der Umstellung war die einrichtungsinterne Auswahl von Pflegefachkräften, die als Multiplikatoren in ihrer Einrichtung den Schulungsinhalt an ihre Kolleginnen und Kollegen weiter tragen sollten. Laut den Fokusgruppen fühlte sich nicht jede Pflegefachkraft dazu in der Lage, die Inhalte fachgerecht zu vermitteln. Weiterhin wurde kritisiert, dass nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen geschult wurden und somit über unterschiedliches Fachwissen verfügten. Dies trifft ebenfalls auf die Einrichtungsleitungen zu.

Diese hatten häufig keine Schulung und wollten nur ihr Personal schulen lassen. Von Seiten des Pflegepersonals wird mehr Unterstützungsbedarf vom Arbeitgeber gewünscht. Insgesamt hoffen die Pflege(fach-)kräfte in ambulanten Einrichtungen auf mehr Unterstützung von ihren Verbänden.

„Wir fühlten uns beide nicht in der Lage als Multiplikatoren das so rüberzubringen, wie wir es gelernt bekommen haben. Die Multiplikatorenschulung hab ich auch mitgekriegt, es hätte sich keiner hinstellen können und dem anderen sagen können so müssen wir das jetzt machen.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

„Wir haben festgestellt, im Zuge des Pilotprojektes mit anderen Einrichtungen im Austausch, dass es wichtig ist, dass wirklich die Leitungen geschult sind, die oberste Leitung, dass sie einfachen wissen um was es geht und was das für eine Philosophie ist.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Durch die Prüfinstanzen wurde ebenfalls thematisiert, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teil auch durch die Leitungsebenen der Einrichtungen verunsichert werden.

„Und dann werden sie geschult, dann kommen sie in ihre Einrichtung. Ja, dann gibt's aber doch [...] noch alle Assessments. Und es wird trotzdem noch im Frühdienst einmal [...] abgezeichnet, dass ich die Maßnahmen durchgeführt habe. Das ist dann so, wo die Mitarbeiter auch oftmals so ambivalent sind. Wir kommen dann so in die Einrichtung und sagen: „Ja, das ist eigentlich gar nicht mehr notwendig, Sie machen eigentlich viel zu viel.“ „Na ja, dann sagen Sie das mal der PDL, dann sagen Sie das mal der Heimleitung. Wir müssen das doch so machen.“ (FG5 MDK)

Eine weitere Hürde wird von den Befragten in der Zeit nach der Schulung gesehen. Kritisiert wurde die fehlende Nachbetreuung, die notwendig war um die gewünschte Implementierung nach der Schulung durchzuführen. Genannte Barrieren hierfür waren beispielweise die gehemmte Umsetzung auf Grund der gewöhnten alltäglichen Arbeitsroutine.

„Ich glaube was auch ein großes Problem ist, sie gehen zu einer Zwei-Tages-Schulung und was ist danach wie implementiere ich das? [...] Die Nachbetreuung, ich weiß nicht wie die Vorgehensweise ob es da überhaupt eine gab, dass man sich irgendwie so ein Raster gemacht hat einen Prozess dargestellt, dann ist die Schulung, wie geht es dann weiter.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Folgend wird die Sicht der Prüfinstanzen geschildert. Die Befragten gaben an, dass den Pflegediensten die Umstellung auf das Strukturmodell leichter fällt, da sich die Maßnahmenplanung bereits an Leistungskomplexen orientiert und somit auf das Wesentliche reduziert wird.

„Mein Eindruck ist, dass sich ambulante Pflegedienste eher lösen können und sich auf die strukturierte Informationssammlung umstellen können als stationäre Pflegeeinrichtungen. Dass die stationären Pflegeeinrichtungen eher noch ein bisschen klammern an der ausführlichen Dokumentation, vielleicht auch beides führen.“ (FG5 MDK)

„Problematisch ist es bei den Einrichtungen, die nicht im großen Verband organisiert sind. Die sind teilweise wirklich sehr verunsichert.“ (FG5 MDK)

Auch die Prüfinstanzen berichteten über Hürden beim Umstellungsprozess. So gab es Schwierigkeiten mit den Begrifflichkeiten: häufig erfolgte ausschließlich die Begrenzung auf SIS® (SIS= Strukturmodell), es wurde nicht deutlich, dass die SIS® nur der erste Prozessschritt im Strukturmodell ist.

„Das ist doch genau der Punkt, [...] der in der breiten Kommunikation schief gelaufen ist: Die Gleichsetzung von SIS® mit Strukturmodell. Also die Einrichtungen sagen: „Wir machen jetzt SIS®“. Die sagen nicht: „Wir wenden das Strukturmodell an“.“ (FG3 Heimaufsicht)

In den Einrichtungen besteht häufig noch der Wunsch nach hundertprozentiger Absicherung. Dies ist beispielsweise auch daran erkennbar, dass Kompromisse geschlossen werden und unnötige Formulare beibehalten oder aus Gründen der Kontrolle zum Teil wieder eingeführt werden.

„Gerade was auch so dieses Biografie-Blatt angeht, das fällt den Mitarbeitern oftmals schwer einfach auch loszulassen. [...] Es fällt ihnen dann schon schwer zu sagen: „Das soll jetzt in meine SIS® reinpassen, in meine Maßnahmenplanung? Bisher haben wir es anders gemacht.“ Wo es dann also einfach so diese Mittelwege gibt, wo die Einrichtung sagt: „Dann behaltet euer Biografie-Blatt, das muss sich nur über die wesentlichen Punkte dann auch wieder finden.“ (FG5 MDK)

„Aber da gibt es wirklich jetzt schon wieder Einrichtungen, die sagen: „Nein, wir brauchen doch noch das Formular [...], weil ich muss es ja irgendwie doch kontrollieren.“ (FG5 MDK)

Viele Einrichtungen versuchen einen eigenen Weg der Entbürokratisierung zu finden. Die Heimaufsicht empfiehlt die Anmeldung beim Projektbüro. Bei angemeldeten Einrichtungen wird oft festgestellt, dass die Dokumentation und das Qualitätsmanagement parallel umgestellt werden. Dahingehend wird beraten, dass Pflegekräfte ohne Rahmenvorgaben des Qualitätsmanagements nicht vernünftig arbeiten können. Das Strukturmodell wird sonst nicht so umgesetzt, wie es gedacht ist.

6.6 Ergänzende Ergebnisse

Besonders in den Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews schnitten die Befragten weitere, für sie im Zusammenhang mit dem Strukturmodell wichtige, Themen an. Zwei dieser Themen, die Einbindung des Strukturmodells in die Curricula der Ausbildungsstätten, sowie der Wunsch nach andauernder Unterstützung im Einführungsprozess, greift dieser Abschnitt auf. Weitere Punkte, wie ergänzende Erfahrungen mit den externen Prüfinstanzen und in Prüfungssituationen, sowie Einrichtungen, die eine Form von Teilentbürokratisierung praktizieren, sind in Anhang 18 zusammengefasst.

Einbindung des Strukturmodells in die Curricula der Ausbildungsstätten

Ein immer wiederkehrender Wunsch der Befragten war die Überarbeitung der Lehrthemen in den Pflegeschulen. In der schulischen Ausbildung ist das Strukturmodell in den Lehrplänen zum Teil nicht enthalten oder wird nur kurz thematisiert. Dies bedeutet zum einen für die Einrichtungen, dass sie ihre Auszubildenden schulen und anleiten müssen. Dies nimmt viel Zeit in Anspruch und nicht immer kann dafür ein angemessener Zeitrahmen gefunden werden. Zum anderen werden die Auszubildenden in einigen Bundesländern nach dem alten Dokumentationssystem geprüft obwohl sie dies nicht umfänglich erlernen konnten, da die Einrichtungen auf das Strukturmodell umgestellt haben. Dies wird von allen Seiten der einbezogenen Akteursgruppen der Untersuchung geäußert.

„Das Thema in der Ausbildung wäre mir schon wichtig, also dass das wirklich auch einen starken Fokus einnimmt, das wir irgendwann nicht das Problem haben, alle neuen Pflegefachkräfte, die irgendwann mal in die Praxis kommen, alle ellenlang nachschulen zu müssen und denen erstmal zu erklären, dass irgendwie die Welt nicht nur aus dreizehn AEDLs besteht.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

Speziell in der Fokusgruppe mit den Vertreterinnen und Vertretern der Heimaufsicht wurde thematisiert, dass die Schüler in den Altenpflegeschulen teilweise nicht auf das Strukturmodell vorbereitet werden. Generell ist der Kenntnisstand der Auszubildenden in Bezug auf die Pflegeprozessplanung schlecht. Obwohl auch die Einrichtungen fordern, dass die Auszubildenden zum Strukturmodell unterrichtet werden müssen war anfangs *„Die Botschaft vom Projektbüro [...] Ausbildung bleibt draußen, aus dem Projekt.“* (FG3 Heimaufsicht).

Beispielhaft wurde in Hessen in Abstimmung mit den ausbildungszuständigen Regierungspräsidium ein Lehrbaustein für Altenpflegeschulen erarbeitet: laut Rahmenlehrplan können 80 Stunden für das Strukturmodell verwendet werden.

„(Es wurde) ein Rahmen geschaffen, der gewährleistet, dass im Prinzip ab diesem Jahr jede Schule das Strukturmodell unterrichtet, weil natürlich klar ist, dass eine praktische Prüfung, die ja immer verbunden ist auch mit einer Prozessplanung, eigentlich [...] nicht zuzumuten ist, dass ein Auszubildender eine Krohwinkelplanung schreibt, wenn der das in seiner ganzen Praxisphase in den drei Jahren niemals gemacht hat.“ (FG3 Heimaufsicht)

Ansprechpersonen und zukünftiger Unterstützungsbedarf

Vor allem in den Fokusgruppendifkussionen der Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen wurde vermehrt geäußert, dass der dringende Wunsch besteht, eine zentrale Stelle (Projektbüro) als Ansprechkontakt für die Einrichtungen auch nach Ende der Arbeit des Projektbüros Ein-STEP zu erhalten. Zudem sollten die Regionalkoordinatoren weiterhin als Kontaktpersonen zur Verfügung stehen.

„Ich finde es total wichtig, dass dieses Projektbüro geöffnet bleibt, dass das noch weiter läuft. Dass man wirklich immer einen Ansprechpartner hat.“ (FG8 PFK, Pflegedienst)

Und zum anderen erhofft man sich dadurch das „[...] etwas „in die Politik trotzdem noch was strahlt“ (FG4 PDL, Pflegeheim) und die Thematik präsent bleibt und ernst genommen wird.

Weiterhin wird von den Pflege(fach-)kräften ein vermehrter Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen Einrichtungen gewünscht. Sodass diese über ihre unterschiedlichen praktischen Erfahrungen berichten und voneinander profitieren können. Da sich diese beispielsweise auf unterschiedlichen Ebenen des Implementierungsprozess befinden oder verschiedene Vorgehensweisen bezüglich der Anwendung und Einführung des Strukturmodells haben. Zudem geben auch Pflege(fach-)kräfte an, dass sie noch Schulungsbedarf aufweisen und vertiefende Schulungen notwendig sind. Umso wichtiger wären dann der Austausch unter den Einrichtungen und verfügbare Ansprechpersonen für Rückfragen. Dies wurde bereits unter 6.4.1 beschrieben.

6.7 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezug zu den übergeordneten Fragestellungen der Studie

Die EvaSIS-Studie fokussierte sieben übergeordnete Fragestellungen, die ausgehend von den in den vorherigen Abschnitten präsentierten Ergebnissen unter Berücksichtigung der Daten aller methodischen Erhebungsstränge beantwortet werden können.

Frage 1: Stellt die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der integrierten SIS® eine geeignete Basis für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte, übergeordnete Prüfinstanzen (MDK, Heimaufsicht) sowie Pflegebedürftige und Angehörige in Bezug auf die angestrebte Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation dar?

Mit der neuen Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell ist eine Effizienzsteigerung in den Pflegediensten und Pflegeheimen erreichbar. Neben einer möglichen Zeitersparnis für die Dokumentation werden die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person im Sinne einer personenzentrierten Pflege in den Mittelpunkt gestellt. Dabei orientiert sich das pflegerische Handeln an der fachlichen Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation. Im Rahmen der Evaluation wurde dies von den Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen der stationären und ambulanten Einrichtungen bekräftigt. Ebenso bestätigen dies die übergeordneten Prüfinstanzen (MDK und Heimaufsicht) und Qualitätsmanagementbeauftragten. Jedoch ist darauf zu verweisen, dass es sich bei der Umstellung auf das Strukturmodell um einen langwierigen Prozess handelt, sodass die angestrebte Effizienzsteigerung in manchen Einrichtungen erst zukünftig erreichbar und damit erfahrbar wird. Die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen betrachten die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation als sinnvoll, jedoch bestehen Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Information und des Aushandlungsprozesses bezüglich der Vereinbarung individueller Maßnahmen der Pflege und Betreuung.

Frage 2: Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® aus Sicht beruflich Pflegenden praktikabel und lässt sie eine sach- und fachgerechte Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen zu, die auch als Grundlage für eine individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung geeignet ist?

Die Umsetzung des Strukturmodells ist auf Grundlage der SIS® aus Sicht der Befragten praktikabel. Eine sach- und fachgerechte Einschätzung der Risiken und Phänomene sind auf Grundlage der SIS® gut möglich, jedoch abhängig von der pflegefachlichen Kompetenz der Pflege(fach-)kraft. Das richtige Ausfüllen der Risikomatrix im Zusammenhang mit den Themenfeldern der SIS® gelingt nicht immer. Mitunter wird dies auch als unverständlich und überflüssig bewertet, sobald aus pflegerischer Sicht ein Risiko erkannt wurde. Eine weitere Herausforderung stellen (Erst-)Gespräche mit Menschen mit Demenz dar. Zusätzlich erschwert werden diese durch fehlende Informationen von Angehörigen sowie Betreuerinnen und Betreuern. Dadurch sind (Erst-)Gespräche und somit die SIS® oftmals unvollständig, um eine zeitnahe individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung zu erstellen. Das Verständnis seitens

aller Beteiligten über den vierphasigen Pflegeprozess des Strukturmodells ist grundlegend für eine gelingende Umsetzung. Der Umgang mit der SIS® kann durch Arbeitsroutine kontinuierlich verbessert werden. Positiv bewertet wurde die Erstellung der Maßnahmenplanung anhand der Tagesstruktur. Insgesamt betrachtet wird das Strukturmodell der Individualität der pflegebedürftigen Person aus Sicht der anwendenden Pflegefachkräfte gerecht.

Frage 3: Beachtet die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?

Sowohl die vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie die dort tätigen Pflegefachkräfte bestätigen nach Einführung des Strukturmodells eine gesteigerte, ganzheitliche Betrachtung der pflegebedürftigen Personen sowie die gesteigerte Konzentration auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst erleben dies im Alltag jedoch differenzierter: Die Erst- und Aufnahmegespräche, in deren Rahmen die SIS® erstellt wird, erfolgen in unterschiedlicher Intensität und Tiefe. Einrichtungsabhängig wurden die Bedarfe, Wünsche und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen berücksichtigt, während bei anderen das Gespräch eher defizit- und maßnahmenorientiert erfolgte und darüber hinaus keine oder nur wenige biografische Informationen erfasst wurden. In der Regel wurde den in der Studie befragten Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen nicht deutlich vermittelt, dass die SIS® für sie eine Möglichkeit darstellt, sich aktiv in die Maßnahmenplanung einzubringen.

Frage 4: Ist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® ein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung?

Einrichtungen greifen für die Abbildung der Pflegequalität weiterhin auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück. Sowohl in Pflegediensten als auch in Pflegeheimen erfolgt die Anpassung des internen Qualitätsmanagements oft erst nach erfolgter Einführung des Strukturmodells. Durch die Einführung des Strukturmodells mussten einrichtungsinterne Regelungen überarbeitet werden. Dies erfolgte häufig auch demokratisch in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen. Die neue Pflegedokumentation stellt für die externen Prüfinstanzen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung bereit und ist weitgehend mit den länderspezifischen Anforderungen kompatibel. Eine Herausforderung stellt für viele Prüfende die Beurteilung der personellen Kontinuität in der Versorgung dar. Hier scheinen die in den vom MDK und MDS herausgegebenen *Ergänzenden Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation* (MDK & MDS 2016) enthaltenen Erläuterungen noch zu wenig Berücksichtigung zu finden. Die Qualität der in der Dokumentation verfügbaren Informationen variiert zwischen einzelnen Einrichtungen. Besonders die Erfassung biografischer Daten sowie die Beschreibung und Berücksichtigung individueller Risiken ist aus Sicht der Prüfinstanzen mit Mängeln behaftet und weist einen Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte aus.

Frage 5: Welche Stärken und Schwächen weist die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® im Vergleich zu bislang benutzten Pflegedokumentationssystemen auf?

Die Stärken im Sinne von Chancen durch die Einführung des Strukturmodells überwiegen gegenüber den in der Studie benannten Schwächen. Beispielgebend wird als Chance die einfache, kurze und übersichtliche Formulierung der Dokumentation gesehen. Die unter anderem einen geringen Dokumentationsaufwand und weniger Papierverbrauch zur Folge hat, da Zielformulierungen wegfallen und mitunter weniger (Risiko-)Assessments notwendig sind. Die übersichtlichere Dokumentation erlaubt eine schnellere Dienstübergabe und die Dokumentation ist für das Pflegepersonal besser nachvollziehbar. Ebenfalls fördert und fordert das Strukturmodell die Pflegefachlichkeit, verdeutlicht jedoch auch Unterschiede in den Fähigkeiten von Pflegefachkräften mit formal gleicher Qualifikation. Eine weitere Stärke liegt in einer verbesserten Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und während der Gespräche mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen/Betreuerinnen und Betreuern. Die Maßnahmenplanung aus den Themenfeldern der SIS® heraus und die Anpassung von Situationsveränderungen kann leichter umgesetzt werden als die Überarbeitung bisheriger Pflegeplanungen. Die korrekte Anwendung der Risikomatrix sowie die aktive Einbindung der Pflegebedürftigen bei der Erstellung der SIS® gelingen jedoch nicht in allen Einrichtungen. Bei der Einführung des Strukturmodells hinderliche Faktoren, sind beispielsweise das sich Hineindenken in ein neues Dokumentationssystem, der Schulungsbedarf der Pflege(fach-)kräfte und Auszubildenden (z. B. Risikomatrix, Formulierungen in den Themenfeldern, Anpassung der Maßnahmenpläne) oder das Fehlen der erforderlichen pflegefachlichen Kompetenz.

Frage 6: Welche Problematiken ergeben sich in der direkten Umsetzung der neuen Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS® in den Einrichtungen?

Bei der Umstellung auf das Strukturmodell sollten die Pflegeeinrichtungen von einem erhöhten Schulungs- und Anleitungsaufwand des Personals ausgehen. Wie jeglicher Implementierungsprozess erfordert die Arbeit mit der neuen Pflegedokumentation eine kontinuierliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den Erfolg und das Gelingen der Einführung maßgeblich beeinflussen. Die vom Projektbüro Ein-STEP bereitgestellten Schulungsunterlagen unterstützen den Umstellungsprozess, jedoch ist es für die Einrichtungen wichtig, bei Unsicherheit und aufkommenden Fragen persönlich Rücksprache mit gut geschulten Multiplikatoren halten zu können. Das derzeitige heterogene Schulungsangebot privatwirtschaftlicher Anbieter erweist sich insofern als problematisch, denn Einrichtungen sehen sich unter anderem mit widersprüchlichen/inkonsistenten Aussagen konfrontiert. Weiter sollten die notwendigen Ressourcen berücksichtigt werden. Die Einbindung des Strukturmodells in das einrichtungsinterne Dokumentationssystem geht mit finanziellen Aufwänden einher, besonders dann, wenn EDV-Module integriert werden. Die Einhaltung der Kriterien der Kategorie A des Anforderungsprofils für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen (Arbeitsgruppe technischer Implementierungsleitfaden 2017) wurde von etwa jeder fünften

Einrichtung in der Studie verletzt. Einrichtungen sowie Anbieter von Dokumentationssystemen sind aufgefordert, das Anforderungsprofil konsequent zu beachten.

Frage 7: Gibt es Unterschiede in Bezug auf die Fragestellung 1–6 hinsichtlich ambulanter und stationärer Einrichtungen und ihrer Beurteilungen?

Hinsichtlich des Umstellungs- und Implementierungsprozesses wurde vor allem in kleinen ambulanten Einrichtungen, die keinem großen Trägerverbund angegliedert waren, ein Schulungsdefizit thematisiert. Zudem kritisierten sie die zu geringe Unterstützung durch beispielsweise Ansprechpartner oder Ansprechpartnerinnen. Die externen Prüfinstanzen beobachteten, dass den Pflegediensten die Umstellung auf das Strukturmodell leichter fällt, da sich die Maßnahmenplanung bereits an Leistungskomplexen orientiert und somit auf das Wesentliche reduziert wird. Weitere gravierende Unterschiede zwischen ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen zeigten sich nicht. Ungeachtet des Settings bestätigten die (verantwortlichen) Pflegefachkräfte der neuen Pflegedokumentation mehrheitlich eine Steigerung der Effizienz, die Förderung der fachlichen Kompetenz, das Potential, eine personenzentrierte Versorgung zu verbessern sowie die Verbesserung der inter- und intradisziplinären Kommunikation im Team.

7 Diskussion

7.1 Stärken und Limitationen der Studie

Die EvaSIS-Studie zeichnet sich durch ihr multimethodisches Vorgehen im Sinne eines parallelen konvergierenden Mixed-Method-Designs (Tashakkori & Teddlie 2010) aus. Durch den Einsatz quantitativer und qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden erlaubt dieses Design eine multiperspektivische Betrachtung der mit der Einführung des Strukturmodells verbundenen Effekte. Dabei werden alle relevanten Personengruppen berücksichtigt. Das Vorgehen stärkt die hohe Robustheit der Erkenntnisse und wirkt dem Umstand, dass die Ergebnisse ausschließlich auf Selbsteinschätzungen der befragten Akteure beruhen, kompensierend entgegen.

Objektive Datenerhebungen dazu, wie hoch beispielsweise die Zeitersparnis tatsächlich ausfällt, erfolgten nicht. Die von den Entwickelnden des Strukturmodells propagierten Ziele und Effekte (vgl. (Beikirch & Roes 2014; Beikirch, Umlandt-Korsch & Neugeboren 2017)) wurden in der Studie – ausgehend von den aus der Leistungsbeschreibung des Auftraggebers zu operationalisierenden Fragestellungen – für die Abbildung einer Effizienzsteigerung übernommen. Diese drückt sich in erster Linie anhand der berichteten Zeitwerte und subjektiven Einschätzungen (beispielsweise hinsichtlich der Zufriedenheit der Pflege(fach)kräfte) aus. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung unter Berücksichtigung der direkten Kosten (Personalkosten für Schulungsaufwände, Anschaffung und Verbrauch materieller Ressourcen) und ggfs. indirekten Kosten (Produktivität am Arbeitsplatz, Krankheitstage seitens des Personals) wäre dazu geeignet, den Nutzen der Einführung des Strukturmodells sowie dessen Effizienz für die Einrichtungen aus der Perspektive der Kostenträger abzubilden. Die in der standardisierten Befragung durch die Einrichtungen berichteten monetären Aufwände lassen sich hierzu nicht verwenden, da keine differenzierte Erhebung der Kosten erfolgte und nur aus 15 % der Pflegeheime und 23 % der Pflegedienste Daten vorlagen. Um belastbar zu erfassen, inwiefern sich die Einführung des Strukturmodells auf die Versorgungsqualität auswirkt, welche Effekte sich auf Ebene des Pflegepersonals zeigen und um kausale Zusammenhänge zu benennen, bedarf es methodischer Zugänge in Form clusterrandomisierter kontrollierter Studien/Stepped-Wedge-Designs und/oder von Prä-Post-Vergleichen.

Nicht auszuschließen ist, dass in allen befragten Gruppen sozial erwünschte Antworten die Ergebnisse verzerren. In die Studie waren Pflegeeinrichtungen und ihr Personal im gesamten Bundesgebiet mit heterogenen Rahmenbedingungen und unterschiedlichem Erfahrungszeitraum in der Anwendung des Strukturmodells eingebunden, die über das Strukturmodell mehrheitlich positiv urteilten. Die Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen lassen den Schluss zu, dass es gelungen ist, einen repräsentativen Querschnitt von ambulanten und vollstationären Einrichtungen an der Studie zu beteiligen. Eine Positivverzerrung der Ergebnisse ist trotzdem nicht auszuschließen. Ob sich vornehmlich besonders engagierte und

vom Strukturmodell überzeugte Einrichtungen und deren Mitarbeitende beteiligt haben und Personen mit abweichenden (negativen) Erfahrungen systematisch nicht in der Stichprobe enthalten sind, lässt sich nicht belastbar feststellen. Das gilt auch für die Fokusgruppen und Telefoninterviews mit Qualitätsmanagementbeauftragten. Da in den Fokusgruppen thematisiert wurde, dass Einrichtungen auch eigene Wege zur Entbürokratisierung wählen oder sich vom Strukturmodell abwenden, wurden in zusätzlichen Telefoninterviews hierzu vertiefende Gespräche geführt. Diese Erkenntnisse sind jedoch nicht verallgemeinerbar.

Der geringe Rücklauf der standardisierten Befragung zum Zeitpunkt t_2 schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse nur bedingt ein, weist jedoch auf ein grundlegendes Problem pflegewissenschaftlicher Feldstudien hin wenn es darum geht, Einrichtungen und Pflegefachkräfte für die Beteiligung an Studien im Längs- oder Querschnittsdesign zu gewinnen (VanGeest & Johnson 2011). Auch der hohe zeitliche Rekrutierungsaufwand für die Fokusgruppen und Dokumentenanalysen, in dessen Rahmen vor allem ambulante Einrichtungen schwer zu rekrutieren waren, spiegelt diese Problematik wider. Hierfür war eine Erweiterung der Rekrutierungsstrategie auch auf Einrichtungen, die nicht an der Online-Befragung teilnahmen, erforderlich. Die in der EvaSIS-Studie gewählten Strategien zur Gewinnung von Teilnehmenden (mehrmaliges Nachfassen, auch telefonisch und mit individualisierten elektronischen und postalischen Erinnerungen), die von anderen Autoren als geeignet beschrieben wurden (Edwards, Roberts, Clarke et al. 2009), trugen nur bedingt dazu bei, die Rücklaufquote zu erhöhen. Die Gründe für die geringe Beteiligung bleiben weitgehend unbekannt. In persönlichen Gesprächen und E-Mails meldeten einige Einrichtungen zurück, aufgrund einer hohen Personalfuktuation (auch auf Leitungsebene) oder aufgrund von parallelen Befragungen durch andere Institute, von Beginn an nicht oder im Verlauf nicht mehr teilnehmen zu können. Auch fehlende zeitliche Ressourcen und eine Nichtanwendung des Strukturmodells (viele Einrichtungen gaben an, zukünftig auf das Strukturmodell umstellen zu wollen) schränkten die Teilnahme ein. Vor allem bei der zeitaufwendigen Organisation der Fokusgruppe mit den Prüfinstanzen (ab Dezember 2016) wurde deutlich, dass mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem neuen Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nur geringe Ressourcen für eine Studienteilnahme vorhanden waren. Die Umsetzung konnte beispielsweise erst im März 2017 realisiert werden. In anderen Forschungsarbeiten der Autorinnen und Autoren beeinflussten insbesondere Personalfuktuation sowie die Teilnahme an weiteren Implementierungs- und Umstrukturierungsprojekten die Beteiligung zu Beginn und im Verlauf der Studie (vgl. (Rothgang, Görres, Fünfstück et al. 2017)).

Die Befragung der Pflegebedürftigen ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht als repräsentativ anzusehen. Da die Rekrutierung und Auswahl zu den pflegebedürftigen Personen durch die Einrichtungen erfolgte, kann nicht ausgeschlossen werden, dass beispielsweise vorrangig Personen ausgewählt wurden, von denen die Einrichtung keine kritischen Äußerungen erwarten würde. Ein anderer Zugang wäre allerdings im Rahmen dieser Studie nicht möglich gewesen. Die Perspektive der Pflegebedürftigen scheint weiter dadurch eingeschränkt, dass sich diese

aufgrund ihrer Verfassung häufig nicht genau an das Erstgespräch und den Umstellungsprozess erinnern konnten. Gleichzeitig stellt es eine besondere Stärke der Studie dar, dass die Sicht der Pflegedürftigen nicht nur indirekt über die Pflege(fach)kräfte erfasst wurde, sondern ein direkter Zugang zu dieser unmittelbar betroffenen Personengruppe gewählt wurde.

Bei der Laufzeit der Studie von zwölf Monaten war die Verlaufsdarstellung zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 nur für die Angaben der anwendenden Pflegefachkräfte, nicht jedoch für die in den Fokusgruppen erfassten Erfahrungen möglich, da mit der Rekrutierung für diese erst nach dem positiven Votum der Ethikkommission im Januar 2017 der MLU begonnen werden konnte. Der vorangehend beschriebene Rekrutierungsaufwand verringerte weiter den Beobachtungszeitraum. Des Weiteren ging aus den ersten Interviews bzw. Fokusgruppen deutlich hervor, dass es sich bei der Implementierung und Umstellung um einen Prozess handelt und konkrete Aussagen zu spürbaren Veränderungen und Auswirkungen erst nach einem Jahr getroffen werden könnten. Viele der Befragten signalisierten die Bereitschaft, zu einem späteren Zeitpunkt erneut an einer Befragung teilzunehmen. Unterstreichend äußerten auch die Prüfinstanzen, dass den Einrichtungen ausreichend Zeit für die Umstellung zur Verfügung gestellt werden sollte. Somit ist nicht davon auszugehen, dass eine t_2 Befragung der Fokusgruppen im Rahmen der Projektlaufzeit aufgrund des geringen zeitlichen Abstandes zu t_1 zusätzliche/weitere Erkenntnisse geliefert hätte. Vielmehr wurde die ursprünglich für t_2 geplante Befragung abgewandelt und als zusätzliche Erfassung von auftretenden Fragestellungen während der Evaluation bzw. der Fokusgruppendifkussionen genutzt. Die so – abweichend von dem im Antrag zur Studie beschriebenen methodischen Vorgehen – geführten, Telefoninterviews mit Qualitätsmanagementbeauftragten, teilentbürokratisierten und sich vom Strukturmodell abwendenden Einrichtungen ergänzen den multiperspektivischen Ansatz der Evaluation. Da es sich bei den Eindrücken dieser Akteure um Einzelaussagen handelt, sind diese nicht für verallgemeinernde Aussagen heranzuziehen. Für eine eingehendere Befragung dieser Personengruppen wäre ein größerer zeitlicher Rahmen notwendig, in dem die Tatsache, dass es sich hierbei wahrscheinlich um Randgruppen mit einer erschwerten Rekrutierung (verlängerte Dauer) handelt, Berücksichtigung finden kann.

Ursprünglich war beabsichtigt, etwa 150 bis 200 Pflegedokumentationen in die Dokumentenanalyse einzuschließen. Da bei dieser hohen Anzahl an Pflegedokumentationen nur ein oberflächlicher Vergleich anhand von wenigen Merkmalen ressourcenbedingt möglich gewesen wäre, wurden nach Abstimmung mit dem Auftraggeber 82 Pflegedokumentationen anhand einer Kurzversion und 22 Pflegedokumentationen nach zusätzlichen Kriterien des Bewertungsrasters (Langversion) in die Analyse einbezogen. Es ist gelungen, in die Studie eine heterogene Stichprobe von Pflegedokumentationen aus ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund unterschiedlichster Rahmenbedingungen und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung einzubeziehen. Die Teilnahme an der Dokumentenanalyse ging in den Einrichtungen mit einer höheren Teilnahmebereitschaft als in den Fokusgruppen einher, war jedoch ebenfalls mit einem intensiven Rekrutierungsprozess, durch

das Einholen der Einwilligungserklärungen der pflegebedürftigen Personen und dem mehrmaligem Nachrekrutieren von Einrichtungen, verbunden.

Trotz der benannten Einschränkungen generiert die EvaSIS-Studie wertvolle und bislang einzigartige Erkenntnisse zur Aufnahme und Anwendung des Strukturmodells in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die diskutierten Einschränkungen machen deutlich, dass weitergehender Forschungsbedarf besteht, da für die Beantwortung noch bestehender bzw. neu entstandener Fragestellungen andere methodische Zugänge notwendig sind. Nicht zuletzt stellte die Unabhängigkeit des Studienteams – neben dem eingangs betonten multiperspektivischen Ansatz der Studie – den Bedeutungsgehalt der Ergebnisse sicher.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Studie zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EvaSIS) untersuchte anhand quantitativer und qualitativer Erhebungs- und Analysemethoden die mit der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation verbundenen Wirkungen in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet. Neben den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und den dort beschäftigten Pflege(-fach)kräften waren Mitarbeitende der externen Prüfinstanzen des MDK und der Heimaufsichtsbehörden sowie Pflegebedürftige und deren Angehörige in die Studie eingebunden. Die zentralen Ergebnisse der Studie enthalten die Abschnitte 6.1 bis 6.6 dieses Berichts. Abschnitt 6.7 fasst die Ergebnisse mit Bezug zu den übergeordneten Fragestellungen der Studie zusammen. Dieses Kapitel diskutiert die Ergebnisse ausgehend von den in den zusammenfassenden Abschnitten des Ergebniskapitels beschriebenen Kernergebnissen.

Die Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen

Die in die Studie eingeschlossene Stichprobe umfasst ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen in allen Bundesländern, die, ausgehend von den Antworten der standardisierten Befragung, in ihrer regionalen Verteilung sowie der anteiligen Verteilung der Träger weitgehend der Verteilung der Pflegeeinrichtungen in der Grundgesamtheit in Deutschland folgen. Auch die Verteilung der Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner gleicht der Verteilung in der Grundgesamtheit, jedoch beteiligten sich tendenziell eher größere Pflegeheime und Pflegedienste an der Studie. Dies kann jedoch dem Umstand geschuldet sein, dass sich die Basis der zu rekrutierenden Einrichtungen aus den beim Projektbüro Ein-STEP registrierten Einrichtungen speiste. Dort sind neben einzelnen Einrichtungen auch ganze Träger oder Einrichtungsverbünde (zum Beispiel organisiert durch eine übergeordnete Qualitätsmanagementbeauftragte) registriert und nicht alle Einrichtungen kamen der Bitte nach, sich mit einem Erhebungsbogen pro Einrichtung an der Online-Befragung zu beteiligen, sondern nahmen auch als Verbund an der Befragung teil. Dennoch stellt die Stichprobe der Pflegeeinrichtungen einen heterogenen Querschnitt mit unterschiedlichsten pflegfachlichen Schwerpunkten und strukturellen Rahmenbedingungen dar, welche die Vielfalt der Pflegeeinrichtungen in

Deutschland widerspiegelt. Der hohe Durchdringungsgrad des Strukturmodells in den Einrichtungen, das in mehr als der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen bereits für mehr als 90 % der Pflegebedürftigen zum Einsatz kommt, sowie die durchschnittliche Umsetzungsdauer von etwa einem Jahr sprechen für den Erfahrungsschatz der teilnehmenden Einrichtungen, in deren Angaben – insbesondere zu bewertenden Fragen – keine gravierenden settingspezifischen Unterschiede gefunden wurden.

Sowohl die Pflegeheime als auch die Pflegedienste bewerteten den mit der Einführung einhergehenden Zeitaufwand für die Koordination und Planung als hoch. Die hierfür im Median mit 80 Stunden in vollstationären und 72 Stunden in ambulanten Einrichtungen geschätzte veranschlagte Zeit, sowie die Aufwände für die Schulung der eigentlichen Anwendergruppe (Median von 20 Stunden in Pflegeheimen, 18 Stunden in den Pflegediensten) liefern Anhaltspunkte für Einrichtungen, die die Einführung des Strukturmodells planen.

Diesem als hoch empfundenen Aufwand steht die eindeutige Aussprache für das Strukturmodell im Sinne einer sich lohnenden Einführung (der Nutzen überwiegt mehrheitlich den Aufwand aus Sicht der Einrichtungen) sowie berichteten Zeitersparnis für die Dokumentation in beiden Settings gegenüber. Die unterschiedlichen Einführungs- und Umstellungsstrategien, ebenso wie die verschiedenen Dokumentationssysteme und -typen scheinen dabei eine untergeordnete Rolle zu spielen. In Einklang mit den Ergebnissen des ersten Praxistests (Beikirch & Roes 2014) sowie der von den Entwicklern intendierten Wirkung des Strukturmodells einer Zeitersparnis durch Verringerung des Dokumentationsaufwands (Beikirch, Nolting & Wipp 2017) berichten Pflegeheime und Pflegedienste nach der Einführung von einer geschätzten mittleren Zeitersparnis pro pflegebedürftiger Person für die Erstellung der SIS®, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans im Vergleich zur bisherigen Aufnahmen sowie für die tägliche Dokumentation. Allerdings beruht diese Einschätzung ausschließlich auf den von den (verantwortlichen) Pflegefachkräften selbstberichteten Zeitwerten. Diese Zeitwerte erscheinen jedoch sowohl vor dem Hintergrund einer hohen Spannweite als auch mit Blick auf vorangegangene Forschungsarbeiten nicht ausreichend plausibel, um hieraus eine valide Größe des mit der Einführung des Strukturmodells einhergehenden Zeitgewinns abzuleiten. Besonders die von Rothgang et al. (2015, S. 115) in der Studie „Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen (EViS)“ in 39 stationären Pflegeeinrichtungen in sieben Bundesländern anhand EDV-gestützter Selbstaufschriebe in Echtzeit mit Nacherfassungsmöglichkeit ermittelten durchschnittlichen Versorgungszeiten von maximal sieben Minuten pro Tag (für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5) für administrative Tätigkeiten nach sozialrechtlicher Klassifikation lassen vermuten, dass die Befragten in der EvaSIS-Studie den Zeitaufwand für die Pflegedokumentation vor Einführung des Strukturmodells überschätzt haben.

Interessant ist jedoch die Tatsache, dass die Art des Dokumentationssystems bei der Bewertung des Zeitaufwandes nicht von Bedeutung zu sein scheint. Einrichtungen, die ausschließlich EDV-basiert dokumentieren scheinen keinen Vorteil gegenüber Einrichtungen mit papierbasierter Dokumentation oder Mischform zu haben. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen die

Autoren einer Übersichtsarbeit zu den Auswirkungen der Art des Pflegedokumentationssystems auf Pflegepraxis und gesundheitsbezogene Outcomes der Pflegebedürftigen: papierbasierte Dokumentationssysteme waren EDV-basierten Dokumentationssysteme nicht unterlegen (Currell & Urquhart 2003; Urquhart, Currell, Grant et al. 2009). Auch (Poissant, Pereira, Tamblyn et al. 2005) weisen darauf hin, dass eine Zeitersparnis durch Verwendung eines EDV-basierten Dokumentationssystems nicht ohne weiteres angenommen werden sollte.

Die Heterogenität der in den Einrichtungen genutzten Softwareangebote sowie die Tatsache, dass in etwa jeder fünften Einrichtung Veränderungen der Kriterien der Kategorie A an der SIS® und der Maßnahmenplanung vorgenommen hatte, weist auf einen Abstimmungsbedarf mit den Softwareanbietern hin. Den Softwareanbietern kommt eine zentrale Rolle bei der Implementierung des Strukturmodells zu, denn die Entwicklung nutzerfreundlicher Lösungen, die in Einklang mit dem Anforderungsprofil für die Abbildung in Dokumentationssystemen stehen (Arbeitsgruppe technischer Implementierungsleitfaden 2017), tragen zum Erfolg der Einführung bei. Dies bestätigen die Antworten der standardisierten Befragungen aber auch die Beiträge in den Fokusgruppendifkussionen. Einschränkend ist anzumerken, dass strenggenommen in allen Einrichtungen, die angaben, Kriterien der Kategorie verändert zu haben, nicht mehr von einer Umsetzung des Strukturmodells gesprochen werden kann. Da die Natur der Veränderungen jedoch unbekannt bleibt, flossen auch die Antworten aus diesen Einrichtungen in die Ergebnisse ein. Ergänzend deuten telefonische Nachfragen aus den Einrichtungen während des Ausfüllens des Fragebogens darauf hin, dass nicht allen teilnehmenden das Anforderungsprofil und dessen Bedeutung bekannt waren. Dies schränkt die Validität des Ergebnisses von etwa 20 % der Pflegeheime und Pflegedienste mit vorgenommenen Veränderungen ein. Bislang existiert jedoch kein Zertifikat/Siegel für Software-Produkte, welches die Konformität mit den Kernkriterien des Strukturmodells (Kriterien der Kategorie A) ausweist und die Entscheidung der Nutzerinnen und Nutzer für einen Anbieter unterstützt.

Das Strukturmodell trägt im Vergleich zum bisherigen Dokumentationssystem sowohl in Pflegeheimen als auch in Pflegediensten zu einer gesteigerten inter- und multidisziplinären Kommunikation bei. Die Kommunikation mit den pflegebedürftigen Personen sowie deren Angehörigen intensiviert sich und Informationen lassen sich übersichtlicher und nachvollziehbarer aus der Dokumentation entnehmen. Die Ergebnisse der standardisierten Befragung sowie der Fokusgruppen stützen diesen Befund. Dementgegen stehen jedoch die hohen Anteile von Pflegefachkräften die angeben, das Strukturmodell selten oder nie bei Übergaben oder im Rahmen von Team-, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten zu nutzen um über den Ist- und Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen. Dies deutet an, dass der Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation ausbaufähig ist.

Zusatzmodule werden in den Einrichtungen weiterhin, berechtigt, genutzt. Besonders spezifische Risikoassessments sowie die Dokumentation sozialer Betreuungsleistungen und Beratungsgespräche unterstützen die Verlaufsdarstellung pflegerelevanter Risiken und Phäno-

mene. Die in wenigen Freitextantworten beschriebene Haltung, mit Einführung des Strukturmodells gänzlich auf weitere Dokumentationsmaterialien oder den Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente verzichten zu können, wird der Komplexität des Versorgungsgeschehens nicht gerecht. Einer missverständlichen Auslegung des Strukturmodells, insbesondere im Rahmen der Risikoeinschätzung können die bei Beikirch, Nolting und Wipp (2017) ausgeführten Prozessschritte zur fachlichen Entscheidung im Umgang mit der Risikomatrix vorbeugen. Aktuell ist nicht bekannt, ob der Bedarf an Zusatzmodulen sich aus einer realen Notwendigkeit, die nicht durch das Strukturmodell abgedeckt wird, Wissens- oder Schulungsdefiziten oder aber Erfahrungen mit den Prüfinstanzen bei Qualitätsprüfungen ergibt.

Für Pflegeheime und Pflegedienste stellten fehlende Zeit- und Personalressourcen die am häufigsten benannten Gründe dar, sich gegen die Einführung des Strukturmodells zu entscheiden. Diese Hürde gründet nicht in Charakteristika des Strukturmodells. Die Bereitstellung zeitlicher und personeller Ressourcen durch die Leitungsebene wird als essentielle Grundvoraussetzung für gelingende Implementierungs-/Einführungsprozesse beschrieben (Schiemann, Moers & Büscher 2014). Diese kann durch die Managementebene und Einrichtungsträger geschaffen werden, ist jedoch auch von Organisationsform und Größe der Einrichtung abhängig. Besonders kleine Pflegedienste und Einrichtungen, in denen verantwortliche Pflegefachkräfte/Qualitätsmanagementbeauftragte überwiegend in der direkten pflegerischen Versorgung mitarbeiten, werden sich seltener in der Lage sehen, geeignete Ressourcen zu schaffen.

Praktikabilität des Strukturmodells

Der unterschiedliche Effekt der Zeitersparnis in Bezug auf die Erstellung der SIS® in den Einrichtungen lässt sich auf verschiedene Einflussfaktoren zurückführen. Insgesamt erfolgt die Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell jedoch nach Einschätzung der Befragten schneller, als nach einem anderen Dokumentationssystem. Aus der Evaluation lässt sich ableiten, dass sich die Erstellung der SIS® und ein Erreichen der Zeitersparnis zum Teil durch Arbeitsroutine verbessern lassen. Hierfür spricht auch die Variable der Anwendungsdauer, die sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Pflegediensten als signifikant mit der Wahrscheinlichkeit assoziiert war, die Umstellung auf das Strukturmodell als lohnend zu bewerten. Laut Beikirch, Nolting & Wipp (2017) lässt sich ab der vierten oder fünften Anwendung der SIS® eine gewisse Routine feststellen. Es gibt Hinweise darauf, dass durch die Einführung des Strukturmodells Zeit durch die Pflegedokumentation gewonnen werden kann. Beikirch, Nolting & Wipp (2017) empfehlen, dass Einrichtungen die gewonnene Zeit sinnvoll und zielgerichtet nutzen sollten, sodass der Effekt der Zeitersparnis nicht von anderen Abläufen verdeckt wird.

Für die Anwendung der SIS® ist Übung und Erfahrung der Pflegefachkraft notwendig. Besonders während des anfänglichen Implementierungsprozesses ist die Unterstützung durch das Qualitätsmanagement von großer Bedeutung (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Dies trifft speziell für die Anwendung der Risikomatrix zu, die von vielen Pflegenden als schwer verständlich beschrieben und mitunter inkonsistent oder gar nicht ausgefüllt wurde. Die Verunsicherung

durch den Ermessensspielraum der Pflegefachkraft bei der Risikoeinschätzung wird als ein Grund für die Unverständlichkeit beschrieben (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Auf Grund dessen ist ein gesteigerter Unterstützungsbedarf für die Pflege(fach-)kräfte notwendig und ggf. eine Nachschulung der Risikomatrix Grundvoraussetzung für die korrekte Anwendung des Strukturmodells. Der Praxistest Im Jahr 2014 zeigte bereits, dass der Schulungsbedarf für die Anwendung der rationalen Risikoeinschätzung größer, als geplant war (Beikirch & Roes 2014). Zudem stellen Beikirch, Nolting & Wipp (2017, S. 122) fest, dass die Anwendung der Risikomatrix aus unterschiedlichsten Perspektiven ebenfalls als Herausforderung gesehen wird. Dies bestätigt die Aussagen der Befragten aus der vorliegenden Evaluation. Die von den Teilnehmenden beschriebenen Defizite wie die unzureichende Erfassung von in den Themenfeldern der SIS® differenzierter betrachteten Risiken und Phänomenen, die ungenügende Abbildung häufiger Risiken (z. B. Kontraktur, Pneumonie) über die Kategorie „Sonstiges“ nur unzureichend aber auch die Bewertung als teilweise unübersichtlich oder gar überflüssig scheinen durch zusätzliche Schulungen der Pflegefachkräfte nicht ausreichend behoben werden zu können.

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass sich nicht nur durch die SIS® sondern durch die Anwendung des gesamten Strukturmodells die pflegebedürftige Personen sehr gut abbilden lassen. Dieses Prinzip der personenzentrierten Pflege, das Wünsche und Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Versorgung stellt und die pflegebedürftige Person während des Versorgungsprozesses fortlaufend in die Gestaltung einbezieht, ist ein Bestreben durch die Pflegedokumentation (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Die vorliegende Evaluation bestätigt, dass dies durch die Dokumentation nach dem Strukturmodell gut gelingen kann.

Alle Befragten gaben übereinstimmend an, dass das Strukturmodell die Fachkompetenz des Pflegepersonals fordert und fördert. Dadurch können fachliche Wissenslücken bei den Pflegenden aufgezeigt werden. Dies soll laut Beikirch, Nolting & Wipp (2017) als Chance gesehen werden, um die Qualität der Pflege weiter zu entwickeln. Zudem zeigt dies deutlich, wo unter den Pflegenden noch Schulungsbedarf besteht (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 212). Bezogen auf die Evaluation besteht ebenfalls noch Schulungsbedarf unter den Befragten. Insbesondere hinsichtlich der Risikomatrix. Pflegefachkräfte werden durch die Arbeit mit der neuen Pflegedokumentation in Bezug auf ihre fachlichen Entscheidungsfindung gestärkt (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 134). Dies hat zur Folge, dass die Pflegefachkräfte beispielweise sicherer im Umgang mit der Dokumentation sind und auch bei Qualitätsprüfungen vor Rückfragen nicht zurückschrecken. Dies geben bereits befragte Pflege(fach-)kräfte an.

Insgesamt sehr positiv bewertet wird die Maßnahmenplanung. Begründet wird dies durch den übersichtlichen Aufbau und die schnelle Erstellung und Anpassung der Maßnahmen. Häufig äußerten sich die Befragten erfreulich darüber, dass nach dem Strukturmodell nun einzelne Zielformulierungen entfallen.

Damit sich die positiven Wirkungen des Strukturmodells möglichst gut entfalten können, sollten verschiedene Voraussetzungen auf Ebene der einzelnen Einrichtungen, speziell durch die Einrichtungsleitungen bzw. das Qualitätsmanagement, erfüllt werden. Dazu gehört auch die Einbettung in organisatorische Prozesse und ggf. die Anpassung an lokale Bedarfe. Beispielsweise deuten die Ergebnisse der Evaluation darauf hin, dass die SIS® aktuell noch nicht in allen Einrichtungen für den fachlichen Austausch genutzt wird. Auch sind Erstgespräche häufig von zu kurzer Dauer um die notwendigen Informationen erheben zu können und sich gemeinsam mit den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen auf sinnvolle Pflegemaßnahmen zu verständigen. Darüber hinaus gab es Hinweise darauf, dass die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen durch die Dokumentationspraxis aktuell noch nicht optimal unterstützt wird, d.h. die multidisziplinäre Nutzung der Dokumentation zu selten umgesetzt wird. Von Einrichtungsleitungen und Qualitätsmanagement bedarf es daher klarer Anweisungen und Regelungen sowie dafür geeigneter Prozesse und zeitlicher Ressourcen, damit das Strukturmodell wie vorgesehen angewendet werden kann. Darüber hinaus zeigte die Evaluation, dass bei Pflegekräften trotz gleicher formaler Qualifikation teilweise große Unterschiede bei den Kompetenzen im Umgang mit dem Strukturmodell vorliegen.

Auswirkungen auf Qualitätssicherung und -prüfung

Obgleich die Pflegeeinrichtungen angaben, das Strukturmodell für die Abbildung der Pflegequalität zu nutzen, bleibt unklar, auf welche Dokumentationsinhalte dabei zurückgegriffen wird. Insbesondere zur Abbildung gesundheitsbezogener Endpunkte kommen in den Einrichtungen diverse andere Instrumente zum Einsatz. Auffallend war, dass nicht wenige Einrichtungen berichteten, zwar das Strukturmodell in die Anwendung überführt zu haben, dieses jedoch noch nicht im internen Qualitätsmanagement verankert zu haben beziehungsweise die Überarbeitung des QM-Handbuches und die damit in Verbindung stehenden, gegebenenfalls erforderlichen Anpassungsschritte der konzeptionellen Grundlagen der Pflegeeinrichtung (wie zum Beispiel die Anpassung von Verfahrensbeschreibungen, vgl. Beikirch, Nolting & Wipp (2017) noch andauere. Eine interne Evaluation stand ebenfalls in vielen Einrichtungen noch aus.

Die Äußerungen in den Telefoninterviews und Fokusgruppendifkussionen betonten den Arbeitsaufwand Qualitätsmanagementbeauftragten, die die Einführung des Strukturmodells begleiten. Auch Beikirch, Nolting & Wipp (2017) weisen auf die Herausforderung für die Qualitätsmanagementbeauftragten hin, mit der Einführung einen langandauernden Prozess, der eine grundlegende Neuausrichtung der herkömmlichen Dokumentationspraxis beinhaltet, strukturiert zu begleiten und im Idealfall zu evaluieren.

Das Strukturmodell wird in den Einrichtungen mehrheitlich so wie von den Entwickelnden beabsichtigt eingesetzt: Veränderungen des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen, des individuellen Risikos sowie ein veränderter Pflegebedarf führen in beiden Settings zu einer

Neuerstellung der SIS® und zu einer Anpassung des Maßnahmenplans, wobei hierfür einrichtungsintern unterschiedliche auslösende Ereignisse oder Bedingungen definiert wurden. Die alleinige pflegfachliche Einschätzung und Entscheidung scheint für einige der Anwendenden nicht ausreichend, um Veränderungen in der Dokumentation vorzunehmen. Es bedarf der Vorgaben durch das Qualitätsmanagement oder der direkten Vorgesetzten, um Anpassungs- und/oder Veränderungsprozesse zu initiieren. Wie Bartholomeyczik feststellt, hängt die Qualität eines intelligenten Dokumentationssystems von den Kompetenzen der Anwenderinnen und Anwender ab, die mit dessen Einführung nicht vom Mitdenken entbunden sind (Bartholomeyczik 2015). Die Einrichtungen sind hier gefordert, die anwendenden Pflegefachkräfte durch Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu einem sicheren Umgang mit dem Strukturmodell zu befähigen.

In Ermangelung offizieller Zahlen dazu, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsichtsbehörden bereits eine Schulung zum Strukturmodell erhalten haben und wie viele von ihnen Prüfaufgaben in anwendenden Einrichtungen übernehmen, liefert die vom Projektbüro Ein-STEP berichtete Anzahl von rund 800 in Kooperation mit MDS/MDK/PKV und den Ländern geschulten Personen in den Prüfteams der Prüfinstanzen (Beikirch, Umlandt-Korsch & Neugeboren 2017) einen Hinweis auf die Repräsentativität der Teilnehmenden an der Befragung der externen Prüfinstanzen. Aus Thüringen, Hamburg, Baden-Württemberg und Schleswig Holstein konnten trotz der in Abschnitt 4.3 beschriebenen Rekrutierungsmaßnahmen keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des MDK für die Teilnahme an der Online-Befragung gewonnen werden, so dass für diese Bundesländer die Perspektive des MDK nicht in den Antworten der Online-befragung vertreten ist. Gleiches gilt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden aus Sachsen und dem Saarland. Der zum Januar 2017 wirksam werdende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erschwerte laut Angabe der angefragten Mitarbeitenden des MDK die Teilnahme an den Fokusgruppen, die in vielen Fällen erst ab Juni 2017 als realisierbar angegeben wurden. Kurzfristige Terminabsagen oder auch keinerlei Rückmeldungen, gepaart mit signalisiertem Desinteresse einzelner Bundesländer (Thüringen) sowie der durch die Befragung entstehende Aufwand führte dazu, dass in den Fokusgruppen Mitarbeitende des MDK aus den Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Sachsen und Nordrhein-Westfalen sowie Mitarbeitende der Heimaufsichtsbehörden aus Hessen und Nordrhein-Westfalen vertreten waren.

Insgesamt attestieren die Befragten der neuen Pflegedokumentation die Kompatibilität mit den Prüfvorschriften auf Landesebene sowie die Eignung zur Bereitstellung von Informationen für die Qualitätsprüfungen nach § 114ff. SGB XI. Die vom MDK und MDS herausgegebenen *Ergänzenden Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation* (MDK & MDS 2016) wurden von keinem der Antwortenden aus der Online-Befragung thematisiert, jedoch von Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern als hilfreich beschrieben. Doch waren Themen, die in dieser ergänzenden Erläuterung als Hinweise

zur Beantwortung von Prüffragen, zu denen aus der MDK-Gemeinschaft Umsetzungsfragen gestellt wurden, enthalten sind, Gegenstand der Rückmeldungen. Wie zum Beispiel die Dokumentation des Wohlbefindens von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag stationärer Einrichtungen und daraus gegebenenfalls abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen. Die Tatsache, ob die Mitarbeitenden des MDK an einer Schulung teilgenommen hatten, zeigte keinen Trend im Antwortverhalten auf. So beschrieben Personen mit erfolgter Schulung beispielsweise Inkompatibilitäten der Pflegedokumentation mit dem Strukturmodell im Themenbereich Beurteilung der personellen Kontinuität der pflegerischen Versorgung, obgleich hierzu auch ergänzende Erläuterungen veröffentlicht vorliegen (MDK & MDS 2016). Bei der Interpretation dieser Antworten sollte jedoch die geringe Anzahl von Personen beachtet werden, die sich für eine Inkompatibilität aussprachen. Demgegenüber steht eine deutliche Mehrheit von knapp 91 % der Mitarbeitenden beider befragten Prüfinstanzen in der Online-Befragung, die die Vereinbarkeit des Strukturmodells mit den Prüfvorschriften auf Landesebene bestätigen.

Die Hinweise zu den nach Meinung der Befragten zum Strukturmodell widersprüchlichen Paragraphen des WTG NRW und der WTG DVO beziehen sich auf diejenigen Abschnitte, die sich zu Dokumentationspflichten und Qualitätssicherung in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie zu grundsätzlichen Anforderungen an anbieterverantwortete Wohngemeinschaften auf zu vorhaltende/zur verwendende Pflegeplanungen, Förder- und Hilfepläne beziehen. Hier scheint seitens der Heimaufsichtsbehörden ein Informationsbedarf hinsichtlich der Tatsache zu bestehen, dass die Änderung der Bezeichnung nicht den Wegfall von Pflegeplanungen bedeutet und dass auch im Rahmen des Strukturmodells individuelle pflegerische und betreuende Maßnahmen zu planen sind, wie es MDK & MDS (2016) betonen.

Bewertung durch die befragten Akteure

Laut Beikirch, Nolting & Wipp (2017, S. 184) sind zum einen vorbereitende und zum anderen auch begleitende Schulungen zum Strukturmodell der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Voraussetzung für das Gelingen der Implementierungsphase. Die Evaluation hingegen ergab, dass nicht jeder Befragte eine Schulung oder diese nur in einem geringen Umfang erhalten hat. Weiterhin wurde nicht immer das notwendige Schulungsmaterial zur Verfügung gestellt. Empfohlen wird, dass die Steuerungsgruppe der jeweiligen Einrichtung (projektverantwortliche Person) unter anderem die Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Pflegefachkräfte, Sozialdienst, Hauswirtschaft, etc.) planen soll, indem diese beispielweise Kontakt mit dem zuständigen Verband aufnimmt, um Schulungstermine und Reflexionstreffen zu vereinbaren (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 212). Es lassen sich Vermutungen anstellen, dass diese Empfehlung des Projektbüros nicht immer erfolgreich umgesetzt wurde oder aus unbekanntem Gründen nicht umgesetzt werden konnte. Laut den Fokusgruppendifkussionen werden durch das Strukturmodell fachliche Wissensdefizite erkennbar. Beispielsweise bestätigen die Prüfinstanzen, dass sich anhand der Dokumentationsqualität erkennen lässt, ob das Per-

sonal gut geschult ist. Fehlende pflegfachliche Kompetenzen wirken sich negativ auf die Qualität der Dokumentation aus. Diese Tatsache bestätigt die Notwendigkeit des Schulungsbedarfs für das Verstehen und korrekte Umsetzen des Strukturmodells und sollte vermehrt mit den Einrichtungsleitungen kommuniziert werden. Den Geschäftsführungen beziehungsweise Einrichtungsleitungen sollte zudem ebenfalls bewusst sein, dass es sich bei dem Strukturmodell um einen Paradigmenwechsel handelt, der unterschiedlichste Auswirkungen hat (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 181). Aus den Fokusgruppen ging hervor, dass dies nicht immer der Fall war. Die Mehrheit der Einrichtungen gab an, dass die Einführung des Strukturmodells vor allem personelle Auswirkungen hatte. Da, wie auch von Beikirch, Nolting & Wipp (2017, S. 185) empfohlen, eine verantwortliche Person für den Implementierungsprozess eingesetzt wurde. Dies wurde durch Aufstockungen oder Umbesetzungen des Personals in den meisten Einrichtungen, vor allem aber in stationären Einrichtungen, realisiert. Nur wenige Pflegeheime und Pflegedienste machten genaue Angaben über die finanziellen Ausgaben die mit der Umstellung auf das Strukturmodell einhergehen. Die Online-Befragung ergab, dass die Hälfte der Pflegeheime 5.000 € oder weniger, die Hälfte der Pflegedienste 3.500 € für die Umstellung aufwandte.

Ein Effekt der neuen Pflegedokumentation ist die Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die steigende Motivation im beruflichen Arbeitsalltag (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S.79). Dies bestätigt auch die vorliegende Evaluation, da beispielsweise etwa zwei Drittel der Pflege(fach-)kräfte in der standardisierten Befragung angaben, dass mit der Umstellung auf das Strukturmodell auch die Erwartung an eine gesteigerte Motivation und Zufriedenheit verbunden war. Eine Steigerung der Motivation wurde ebenfalls in den Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews geäußert.

Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen gaben an, dass sie dem Strukturmodell hinsichtlich der Rechtssicherheit vertrauen. Haftungsrechtliche Schwierigkeiten sind zum Zeitpunkt der Befragungen nicht aufgetreten. Aus juristischer Sicht wurde laut Beikirch et al. (2017) der Frage nachgegangen, ob sich rechtliche Risiken in einer verschlankten Dokumentation verbergen (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 57). Aus verschiedenen Blickwinkeln, wie aus haftungsrechtlicher, sozialrechtlicher, berufsrechtlicher und aus heimrechtlicher – respektive ordnungsrechtlicher Sicht haben Mitglieder der juristischen Expertengruppe die Entwicklung und Erprobung des Strukturmodells begleitet (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 57ff.).

Das Strukturmodell sieht vor, dass die pflegebedürftige Person eine aktive Rolle in der Dokumentation einnimmt. Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sollen gestärkt werden und konsequente Beachtung finden, insbesondere soll eine Verständigung zu individuellen Leistungen und Wünschen sowie die Dokumentation dieses Konsenses erreicht werden (vergl. BMG 2015: Handlungsanleitung Strukturmodell (Version 1.1)). In der vom BMG veröffentlichten Handlungsanleitung wird besonderer Wert darauf gelegt, dass in der SIS® „der Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und ihren Wün-

schen/Bedarfen an Hilfe und Unterstützung bewusst Raum gegeben“ wird. „Das bewusste Zusammenführen der individuellen und subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen Einschätzung durch die Pflegekraft sowie das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen bildet die Grundlage aller pflegerischen Interventionen.“ (BMG 2015). Im Rahmen der vorliegenden Studie entstand jedoch der Eindruck, dass das Strukturmodell in seiner Umsetzung im Alltag diesem Anspruch nicht gerecht wird: Bei weitem nicht alle befragten Personen gaben an, dass sie im Erstgespräch dazu aufgefordert worden wären, frei über sich zu erzählen, oder dass ihnen vermittelt worden sei, dass es im Erstgespräch darum ginge, gemeinsam mit der Pflegefachkraft einen Konsens zu erarbeiten. Offenbar wird in vielen Einrichtungen die Umstellung auf das Strukturmodell nicht als Chance wahrgenommen, die Pflegesituation der betroffenen Personen noch einmal grundsätzlich kritisch zu beleuchten. Auch führte die Einführung des Strukturmodells in der Regel bei den Pflegebedürftigen zu spürbaren Änderungen. Nur in wenigen Fällen machte sich die Zeitersparnis für die Pflegebedürftigen bemerkbar.

Über die Ursachen lässt sich nur mutmaßen. Zwar wird die Einbindung der pflegebedürftigen Person in die Erstellung der SIS® in verschiedenen Begleitdokumentationen grundsätzlich thematisiert (bspw. Schulungsunterlagen, Handlungsanleitung). Es fällt aber auf, dass keine Hilfestellungen oder Anweisungen enthalten sind, wie im Falle von Unstimmigkeiten zwischen der Einschätzung der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft letztendlich ein Konsens herbeigeführt werden kann. Trotz der Betonung, dass die pflegebedürftige Person im Mittelpunkt der Entbürokratisierung stehe, existieren keine Hilfsmittel für diese Personengruppe, um ihre postulierte aktive Rolle tatsächlich wahrnehmen zu können: So enthalten die Websites des Projektbüros Ein-STEP und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung keinerlei Informationen, die die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige und/oder Betreuerinnen bzw. Betreuer über ihre Rolle im Rahmen des Strukturmodells aufklären würden. Damit sind diese davon abhängig, entsprechend von ihrer Einrichtung aufgeklärt zu werden. Dies bekräftigt die Notwendigkeit, nicht allein den personenzentrierten Ansatz des Strukturmodells in den Schulungen zu stärken und sicherzustellen, dass die entsprechenden Kenntnisse, Qualifikationen und zeitlichen Ressourcen für die Umsetzung vor Ort gegeben sind. Vielmehr sollten auch die Pflegebedürftigen und Angehörigen selber als Zielgruppe für Information in den Fokus gerückt werden.

Übergreifende Fragestellungen – Auswirkungen auf die direkte Pflege und Veränderungen in den Organisationsabläufen

In den Freitextantworten der standardisierten Befragungen bestätigen die Pflegefachkräfte dem Strukturmodell die von den Entwicklerinnen und Entwicklern beabsichtigten Effekte (Beikirch, Nolting & Wipp 2017): Neben einem spürbaren Zeitgewinn für die direkte Pflege betonten sie die Förderung der Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen

sowie einen erleichterten Informationsaustausch und Überblick. Offen bleibt, welche Auswirkungen sich in Folge für die Qualität der pflegerischen Versorgung ergeben. Die Pflegebedürftigen selbst bemerkten nur in wenigen Fällen eine Veränderung oder gar Verbesserung der Versorgung. Dies ist jedoch auch kein formuliertes Ziel des Strukturmodells, das bei Weiterentwicklung der Dokumentationsqualität auf die „Sicherstellung einer angestrebten, gleichbleibenden Qualität der Pflege und Betreuung“ abzielt (Beikirch, Nolting & Wipp 2017). Obwohl nicht als repräsentativ anzusehen, deuten die Antworten der Pflegebedürftigen darauf hin, dass sie eine unveränderte Versorgungsqualität wahrgenommen haben. Ob diese jedoch von hoher oder mangelhafter Güte ist, ist hingegen nicht bekannt. Inwiefern die Art des Dokumentationssystems überhaupt darauf Einfluss nimmt, die pflegerische Praxis sowie lebensqualitäts- und gesundheitsbezogene Outcomes der Pflegebedürftigen zu verändern oder gar zu verbessern, ist in internationalen Forschungsarbeiten bislang nicht eindeutig nachgewiesen (Urquhart, Currell, Grant et al. 2009). Die nicht wenigen Freitextantworten und Beiträge in den Fokusgruppendifkussionen, die darauf hinwiesen, keinerlei Veränderungen der direkten Versorgung festzustellen, sprechen für diesen Befund.

Auch die berichteten Veränderungen in den Organisationsabläufen verdeutlichen einerseits den Mehrwert des Strukturmodells aber auch zu meisternden Herausforderung für die Einrichtungen. Eine gestärkte und verbesserte Kommunikation im Pflgeteam wurde mehrheitlich betont. Jedoch bringt die Einführung auch die Veränderung bestehender Organisationsstrukturen und der Arbeitsabläufe mit sich. Besonders das in vielen Einrichtungen nun verbindlicher zu planende Aufnahme-/Erstgespräch auf Grundlage der SIS® erfordert personalstrategische Überlegungen und muss- auch mit Blick auf hinzuziehende Angehörige - langfristiger terminiert und realisiert werden. Der zu berücksichtigende erhöhte Personalaufwand stellt für viele Einrichtungen eine Hürde dar. Ebenso der bereits an andere Stelle thematisierte Schulungs- und Anleitungsaufwand. Auch kurze Informations- und Anleitungseinheiten direkt im Pflegealltag greifen in bestehende Dienstabläufe ein. Interessant ist, dass einige Einrichtungen angaben, Dokumentationstage mit Einführung des Strukturmodells abgeschafft zu haben, während andere diese oder feste Evaluations- und Dokumentationszeiten nun gerade einführen. Dies verdeutlicht die Heterogenität der Vorgehens- und Organisationsweisen in den Einrichtungen, für die auf Grundlage der Ergebnisse der EvaSIS-Studie keine Empfehlung für ein Best-Practice-Beispiel gegeben werden kann. Bei (Beikirch, Nolting & Wipp 2017) finden sich Hinweise darauf, welche Leitfragen Einrichtungen bei der Entscheidung für eine für sie geeignete Vorgehensweise zur Umstellung auf das Strukturmodell unterstützen und den in Abschnitt 6.5 genannten Hürden im Umstellungsprozess zu begegnen.

Ergänzende Ergebnisse

Ein immer wiederkehrender Wunsch der Befragten war die Überarbeitung der Lehrthemen in den Pflegeschulen und die Aufnahme des Strukturmodells in die Curricula. Beikirch et al. (2017) betonen, dass Lehrende die Unterrichtsinhalte, die sich auf die Pflegedokumentation

beziehen, in verschiedenen curricularen Lernfeldern inhaltlich und zeitlich verknüpfen müssen. Zudem werden bereits konkrete Überlegungen beschrieben, wie das Strukturmodell in den theoretischen Lehrplan implementiert werden und ein guter Praxistransfer gelingen kann. Die Implementierung des Strukturmodells in den Lehrplan und in die praktische Ausbildung steht ganz am Anfang, aber zeigen bereits gute Wirkungen (Beikirch, Nolting & Wipp 2017, S. 247ff.). So hat beispielsweise das Land Bremen das Strukturmodell bereits in dem zum 01. April 2017 in Kraft getretenen Rahmenlehrplan für die Altenpflegeausbildung berücksichtigt. Im Lernfeld „Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren“ erfolgt am Lernort Schule eine Auseinandersetzung mit der SIS® als Informationssammlung, welche am Lernort Praxis erprobt und geübt wird (Die Senatorin für Soziales 2017).

Für die Sicherstellung einer erfolgreichen Implementierung des Strukturmodells ist es unumgänglich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Qualitätsmanagements unterstützt werden. Wichtig ist hierbei der fachliche Austausch in Form von Team- und Fallbesprechungen. Diese bieten sich an, um das Personal „[...] zu motivieren, den Pflegeprozess zu steuern, zu dokumentieren und fachliche Entscheidungen begründen zu können.“ ((Beikirch, Nolting & Wipp 2017) S. 212) Die Fokusgruppen und Telefoninterviews zeigten, dass die Fall- und Teambesprechungen sehr geschätzt werden. Die Mehrheit wünscht sich, dass diese ausgeweitet werden, indem ein vermehrter einrichtungsübergreifender Erfahrungsaustausch und vertiefende Schulungen organisiert werden. Beispielsweise kann dies in Form von Reflexionstreffen gelingen. Somit können die Aussagen des Abschlussberichts zum Praxistest bestätigt werden (Beikirch & Roes 2014). Zusätzlich wünschen sich die Befragten einen „übergeordneten Ansprechpartner“, welcher auf höherer Ebene verankert ist. Beispielsweise der Erhalt einer zentralen Stelle des Projektbüros Ein-STEP, der Erhalt der Internetseite des Projektbüros oder die Zusammenarbeit mit einer Regionalkoordinatorin. Es ist für die Einrichtungen von besonderer Bedeutung, wenn eindeutig kommuniziert wird, in welcher Art und Weise eine Kontaktperson für weitere Fragen und Probleme während des Implementierungsprozesses greifbar ist. Dies lässt sich auch auf Einrichtungen übertragen, die noch nicht auf das Strukturmodell umgestellt haben, dies jedoch bereits planen oder nach Beendigung der Evaluation begonnen haben.

8 Fazit und Ausblick

Die wissenschaftliche Evaluation zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EvaSIS) gibt erstmalig einen umfassenden Einblick in den Prozess der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Der gegenwärtige Stand der Einführung lässt – vor dem Hintergrund einer möglicherweise selektiven Stichprobe – den Schluss zu, dass das Strukturmodell aus Sicht von Pflegenden, des internen Qualitätsmanagements sowie der externen übergeordneten Prüfinstanzen gut verständlich ist, die Erfassung der meisten wichtigen Informationen ermöglicht und diese im pflegerischen Alltag gut zu vermitteln vermag. In den an der Studie teilnehmenden Einrichtungen wurden die mit der Einführung des Strukturmodells verbundenen Ziele wie die Entlastung und Motivation der Pflegenden im beruflichen Alltag, eine „schlankere“ Pflegedokumentation, die mit einem Zeitgewinn zugunsten direkter pflegerischer Leistungen einhergeht sowie die Förderung der Fachlichkeit der Pflegenden mehrheitlich erreicht. Jedoch wiesen sowohl die Mitarbeitenden der externen Prüfinstanzen als auch die (verantwortlichen) Pflegefachkräfte selbst insbesondere auf bestehende Mängel und Wissensdefizite im Bereich der Risikobewertung/dem Umgang mit der Risikomatrix hin. Diese können künftig in den zu konzipierenden und zu gestaltenden Schulungsangeboten und Informationsmaterialien adressiert werden. Die (kleine) Stichprobe der Pflegebedürftigen Personen (n=13) weist darauf hin, dass es sinnvoll scheint, auch die Position der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Pflegeprozess durch die Betonung der besonderen Bedeutung der gemeinsamen Verständigung auf geeignete Pflegemaßnahmen sowie das Unterschreiben der SIS® durch die pflegebedürftige Person bzw. ihre Angehörigen in Schulungsveranstaltungen und Informationsmaterialien weiter zu stärken.

Damit sich die positiven Wirkungen des Strukturmodells möglichst gut entfalten können, sollten verschiedene Voraussetzungen auf Ebene der einzelnen Einrichtungen, speziell durch die Einrichtungsleitungen bzw. das Qualitätsmanagement, erfüllt werden. Dazu gehört auch die Einbettung in organisatorische Prozesse und ggf. die Anpassung an lokale Bedarfe. Bei der Einführung des Strukturmodells sollten sich die Pflegeeinrichtungen auch diejenigen Faktoren vergegenwärtigen, die in jeglichem Implementierungsprozess eine gelungene Einführung unterstützen. Darunter die Umsetzung eines strukturierten Projektplans, der die Arbeitsschritte und Aufgaben der beteiligten Personen definiert und sowohl von der Einrichtungsleitung, der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie den Mitarbeitenden getragen wird sowie die Bedeutung und Notwendigkeit von Schulungsveranstaltungen für die Mitarbeitenden. Die genaue Dokumentation entstehender materieller und finanzieller Aufwände (darunter auch der Zeit- und Personalaufwand für Schulungsveranstaltungen) sowie die in der Einrichtung beobachteten Auswirkungen der Einführung des Strukturmodells sowohl auf die Mitarbeitenden als auch auf die Pflegebedürftigen tragen dazu bei, Kosten und Nutzen einrichtungsindividuell miteinander in Beziehung zu setzen und den Erfolg der Einführung zu bewerten.

Abschließend sind auch die Chancen und Herausforderungen, die unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Vernetzung und Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Blick auf das Strukturmodell auszumachen sind, bei der weiteren Entwicklung und Evaluation der neuen Pflegedokumentation – auch bei der Konzeption von Schulungs- und Ausbildungsinhalten – mitzudenken und idealerweise zu integrieren. Anschlussfähigkeit ist an dieser Stelle neben den EDV-Anbietern auch für die Einrichtungen von Bedeutung.

Die vorliegende Studie hat vielfältige neue Fragstellungen aufgeworfen, die nicht im Fokus dieser Studie standen, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht. Beispielsweise konnten die Wirkungen des Strukturmodells auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in dieser Studie nur anhand einer kleinen Stichprobe untersucht werden. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit die im Rahmen der Dokumentation mit dem Strukturmodell erhobenen Daten für gesundheitsinformatische Auswertungen benötigt werden und wie dies ggf. im Rahmen der Anwendung des Strukturmodells umgesetzt werden könnte. Auch dauert der Umstellungsprozess auf das Strukturmodell weiterhin an und das Ausmaß der Wirkungen bei den Einrichtungen und den externen Prüfinstanzen aber auch auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wird sich erst über einen längeren Zeitraum feststellen lassen.

Literaturverzeichnis

- AGRESTI, A. 2010. *Analysis of Ordinal Categorical Data*, Hoboken, NJ, Wiley-Interscience.
- ARBEITSGRUPPE TECHNISCHER IMPLEMENTIERUNGSLEITFADEN, F. E. V., PROJEKTBURO EIN-STEP UND DVMD E.V., 2017. Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen Version 1.4. Berlin.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. 2015. Pflegedokumentation und Entbürokratisierung. Berlin 2015. Präsentation verfügbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Veranstaltungen/17WS_Bartholomeyczik.pdf [21.07.2017].
- BARTHOLOMEYCZIK, S. 2016. Entbürokratisierung der Pflege: Ein Vereinfachungsprojekt aus dem deutschen Bundesgesundheitsministerium. *Pflege Professionell – Das Fachmagazin*, 03/2016.
- BEIKIRCH, E., NOLTING, H. D. & WIPP, M. 2017. *Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Grundlagen, Einführung, Management.*, Hannover, VINCENTZ NETWORK.
- BEIKIRCH, E. & ROES, M. 2014. Projekt "Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege". Abschlussbericht. Berlin, Witten.
- BEIKIRCH, E., UMLANDT-KORSCH, S. & NEUGEBOHREN, C. 2017. Entbürokratisierung und Pflegedokumentation – Aktueller Stand der bundesweiten Implementierung und Ausblick. Kongressbeitrag 12. Bremer Pflegekongress, 11. Mai 2017, Bremen.
- BMG 2015. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Handlungsanleitung (Version 1.1) zu praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS), mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Verfügbar unter https://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version11/Handlungsanleitung_zum_neuen_Strukturmodell_11.pdf [27.07.2017]. Berlin.
- BRODERICK, M. C. & COFFEY, A. 2013. Person-centred care in nursing documentation. *Int J Older People Nurs*, 8, 309–18.
- CURRELL, R. & URQUHART, C. 2003. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes.
- DENNIS, C. M. 2001. *Dorothea Orem. Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie* Bern, Huber.
- DESTATIS 2013. Statistisches Bundesamt. Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. März 2013. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download>

[/Pflegerbericht.pdf;jsessionid=61D8C721E03DA42F62D6B0AE05C149F5.cae2?__blob=publicationFile](#) [28.07.2017].

- DEUTSCHER PFLEGERAT 2015. Der DPR unterstützt das Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege. Januar 2015. verfügbar unter http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-01-19-DPR_Entbueroerokratisierung.pdf [22.07.2017].
- DIE SENATORIN FÜR SOZIALES, J., FRAUEN, INTEGRATION UND SPORT. 2017. Rahmenlehrplan für die Altenpflegeausbildung. In Kraft getreten zum 01. April 2017. Bremen: Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport. Referat Ältere Menschen – 400–32.
- DNQP 2011. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung (Dezember 2011).
- DNQP 2015. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Mai 2015).
- DRESING, T. & PEHL, T. 2013. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag.
- EDWARDS, P. J., ROBERTS, I., CLARKE, M. J., DIGUISEPPI, C., WENTZ, R., KWAN, I., COOPER, R., FELIX, L. M. & PRATAP, S. 2009. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, MR000008.
- ELO, S., KAARIAINEN, M., KANSTE, O., POLKKI, T., UTRIAINEN, K. & KYNGAS, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4.
- ELO, S. & KYNGAS, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107–115.
- FAHRMEIR, L., KNEIB, T. & LANG, S. 2007. *Regression. Modelle, Methoden und Anwendung. Mit 142 Abbildungen und 51 Tabellen*, Heidelberg, Springer.
- FLICK, U. 2014. *An Introduction to Qualitative Research*, London, SAGE Publications.
- GROßE SCHLARMANN, J. & GALATSCH, M. 2014. Regressionsmodelle für ordinale Zielvariablen. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 10.
- HERDMAN, T. & KAMITSURU, S. 2016. *NANDA international, inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015–2017*, Kassel, RECOM.
- IRVING, K., TREACY, M., SCOTT, A., HYDE, A., BUTLER, M. & MACNEELA, P. 2006. Discursive practices in the documentation of patient assessments. *J Adv Nurs*, 53, 151–9.
- JEFFERIES, D., JOHNSON, M. & GRIFFITHS, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract*, 16, 112–24.
- KARKKAINEN, O., BONDAS, T. & ERIKSSON, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*, 12, 123–32.

- KASS, G. V. 1980. An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data. *Applied Statistics*, 29, 119–127.
- 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. *J Adv Nurs*, 69, 4–15.
- KROHWINKEL, M. 2013. *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*, Bern, Hans Huber.
- MDK & MDS 2016. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.). Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Stand 14.06.2016 Version 3.1.
- POISSANT, L., PEREIRA, J., TAMBLYN, R. & KAWASUMI, Y. 2005. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*, 12, 505–16.
- ROPER, N., LOGAN, W., TIERNEY, A. & MISCHO_KELLING, M. V., U. 2009. *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*. , Bern, Huber.
- ROTHGANG, H., GÖRRES, S., FÜNFSTÜCK, M., SEIBERT, K., SCHMIDT, S., BRANNATH, W. & HASSELER, M. 2017. Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.
- ROTHGANG, H.; FÜNFSTÜCK, M.; NEUBERT, L.; CZWIKLA, J. & HASSELER; M. (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 13. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- SARANTO, K. & KINNUNEN, U. M. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs*, 65, 464–76.
- SCHIEMANN, D., MOERS, M. & BÜSCHER, A. 2014. *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden, Instrumente*, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- SCHULZ, M., MACK, B. & RENN, O. 2012. *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2017. Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- TASHAKKORI, A. & TEDDLIE, C. 2010. *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, Los Angeles, Calif. [u.a.], SAGE Publications, Inc.
- TORNVALL, E. & WILHELMSSON, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *J Clin Nurs*, 17, 2116–24.

- URQUHART, C., CURRELL, R., GRANT, M. J. & HARDIKER, N. R. 2009. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002099.
- VANGEEST, J. & JOHNSON, T. P. 2011. Surveying nurses: identifying strategies to improve participation. *Eval Health Prof*, 34, 487–511.
- WANG, N., HAILEY, D. & YU, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*, 67, 1858–75.
- WINGENFELD, K., ENGELS, D., KLEINA, T., FRANZ, S., MEHLAN, S. & ENGEL, H. 2011. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld, Köln. Online verfügbar unter http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet.pdf

Anhang

01	Erhebungsinstrumente und Fragekomplexe.....	167
02	Informations- und Unterstützungsschreiben.....	237
03	Aufbereitung der Daten der standardisierten Befragungen.....	248
04	Kategoriensystem der Freitextantworten der standardisierten Befragungen.....	250
05	Kategoriensystem der Fokusgruppen und Telefoninterviews.....	272
06	Tabellen zu Merkmalen der Befragten (verantwortlichen)Pflegefachkräfte.....	289
07	Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen und Telefoninterviews.....	291
08	Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews.....	295
09	Antwortunterschiede Pflegefachkräfte.....	296
10	Verteilung der Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie in den Bundesländern im Vergleich zur Verteilung aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland.....	310
11	Personal in den Pflegeeinrichtungen.....	312
12	Durchdringungsgrad der neuen Pflegedokumentation.....	312
13	Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells....	314
14	Stellenwert der bisherigen Pflegedokumentation.....	316
15	Veränderung der MUSS-Kriterien.....	317
16	Merkmale der Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwendeten.....	318
17	Ergebnisse der Regressionsanalysen.....	321
18	Ergänzende Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews.....	335
19	Bewertung der Eigenschaften der neuen Pflegedokumentation.....	340

01 Erhebungsinstrumente und Fragekomplexe

Erhebungsinstrumente der standardisierten Befragungen

Ausgehend von den in Kapitel 2 aufgeführten Fragestellungen wurden folgende Erhebungsinstrumente für die standardisierte Befragung in Abstimmung mit dem Auftraggeber entwickelt.

- Erhebungsbogen zur Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_1
- Erhebungsbogen zur Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_2
- Erhebungsbogen zur Befragung der Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t_1

- Erhebungsbogen zur Befragung der Pflegefachkräfte vollstationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen – Zeitpunkt t₂
- Erhebungsbogen zur Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht

Die zu erhebenden Items generierten sich vorrangig aus den in der Leistungsbeschreibung zur Studie vom GKV-Spitzenverband operationalisierten Fragestellungen. Tabelle 29 gibt einen Überblick über die Fragenkomplexe der standardisierten Befragung für verantwortliche Pflegefachkräfte, Pflegefachkräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht.

Tabelle 29: Fragenkomplexe der standardisierten Befragung

Zielgruppe	Fragenkomplexe
Verantwortliche Pflegefachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturmerkmale der Einrichtung • Anwendungsdauer und Anwendungsumfang des Strukturmodells • Mit der Einführung des Strukturmodells verbundene Erwartungen und deren Erfüllungsgrad • Dauer, Vorgehen und Kosten des Umstellungs-/Einführungsprozesses • Schulungs- und Zeitumfang • Einbindung des Strukturmodells in die einrichtungsinterne Dokumentation • Einbindung des Strukturmodells in eingesetzte Softwaresysteme • Nutzung des Strukturmodells im internen Qualitätsmanagement • Stellenwert des Strukturmodells in der Kommunikation • Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung • Vergleich des herkömmlichen Dokumentationssystems mit dem Strukturmodell • Gründe für eine Nicht-Anwendung • Soziodemografische Angaben
Pflegefachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit dem Strukturmodell • Erstellung der SIS® bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen • Erhaltene Schulungen • Zeitaufwand • Stellenwert des Strukturmodells in der internen Kommunikation • Praktikabilität • Soziodemografische Angaben
MDK/Heimaufsicht	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltene Schulungen • Informationsgehalt der Pflegedokumentation für die Qualitätsprüfung des MDK in stationären/ambulanten Einrichtungen • Kompatibilität mit Prüfvorschriften auf Landesebene • Qualität der Pflegedokumentation • Dokumentationsmängel • Soziodemografische Angaben

Die an die verantwortlichen Pflegefachkräfte sowie Pflegefachkräfte der Einrichtungen gerichteten Fragen wurden im Zeitraum von der 39. bis zur 41. Kalenderwoche 2016 in vier vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und Bremen einem Pretest unterzogen. Das Augenmerk des Pretests lag vor allem auf der Verständlichkeit der Fragen sowie der zu kalkulierenden Dauer der Befragung. Nach Auswertung des Pretests sowie nach einem Austausch mit dem GKV-Spitzenverband wurde die finale Version der Fragen für die standardisierten Erhebungen festgelegt.

Die Erhebungsbögen für die Befragung der verantwortlichen Pflegefachkräfte sowie des MDK und der Heimaufsicht wurden als elektronische Befragung (elektronische Case Report Forms, eCRFs) zur Verfügung gestellt. Die Programmierung der elektronischen Befragung sowie das sogenannte Electronic Data Capture (EDC) erfolgte unter Verwendung der Software *OpenClinica* durch das Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen (KKSb). Die mit dem Strukturmodell arbeitenden Pflegefachkräfte wurden anhand eines papierbasierten Fragebogens befragt. Die technische Umsetzung des papierbasierten Befragungsinstruments erfolgte in Vorbereitung auf das maschinelle Einlesen und Verifizieren der später ausgefüllten Fragebögen ebenfalls durch das KKSb.

Im Folgenden sind zunächst die Bögen der postalischen Befragungen abgebildet. Die Items der elektronischen Befragungen sind anschließend in tabellarischer Form zusammengefasst.

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

herzlich willkommen in der Befragung für Pflegefachkräfte in Pflegediensten und Pflegeheimen im Rahmen der Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - EvaSIS.

Nähere Informationen zur Studie entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben für Pflegefachkräfte, das Sie zusammen mit diesem Fragebogen und dem Rückumschlag von Ihrer Pflegedienstleitung erhalten haben.

Im Mittelpunkt der Befragung stehen Ihre Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation. Bitte nehmen Sie sich etwa 20 Minuten Zeit dafür, an der Befragung teilzunehmen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihrer Einrichtung ist es nicht möglich, Ihre Antworten einzusehen, weil Sie den Fragebogen direkt im frankierten Rückumschlag an uns zurücksenden.

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen:

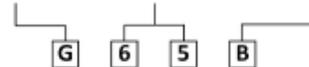
Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen unten auf dieser Seite ein.

Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihren künftigen Fragebogen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, der **zweiten und dritten Ziffer Ihrer Körpergröße in cm**, und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes** zusammen.

Beispiel:

Vorname der Mutter: Gabi, Teilnehmerin 165cm groß, geboren in Bremen



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zu o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

E-Mail: evasis@uni-bremen.de

Tel.: 0421 218 99213

Wir bedanken uns schon vorab ganz herzlich für Ihre Beteiligung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann



Bitte tragen Sie das heutige Datum ein:

Erhebungszeitpunkt: T1



Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu dem Strukturmodell und dazu, wie Sie dessen Einführung in der Einrichtung bislang erlebt haben

01. Wenden Sie das Strukturmodell in Ihrer täglichen Praxis an?

- Ja Nein

02. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, selbstständig und auf der Grundlage der Informationen aus der SIS Risiken einzuschätzen?

Die Risikoeinschätzung fällt mir...

- Immer schwer Meistens schwer Meistens leicht Immer leicht

Die erstellte Risikomatrix ist **transparent**

- Immer Oft Selten Gar nicht

Die erstellte Risikomatrix ist **verständlich**

- Immer Oft Selten Gar nicht

Die erstellte Risikomatrix ist **nachvollziehbar**

- Immer Oft Selten Gar nicht

03. Gelingt es Ihnen, den individuellen Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS erstellen?

- Gelingt immer Gelingt oft Gelingt selten Gelingt gar nicht

04. Gelingt es Ihnen, die individuellen Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen?

- Gelingt immer Gelingt oft Gelingt selten Gelingt gar nicht

05. Werden Abweichungen vom vereinbarten Maßnahmenplan im Pflegebericht dokumentiert?

- Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

06. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den **IST-Zustand** der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen?

a) bei der Übergabe

- Immer Oft Selten Nie

b) bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite

- Immer Oft Selten Nie



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

07. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den **SOLL-Zustand** der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen?

a) bei der Übergabe

- Immer Oft Selten Nie

b) bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite

- Immer Oft Selten Nie

08. Erlebten Sie eine Veränderung in Ihrer Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells?

- Ja, meine Arbeitsbelastung hat zugenommen
 Nein, meine Arbeitsbelastung ist unverändert
 Ja, meine Arbeitsbelastung hat abgenommen

09. Wie gestaltet sich die Dokumentation von speziellen pflegerischen Problemen, die nicht aufgeführt werden (z.B. Kontrakturen, Thrombose, Ulcus cruris, Pneumonie)?
(Mehrfachantworten möglich)

- Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt
 Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt
 Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert
 Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt

10. Ändert sich die Bewertung der Risiken, wenn diese von den Themenfeldern der SIS in die Risikomatrix übertragen werden?

- Es gibt keine Veränderung der Bewertung
 In der Risikomatrix sind meist höhere Risiken beschrieben als in der SIS
 In der SIS sind meist höhere Risiken beschrieben als in der Risikomatrix

11. Wann erstellen Sie eine SIS neu?

- Bei Veränderung des Gesundheitszustandes
 Bei Veränderung des Pflegebedarfs
 Nach einem Krankenhausaufenthalt
 Nach einer vom QM vorgegebenen Zeit
 Sonstiges, nämlich...



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

12. Bei welchem Anlass verändern Sie die vorgesehenen Interventionen in der Maßnahmenplanung? (Mehrfachantworten möglich)

- Bei Veränderung des individuellen Risikos
- Nach erfolgter Evaluation mit den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen (z.B. Pflegevisite, Gespräch)
- Auf Wunsch der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen
- Nach erfolgter Evaluation im Pflegeteam (z.B. Fallbesprechung, Teambesprechung)
- Nach Vorgabe meiner Vorgesetzten
- Sonstiges, nämlich...

13. Stellt es für Sie eine Schwierigkeit dar, die SIS für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu erstellen?

- Ist immer schwierig
- Ist oft schwierig
- Ist selten schwierig
- Ist nie schwierig

14. Wie gehen Sie mit dieser Schwierigkeit um, um das Problem zu lösen? (Bitte beschreiben Sie Ihr Vorgehen.)

15. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf?

(Minuten)

16. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf?

(Minuten)


Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

17. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Maßnahmenpläne auf?

(Minuten)

18. Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation?

(Minuten)

19. Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?

- Ja
- Nein

20. Wodurch wird die Zeit eingespart? (Bitte beschreiben Sie stichpunktartig.)

21. Wofür wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)

- Individuelle Pflege
- Administrative Tätigkeiten
- Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen
- Anleitung von Auszubildenden
- Sonstiges, nämlich...

22. Unterstützt das Strukturmodell aus Ihrer Sicht den fachlichen Kompetenzerwerb von Pflegefachkräften?

- Ja
- Nein

23. Haben Sie eine Schulung zum Strukturmodell erhalten? (Mehrfachantworten möglich)

- Ja, durch Ein-STEP
- Ja, durch meine Einrichtung
- Ja, durch einen externen Anbieter
- Nein, ich hab keine Schulung erhalten

24. War diese Schulung ausreichend, um das Strukturmodell fachgerecht anzuwenden?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen

25. Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde?

- Gelingt immer
- Gelingt oft
- Gelingt selten
- Gelingt gar nicht



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

26. Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus? (Bitte beschreiben Sie stichpunktartig.)

27. Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?

28. Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt?

- Ja, meine Motivation hat zugenommen
 Nein, meine Motivation ist unverändert
 Ja, meine Motivation hat abgenommen

29. Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel?

- Ja Nein Teilweise Kann ich nicht beurteilen

Zum Abschluss interessieren uns noch Fragen zu Ihrer Person

30. Welchen Berufsabschluss besitzen Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- Altenpfleger/in
 Gesundheits- und Krankenpfleger/in
 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
 Sonstiges, nämlich...

31. Wie lautet Ihre derzeitige Position in der Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich)

- Verantwortliche Pflegekraft
 Qualitätsmanagementbeauftragte/r
 Team- oder Wohnbereichsleitung
 Mitarbeiter/in im Pflegeteam

32. Welche Angabe entspricht am ehesten Ihrem Stellenumfang?

- 25% 50% 75% 100%

33. Seit wann sind Sie im Bereich der Pflege tätig (erster pflegerischer Berufsabschluss)?

(Jahr)

34. Seit wann sind Sie in dieser Einrichtung angestellt?

(Monat) (Jahr)

Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung an der Befragung.

Stecken Sie Ihren Fragebogen jetzt bitte in den an uns adressierten und vorfrankierten Rückumschlag. Verschließen Sie den Rückumschlag gut und senden Sie ihn dann per Post direkt an uns zurück.

Im Mai 2017 werden wir uns wieder über Ihre Pflegedienstleitung an Sie wenden und Sie dazu einladen, an einer zweiten Befragung teilzunehmen.

Wir stehen Ihnen bis dahin für Rückfragen unter

E-Mail: evasis@uni-bremen.de

Tel.: 0421 218 99213

gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann



Liebe Studententeilnehmerin, lieber Studententeilnehmer,

herzlich willkommen in der zweiten Befragung für Pflegefachkräfte in Pflegediensten und Pflegeheimen im Rahmen der Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - EvaSIS.

Im Mittelpunkt dieser Befragung stehen Ihre Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation im Zeitverlauf: Haben sich Ihre Einschätzungen und Erfahrungen seit der letzten Befragung verändert?

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihrer Einrichtung ist es nicht möglich, Ihre Antworten einzusehen, weil Sie den Fragebogen direkt im frankierten Rückumschlag an uns zurücksenden.

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen:

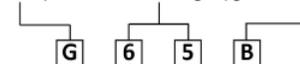
Bitte bilden Sie erneut Ihren persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen unten auf dieser Seite ein.

Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihren ersten Fragebogen einander zuordnen können. Achten Sie deshalb bitte darauf, dass Sie den gleichen Code wie bei der ersten Befragung erstellen.

Der Code setzt sich aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, der **zweiten und dritten Ziffer Ihrer Körpergröße in cm**, und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes** zusammen.

Beispiel:

Vorname der Mutter: Gabi, Teilnehmerin 165cm groß, geboren in Bremen



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zu o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

E-Mail: evasis@uni-bremen.de

Tel.: 0421 218 99213

Wir bedanken uns bereits jetzt ganz herzlich für Ihre Beteiligung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann



Bitte tragen Sie das heutige Datum ein: . .

Erhebungszeitpunkt: t2

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu dem Strukturmodell und dazu, wie Sie dessen Einführung in der Einrichtung bislang erlebt haben

01. Wenden Sie das Strukturmodell in Ihrer täglichen Praxis an?

Ja Nein

02. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, selbstständig und auf der Grundlage der Informationen aus der SIS Risiken einzuschätzen?

Die Risikoeinschätzung fällt mir...

Immer schwer Meistens schwer Meistens leicht Immer leicht

Die erstellte Risikomatrix ist **transparent**

Immer Oft Selten Gar nicht

Die erstellte Risikomatrix ist **verständlich**

Immer Oft Selten Gar nicht

Die erstellte Risikomatrix ist **nachvollziehbar**

Immer Oft Selten Gar nicht

03. Gelingt es Ihnen, den individuellen Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS erstellen?

Gelingt immer Gelingt oft Gelingt selten Gelingt gar nicht

04. Gelingt es Ihnen, die individuellen Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen?

Gelingt immer Gelingt oft Gelingt selten Gelingt gar nicht

05. Werden Abweichungen vom vereinbarten Maßnahmenplan im Pflegebericht dokumentiert?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

06. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den **IST-Zustand** der BewohnerInnen/KlientInnen zu sprechen?

a) bei der Übergabe

Immer Oft Selten Nie

b) bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite

Immer Oft Selten Nie

Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

07. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den **SOLL-Zustand** der BewohnerInnen/KlientInnen zu sprechen?

- a) bei der Übergabe
 Immer Oft Selten Nie

- b) bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite
 Immer Oft Selten Nie

08. Erlebten Sie eine Veränderung in Ihrer Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells?

- Ja, meine Arbeitsbelastung hat zugenommen
 Nein, meine Arbeitsbelastung ist unverändert
 Ja, meine Arbeitsbelastung hat abgenommen

09. Wie gestaltet sich die Dokumentation von speziellen pflegerischen Problemen, die nicht aufgeführt werden (z.B. Kontrakturen, Thrombose, Ulcus cruris, Pneumonie)?
(Mehrfachantworten möglich)

- Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt
 Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt
 Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert
 Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt

10. Ändert sich die Bewertung der Risiken, wenn diese von den Themenfeldern der SIS in die Risikomatrix übertragen werden?

- Es gibt keine Veränderung der Bewertung
 In der Risikomatrix sind meist höhere Risiken beschrieben als in der SIS
 In der SIS sind meist höhere Risiken beschrieben als in der Risikomatrix

11. Wann erstellen Sie eine SIS neu? (Mehrfachantworten möglich)

- Bei Veränderung des Gesundheitszustandes
 Bei Veränderung des Pflegebedarfs
 Nach einem Krankenhausaufenthalt
 Nach einer vom QM vorgegebenen Zeit
 Sonstiges, nämlich...

6819



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

12. Bei welchem Anlass verändern Sie die vorgesehenen Interventionen in der Maßnahmenplanung? (Mehrfachantworten möglich)

- Bei Veränderung des individuellen Risikos
 Nach erfolgter Evaluation mit den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen (z.B. Pflegevisite, Gespräch)
 Auf Wunsch der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen
 Nach erfolgter Evaluation im Pflegeteam (z.B. Fallbesprechung, Teambesprechung)
 Nach Vorgabe meiner Vorgesetzten
 Sonstiges, nämlich...

13. Stellt es für Sie eine Schwierigkeit dar, die SIS für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu erstellen?

- Ist immer schwierig
 Ist oft schwierig
 Ist selten schwierig
 Ist nie schwierig

14. Wie gehen Sie mit dieser Schwierigkeit um, um das Problem zu lösen? (Bitte beschreiben Sie Ihr Vorgehen.)

15. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf?

(Minuten)

16. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf?

(Minuten)

6819



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

17. Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der **Maßnahmenplans** auf?

(Minuten)

18. Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation?

(Minuten)

19. Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?

Ja Nein

20. Wodurch wird die Zeit eingespart? (Bitte beschreiben Sie stichpunktartig.)

21. Wofür wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)

- Individuelle Pflege
- Administrative Tätigkeiten
- Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen
- Anleitung von Auszubildenden
- Sonstiges, nämlich...

22. Unterstützt das Strukturmodell aus Ihrer Sicht den fachlichen Kompetenzgewinn von Pflegefachkräften?

Ja Nein

23. Haben Sie eine Schulung zum Strukturmodell erhalten? (Mehrfachantworten möglich)

- Ja, durch Ein-STEP
- Ja, durch meine Einrichtung
- Ja, durch einen externen Anbieter
- Nein, ich hab keine Schulung erhalten

24. War diese Schulung ausreichend, um das Strukturmodell fachgerecht anzuwenden?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

25. Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde?

Gelingt immer Gelingt oft Gelingt selten Gelingt gar nicht



Fortsetzung Abschnitt: Erfahrungen und Einschätzungen zum Strukturmodell

26. Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus? (Bitte beschreiben Sie stichpunktartig.)

27. Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?

28. Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt?

- Ja, meine Motivation hat zugenommen
- Nein, meine Motivation ist unverändert
- Ja, meine Motivation hat abgenommen

29. Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel?

Ja Nein Teilweise Kann ich nicht beurteilen



Zum Abschluss interessieren uns noch Fragen zu Ihrer Person

30. Welchen Berufsabschluss besitzen Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- Altenpfleger/in
 Gesundheits- und Krankenpfleger/in
 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
 Sonstiges, nämlich...

31. Wie lautet Ihre derzeitige Position in der Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich)

- Verantwortliche Pflegekraft
 Qualitätsmanagementbeauftragte/r
 Team- oder Wohnbereichsleitung
 Mitarbeiter/in im Pflegeteam

32. Welche Angabe entspricht am ehesten Ihrem Stellenumfang?

- 25% 50% 75% 100%

33. Seit wann sind Sie im Bereich der Pflege tätig (erster pflegerischer Berufsabschluss)?

(Jahr)

34. Seit wann sind Sie in dieser Einrichtung angestellt?

(Monat)

(Jahr)

Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung an der Befragung.

Stecken Sie Ihren Fragebogen jetzt bitte in den an uns adressierten und vorfrankierten Rückumschlag. Verschließen Sie den Rückumschlag gut und senden Sie ihn dann per Post direkt an uns zurück.

Über die Ergebnisse der Studie (absolut anonymisiert) werden wir Ihre Einrichtung zu gegebener Zeit informieren. Wir stehen Ihnen bis dahin für Rückfragen unter

E-Mail: evasis@uni-bremen.de

Tel.: 0421 218 99213

gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
Variable	Item im Fragebogen	Seite	Codierungen
BEFR_DT	Datum der Datenaufnahme	2	
SCHEDULE	Erhebungszeitpunkt	2	1 = t ₁
BEFR_MIT	Befragung der Mitarbeiter/Innen Ihrer Einrichtung (anonym, per gedrucktem Fragebogen):	2	1 = Ja 2 = Nein
BEFR_IN	Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie ggf. für Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen, Gruppeninterviews mit Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen oder für eine Analyse von Pflegeakten im Rahmen der Studie kontaktieren?	2	1 = Ja 2 = Nein
ITEM1	01. Name der Einrichtung	3	
ITEM2	02. Straße + Hausnummer	3	
ITEM3	03. Postleitzahl	3	
ITEM4	04. Ort	3	
ITEM5	05. Telefon	3	
ITEM6	06. E-Mail	3	
ITEM7	07. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson (Vorname, Name) in der Einrichtung	3	
ITEM8_1	08. Seit wann ist die Einrichtung bei Ein-STEP registriert? (Monat)	4	
ITEM8_2	08. Seit wann ist die Einrichtung bei Ein-STEP registriert? (Jahr)	4	
ITEM9	09. Wenden Sie das Strukturmodell in der Einrichtung an?	4	1 = Ja 2 = Nein
ITEM10	10. Aus welchen Gründen wurde das Strukturmodell bislang nicht in der Einrichtung angewendet? (Mehrfachantworten möglich)	4	
ITEM10_1	Fehlende Personalressourcen	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_2	Fehlende Zeitressourcen	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_3	Zu hoher Schulungsbedarf der Mitarbeiter/Innen	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM10_4	Vorbehalte der Mitarbeiter/Innen gegenüber Neuerungen	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_5	Vorbehalte der Leitungsebene gegenüber dem Strukturmodell	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_6	Fehlende materielle Ressourcen	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_7	Bisherige Erfahrungen mit dem Strukturmodell	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_8	Unbefriedigender Testlauf des Strukturmodells in der Einrichtung	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM10_9	Sonstige Gründe	4	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM11	10. Aus welchen Gründen wurde das Strukturmodell bislang nicht in der Einrichtung angewendet? (Mehrfachantworten möglich) Sonstige Gründe	4	
ITEM12	11. Wenn Sie sich nach einem Testlauf des Strukturmodells gegen die Anwendung in der Einrichtung entschieden haben, woran lag dies?	4	
ITEM13	12. Planen Sie, das Strukturmodell in den nächsten fünf Monaten anzuwenden?	4	1 = Ja 2 = Nein
ITEM14_1	14. Seit wann wenden Sie das Strukturmodell in der Einrichtung an? (Monat)	5	
ITEM14_2	14. Seit wann wenden Sie das Strukturmodell in der Einrichtung an? (Jahr)	5	
ITEM15	15. Bitte schätzen Sie: Für welchen Anteil der Pflegebedürftigen kommt das Strukturmodell gegenwärtig zur Anwendung?	5	1 = <10% 2 = 10 bis 20% 3 = 21 bis 30% 4 = 31 bis 40% 5 = 41 bis 50% 6 = 51 bis 60% 7 = 61 bis 70%

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

			8 = 71 bis 80%
			9 = 81 bis 90%
			10 = 91 bis 100%
ITEM16	16. Mit welchem System haben Sie den Pflegeprozess vor Einführung des Strukturmodells dokumentiert? (Beispielsweise Optiplan, DAN, Sinfonie, Plan2Care, Apenio)	5	
ITEM17A	17. Welche Erwartungen hatten Sie vor der Anwendung an das Strukturmodell und in welchem Umfang haben sich diese erfüllt? (Mehrfachantworten möglich)	6	
ITEM17A1	Steigerung der Motivation der Mitarbeiter/Innen	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A2	Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/Innen	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A3	Erleichterung durch Maßnahmenpläne	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A4	Austausch im Team über Pflegeplanung wird angeregt	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A5	Steigerung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter/Innen	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A6	Zeitersparnis durch Reduzierung der Pflegedokumentation auf wesentliche Inhalte	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A7	Andere Erwartung(en), nämlich...	6	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17B1	Umfang der Erfüllung für ITEM17A1 Steigerung der Motivation der Mitarbeiter/Innen	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B2	Umfang der Erfüllung für ITEM17A2 Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/Innen	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM17B3	Umfang der Erfüllung für ITEM17A3 Erleichterung durch Maßnahmenpläne	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B4	Umfang der Erfüllung für ITEM17A4 Austausch im Team über Pflegeplanung wird angeregt	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B5	Umfang der Erfüllung für ITEM17A5 Steigerung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter/Innen	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B6	Umfang der Erfüllung für ITEM17A6 Zeitersparnis durch Reduzierung der Pflegedokumentation auf wesentliche Inhalte	6	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B7	Freitexteingabe für Sonstiges aus Item17A7	6	
ITEM18_1	18. Wie viele Wochen hat der Umstellungsprozess auf das Strukturmodell in etwa gedauert (von erster Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell bis zur routinemäßigen Anwendung)? (Angabe in Wochen)	6	
ITEM18_2	18. Wie viele Wochen hat der Umstellungsprozess auf das Strukturmodell in etwa gedauert (von erster Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell bis zur routinemäßigen Anwendung)? (Die Umstellung dauert noch an / ja, nein)	6	1 = Die Umstellung dauert noch an
ITEM19	19. Wird das Strukturmodell wie geplant umgesetzt?	6	1 = Ja 2 = Nein
ITEM20A	20a. Bei der Einführung des Strukturmodells, wurde von Beginn an die Dokumentation für alle Pflegebedürftigen angepasst	6	1 = Ja 2 = Nein, zunächst nur für einen Teil der Einrichtung (z.B. ein Wohnbereich) 3 = Nein, zunächst nur für Bewohner mit einem speziellen Risiko

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

			4 = Nein, zunächst nur für neu eingezogene Personen
			5 = Nein, zunächst nur für Personen mit verändertem Pflegebedarf (z.B. nach Krankenhausaufenthalt)
			6 = Nein, in unserer Einrichtung wurde ganz anders vorgegangen
ITEM20B	20b. Bei der Einführung des Strukturmodells, wurde von Beginn an die Dokumentation von allen Pflegefachkräften vorgenommen?	6	1 = Ja 2 = Nein, zunächst nur von einem Teil der Pflegefachkräfte
ITEM21	21. Wie bewerten Sie den Zeitaufwand der Einrichtung insgesamt für die Umstellung auf das Strukturmodell?	7	1 = Hoch 2 = Mittel 3 = Niedrig
ITEM22_1	22. Bitte schätzen Sie: Wie viele Stunden hat die Koordination (z.B. Planung, Einführung der neuen Dokumente/Software, etc.) der Einführung insgesamt in Anspruch genommen? (Angabe in Stunden)	7	
ITEM22_2	22. Bitte schätzen Sie: Wie viele Stunden hat die Koordination (z.B. Planung, Einführung der neuen Dokumente/Software, etc.) der Einführung insgesamt in Anspruch genommen? (Kann ich nicht beurteilen / ja, nein)	7	1 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM23_1	23. Bitte schätzen Sie: Wie viel Zeit hat die Schulung der Anwendergruppe insgesamt in Anspruch genommen (inkl. Vorbereitung, etc.) (Angabe in Std/Mitarbeiter)	7	
ITEM23_2	23. Bitte schätzen Sie: Wie viel Zeit hat die Schulung der Anwendergruppe insgesamt in Anspruch genommen (inkl. Vorbereitung, etc.) (Kann ich nicht beurteilen / ja, nein)	7	1 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM24_1	24. Welcher finanzielle Aufwand ging mit der Umstellung auf das Strukturmodell einher? (Angabe in € gerundet)	7	
ITEM24_2	24. Welcher finanzielle Aufwand ging mit der Umstellung auf das Strukturmodell einher? (Kann ich nicht beurteilen / ja, nein)	7	1 = Kann ich nicht beurteilen

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

ITEM25	25. Gibt es in der Einrichtung Zusatzmodule, die neben dem Strukturmodell eingesetzt werden?	7	1 = Ja 2 = Nein
ITEM26	Folgende Zusatzmodule werden neben dem Strukturmodell eingesetzt:	7	
ITEM27a – k	Platzhalter für T2-Befragung		
ITEM28_1	26. Wie viel Zeit wird aktuell durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans aufgewandt? (Minuten)	7	
ITEM28_2	26. Wie viel Zeit wird aktuell durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans aufgewandt? (Kann ich nicht beurteilen / ja, nein)	7	1 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM29_1	27. Wie viel Zeit wird aktuell bei Anwendung des Strukturmodells innerhalb von 24 Stunden durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person für die Pflegedokumentation aufgewandt? (Angabe in Minuten)	7	
ITEM29_2	27. Wie viel Zeit wird aktuell bei Anwendung des Strukturmodells innerhalb von 24 Stunden durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person für die Pflegedokumentation aufgewandt? (Kann ich nicht beurteilen)	7	1 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM30	28. Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	8	1 = Ja 2 = Nein
ITEM31	29. Wodurch wird die Zeit eingespart?	8	
ITEM32a	30. Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)	8	
ITEM32A1	Individuelle Pflege	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A2	Administrative Tätigkeiten	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A3	Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A4	Anleitung von Auszubildenden	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A5	Sonstiges	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM32B	Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	8	
ITEM33A	31a. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	8	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM33B	31b. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	8	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM34A	32a. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	8	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM34B	32b. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	8	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM35	33. Setzen Sie das Strukturmodell softwarebasiert um?	9	1 = Ja 2 = Nein
ITEM36	34. Welches System/ welchen Software Anbieter nutzen Sie?	9	
ITEM37	35. Gab es bei der Einführung der Software Probleme?	9	1 = Ja 2 = Nein
ITEM38	36. Bitte beschreiben Sie die Probleme in Stichworten	9	
ITEM39	37. Haben Sie in Absprache mit dem Software-Hersteller Modifikationen zum Strukturmodell vorgenommen?	9	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM40	38. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der SIS (Element 1) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM41	39. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der Maßnahmenplanung (Element 2) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM42	40. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien im Berichtsblatt (Element 3) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM43	41. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der Evaluation (Element 4) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM44	42. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation SOLL-Kriterien in der SIS (Element 1) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM45	43. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation SOLL-Kriterien in der Maßnahmenplanung (Element 2) verändert?	10	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM46	44. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation SOLL-Kriterien im Berichtsblatt (Element 3) verändert?	11	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM47	45. Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation SOLL-Kriterien in der Evaluation (Element 4) verändert?	11	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM48	46. Wird das Strukturmodell vom internen Qualitätsmanagement dazu genutzt, die Pflegequalität der Einrichtung darzustellen?	11	1 = Ja 2 = Nein
ITEM49	47. Nein, für die Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung wird das Strukturmodell im internen Qualitätsmanagement nicht genutzt, weil...	11	
ITEM50	48. Gibt es Änderungen des internen Qualitätsmanagements (beispielsweise bei der Abbildung von Kennzahlen) seit Einführung des Strukturmodells?	11	
ITEM51_1	49. Greift das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Abbildung der Pflegequalität auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück?	11	1 = Ja 2 = Nein
ITEM51_2	50. Wenn ja, welche?	12	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

ITEM52	51. Hat in Ihrer Einrichtung eine Schulung stattgefunden?	12	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM53	52. Wurden Sie oder einzelne Mitarbeiter/Innen als Multiplikatoren geschult?	12	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM54	53. Waren die Schulungen mittels der von Ein-STEP bereit gestellten Schulungsmaterialien zum Strukturmodell ausreichend?	12	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM55	54. Verfügen die Pflegefachkräfte über die notwendige Fachkompetenz, um aus der SIS eigenständig einen individuellen Pflege- und Maßnahmenplan zu entwickeln?	12	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM56	55. Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	12	
ITEM57	56. Hat sich die Umstellung auf das Strukturmodell aus Ihrer Sicht für die Einrichtung gelohnt (überwiegt der Nutzen den Aufwand)?	12	1 = Ja, voll und ganz 2 = Ja, zum Teil 3 = Nein, eher nicht 4 = Nein, überhaupt nicht
ITEM58	57. Die aktuelle Dokumentationsform in der Einrichtung ist	13	1 = Ausschließlich Papier-basiert 2 = Ausschließlich EDV-basiert 3 = Sowohl Papier- als auch EDV-basiert
ITEM59_1	58. Die aktuelle Dokumentationsform wird angewendet seit (Monat)	13	
ITEM59_2	58. Die aktuelle Dokumentationsform wird angewendet seit (Jahr)	13	
Link1	Interne Variable für den Sprungbutton	14	
ITEM60A	59a. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation...	14	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM60B	59b. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation stärkte die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person	14	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

			3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM60C	59c. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation ermöglichte die Dokumentation eines Konsens' zu individuell vereinbarten Leistungen	14	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM60D	59d. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation förderte die fachlichen Kompetenzen (zum Beispiel durch das freie Formulieren von Pflegebedarf, -risiken und -zielen) der Pflegefachkraft	14	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM60E	59e. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation trug dazu bei, Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte beispielsweise zur Maßnahmenplanung oder Risikoeinschätzung zu erkennen	15	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM60F	59f. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation begrenzte die schriftliche Darstellung des Pflegeprozesses auf die vier Schritte Assessment, Maßnahmenplanung, Maßnahmendurchführung und Implementierung	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu
ITEM60G	59g. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation erfasste pflegerelevante biografische Informationen im Regelfall auf einem Extrabogen	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu
ITEM60H	59h. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation legte einen Fokus auf die Erfassung und Dokumentation der häufigsten Risiken und Phänomene bei pflegebedürftigen Menschen	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu
ITEM60I	59i. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation hielt im Pflegebericht überwiegend wiederkehrende Pflegeabläufe fest	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM60J	59j. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation hielt im Pflegebericht überwiegend wiederkehrende Betreuungsabläufe fest	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu
ITEM60K	59k. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf das bisherige Pflegedokumentationssystem zu? Die bisherige Pflegedokumentation maß der Evaluation eine geringere Bedeutung bei als bei anderen Dokumentationsinhalten	15	1 = Trifft zu 2 = Trifft nicht zu
ITEM61	60. Bitte schätzen Sie: Wie viel Zeit wurde bisher durchschnittlich (ggf. vor der Einführung des Strukturmodells) pro pflegebedürftiger Person bei der Aufnahme zur Erarbeitung des Pflegeplans aufgewandt?	16	
ITEM62	61. Bitte schätzen Sie: Wie viel Zeit wendete eine Pflegefachkraft bisher durchschnittlich innerhalb von 24 Stunden pro pflegebedürftiger Person für die Pflegedokumentation auf?	16	
ITEM63A	62a. Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	16	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM63B	62b. Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	16	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM64A	63a. Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	16	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM64B	63b. Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	16	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM65	64. Welches Pflegesystem wird aktuell in Ihrer Einrichtung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)	17	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM65_1	Gruppenpflege	17	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_2	Funktionspflege	17	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_3	Bereichspflege	17	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_4	Primary Nursing	17	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_5	Sonstiges	17	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM66	Welches Pflegesystem wird aktuell in Ihrer Einrichtung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	17	
ITEM67	65. Art des Versorgungsvertrags?	18	1 = Vollstationär 2 = Teilstationär 3 = Ambulant
ITEM68	66. Pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	18	1 = Ja 2 = Nein
ITEM69A	67. Pflegefachlicher Schwerpunkt Art (Mehrfachantworten möglich)	18	
ITEM69A1	Pflege demenzkranker Menschen	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69A2	Pflege aidskranker Patienten	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69A3	Pflege beatmungspflichtiger Patienten	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69A4	Pädiatrische Pflege	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69A5	Pflege von Patienten im Wachkoma	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69A6	Sonstiges	18	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM69B	67. Pflegefachlicher Schwerpunkt Art (Mehrfachantworten möglich)(Sonstiges)	18	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

ITEM70	68. Art des Trägers	18	1 = Freigemeinnützig 2 = Öffentlich 3 = Privat
ITEM71	69. Anzahl Leistungsempfänger ausschließlich nach SGB XI	18	
ITEM72	70. Anzahl Leistungsempfänger ausschließlich nach SGB V	18	
ITEM73	71. Anzahl Leistungsempfänger nach SGB XI und SGB V	18	
ITEM74	72. Anzahl Leistungsempfänger sonstige	18	
ITEM75	73. Kapazitätsgröße der Einrichtung in Pflegeplätzen (inklusive Kurzzeitpflegeplätzen)	19	1 = bis 10 2 = 11 bis 20 3 = 21 bis 30 4 = 31 bis 40 5 = 41 bis 50 6 = 51 bis 60 7 = 61 bis 80 8 = 81 bis 100 9 = 101 bis 150 10 = 151 bis 200 11 = 201 bis 300 12 = 301 oder mehr
ITEM76	74. Aktuell belegte Kapazitäten insgesamt (inklusive Kurzzeitpflegeplätzen)	19	
ITEM77	75. Anzahl Personen mit PEA, sog. "PS 0"	19	
ITEM78	76. Anzahl Personen Pflegestufe I	19	
ITEM79	77. Anzahl Personen Pflegestufe II	19	
ITEM80	78. Anzahl Personen Pflegestufe III	19	
ITEM81	79. Anzahl Personen Pflegestufe Härtefall	19	
ITEM82A	80a) Wie viele Mitarbeitende sind in Ihrer Einrichtung insgesamt beschäftigt?	20	
ITEM82B	80b) ...dies entspricht folgender Anzahl an Vollzeitäquivalenten (bezieht sich auf Frage 80a, Item82a)	20	
ITEM83A	81 a) Wie viele Pflegefachkräfte sind in Ihrer Einrichtung beschäftigt?	20	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁			
ITEM83B	81b) ...dies entspricht folgender Anzahl an Vollzeitäquivalenten (bezieht sich auf Frage 81a, Item 83a)	20	
ITEM84	82. Position in der Einrichtung (Mehrfachantworten möglich)	20	
ITEM84_1	Einrichtungsleitung	20	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_2	Verantwortliche Pflegefachkraft	20	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_3	Qualitätsmanagementbeauftragte/r	20	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_4	Geschäftsführung	20	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_5	Keine der genannten Positionen	20	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM85	83. Im Bereich der Pflege tätig seit	20	
BTN_SEND	Interne Variable für Senden-Button		

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₂			
Variable	Item im Fragebogen	Seite	Codierungen
BEFR_DT	Datum der Datenaufnahme	2	
ITEM1	01. Name der Einrichtung	2	
ITEM2	02. Straße + Hausnummer	2	
ITEM3	03. Postleitzahl	2	
ITEM4	04. Ort	2	
SCHEDULE	Erhebungszeitpunkt	2	1 = t ₂
ITEM17A	05. Welche Erwartungen hatten Sie vor der Anwendung an das Strukturmodell und in welchem Umfang haben sich diese erfüllt? (Mehrfachantworten mög- lich)	3	
ITEM17A1	05. Steigerung der Motivation der Mitarbeiter/Innen	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₂			
ITEM17A2	05. Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/Innen	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A3	05. Erleichterung durch Maßnahmenpläne	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A4	05. Austausch im Team über Pflegeplanung wird angeregt	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A5	05. Steigerung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter/Innen	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A6	05. Zeitersparnis durch Reduzierung der Pflegedokumentation auf wesentliche Inhalte	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17A7	05. Andere Erwartung(en), nämlich...	3	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM17B1	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A1 Steigerung der Motivation der Mitarbeiter/Innen	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B2	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A2 Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/Innen	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B3	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A3 Erleichterung durch Maßnahmenpläne	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B4	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A4 Austausch im Team über Pflegeplanung wird angeregt	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B5	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A5 Steigerung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter/Innen	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B6	05. Umfang der Erfüllung für ITEM17A6 Zeitersparnis durch Reduzierung der Pflegedokumentation auf wesentliche Inhalte	3	1 = Voll erfüllt 2 = In Teilen erfüllt 3 = Nicht erfüllt
ITEM17B7	05. Freitexteingabe für Sonstiges aus Item17A7	3	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₂			
ITEM19	06. Wird das Strukturmodell wie geplant umgesetzt?	3	1 = Ja 2 = Nein
ITEM25	07. Gibt es in der Einrichtung Zusatzmodule, die neben dem Strukturmodell eingesetzt werden?	3	1 = Ja 2 = Nein
ITEM26	07. Folgende Zusatzmodule werden neben dem Strukturmodell eingesetzt:	3	
Item27a	08. Wie schätzen Sie das Strukturmodell bezüglich der folgenden Aspekte ein? Das Strukturmodell... ...stärkt und beachtet die Individualität der pflegebedürftigen Person	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27b	08. ...stärkt und beachtet die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27c	08. ...ermöglicht die Dokumentation eines Konsens zu individuell vereinbarten Leistungen	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27d	08. ...fördert die fachlichen Kompetenzen (zum Beispiel durch das freie Formulieren von Pflegebedarf, -risiken und -zielen) der Pflegefachkräfte	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27e	08. ...trägt dazu bei, Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte beispielsweise zur Maßnahmenplanung oder Risikoeinschätzung zu erkennen	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27f	08. ...begrenzt die schriftliche Darstellung des Pflegeprozesses auf die vier Schritte Assessment, Maßnahmenplanung, Maßnahmendurchführung und Implementierung	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27g	08.	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₂

	...erfasst pflegerelevante biografische Informationen im Regelfall in der SIS und nicht auf einem Extrabogen		3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27h	08. ...legt einen Fokus auf die Erfassung, Risiken und Phänomene bei pflege- und hilfsbedürftigen Menschen	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27i	08. ...hält im Pflegebericht zumeist Abweichungen in den Pflegeabläufen fest	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27j	08. ...hält im Pflegebericht zumeist Abweichungen in den Betreuungsabläufen fest	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
Item27k	08. ...verstärkt die Bedeutung der Evaluation auf Grundlage der Beobachtung und der fachlichen Kenntnisse	4	1 = Trifft voll zu 2 = Trifft in weiten Teilen zu 3 = Trifft in wenigen Teilen zu 4 = Trifft gar nicht zu
ITEM28_1	09. Wie viel Zeit wird aktuell durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans aufgewandt? (Minuten)	5	
ITEM28_2	09. Wie viel Zeit wird aktuell durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans aufgewandt? (Kann ich nicht beurteilen / ja, nein)	5	1 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM29_1	10. Wie viel Zeit wird aktuell bei Anwendung des Strukturmodells innerhalb von 24 Stunden durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person für die Pflegedokumentation aufgewandt? (Angabe in Minuten)	5	
ITEM29_2	10. Wie viel Zeit wird aktuell bei Anwendung des Strukturmodells innerhalb von 24 Stunden durchschnittlich pro pflegebedürftiger Person für die Pflegedokumentation aufgewandt? (Kann ich nicht beurteilen)	5	1 = Kann ich nicht beurteilen

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₂			
ITEM30	11. Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	5	1 = Ja 2 = Nein
ITEM31	12. Wodurch wird die Zeit eingespart?	5	
ITEM32a	13. Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)	5	
ITEM32A1	13. Individuelle Pflege	5	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A2	13. Administrative Tätigkeiten	5	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A3	13. Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen	5	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A4	13. Anleitung von Auszubildenden	5	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32A5	13. Sonstiges	5	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM32B	13. Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	5	
ITEM33A	14a. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	5	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM33B	14b. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	5	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
ITEM34A	15a. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	5	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t2			
ITEM34B	15b. Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	5	1 = Immer 2 = Oft 3 = Selten 4 = Nie
Item 48	16. Wird das Strukturmodell vom internen Qualitätsmanagement dazu genutzt, die Pflegequalität der Einrichtung darzustellen?	6	1 = Ja 2 = Nein
ITEM49	17. Nein, für die Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung wird das Strukturmodell im internen Qualitätsmanagement nicht genutzt, weil...	6	
ITEM50	18. Gibt es Änderungen des internen Qualitätsmanagements (beispielsweise bei der Abbildung von Kennzahlen) seit Einführung des Strukturmodells?	6	
ITEM51_1	19. Greift das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Abbildung der Pflegequalität auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück?	6	1 = Ja 2 = Nein
ITEM51_2	20. Wenn ja, welche?	6	
ITEM55	21. Verfügen die Pflegefachkräfte über die notwendige Fachkompetenz, um aus der SIS eigenständig einen individuellen Pflege- und Maßnahmenplan zu entwickeln?	7	1 = Ja 2 = Nein 3 = Kann ich nicht beurteilen
ITEM56	22. Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	7	
ITEM57	23. Hat sich die Umstellung auf das Strukturmodell aus Ihrer Sicht für die Einrichtung gelohnt (überwiegt der Nutzen den Aufwand)?	7	1 = Ja, voll und ganz 2 = Ja, zum Teil 3 = Nein, eher nicht 4 = Nein, überhaupt nicht
ITEM58	24. Die aktuelle Dokumentationsform in der Einrichtung ist	7	1 = Ausschließlich Papier-basiert 2 = Ausschließlich EDV-basiert 3 = Sowohl Papier- als auch EDV-basiert
ITEM59_1	25. Die aktuelle Dokumentationsform wird angewendet seit (Monat)	7	
ITEM59_2	25. Die aktuelle Dokumentationsform wird angewendet seit (Jahr)	7	
ITEM65	26. Welches Pflegesystem wird aktuell in Ihrer Einrichtung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)	8	

Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₂

ITEM65_1	26. Gruppenpflege	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_2	26. Funktionspflege	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_3	26. Bereichspflege	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_4	26. Primary Nursing	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM65_5	26. Sonstiges	8	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM66	26. Welches Pflegesystem wird aktuell in Ihrer Einrichtung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	8	
ITEM67	27. Art des Versorgungsvertrags?	8	1 = Vollstationär 2 = Teilstationär 3 = Ambulant
ITEM70	28. Art des Trägers	8	1 = Freigemeinnützig 2 = Öffentlich 3 = Privat
ITEM84	29. Position in der Einrichtung (Mehrfachantworten möglich)	9	
ITEM84_1	29. Einrichtungsleitung	9	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_2	29. Verantwortliche Pflegefachkraft	9	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_3	29. Qualitätsmanagementbeauftragte/r	9	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_4	29. Geschäftsführung	9	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM84_5	29. Keine der genannten Positionen	9	0 = nicht angekreuzt 1 = angekreuzt
ITEM85	30. Im Bereich der Pflege tätig seit	9	

Online-Befragung MDK/Heimaufsicht

Variable	Item im Fragebogen	Seite	Codierungen
REMOTE_U	Interne Variable, ob Onlinefragebogen oder Papierfragebogen		
TIME_STA	Interne Variable mit Zeitstempel, wann der Datensatz verarbeitet worden ist		
BEFR_DT	Datum der Datenaufnahme	2	
ITEM1	01. Möchten Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden?	2	1=Ja 2=Nein
ITEM2A	02. Welche Tätigkeit trifft auf Sie zu? Sie sind	3	1=Mitarbeiterin/Mitarbeiter des MDK 2=Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Heimaufsicht 3=Sonstiges
ITEM2B	Freitextfeld für Sonstiges	3	
Item3	03. In welchem Bundesland sind Sie überwiegend tätig?	3	1=Baden-Württemberg 2=Bayern 3=Berlin 4=Brandenburg 5=Bremen 6=Hamburg 7=Hessen 8=Mecklenburg-Vorpommern 9=Niedersachsen 10=Nordrhein-Westfalen 11=Rheinland-Pfalz 12=Saarland 13=Sachsen 14=Sachsen-Anhalt 15=Schleswig-Holstein 16=Thüringen
Item4A	04. Welchen Tätigkeitsschwerpunkt haben Sie?	3	1=Überwiegend Gutachtertätigkeit zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Online-Befragung MDK/Heimaufsicht

			2=Überwiegend Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtung
			3=Überwiegend in der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie Pflegeeinrichtungen tätig
			4=Ich habe einen anderen Tätigkeitsschwerpunkt
Item4B	Freitextfeld für anderen Tätigkeitsschwerpunkt	3	
Item5	05. Sind Sie bereits für das Strukturmodell geschult worden?	4	1=Ja 2=Nein
Item6	06. Fühlen Sie sich ausreichend auf den Umgang mit dem Strukturmodell vorbereitet?	4	1=Ja 2=Nein
Item7	07. Verfügen Sie über praktische Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell anwenden?	4	1=Ja 2=Nein
Item8A	08. Stellen die nach dem Strukturmodell erstellten Pflegedokumentationen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung des MDK in stationären Einrichtungen zur Verfügung?	4	1=Ja 2=Nein
Item8B	Nein, es fehlen folgende Informationen...	4	
Item9A	09. Stellen die nach dem Strukturmodell erstellten Pflegedokumentationen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung des MDK in ambulanten Einrichtungen zur Verfügung?	4	1=Ja 2=Nein
Item9B	Nein, es fehlen folgende Informationen...	4	
Item10A	10. Ist die neue Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel, die für die jeweiligen Einrichtungen gelten?	5	1=Ja 2=Nein
Item10B	Nein, aus folgenden Gründen nicht...	5	
Item11A	11. Gibt es Hinweise in der Art der Dokumentation, die auf eine mangelhafte Schulung der ausfüllenden Pflegefachkräfte hindeuten?	5	1=Ja 2=Nein
Item11B	Ja, und zwar in folgenden Bereichen...	5	
Item12	12. Wie bewerten Sie die Qualität der von Ihnen im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen?	5	1=Sehr hoch 2=Hoch

Online-Befragung MDK/Heimaufsicht		
--	--	--

3=Ausreichend

4=Gering

5=Sehr gering

Item13	13. Wie bewerten Sie die Qualität der von Ihnen im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentation in ambulanten Einrichtungen?	5
--------	--	---

1=Sehr hoch

2=Hoch

3=Ausreichend

4=Gering

5=Sehr gering

Item14	14. E-Mail (Ihre E-Mail Adresse wird ausschließlich zum Versenden von Informationen zum Verlauf der Studie verwendet. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben)	5
--------	--	---

Leitfäden der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews

In Rücksprache mit dem Projektteam und in Orientierung an der Leistungsbeschreibung zur Studie vom GKV-Spitzenverband wurden folgende drei Interviewleitfäden für die Fokusgruppendifkussionen erstellt:

- Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflege(fach-)kräfte stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen
- Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflegedienstleitungen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen
- Interviewleitfaden Fokusgruppe MDK und Heimaufsicht

Jeder Leitfaden wurde einem Pretest unterzogen, indem insgesamt drei telefonische Pretests mit einer Vertreterin/einem Vertreter aus der jeweiligen Zielgruppe durchgeführt wurden. Die Durchführung der Pretests erfolgte ebenfalls um die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen und um gegebenenfalls noch fehlende Fragenkomplexe in den Leitfäden aufzunehmen.

Basierend auf den Ergebnissen der ersten Fokusgruppendifkussionen wurden ergänzende Telefoninterviews geführt, um bestimmte Aspekte und Problemfelder zu vertiefen. Hierfür wurden folgende drei Leitfäden erstellt:

- Interviewleitfaden Telefoninterview Teilentbürokratisierung,
- Interviewleitfaden Telefoninterview Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem und
- Interviewleitfaden Telefoninterview Qualitätsmanagementbeauftragte.

Bei der Auswahl der interviewten Personen handelt es sich um Akteure, die ebenfalls im Implementierungsprozess wesentliche Aufgaben übernehmen und im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen und in Gesprächen zum Strukturmodell in den Blickpunkt des Forschungsprojektes getreten sind. Da es sich um Anpassungen der bereits bestehenden Interviewleitfäden handelt, wurden vorab keine Pretests durchgeführt. Zusammenfassend sind die Fragenkomplexe der insgesamt sechs Leitfäden in Tabelle 30 dargestellt. Die vollständigen Leitfäden befinden sich am Ende dieses Abschnitts.

Tabelle 30: Fragenkomplexe der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews

Zielgruppe	Fragenkomplexe
Pflege(fach-)kräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsbasis • Erfahrungen • Schulung • Praktikabilität/ Nutzung im Alltag • Erstgespräch (SIS® initial) • Risikomatrix • Erstellung des individuellen Maßnahmenplans • Berichteblatt • Sicherstellung der Versorgung

Zielgruppe	Fragenkomplexe
	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte
Pflegedienstleitungen	<ul style="list-style-type: none"> • Grund für die Umstellung • Schulung • Umstellungsprozess • Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung • Erfahrungen mit den Prüfinstanzen • Haftung
MDK/Heimaufsicht	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen • Schulung • Bewertung aus Sicht der Prüfinstanzen
Teilentbürokratisiert	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen • Grund für die Umstellung zum Strukturmodell • Schulung • Umstellungsprozess Strukturmodell • Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung • Erfahrungen mit den Prüfinstanzen • Erarbeitung eigenes Dokumentationssystem
Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen • Grund für die Umstellung zum Strukturmodell • Schulung • Umstellungsprozess • Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung • Erfahrungen mit den Prüfinstanzen • Haftung • Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem
Qualitätsmanagement-beauftragte	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsbasis • Grund für die Umstellung • Erfahrungen • Schulung • Umstellungsprozess • Erfahrungen aus Sicht der QM-Beauftragten • Erfahrungen mit den Prüfinstanzen • Haftung

Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflege(fach-)kräfte stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studienteams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchten wir uns zuerst für die Teilnahme und die Anreise für die heutige Gruppendiskussion bei Ihnen bedanken.

Fast alle von Ihnen hatten bereits Kontakt zu mir. Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS). Ich möchte Ihnen meine Kollegin/meinen Kollegen (Name) vorstellen. Sie/Er unterstützt uns im Projekt EvaSIS als (Tätigkeit).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Uns interessieren Ihre Sichtweisen und die gesammelten Erfahrungen in Bezug auf die Einführung und Anwendung des Strukturmodells, deswegen haben wir Sie als Pflegefachkräfte eingeladen, um Sie im Rahmen einer Gruppendiskussion zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen und sich untereinander auszutauschen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 60 bis maximal 90 Minuten geplant.

Uns ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu unseren Fragen einfällt. Wir werden das Gespräch aufzeichnen und uns Notizen machen. Es wäre

schön, wenn Sie möglichst nicht durcheinander reden und nacheinander sprechen. Wir haben unsere Fragen an Sie in die Themenbereiche Erfahrungen, Schulung, Nutzung im Alltag sowie die Bewertung aus Ihrer Sicht eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Wenn alle einverstanden sind, würden wir jetzt mit der Audio-Aufzeichnung und der Diskussionsrunde beginnen.

Themenbereich Erfahrungsbasis

Wie lange wird das Strukturmodell in Ihrer Einrichtung schon genutzt?

Seit wann arbeiten Sie persönlich mit dem Strukturmodell?

Bei wie vielen Ihrer Patientinnen und Patienten (Bewohnerinnen und Bewohner) wird das Dokumentationssystem angewendet?

Themenbereich Erfahrungen

Wie praktikabel ist die neue Pflegedokumentation im Arbeitsalltag?

Wie klappt die Umsetzung?

- *Was läuft dabei gut?*
- *Wo besteht Verbesserungsbedarf?*
- *Welche Meinung haben Sie dazu?*

Themenbereich Schulung

Wer von Ihnen konnte an einer Schulung teilnehmen?

Inwieweit hat Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen?

Haben Sie eine Schulungsmappe bekommen? (Informations- und Schulungsunterlagen)

War die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?*

Themenbereich Praktikabilität/ Nutzung im Alltag

Wieviel Zeit nimmt die Erstellung der täglichen Pflegedokumentation für eine pflegebedürftige Person in Anspruch?

Gibt es Unterschiede zum vorherigen Dokumentationssystem?

- *Welche Veränderungen gibt es im zeitlichen Aufwand?*
- *Falls: Wofür wird die gewonnene Zeit eingesetzt?*
- *Was läuft gut (besser) und was läuft nicht so gut?*

Wie gestalten Sie die Dokumentation von speziellen pflegerischen Problemen? (z.B. Kontrakturen, Thrombose, Ulcus cruris, Pneumonie)?

- *Wo verankern Sie diese Informationen?*
- *Wie gut ist das Strukturmodell für die Erfassung solcher Probleme geeignet?*

In welchen Fällen werden Pflegebedürftige, deren Angehörige bzw. Betreuer oder Stellvertreter in das Strukturmodell mit einbezogen?

- *Wie werden die Ergebnisse des Aushandlungsprozesses innerhalb der Pflegedokumentation festgehalten?*

Wie wird das Strukturmodell im fachlichen Austausch für Übergaben, Dienstbesprechungen u. ä. genutzt?

- *Welche Effekte hat der Austausch mit dem Strukturmodell?*
- *Inwieweit hat es Auswirkungen auf die fachliche Qualität?*

Themenbereich Erstgespräch (SIS initial)

Wie viel Zeit nimmt die Erstellung der SIS für eine pflegebedürftige Person in Anspruch?

In welchen Situationen oder bei welchen Personengruppen gibt es Schwierigkeiten beim Erstgespräch?

Wie sind Ihre Erfahrungen bei Menschen mit Demenz?

Wie führen Sie da das einleitende Gespräch?

- *Ist das Gespräch gut durchzuführen?*

Inwieweit erfasst die Strukturierte Informationssammlung alle relevanten Informationen zur Situation der pflegebedürftigen Person?

- *Welche Informationen können gut und welche nicht so gut erfasst werden?*
- *Was sollte geändert oder beibehalten werden?*

Themenbereich Risiko-Matrix

Ist die erstellte Risikomatrix im Kontext der Themenfelder verständlich?

Und inwieweit unterstützt Sie die Risikomatrix in der Pflege?

- *Inwieweit gibt es Einschränkungen in der Erstellung der Risikomatrix?*

Themenbereich Erstellung des individuellen Maßnahmenplans

Wie gelingt es Ihnen, den individuellen Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS zu erstellen?

- *Was gelingt Ihnen gut?*
- *Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Erstellung?*
- *Wo benötigen Sie Unterstützung?*

- *Wenn Sie das mit der alten Dokumentation vergleichen, gibt es da Veränderungen?*

Welche Erfahrungen haben Sie im Anpassen des Maßnahmenplans?

- *Welche Anlässe führen zu einer Veränderung?*
- *Wie flexibel ist die Anpassung im Vergleich zur vorherigen Dokumentation?*

Themenbereich Berichteblatt

Welche Rolle spielt das Berichteblatt in der täglichen Dokumentation? (Routine)

Wie nutzen Sie das Berichteblatt?

Wie beurteilen Sie das Berichteblatt? Wo bietet es Unterstützung? Welche Schwächen sehen Sie?

- *Inwieweit werden Routinemaßnahmen notiert?*
- *In welchem Umfang (wie oft, zu welchen Anlässen)?*
- *Werden ausschließlich Abweichungen notiert?*

Themenbereich Sicherstellung der Versorgung

Wie erfasst die SIS veränderte Situationen?

Ab welchem Grad der Veränderung halten Sie die erneute Erstellung der SIS für nötig?

- *In welchen Fällen wird die erneute Erstellung einer SIS ausgelöst?*

Wie wird mit Abweichungen von den regelmäßigen Abläufen in der Grundpflege und Betreuung umgegangen?

Wie lassen sich solche Abweichungen mit dem Strukturmodell erfassen?

- *Wo besteht Verbesserungsbedarf?*

Themenbereich Bewertung aus Sicht der Pflegekräfte

Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege nehmen Sie wahr?

Welche Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe nehmen Sie wahr?

Welche Auswirkungen auf den Austausch/ Kommunikation nehmen Sie wahr?

Inwieweit werden Sie durch die Pflegedokumentation angeregt, sich Fachwissen anzueignen?

Inwieweit werden Sie durch die Pflegedokumentation angeregt, über die Lebenswelt der Patientin oder des Patienten (Bewohnerin oder Bewohner) nachzudenken?

Inwieweit werden Sie durch die Pflegedokumentation angeregt, Ihr eigenes Wissen kreativ zu nutzen und einzubringen?

Welcher Baustein der Pflegedokumentation ist Ihnen am wichtigsten?

Welcher ist für Sie am leichtesten umzusetzen?

Welcher ist für Sie am schwersten umzusetzen?

Wie empfinden Sie persönlich die Arbeit mit der Pflegedokumentation?

- *Mit wieviel Freude nutzen Sie die Pflegedokumentation im Vergleich zur vorherigen?*

Themenbereich Abschlussfrage

Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Was soll unbedingt beibehalten werden?

Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der zukünftigen Umsetzung?

Würden Sie die Pflegedokumentation Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?

Wenn Sie das Strukturmodell weiterempfehlen, wie würden Sie dies anhand von zwei Sätzen formulieren?

Welche Fragen haben Sie an uns?

Was möchten Sie abschließend noch zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

- *Ggf. Informationen über Veröffentlichung der Ergebnisse, Angebot, Studie nach Veröffentlichung zukommen zu lassen.*

Interviewleitfaden Fokusgruppe Pflegedienstleitungen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studienteams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchten wir uns zuerst für die Teilnahme und die Anreise für die heutige Gruppendiskussion bei Ihnen bedanken.

Fast alle von Ihnen hatten bereits Kontakt zu mir. Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS). Ich möchte Ihnen meine Kollegin/meinen Kollegen (Name) vorstellen. Sie/Er unterstützt uns im Projekt EvaSIS als (Tätigkeit).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Ihre Bewertung in Bezug auf das Strukturmodell ist uns sehr wichtig, deswegen haben wir Sie als Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleitern aus verschiedenen Einrichtungen in (Stadt) eingeladen, um Sie Rahmen einer Gruppendiskussion zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen und sich untereinander auszutauschen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 60 bis maximal 90 Minuten geplant.

Uns ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu unseren Fragen einfällt. Wir werden das Gespräch aufzeichnen und uns Notizen machen. Es wäre schön, wenn Sie möglichst nicht durcheinander reden und nacheinander sprechen. Wir haben unsere Fragen an Sie in die Themenbereiche Umstellungsprozess, Schulung und Erfahrungen aus Ihrer Sicht sowie mit den Prüfinstanzen und der Haftung eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Wenn alle einverstanden sind, würden wir jetzt mit der Audio-Aufzeichnung und der Diskussionsrunde beginnen.

Themenbereich Grund für die Umstellung

Aus welchen Gründen haben sich Ihre Einrichtungen für das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde die Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

- *Wie lange wird das Strukturmodell in Ihrer Einrichtung schon genutzt?*

Themenbereich Schulung

Wer aus Ihrer Einrichtung hat an einer Schulung teilgenommen?

Inwieweit hat Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen?

Inwieweit arbeiten Sie mit den Informations- und Schulungsunterlagen von Ein-Step?

Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?*

Themenbereich Umstellungsprozess

Wie hat die Leitung des Hauses den Prozess der Umstellung gesteuert?

Was waren wichtige Abläufe?

Was hat Sie motiviert dabei zu bleiben?

Inwieweit löste die Umstellung einen finanziellen Aufwand aus?

Inwieweit betrachten Sie zum heutigen Zeitpunkt die geplante Umsetzung der neuen Pflegedokumentation als abgeschlossen?

Wurden alle Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner auf das Strukturmodell umgestellt?

- *Wer war konkret für die Umstellung verantwortlich?*
- *Inwieweit wurde die Umstellung in Ihrer Einrichtung von Multiplikatoren begleitet?*
- *Was waren die schwierigsten Hürden im Prozess der Umstellung?*
- *Was lief gut?*
- *In welchen Phasen der Umstellung hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht?*

Themenbereich Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung

Welche Auswirkungen hat die Einführung des Strukturmodells auf Ihre Einrichtung?

Welche Vor- und Nachteile haben sich ergeben?

Welche Veränderungen ergaben sich in den Organisationsabläufen durch die neue Dokumentationspraxis?

Wie wirkt sich die neue Pflegedokumentation auf die Motivation der Pflegekräfte zur Dokumentation im Vergleich zu früher aus?

- *Wie war die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Strukturmodell?*

Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung sehen Sie mit der Einführung des Strukturmodells?

- *Welche Auswirkungen sehen Sie in Bezug auf Qualität und Effizienz der Pflege?*
- *Welche Auswirkungen hat die neue Pflegedokumentation auf die Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner?*
- *Welche Auswirkungen sehen Sie auf die Personalkapazität?*

Inwieweit wird das Strukturmodell Ihres Wissens nach im Kontext des fachlichen Austauschs für Übergaben, Dienstbesprechungen u. ä. genutzt?

- *Wie gut ist das Strukturmodell im Vergleich zu dem vorherigen Dokumentationssystem für den Austausch geeignet?*
- *Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden?*

Themenbereich Erfahrungen mit den Prüfinstanzen

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Prüfinstanzen (MDK/Heimaufsicht) im Zusammenhang mit dem Strukturmodell gesammelt?

Welche Rückmeldung bekommen Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem?

- *Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?*
- *Inwiefern eignet sich das Strukturmodell für die Nutzung des Neuen Begutachtungsinstruments?*

Themenbereich Haftung

Wie beurteilen Sie die Rechtssicherheit des Strukturmodells?

Welche Bedenken gibt es aus Ihrer Sicht bezüglich der Haftung/ Rechtssicherheit, die es mit der bisherigen Pflegedokumentation nicht gab?

- *Falls geäußert: Wodurch wurden diese Bedenken ausgelöst? (durch Information, Erfahrungen, Schulung)*

Themenbereich Abschlussfragen

Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Strukturmodell erfüllt?

Würden Sie es noch einmal machen?

- *Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?*
- *Was soll unbedingt beibehalten werden?*
- *Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der zukünftigen Umsetzung?*
- *Würden Sie die Pflegedokumentation Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?*

Was möchten Sie abschließend noch zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

- *Ggf. Informationen über Veröffentlichung der Ergebnisse, Angebot, Studie nach Veröffentlichung zukommen zu lassen.*

Interviewleitfaden Fokusgruppe MDK und Heimaufsicht

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studienteams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchten wir uns zuerst für die Teilnahme und die Anreise für die heutige Gruppendiskussion bei Ihnen bedanken.

Fast alle von Ihnen hatten bereits Kontakt zu mir. Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS). Ich möchte Ihnen meine Kollegin/meinen Kollegen (Name) vorstellen. Sie/Er unterstützt uns im Projekt EvaSIS als (Tätigkeit).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Ihre Bewertung in Bezug auf das Strukturmodell ist uns sehr wichtig, deswegen haben wir Sie als Vertreter der Heimaufsicht aus den Bundesländern Hessen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Brandenburg eingeladen, um Sie im Rahmen einer Gruppendiskussion zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen und sich untereinander auszutauschen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 60 bis maximal 90 Minuten geplant.

Uns ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu unseren Fragen einfällt. Wir werden das Gespräch aufzeichnen und uns Notizen machen. Es wäre

schön, wenn Sie möglichst nicht durcheinander reden und nacheinander sprechen. Wir haben unsere Fragen an Sie in die Themenbereiche Erfahrung, Schulung und Bewertung aus Ihrer Sicht eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Wenn alle einverstanden sind, würden wir jetzt mit der Audio-Aufzeichnung und der Diskussionsrunde beginnen.

Themenbereich Erfahrungen

Wer von Ihnen hat schon Einrichtungen, die mit dem Strukturmodell arbeiten, geprüft?

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Strukturmodell gesammelt?

- *Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern? Bitte schildern Sie das mal kurz.*
- *Was sind denn in den Prüfungen Ihrer Meinung nach Vorteile des Strukturmodells?*
- *Was sind denn Ihrer Meinung nach Nachteile des Strukturmodells für die Prüfinstanzen?*

Themenbereich Schulung

Wer von Ihnen hat an einer Schulung teilgenommen?

Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Hintergrundwissen zum Strukturmodell zu bekommen?

Wie hat Sie denn die Schulung auf Ihre Tätigkeit im Rahmen der Prüfungen vorbereitet?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Welche Inhalte für Sie aus den Prüfinstanzen waren überflüssig?*

- *Welche Inhalte speziell für die Überprüfung sollten noch aufgenommen werden?*

Themenbereich Bewertung aus Sicht der Prüfinstanz

Inwieweit ist Ihrer Meinung nach das Strukturmodell mit den länderspezifischen Prüfregelungen kompatibel?

- *Welche Prüfregeln sind gut im Strukturmodell anwendbar?*
- *Bei welchen haben Sie Schwierigkeiten?*

Wie eignet sich das Strukturmodell als Grundlage der Qualitätsprüfung gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie?

- *Welche Bausteine der Richtlinie sind besonders gut im Strukturmodell abgebildet?*
- *Bei welchen Aspekten ist es schwierig, die Richtlinie auf das Strukturmodell zu übertragen?*

In welchen Kriterien ist aus Ihrer Sicht eine Überarbeitung des Prüfkataloges notwendig?

- *Was kann im Prüfkatalog gestrichen werden?*
- *Was ist unbedingt noch in den Prüfkatalog aufzunehmen?*

Inwieweit sind die für die Prüfung notwendigen Informationen in der Pflegedokumentation zu finden?

- *Welche Informationen sind leichter zu finden als früher?*
- *Welche sind schwerer aufzufinden?*
- *Welche weiteren Informationen fehlen?*

Inwieweit hat sich der Dokumentationsaufwand im Rahmen der Prüfung im Vergleich zur vorherigen Pflegedokumentation verändert?

Inwieweit hat sich der zeitliche Aufwand für die Prüfung verändert?

- *Wie viele Prüfungen braucht es Ihrer Meinung nach, um mit dem Strukturmodell eine „Routine“ zu entwickeln?*

Welche Aspekte der Qualitätsprüfung können Ihrer Meinung nach mit der neuen Dokumentation nicht auf gesicherter Grundlage bearbeitet werden?

- *Wie müsste die Dokumentation nach dem Strukturmodell dahingehend angepasst werden?*
- *Welche Aspekte der Qualitätsprüfung sind Ihrer Meinung nach evtl. nicht mehr zeitgemäß oder notwendig?*

Wie bewerten Sie die Qualität der von Ihnen im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentation? In Bezug auf Fachsprache, sachlicher Ausdruck; Transparenz, Nachvollziehbarkeit; Vollständigkeit; Reduktion auf die wesentlichen Informationen

- *In welchen Aspekten ist die Qualität gleich geblieben?*
- *Wo hat sich die Qualität verbessert oder verschlechtert?*
- *Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?*

Wer erstellt Ihrer Meinung nach die Informationssammlung, die Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung in den von Ihnen geprüften Dokumenten?

- *Inwiefern haben Sie den Eindruck, dass das Berichtsblatt multidisziplinär genutzt wird?*
- *Sind Sie der Meinung, dass dies Pflegehilfskräfte vornehmen?*

Themenbereich Abschlussfragen

Möchten Sie abschließend noch etwas zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Welche Fragen haben Sie an uns?

Dürfen wir uns bei Fragen noch einmal an Sie wenden?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

Interviewleitfaden Telefoninterview Teilentbürokratisierung

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studienteams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchten wir uns zuerst für die Teilnahme für das heutige Telefoninterview bei Ihnen bedanken.

Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Ihre Bewertung in Bezug auf das Strukturmodell ist uns sehr wichtig, deswegen haben wir Sie als Referentin/Referent eingeladen, um Sie im Rahmen eines Einzelinterviews zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 30 bis maximal 60 Minuten geplant.“

Mir ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu den Fragen einfällt. Das Gespräch wird aufgezeichnet und ggf. Notizen angefertigt. Die Fragen an Sie wurden in die Themenbereiche Erfahrung, Umstellungsprozess zum Strukturmodell, Schulung und Erfahrungen mit den Prüfinstanzen sowie Erstellung eines eigenen Dokumentationssystems eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich die Audio-Aufzeichnung weiterlaufen lassen und mit dem Interview beginnen.

Themenbereich Erfahrung

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Strukturmodell gesammelt?

Themenbereich Grund für die Umstellung zum Strukturmodell

Aus welchen Gründen hat sich Ihr Träger in zwei stationäre Einrichtung für das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde diese Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

- *Wann wurde es eingeführt?*
- *Wie lange wurde das Strukturmodell genutzt?*

Themenbereich Schulung

Wer aus Ihrer stationären Einrichtung hat an einer Schulung teilgenommen?

Haben Sie an einer Schulung teilgenommen?

Inwieweit hatte Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen?

Inwieweit arbeiteten Sie mit den Informations- und Schulungsunterlagen von Ein-Step?

Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?*

Themenbereich Umstellungsprozess Strukturmodell

Wer war konkret für die Umstellung verantwortlich?

Inwieweit wurde die Umstellung in Ihrer Einrichtung von Multiplikatoren begleitet?

Was waren die schwierigsten Hürden im Prozess der Umstellung?

Was lief gut?

In welchen Phasen der Umstellung hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht?

Themenbereich Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung

Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Strukturmodells auf Ihre stationären Einrichtungen?

Welche Vor- und Nachteile haben sich ergeben?

- *Wie war die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Strukturmodell?*

Themenbereich Erfahrungen mit den Prüfinstanzen

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Prüfinstanzen (MDK/Heimaufsicht) im Zusammenhang mit dem Strukturmodell gesammelt?

Welche Rückmeldung bekommen Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem?

- *Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?*
- *Inwiefern eignet sich das Strukturmodell für die Nutzung des Neuen Begutachtungsinstruments?*

Themenbereich Erarbeitung eigenes Dokumentationssystem

Aus welchen Gründen haben sich Ihre stationären Einrichtungen gegen das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde diese Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

Inwieweit löst die Erarbeitung eines eigenen Dokumentationssystems einen Aufwand aus?

- *Finanziell*
- *Zeitlich*

Seit wann arbeiten Sie Ihr eigenes Dokumentationssystem aus?

Wann soll dieses eingeführt werden?

Wer erarbeitetet das neue Dokumentationssystem?

Wer steuert die Einführung des Dokumentationssystems?

- *Wie steuert die Leitung des Hauses den Prozess?*
- *Was sind wichtige Abläufe?*
- *Wie ist die Reaktion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?*

Wie wird das das eigene Dokumentationssystem aufgebaut sein?

Welche Elemente des Strukturmodells bleiben erhalten?

- *Warum bleiben diese erhalten?*
- *Art des Dokumentationssystems (digital, papierbasiert, Mischform, Software, ...)*
- *Aus welchen Gründen, möchten Sie die Elemente des Strukturmodells nicht mehr nutzen? (an dieser Stelle die Elemente benennen, die nicht mehr vorkommen z.B. Risikomatrix)*

Themenbereich Abschlussfragen

Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Strukturmodell erfüllt?

- *Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?*
- *Gibt es etwas, was sie gut fanden?*

Was möchten Sie abschließend noch zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

- *Ggf. Informationen über Veröffentlichung der Ergebnisse, Angebot, Studie nach Veröffentlichung zukommen zu lassen.*

Interviewleitfaden Telefoninterview Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studententeams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchten wir uns zuerst für die Teilnahme für das heutige Einzel (Telefon)interview bei Ihnen bedanken.

Fast alle von Ihnen hatten bereits Kontakt zu mir. Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS). Ich möchte Ihnen meine Kollegin/meinen Kollegen (Name) vorstellen. Sie/Er unterstützt uns im Projekt EvaSIS als (Tätigkeit).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Ihre Bewertung in Bezug auf das Strukturmodell ist uns sehr wichtig, deswegen haben wir Sie als Pflegedienstleiterin/Pflegedienstleiter aus eingeladen, um Sie Rahmen eines Einzelinterviews zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 30 bis maximal 60 Minuten geplant.

Uns ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu den Fragen einfällt. Das Gespräch wird aufgezeichnet und ggf. Notizen angefertigt. Die Fragen an Sie wurden in die Themenbereiche Erfahrung, Umstellungsprozess zum Strukturmodell, Schulung und Erfahrungen aus Ihrer Sicht sowie

mit den Prüfinstanzen und Rückkehr zum vorherigen Dokumentationsystem eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich die Audio-Aufzeichnung weiterlaufen lassen und mit dem Interview beginnen.

Themenbereich Erfahrung

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Strukturmodell gesammelt?

Themenbereich Grund für die Umstellung zum Strukturmodell

Aus welchen Gründen hat sich Ihr ambulanter Pflegedienst/Ihre stationäre Einrichtung für das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde diese Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

- *Wie lange wurde das Strukturmodell genutzt?*
- *Wann wurde es eingeführt?*
- *Wann wurde es abgesetzt?*

Themenbereich Schulung

Wer aus Ihrem ambulanten Pflegedienst/Ihrer stationären Einrichtung hat an einer Schulung teilgenommen?

Inwieweit hatte Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen?

Inwieweit arbeiteten Sie mit den Informations- und Schulungsunterlagen von Ein-Step?

Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?*

Themenbereich Umstellungsprozess

Wer war konkret für die Umstellung verantwortlich?

Inwieweit wurde die Umstellung in Ihrer Einrichtung von Multiplikatoren begleitet?

Was waren die schwierigsten Hürden im Prozess der Umstellung?

Was lief gut?

In welchen Phasen der Umstellung hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht?

Themenbereich Erfahrungen aus Sicht der Pflegedienstleitung

Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Strukturmodells auf Ihren ambulanten Pflegedienst/Ihre stationäre Einrichtung?

Welche Vor- und Nachteile haben sich ergeben?

- *Wie war die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Strukturmodell?*

Themenbereich Erfahrungen mit den Prüfinstanzen

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Prüfinstanzen (MDK/Heimaufsicht) im Zusammenhang mit dem Strukturmodell gesammelt?

Welche Rückmeldung bekommen Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem?

- *Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?*

- *Inwiefern eignet sich das Strukturmodell für die Nutzung des Neuen Begutachtungsinstruments?*

Themenbereich Rückkehr zum vorherigen Dokumentationssystem

Aus welchen Gründen hat sich Ihr ambulanter Pflegedienst/Ihre stationäre Einrichtung gegen das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde diese Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

Inwieweit löste die erneute Umstellung vom Strukturmodell auf das vorherige Dokumentationssystem einen Aufwand aus?

- *Finanziell*
- *Zeitlich*

Was geschah mit den umgestellten Patientenakten?

Wie waren die Reaktionen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die erneute Umstellung?

Themenbereich Abschlussfragen

Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Strukturmodell erfüllt?

- *Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?*
- *Gibt es etwas, was Sie gut fanden?*
- *Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der zukünftigen Umsetzung?*

Was möchten Sie abschließend noch zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

- *Ggf. Informationen über Veröffentlichung der Ergebnisse, Angebot, Studie nach Veröffentlichung zukommen zu lassen.*

Interviewleitfaden Telefoninterview Qualitätsmanagementbeauftragte

Begrüßung

Im Namen des gesamten Studienteams in Halle, Bremen und Karlsruhe möchte ich mich zuerst für die Teilnahme für das heutige Telefoninterview bei Ihnen bedanken.

Wenn alle einverstanden sind, würde ich mit der Audio-Aufzeichnung fortfahren.

Fast alle von Ihnen hatten bereits Kontakt zu mir. Ich bin (Name) und arbeite als (Tätigkeit) am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Halle (Saale). Aktuell für das Projekt zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation mit dem Kurztitel (EvaSIS). Ich möchte Ihnen meine Kollegin/meinen Kollegen (Name) vorstellen. Sie/Er unterstützt uns im Projekt EvaSIS als (Tätigkeit).

Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt.

Ihre Bewertung in Bezug auf das Strukturmodell ist uns sehr wichtig, deswegen haben wir Sie eingeladen, um Sie im Rahmen einer Gruppendiskussion zu Ihren bereits gesammelten Erfahrungen zu befragen und sich untereinander auszutauschen. Dafür haben wir einen zeitlichen Rahmen von 60 bis maximal 90 Minuten geplant.

Uns ist dabei alles wichtig, was Ihnen zu unseren Fragen einfällt. Wir werden das Gespräch aufzeichnen und uns Notizen machen. Es wäre

schön, wenn Sie möglichst nicht durcheinander reden und nacheinander sprechen. Wir haben unsere Fragen an Sie in die Themenbereiche Umstellungsprozess, Schulung und Erfahrungen aus Ihrer Sicht sowie mit den Prüfinstanzen und der Haftung eingeteilt.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

Themenbereich Erfahrungsbasis

Wie lange wird das Strukturmodell in Ihrer Einrichtung schon genutzt?

Seit wann arbeiten Sie persönlich mit dem Strukturmodell?

Bei wie vielen Ihrer Patientinnen und Patienten/Bewohnerinnen und Bewohner wird das Dokumentationssystem angewendet?

Themenbereich Grund für die Umstellung

Aus welchen Gründen haben sich Ihre Einrichtungen für das Strukturmodell entschieden?

Wo wurde die Entscheidung getroffen? Auf Arbeitsebene oder auf höherer Ebene durch Vorgabe des Trägers?

Themenbereich Erfahrungen

Wie praktikabel ist die neue Pflegedokumentation im Arbeitsalltag?

Wie klappt die Umsetzung?

- *Was läuft dabei gut?*
- *Wo besteht Verbesserungsbedarf?*
- *Welche Meinung haben Sie dazu?*

Themenbereich Schulung

Wer von Ihnen hat an einer Schulung teilgenommen?

Inwieweit hat Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen?

Inwieweit arbeiten Sie mit den Informations- und Schulungsunterlagen von Ein-Step?

Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?

- *Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung?*
- *Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?*

Themenbereich Umstellungsprozess

Wie hat die Leitung des Hauses den Prozess der Umstellung gesteuert?

Was waren wichtige Abläufe?

Inwieweit löste die Umstellung einen finanziellen Aufwand aus?

Inwieweit betrachten Sie zum heutigen Zeitpunkt die geplante Umsetzung der neuen Pflegedokumentation als abgeschlossen?

- *Wer war konkret für die Umstellung verantwortlich?*
- *Inwieweit wurde die Umstellung in Ihrer Einrichtung von Multiplikatoren begleitet?*
- *Was waren die schwierigsten Hürden im Prozess der Umstellung?*
- *Was lief gut?*
- *In welchen Phasen der Umstellung hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht?*

Themenbereich Erfahrungen aus Sicht der Qualitätsmanagementbeauftragten

Welche Auswirkungen hat die Einführung des Strukturmodells auf Ihre Einrichtung?

Welche Vor- und Nachteile haben sich ergeben?

Welche Veränderungen ergaben sich in den Organisationsabläufen durch die neue Dokumentationspraxis?

Wie wirkt sich die neue Pflegedokumentation auf die Motivation der Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte zur Dokumentation im Vergleich zu früher aus?

- *Wie war die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Strukturmodell?*

Welche Auswirkungen hat die Einführung der neuen Pflegedokumentation auf das interne Qualitätsmanagement im Bereich der Pflege?

- *Welche Auswirkungen sehen Sie in Bezug auf Qualität und Effizienz der Pflege?*
- *Welche Auswirkungen hat die neue Pflegedokumentation auf die Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner?*
- *Welche Auswirkungen sehen Sie auf die Personalkapazität?*

Wie wird in der Pflegedokumentation im Rahmen des Qualitätsmanagements die Pflegequalität dargestellt?

- *Welche Instrumente gibt es?*

Themenbereich Erfahrungen mit den Prüfinstanzen

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Prüfinstanzen (MDK/Heimaufsicht) im Zusammenhang mit dem Strukturmodell gesammelt?

Welche Rückmeldung bekommen Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem?

- *Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?*
- *Inwiefern eignet sich das Strukturmodell für die Nutzung des Neuen Begutachtungsinstruments?*

Themenbereich Abschlussfragen

Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Strukturmodell erfüllt?

Würden Sie es noch einmal machen?

- *Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?*
- *Was soll unbedingt beibehalten werden?*
- *Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der zukünftigen Umsetzung?*
- *Würden Sie die Pflegedokumentation Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?*

Was möchten Sie abschließend noch zur Sprache bringen, das Ihnen wichtig erscheint?

Verabschiedung

Zum Abschluss möchten wir uns herzlichst für Ihre Teilnahme, Ihre Offenheit und Ihre Zeit bedanken!

Leitfäden der Einzelinterviews

Für die Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wurden Leitfäden entwickelt, im Projektteam diskutiert und konsentiert. Diese wurden keinem Pretest unterzogen, einerseits um eine unnötige Belastung pflegebedürftiger Menschen zu vermeiden, andererseits war kein ausreichender Mehrwert zu erwarten, da die Gespräche ohnehin sehr individuell auf die teilnehmenden Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ausgerichtet werden sollten. In Tabelle 31 sind die Fragenkomplexe der Interview-Inhalte aufgeführt, anschließend daran die vollständigen Leitfäden für die Pflege

Tabelle 31: Fragenkomplexe der Einzelinterviews

Zielgruppe	Fragenkomplexe
Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none">• Persönliche Situation der pflegebedürftigen Person• Erfahrungen im Erstgespräch/Strukturierte Informationssammlung• Erfahrungen mit den vereinbarten Pflegemaßnahmen
Angehörige	<ul style="list-style-type: none">• Persönliche Situation der/des Pflegebedürftigen und der Angehörigen• Erfahrungen im Erstgespräch/Strukturierte Informationssammlung• Erfahrungen mit den vereinbarten Pflegemaßnahmen

Interviewleitfaden Pflegebedürftige

Kurzvorstellung Interviewerin und EvaSIS Projekt

[Annahme: Alter, Pflegestufe, Nutzung der neuen Pflegedokumentation⁵ sind bekannt]

Einholung der Erlaubnis, das Gespräch aufzuzeichnen

Persönliche Situation der/des Pflegebedürftigen

Ich würde Ihnen gerne einige persönliche Fragen stellen...

- a. [*Stationär*]: Seit wann leben Sie in [Name der Pflegeeinrichtung]? Haben Sie vorher zu Hause gelebt? [*Falls ja:*] Wurden Sie dort gepflegt? [*Falls ja:*] Wie lange wurden Sie zu Hause gepflegt? [*Falls nein:*] Haben Sie vorher in einer anderen Pflegeeinrichtung gelebt?
- b. [*Ambulant*]: Seit wann werden Sie zu Hause gepflegt?
- c. Bei welchen Verrichtungen werden Sie von Pflegekräften unterstützt?

Strukturierte Informationssammlung

Wenn Sie an das Erstgespräch zur Ermittlung der Unterstützung, die Sie benötigen, zurückdenken...

- a. Wann und wo hat das Gespräch stattgefunden?
- b. Wer hat daran teilgenommen?
- c. Wie lange hat es ungefähr gedauert?

- d. Können Sie mir ein bisschen zum Gespräch selbst erzählen?
- e. Hat die Pflegekraft Ihnen die Möglichkeit gegeben, frei über sich zu erzählen? [war die Pflegekraft ausreichend einfühlsam? geduldig? ermunternd? wertschätzend?]
- f. Konnten Sie die folgenden Informationen ausreichend einbringen:
 - persönliche Umstände [Ihre Lebens- und Pflegesituation]?
 - Gewohnheiten?
 - Fähigkeiten?
 - Dinge, bei denen Sie Unterstützung benötigen oder sich wünschen?
- g. Hat die Pflegekraft Sie zu Unterstützungsmöglichkeiten beraten? Wie fanden Sie die Beratung [einfühlsam? wertschätzend? informativ? ausführlich genug? wurde auf Ihre Situation und Wünsche ausreichend eingegangen? inwieweit trafen die Vorschläge Ihre Bedarfe?]
- h. Haben Sie über Risiken gesprochen, z.B. Sturzrisiko, Schmerzen?
- i. Wie erfolgte die Einigung auf konkrete Pflegemaßnahmen? Wurden verschiedene Möglichkeiten besprochen?
- j. Wie haben Sie die Einigung auf konkrete Pflegemaßnahmen empfunden? [*falls Sie und die Pflegekraft sich nicht von Anfang an einig waren*]: Wie stark wurden Ihre Wünsche berücksichtigt? Wie haben Sie den Aushandlungsprozess empfunden?

⁵ Bedarfsermittlung mithilfe der SIS® sollte in den letzten 6 Monaten stattgefunden haben

[*nur ambulanter Bereich*]: Werden Ihre Angehörigen in die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst eingebunden? [*Falls ja*]: Wie ist die Einbindung aus Ihrer Sicht? [Werden die Möglichkeiten und Wünsche der Angehörigen berücksichtigt?]

- k. Haben Sie sich im Gespräch als Individuum, also als einzelnen Menschen mit seinen besonderen Wünschen und Bedürfnissen, wahrgenommen gefühlt?
- l. Haben Sie sich die Beschreibung der Aktivitäten zur Pflege, die sie bekommen sollen, durchgelesen? Haben Sie unterschrieben?
- m. Haben Sie Vorschläge, wie das Erstgespräch in Zukunft verbessert werden könnte? [ausführlicher? gleichberechtigter? einfühlsamer? informativer?..]

Qualität der Pflegemaßnahmen

- a. Inwieweit leisten die vereinbarten Pflegemaßnahmen einen Beitrag zu...
 - i. ...der Verbesserung Ihrer Lebenssituation [Fähigkeit, den Alltag zu meistern, Lebensqualität?]
 - ii. ... Ihrer Autonomie, also Ihrer möglichst großen Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von anderen?
 - iii. ...Ihrem Selbstvertrauen?
- a. [*nur ambulanter Bereich und falls relevant*]: Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Ihren Angehörigen und dem Pflegedienst? [Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit?]
- b. Sind Sie (manchmal) dabei, wenn die erbrachten Pflegeleistungen schriftlich dokumentiert werden? [*Falls ja*]: Wie schätzen

Sie das Verhältnis zwischen eigentlicher Pflege und schriftlicher Dokumentation ein? [Verbleibt genug Zeit für die Pflege? Oder ist die Pflegekraft zu sehr mit Schreiarbeit beschäftigt?]

- c. Ist Ihnen bewusst, dass die Dokumentation in letzter Zeit vereinfacht und verschlankt wurde? [*Falls ja*]: Gibt es für Sie einen merklichen Unterschied im Vergleich zu vorher? [*Falls ja*]: Worin liegt der Unterschied? Hat sich dies auf die Qualität Ihrer Pflege ausgewirkt? [*Falls ja*]: Inwiefern?
- d. Hat die Pflegekraft die festgelegten Pflegemaßnahmen schon einmal mit Ihnen besprochen, d.h. ob die Maßnahmen so gut sind, oder ob sie angepasst werden müssen? [*Falls ja*]: Wie haben Sie diese Besprechung empfunden? [hilfreich? offen für Ihre Vorschläge? gleichberechtigt?]
[*Falls nein*]: Hätten Sie sich so eine Besprechung gewünscht?

Fazit

Haben Sie sonst noch Vorschläge oder Ideen, wie die Pflege durch Veränderungen bei der Dokumentation weiter verbessert werden könnte?

Verabschiedung und Dank

Interviewleitfaden Angehörige

Kurzvorstellung Interviewerin und EvaSIS Projekt

[Annahme: Alter, Pflegestufe, Nutzung der neuen Pflegedokumentation⁶ sind bekannt]

Einholung der Erlaubnis, das Gespräch aufzuzeichnen

Persönliche Situation der/des Pflegebedürftigen und der Angehörigen

Ich würde Ihnen gerne einige persönliche Fragen stellen...

- a. [*Falls nicht schon bekannt:*] In welchem Verhältnis stehen Sie zu der pflegebedürftigen Person? [Ehe-/Lebenspartner/in, Eltern, sonstiges]
- b. [*Stationär:*] Seit wann lebt Ihr/Ihre Angehörige/r in [Name der Pflegeeinrichtung]? Hat er/sie vorher zu Hause gelebt? [*Falls ja:*] Wurde er/sie dort gepflegt? [*Falls ja:*] Wie lange wurde er/sie zu Hause gepflegt? [*Falls nein:*] Hat er/sie vorher in einer anderen Pflegeeinrichtung gelebt? [*Ambulant:*] Seit wann wird Ihr/e Angehörige/r zu Hause gepflegt?
- c. Bei welchen Verrichtungen wird er/sie von Pflegekräften unterstützt?
- d. Übernehmen Sie auch Pflegeaufgaben? [*Falls ja:*] Welche sind das?

Strukturierte Informationssammlung

⁶ Bedarfsermittlung mithilfe der SIS sollte in den letzten 6 Monaten stattgefunden haben

Wenn Sie an das Erstgespräch zur Ermittlung der Unterstützung, die Ihr/Ihre Angehörige/r benötigt, zurückdenken...

- n. Wann und wo hat das Gespräch stattgefunden, wer hat daran teilgenommen, wie lange hat es ungefähr gedauert?
- o. [*Falls nicht schon erwähnt:*] Haben Sie an diesem Gespräch teilgenommen?
[*Falls nein:*] Ab wann und auf welche Weise wurden Sie einbezogen?
- p. Hat die Pflegekraft Ihrer/Ihrem Angehörigen und Ihnen die Möglichkeit gegeben, frei über sich zu erzählen? [war die Pflegekraft ausreichend einfühlsam? geduldig? ermunternd? wertschätzend?]
- q. Konnten Ihr/e Angehörige/r und/oder Sie die folgenden Informationen ausreichend einbringen:
 - persönliche Umstände der pflegebedürftigen Person und von Ihnen [Ihre Lebens- und Pflegesituation]?
 - Gewohnheiten?
 - Fähigkeiten?
 - Dinge, bei denen Ihr/Ihre Angehörige/r Unterstützung benötigt oder sich wünscht?
- r. Wie fanden Sie die Beratung der Pflegekraft zu Unterstützungsmöglichkeiten und Risiken? [einfühlsam? wertschätzend? informativ? ausführlich genug? wurde auf Ihre Situation und Wünsche ausreichend eingegangen? inwieweit trafen die Vorschläge Ihre Bedarfe?]

- s. Wie erfolgte die Einigung auf konkrete Pflegemaßnahmen? Wurden verschiedene Möglichkeiten besprochen?
- t. Wie haben Sie die Einigung auf konkrete Pflegemaßnahmen empfunden?
[*falls Sie bzw. Ihr/Ihre Angehörige/r und die Pflegekraft sich nicht von Anfang an einig waren:*] Wie stark wurden Ihre Wünsche berücksichtigt? Wie haben Sie den Aushandlungsprozess empfunden?
- u. Wie sehr wurden Sie bei der Entscheidungsfindung mit einbezogen? [Angemessen, zu wenig, zu stark, wurde möglicherweise nur mit Ihnen „verhandelt“ gar nicht mit Ihrer/Ihrem Angehörigen?]
- v. Wie haben Sie Ihre Einbindung als Angehörige empfunden? Wurden Ihre Möglichkeiten und Wünsche (ausreichend) berücksichtigt?
- w. Hatten Sie bei dem Gespräch den Eindruck, dass Sie und Ihr/e Angehörige/r als Individuen, also als einzelne Menschen mit eigenen besonderen Wünschen und Bedürfnissen, wahrgenommen werden?
- x. Haben Sie Vorschläge, wie das Erstgespräch in Zukunft verbessert werden könnte? [ausführlicher? gleichberechtigter? einfühlsamer? informativer?..]
- y. Denken Sie, dass Ihr/Ihre Angehörige/r diese Einschätzung teilt oder hätte er/sie eine andere Sicht? [*Falls ja:*] Welche?

Qualität der Pflegemaßnahmen

- a. Inwieweit leisten die vereinbarten Pflegemaßnahmen einen Beitrag zu...

...der Verbesserung der Lebenssituation Ihres/Ihrer Angehörigen [Fähigkeit, den Alltag zu meistern, Lebensqualität?]

...einer Verbesserung Ihrer Situation als (pflegende/r) Angehörige/r? [z.B. bessere Vereinbarung von Pflegeaufgaben und anderen Aufgaben, Unterstützung, die Pflegeaufgaben zu bewältigen]

... ihrer/seiner Autonomie, also der möglichst großen Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von anderen?

...ihrem/seinem Selbstvertrauen?

[*nur ambulanter Bereich und falls relevant*]: Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Ihnen, Ihren Angehörigen und dem Pflegedienst? [Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit?]

Sind Sie (manchmal) dabei, wenn die erbrachten Pflegeleistungen schriftlich dokumentiert werden?

[*Falls ja:*] Wie schätzen Sie das Verhältnis zwischen eigentlicher Pflege und schriftlicher Dokumentation ein? [Verbleibt genug Zeit für die Pflege? Oder ist die Pflegekraft zu sehr mit Schreibarbeit beschäftigt?]

[*Falls nein:*] Hat sich Ihr/e Angehörige/r zum Verhältnis zwischen eigentlicher Pflege und schriftlicher Dokumentation schon einmal geäußert? [Verbleibt genug Zeit für die Pflege? Oder ist die Pflegekraft zu sehr mit Schreibarbeit beschäftigt?]

Ist Ihnen bewusst, dass die Dokumentation in letzter Zeit vereinfacht und verschlankt wurde? [*Falls ja:*] Gibt es für Sie einen merklichen Unterschied im Vergleich zu vorher bzw. hat sich Ihr/Ihre Angehörige/r

schon mal dazu geäußert? [*Falls ja*]: Worin liegt der Unterschied? Hat sich dies auf die Qualität Ihrer Pflege ausgewirkt?

- a. Hat die Pflegekraft die festgelegten Pflegemaßnahmen schon einmal mit Ihrer/Ihrem Angehörigen und/oder Ihnen besprochen, d.h. ob die Maßnahmen so gut sind, oder ob sie angepasst werden müssen?

[*Falls ja*.:] Wie haben Sie diese Besprechung empfunden? [hilfreich? offen für Ihre Vorschläge? gleichberechtigt?]

[*Falls nein*.:] Hätten Sie sich so eine Besprechung gewünscht?

Fazit

Haben Sie sonst noch Vorschläge oder Ideen, wie die Pflege durch Veränderungen bei der Dokumentation weiter verbessert werden könnte?

Verabschiedung und Dank

Bewertungsraster der Dokumentenanalyse

Die Erarbeitung des Bewertungsrasters für die Dokumentenanalyse orientierte sich zum einen ebenfalls an den operationalisierten Fragestellungen der Leistungsbeschreibung des GKV-SV zur Studie und zum anderen überwiegend an den Muss-Kriterien (Kategorie A) des Anforderungsprofils für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen (Version 1.3 von September 2016) (vgl. dazu (Arbeitsgruppe technischer Implementierungsleitfaden 2017)). Die Grobstruktur des Bewertungsrasters ist in Tabelle 32 dargestellt. Für die Dokumentenanalyse wurden im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses eine Lang- und eine Kurzversion des Bewertungsrasters entwickelt. Die vorläufigen Endversionen wurden jeweils einem Pretest unterzogen und nach Auswertung der Pretests finalisiert. Die Langversion enthält 33 Items und die daraus hervorgehende Kurzversion 18 Items. Beide Versionen des Bewertungsrasters schließen sich der Tabelle mit den Fragekomplexen an.

Tabelle 32: Fragenkomplexe des Bewertungsrasters

Dokumentationssystem	Fragenkomplexe
Dokumentation ohne Strukturmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Name und Form des Dokumentationssystems • Setting (ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung) • Grundstruktur der Akte (Unterschriften, Zusatzmodule, Freitextfelder, spezielle Pflegeprobleme, individuelle Situationseinschätzung) • Maßnahmenplan inklusive Evaluation • Berichteblatt/Pflegebericht • Einzelleistungsnachweis
Zusätzlich bei Dokumentation nach dem Strukturmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Elemente der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) inklusive Risikomatrix

Bewertungsraster der Dokumentenanalyse – Kurzversion

ID: _____ Erhebungsdatum: _____ Erhebende(r): _____

① stationär ② ambulant Strukturmodell: ① ja ② nein

aktuelles Pflegedokumentationssystem: _____ ① Papierform ② digital ③ Mischform





Grundstruktur der Akte			Ergänzungen und Anmerkungen
1 KV	Werden in der Patientenakte neben der Informationssammlung, dem Maßnahmenplan und dem Berichteblatt bzw. Pflegebericht Zusatzmodule verwendet? <i>Wenn ja, welche:</i>	ja nein ① ②	
	<input type="radio"/> Monitoring für Arzneimittelwirkung <input type="radio"/> Lagerungsplan <input type="radio"/> Wunddokumentation <input type="radio"/> Ein- und Ausführprotokoll <input type="radio"/> Arztkommunikation <input type="radio"/> Vitalwerte (RR, Puls, Temperatur, BZ) <input type="radio"/> zusätzliche Betreuung (nach § 87b SGB XI) <input type="radio"/> Sonstige		

KVersion 7 vom 04.04.2017

			Ergänzungen und Anmerkungen
2 KV	Liegen Freitextfelder vor? Anzahl d. Freitextfelder in gesamter Akte: _____ <i>Wenn ja, wo befinden sie sich?</i> <i>Wenn ja, werden diese genutzt?</i>	ja nein ① ②	
	<input type="radio"/> Informationssammlung/Anamnese <input type="radio"/> Sonstige		
	ja nein teilweise ① ② ③		
3 KV	Wird folgendes individuell eingeschätzt? a) Bedürfnisse b) Besonderheiten und c) Ressourcen	ja nein ① ② ① ② ① ②	

KVersion 7 vom 04.04.2017

Maßnahmenplan					Ergänzungen und Anmerkungen	
4 KV	Werden Maßnahmen, welche in der Maßnahmenplanung beschrieben werden, zusätzlich an anderer Stelle angeführt?	ja <input type="radio"/>	eher ja <input type="radio"/>	eher nein <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
5 KV	Wird folgendes dargestellt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Wenn ja, <input type="radio"/> vorgesehene Feld <input type="radio"/> anderes Feld		
	a) Ziele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> vorgesehene Feld <input type="radio"/> anderes Feld		
	b) Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> vorgesehene Feld <input type="radio"/> anderes Feld		
	c) Ressourcen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> vorgesehene Feld <input type="radio"/> anderes Feld		
6 KV	Sind die Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung (=Risiko-einschätzung) geplant? <i>Wenn nein, warum nicht?</i>	ja <input type="radio"/>	eher ja <input type="radio"/>	eher nein <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
		<input type="radio"/> die erfassten Probleme werden durch Maßnahmen nicht berücksichtigt <input type="radio"/> Einschätzung von Pflegepersonal und pflegebedürftiger Person oder Angehörigen widersprechen sich <input type="radio"/> Sonstiges				
7 KV	In welcher Situation wurde der Maßnahmenplan neu angelegt? <i>Bei Neuanlage: An welchem Datum?</i>	<input type="radio"/> trifft nicht zu (bei Erstversion) <input type="radio"/> bei keiner Veränderung (standardisiert) <input type="radio"/> bei einer Veränderung <input type="radio"/> bei zwei bis vier Veränderungen <input type="radio"/> bei fünf und mehr Veränderungen <input type="radio"/> Sonstiges				
KVersion 7 vom 04.04.2017						

	Wenn keine Neuanlage: Wurden Ergänzungen vorgenommen?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
KVersion 7 vom 04.04.2017				

				Ergänzungen und Anmerkungen
8 KV	Ist eine individuell festgelegte Evaluationszeit für einzelne Maßnahmen angegeben?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
9 KV	Ist für eine anlassbezogene Evaluation Platz vorhanden?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
10 KV	Werden Evaluationstermine in regelmäßigen Zeitabständen vorab festgelegt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

				Ergänzungen und Anmerkungen
Einzelleistungsnachweis				
11 KV	Liegt bei immer wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung ein Einzelleistungsnachweis vor? <i>(nur stationär)</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	trifft nicht zu, weil ambulant <input type="radio"/>
12 KV	Erfolgt ein Leistungsnachweis der Behandlungspflege? <i>(stationär u. ambulant)</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

KVersion 7 vom 04.04.2017

				Ergänzungen und Anmerkungen
Strukturierte Informationssammlung (SIS)				<i>ENTFÄLLT, wenn kein Strukturmodell</i>
<i>vorliegt</i>				
13 KV	Welche der folgenden Felder wurde ausgefüllt?	<input type="radio"/> Kopfzeile <input type="radio"/> TF 1 <input type="radio"/> TF 2 <input type="radio"/> TF 3	<input type="radio"/> Gesprächseinstieg (1. Feld) <input type="radio"/> TF 4 <input type="radio"/> TF 5 <input type="radio"/> TF 6	
14 KV	Liegen zusätzliche Freitextfelder vor? <i>Wenn ja, wie viele?</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
		n=_____		
15 KV	Wurde das Feld „Sonstiges“ auf eine Spalte begrenzt? <i>Wenn nein, Anzahl:</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
16 KV	Wurde die Risikomatrix konsequent ausgefüllt? <i>Wenn nein, welche Felder wurden weggelassen?</i>	ja <input type="radio"/>	größtenteils <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
17 KV	Erhielt der SIS-Bogen bei Änderungen einen neuen Aktualisierungsstand? <i>Wenn ja, welche Version liegt vor?</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
		trifft nicht zu <input type="radio"/>		
18 KV	Sind bei einer elektronischen Dokumentation zusätzliche Felder/Module vorhanden? <i>Wenn ja, welche?</i>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	keine elektr. Dokumentation <input type="radio"/>

KVersion 7 vom 04.04.2017

Bewertungsraster der Dokumentenanalyse – Langversion

ID: _____ Erhebungsdatum: _____ Erhebende(r): _____

① stationär ② ambulant Strukturmodell: ① ja ② nein

aktuelles Pflegedokumentationssystem: _____ ① Papierform ② digital ③ Mischform




Grundstruktur der Akte			Ergänzungen und Anmerkungen
1	Folgende Unterschriften sind vorhanden:	ja nein ① ②	<i>Wenn ja,</i> ① vorgesehene Feld ② anderes Feld ① vorgesehene Feld ② anderes Feld ① vorgesehene Feld ② anderes Feld
	a) Pflegefachkraft		
	b) pflegebedürftige Person		
	c) Angehöriger		
2	Werden in der Patientenakte neben der Informationssammlung, dem Maßnahmenplan und dem Berichtblatt bzw. Pflegebericht Zusatzmodule verwendet?	ja nein ① ②	
	<i>Wenn ja, welche:</i>		<input type="radio"/> Monitoring für Arzneimittelwirkung <input type="radio"/> Lagerungsplan <input type="radio"/> Wunddokumentation <input type="radio"/> Ein- und Ausfuhrprotokoll <input type="radio"/> Arztkommunikation <input type="radio"/> Vitalwerte (RR, Puls, Temperatur, BZ) <input type="radio"/> zusätzliche Betreuung (nach § 87b SGB XI) <input type="radio"/> Sonstige

LVersion 7 vom 04.04.2017

Grundstruktur der Akte			Ergänzungen und Anmerkungen
3	Findet die Dokumentation von speziellen Pflegeproblemen statt?	ja nein ① ②	
	<i>Wenn ja, welche:</i>	<input type="radio"/> Kontraktur <input type="radio"/> Ulcus Cruris <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Sturz <input type="radio"/> Thrombose <input type="radio"/> Inkontinenz <input type="radio"/> Mangelernährung <input type="radio"/> Kognitive Einschränkungen <input type="radio"/> Pneumonie <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Dekubitus	
	<i>Wenn ja, wo werden diese erfasst?</i>	<input type="radio"/> Risikoskala <input type="radio"/> Anamnese <input type="radio"/> Pflegebericht <input type="radio"/> Sonstige	
4	Liegen Freitextfelder vor?	ja nein ① ②	
2KV	Anzahl d. Freitextfelder in gesamter Akte: _____		
	<i>Wenn ja, wo befinden sie sich?</i>	<input type="radio"/> Informationssammlung/Anamnese <input type="radio"/> Sonstige	
	<i>Wenn ja, werden diese genutzt?</i>	ja nein teilweise ① ② ③	

LVersion 7 vom 04.04.2017

					Ergänzungen und Anmerkungen	
4a	Werden Freitextfelder für den vorgesehenen Inhalt genutzt?	ja ①	eher ja ②	eher nein ③	nein ④	
	<i>Wenn nein, warum nicht?</i>	<input type="radio"/> Felder werden nicht ausgefüllt (n=___) <input type="radio"/> Felder werden ergänzt (n=___) <input type="radio"/> Platzproblem (n=___) <input type="radio"/> Sonstige (n=___)				
5	Wird folgendes individuell eingeschätzt?	ja	nein			
3KV	a) Bedürfnisse	①	④			
	b) Besonderheiten und	①	④			
	c) Ressourcen	①	④			

LVersion 7 vom 04.04.2017

					Ergänzungen und Anmerkungen	
Maßnahmenplan						
6	Werden Maßnahmen, welche in der Maßnahmenplanung beschrieben werden, zusätzlich an anderer Stelle angeführt?	ja ①	eher ja ②	eher nein ③	nein ④	
7	Wird folgendes dargestellt?	ja	nein	<i>Wenn ja,</i>		
5KV	a) Ziele	①	④	① vorgesehene Feld	④ anderes Feld	
	b) Probleme	①	④	① vorgesehene Feld	④ anderes Feld	
	c) Ressourcen	①	④	① vorgesehene Feld	④ anderes Feld	
8	Wurden die Wünsche der pflegebedürftigen Person im Maßnahmenplan berücksichtigt?	ja ①	nein ④			
9	Ist die Zusammenarbeit von Angehörigen oder Betreuern mit dem Pflegepersonal erkennbar?	ja ①	nein ④			
	<i>Wenn ja, wie ist das erkennbar?</i>	<input type="radio"/> Vorhandensein von Kommunikationsformularen/-büchern <input type="radio"/> Terminvereinbarungen <input type="radio"/> Telefonnummern wurden hinterlegt <input type="radio"/> Sonstiges _____				
10	Werden die Maßnahmen als Freitext innerhalb der einrichtungsindividuellen Struktur formuliert?	ja ①	nein ④			
	<i>Wenn nein, gibt es einen:</i>	<input type="radio"/> Maßnahmenkatalog <input type="radio"/> Sonstiges _____				

LVersion 7 vom 04.04.2017

					Ergänzungen und Anmerkungen	
11 6KV	Sind die Maßnahmen entsprechend der erfassten Situationseinschätzung (=Risikoinschätzung) geplant? <i>Wenn nein, warum nicht?</i>	ja ①	eher ja ②	eher nein ③	nein ④	
		<input type="checkbox"/> die erfassten Probleme werden durch Maßnahmen nicht berücksichtigt <input type="checkbox"/> Einschätzung von Pflegepersonal und pflegebedürftiger Person oder Angehörigen widersprechen sich <input type="checkbox"/> Sonstiges				
12	Ist die Evaluation des gesamten Maßnahmenplans möglich?	ja ①	nein ②			
13 7KV	In welcher Situation wurde der Maßnahmenplan neu angelegt? <i>Bei Neuanlage: An welchem Datum?</i> <i>Wenn keine Neuanlage: Wurden Ergänzungen vorgenommen?</i>	ja ①	nein ②	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu (bei Erstversion) <input type="checkbox"/> bei keiner Veränderung (standardisiert) <input type="checkbox"/> bei einer Veränderung <input type="checkbox"/> bei zwei bis vier Veränderungen <input type="checkbox"/> bei fünf und mehr Veränderungen <input type="checkbox"/> Sonstiges		
14 8KV	Ist eine individuell festgelegte Evaluationszeit für einzelne Maßnahmen angegeben?	ja ①	nein ②			
15 9KV	Ist für eine anlassbezogene Evaluation Platz vorhanden?	ja ①	nein ②			
16	Werden Evaluationstermine in	ja	nein			

LVersion 7 vom 04.04.2017

10KV	regelmäßigen Zeitabständen vorab festgelegt?	①	②	
-------------	--	---	---	--

LVersion 7 vom 04.04.2017

Berichteblatt/Pflegebericht				Ergänzungen und Anmerkungen	
17	Werden Abweichungen der routinemäßigen Abläufe der Pflege und Betreuung dokumentiert? <i>Wenn nein, warum nicht?</i>	ja ①	größtenteils ②	nein ③	
		<input type="radio"/> Eintragungen ohne Aussagekraft <input type="radio"/> Durchführungsbestätigung von Maßnahmen aus Planung <input type="radio"/> tagesaktuelle/akute Ereignisse, jedoch ohne ersichtliche Festlegung v. folgenden Maßnahmen <input type="radio"/> detaillierte Eintragung von Medikamentenveränderung nach Arztverordnung <input type="radio"/> standardisierte/floskelhafte Eintragung von Wohlbefinden <input type="radio"/> Sonstiges			
18	Wird das Berichteblatt multidisziplinär genutzt? <i>Wenn ja, wie erfolgt die Unterscheidung der Berufsgruppen?</i>	ja ①	nein ③	trifft nicht zu ②	
		<input type="radio"/> verschiedene Farben <input type="radio"/> verschiedene Felder <input type="radio"/> Sonstiges			
19	Werden im Berichteblatt Querverweise zu folgenden gemacht? a) Fallbesprechungen b) Pflegevisiten	ja ① ①	nein ③ ③	keine Fallbesprechungen/Pflegevisiten ② ②	

LVersion 7 vom 04.04.2017

Einzelleistungsnachweis				Ergänzungen und Anmerkungen	
20 11KV	Liegt bei immer wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung ein Einzelleistungsnachweis vor? (<i>nur stationär</i>)	ja ①	nein ③	trifft nicht zu, weil ambulant ②	
21	Sind Leistungsnachweise in der ambulant Pflegedokumentation vorhanden?	ja ①	nein ③	trifft nicht zu, weil stationär ②	
22 12KV	Erfolgt ein Leistungsnachweis der Behandlungspflege ? (<i>stationär u. ambulant</i>)	ja ①	nein ③	trifft nicht zu ②	
23	Erfolgte die Dokumentation für durchgeführte Lagerung und Bewegung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe?	ja ①	nein ③	trifft nicht zu (kein Dekubitusrisiko) ②	

LVersion 7 vom 04.04.2017

		Ergänzungen und Anmerkungen	
Strukturierte Informationssammlung (SIS)			
vorliegt		<small>ENTFÄLLT, wenn kein Strukturmodell</small>	
24	Wurde im Zuge der SIS-Einführung auch ein anderes Dokumentationssystem eingeführt? <i>Wenn ja, welches?</i>	ja ①	nein ②
25	Seit wann wird die SIS bei dieser pflegebedürftigen Person geführt?	_____	
Elemente der SIS			
26	Wurde die SIS auf Grundlage des Erstgesprächs angelegt? <i>Wenn nein, wie viele Folgegespräche wurden dokumentiert?</i>	ja ①	nein ②
27 13KV	Welche der folgenden Felder wurde ausgefüllt?	① Kopfzeile ③ TF 1 ⑤ TF 2 ⑦ TF 3	② Gesprächseinstieg (1. Feld) ④ TF 4 ⑥ TF 5 ⑧ TF 6
28 14KV	Liegen zusätzliche Freitextfelder vor? <i>Wenn ja, wie viele?</i>	ja ①	nein ② n=_____
29	Wurden Zitate des Bewohners/Patienten in der Kopfzeile notiert?	ja ①	nein ②
<small>LVersion 7 vom 04.04.2017</small>			

		Ergänzungen und Anmerkungen	
30	Erfolgte in den Themenfeldern 1-6 eine individuelle Situationseinschätzung? <i>(Pflege- und betreuungsrelevante biografische Daten, Informationen Dritter, Probleme und Ressourcen)</i>	ja	nein
	• Themenfeld 1 (Kognition, Kommunikation)	①	②
	• Themenfeld 2 (Mobilität)	①	②
	• Themenfeld 3 (Krankheit)	①	②
	• Themenfeld 4 (Selbstversorgung)	①	②
	• Themenfeld 5 (soziale Beziehungen)	①	②
	• Themenfeld 6 (Wohnen, Haushalt)	①	②
31	Wurde die Risikomatrix verändert? <i>Wenn ja, wie?</i>	ja ①	nein ②
31a 15 KV	Wurde das Feld „Sonstiges“ auf eine Spalte begrenzt? <i>Wenn nein, Anzahl:</i>	ja ①	nein ②
31b	Was wurde in diesem Feld notiert?	<input type="radio"/> Polypharmazie <input type="radio"/> Suizid <input type="radio"/> nichts <input type="radio"/> Sonstiges _____	
<small>LVersion 7 vom 04.04.2017</small>			

31c 16 KV	Wurde die Risikomatrix konsequent ausgefüllt? <i>Wenn nein, welche Felder wurden weggelassen?</i>	ja ①	größtenteils ②	nein ③	
31d	Liegt ein Assessment vor, wenn bei einem bestehenden Risiko das Feld „weitere Einschätzung notwendig“ mit „ja“ angekreuzt wurde?	ja ①	nein ②		
31e	Finden sich in der Risikomatrix beschriebene Risiken, die nicht in den Themenfeldern der SIS dokumentiert wurden?	ja ①	nein ②		
31f	Sind alle in den Themenfeldern der SIS beschriebenen Risikobereiche in der Risikomatrix enthalten?	ja ①	nein ②		
31g	Bei wie vielen identifizierten Risiken/Phänomenen wurde keine „Beratung“ angekreuzt? (<i>ambulant</i>)	n=	_____		
32 17 KV	Erhielt der SIS-Bogen bei Änderungen einen neuen Aktualisierungsstand? <i>Wenn ja, welche Version liegt vor?</i>	ja ①	nein ②	unklar ③	trifft nicht zu ④
33 18 KV	Sind bei einer elektronischen Dokumentation zusätzliche Felder/Module vorhanden? <i>Wenn ja, welche?</i>	ja ①	nein ②	keine elektr. Dokumentation ③	

LVersion 7 vom 04.04.2017

02 Informations- und Unterstützungsschreiben



An
Verantwortliche Pflegefachkräfte

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Einführung einer neuen Pflegedokumentation soll die Entbürokratisierung in der Pflege unterstützen, denn die bisherigen Verfahren sind sehr zeitaufwändig. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie von den Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert, auch Ihre Einrichtung. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von Oktober 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

Im Rahmen der Online-Befragung möchten wir Sie zu Merkmalen ihrer Einrichtung, dem Pflegebedarf und Risikoprofil ihrer Pflegebedürftigen, bisher verwendetem Dokumentationssystem, Einführung und Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation und ihrem Pflegepersonal befragen.



Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon: 0(421) 218 - 90213
Fax: 0(421) 218 - 98-08900
E-Mail: evasis@uni-bremen.de
Internet: www.evasis.info

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative



Die Online-Befragung richtet sich einmal jetzt an Sie und ein zweites Mal im April 2017. Durch die zwei Befragungszeitpunkte können mögliche Veränderungen festgestellt werden. Die Beantwortung wird ungefähr 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Ergänzend möchten wir die Erfahrungen Ihrer Pflegefachkräfte mit der bisherigen und der neuen Pflegedokumentation untersuchen. Dafür würden wir Sie gerne ungefähr im November 2016 gesondert und postalisch anschreiben und Ihnen für eine Stichprobe Ihrer Pflegefachkräfte Papierfragebögen zukommen lassen.

Vorgesehen sind auch Fokusgruppeninterviews, in denen verantwortliche Pflegefachkräfte mit anderen Pflegedienstleitungen ihre Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation diskutieren. Ausgewählte Einrichtungen, und damit ggf. auch Sie, laden wir ungefähr Ende des Jahres 2016 dazu ein.

Im Rahmen der Studie finden auch Dokumentenanalysen statt. Hierbei werden in ausgewählten Einrichtungen aus anonymisierten Pflegeakten bestimmte Merkmale erhoben. Zu diesem Zweck würden wir ggf. gerne Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Damit wir auch die Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Detail in den Studienergebnissen abbilden können, sind Einzelinterviews mit einer Stichprobe von Pflegebedürftigen und Angehörigen aus einigen Einrichtungen geplant. Auch für diesen Erhebungsteil würden wir ggf. gerne separat, voraussichtlich Anfang des Jahres 2017 Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

In der Studie werden unterschiedliche Beteiligte mit sehr unterschiedliche Erhebungsmethoden befragt. Hierdurch können die Wirkungen der neuen Pflegedokumentation aus den verschiedenen Perspektiven und in großer Detailtiefe aufgezeigt werden. Wir bitten daher um Ihre Teilnahme an möglichst vielen der verschiedenen genannten Befragungen (siehe Einverständniserklärung zu Beginn des Online-Fragebogens).

Selbstverständlich ist auch die Teilnahme der weiteren Personengruppen (Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige, Angehörige) freiwillig und sie werden jeweils ausführlich aufgeklärt.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.



Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon: 0(421) 218 - 90213
Fax: 0(421) 218 - 98-08900
E-Mail: evasis@uni-bremen.de
Internet: www.evasis.info

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

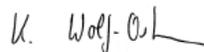
Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktherstellung mit Ihnen genutzt. Die Liste mit den Kontaktdaten (Schlüsselliste), wird nur in den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Instituten verwahrt und spätestens zum 31.09.2017 gelöscht. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Bremen, den 01.09.2016



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)



Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
sowie Bevollmächtigter für Pflege

Karl-Josef Laumann
Staatssekretär

HAUSANSCHRIFT Mohrenstraße 62, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-3421
FAX +49 (0)30 18 441-3422
E-MAIL Karl-Josef.Laumann@bmg.bund.de
INTERNET www.patientenbeauftragter.de
www.pflegebevollmaechtigter.de

Berlin, 19. September 2016

Evaluation der Wirkungen der neuen Pflegedokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute wende ich mich mit einer Bitte an Sie: Die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wird seit Kurzem wissenschaftlich begleitet und ich möchte Sie herzlich einladen, sich an dieser Evaluation zu beteiligen. Die Evaluation erfolgt im Auftrag des GKV-Spitzenverbands durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universität Bremen und der Martin Luther Universität Halle-Wittenberg sowie des Fraunhofer Instituts für System- und Innovationsforschung ISI. Sie soll die Effizienz und die Qualität der neuen Pflegedokumentation überprüfen und auch den damit verbundenen Aufwand und die (Aus-)Wirkungen auf die interne Qualitätssicherung und die externe Qualitätsprüfung. Dabei werden besonders die fachliche Kompetenz und berufliche Erfahrung der Pflegenden berücksichtigt. Nähere Informationen können Sie dem beigefügten Schreiben der Universität Bremen entnehmen.

Zwischen Oktober 2016 und Mai 2017 haben ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Gelegenheit, sich an der Evaluation zu beteiligen. Zur Teilnahme eingeladen werden alle vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die sich seit dem 1. Januar 2015 beim Projektbüro der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP) registriert haben. Bis zum heutigen Tag haben sich bereits 4.700 ambulante Pflegedienste und etwa 5.400 stationäre Einrichtungen beim Projektbüro angemeldet (41% aller Pflegeeinrichtungen).

Seite 2 von 2

Die Erfahrungen, die Sie und Ihre Beschäftigten mit und während der Einführung und Anwendung mit dem Strukturmodell gesammelt haben, aber auch die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, stehen im Mittelpunkt der Evaluation. Ich möchte Sie daher herzlich einladen, sich an der Evaluation zu beteiligen und hoffe auf Ihre Mitwirkung. Denn nur Ihre Erfahrungen können dazu beitragen, wesentliche Erkenntnisse über das von uns gemeinsam auf den Weg gebrachte Projekt zu gewinnen und so die Weiterentwicklung und Optimierung der Pflegedokumentation zu unterstützen.

Bei Fragen zu Ablauf oder Teilnahme zögern Sie bitte nicht, die Projektleiterin Frau Prof. Karin Wolf-Ostermann und ihr Team zu kontaktieren.

Herzlichst Ihr



Karl-Josef Laumann

Berlin, 17.11.2016

Wissenschaftliche Evaluation des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,

viele von Ihnen gehören zu denjenigen 10.100 Pflegeeinrichtungen, die sich bereits an dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation beteiligen. Hierzu treten wir heute mit einem Anliegen an Sie heran: Die Einführung des Strukturmodells wird seit Kurzem wissenschaftlich evaluiert und wir, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, möchten Sie für die Teilnahme an dieser wichtigen Evaluation gewinnen.

Die Evaluation erfolgt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes in Absprache mit dem Lenkungsgremium zum Strukturmodell auf Bundesebene durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universität Bremen und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie des Fraunhofer Instituts für System- und Innovationsforschung. Dabei geht es besonders darum, die Effizienz und Qualität der neuen Pflegedokumentation zu überprüfen und deren (Aus-)Wirkungen auf die interne Qualitätssicherung und die externe Qualitätsprüfung zu untersuchen. Nähere Informationen erhalten Sie auf dem beigefügten Informationsschreiben der Universität Bremen.

Von November 2016 bis Mai 2017 sind vollstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen gebeten, an der Evaluation teilzunehmen – beginnend mit einem Aufruf zur Teilnahme an einer bundesweiten Befragung von Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften. Teilnehmen können alle Einrichtungen, die bereits beim Projektbüro für die Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP) registriert sind.

Eine hohe Beteiligung ist unerlässlich dafür, aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten und damit zur Weiterentwicklung und Optimierung der neuen Pflegedokumentation beizutragen. Daher bitten wir Sie darum, sich an der Evaluation des Strukturmodells zu beteiligen und hoffen auf Ihre Mitwirkung.

Sollten Sie Fragen zur Evaluation haben, so wenden Sie sich gerne an die Projektleiterin Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann und ihr Team.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer



Bernd Tews
Geschäftsführer

An
Pflegefachkräfte

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)**

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – xx xx
Fax (0421) 218 – 98-68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflege- dokumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Einführung einer neuen Pflegedokumentation soll die Entbürokratisierung in der Pflege unterstützen, denn die bisherigen Verfahren sind sehr zeitaufwändig. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie von den Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert, auch Ihre Einrichtung. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Angehörigen, stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von November 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

Wir möchten Ihre Erfahrungen mit der bisherigen und der neuen Pflegedokumentation untersuchen. Dafür bitten wir Sie sich im beiliegenden Fragebogen zu folgenden Themen zu äußern: Zeitaufwand der neuen Pflegedokumentation, Stellenwert bei Übergabe, interner Kommunikation, Pflegevisite und Fallbesprechung. Zusätzlich fragen wir nach Ihrer Schulung für die neue Pflegedokumentation und nach den von Ihnen wahrgenommenen Veränderungen nach der Einführung. Die Beantwortung dauert ca.20 Minuten. Im Mai 2017 ist eine zweite – und letzte - Befragung zu diesen Themen geplant. Ihre Einrichtung kann Ihre Angaben nicht einsehen, denn Sie senden Ihren persönlichen Fragebogen direkt in einem verschlossenen und gestempelten Umschlag an uns zurück.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)**

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – xx xx
Fax (0421) 218 – 98-68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Bremen, den 01.09.2016



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegerforschung (IPP)**

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - xx xx
Fax (0421) 218 - 98-68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

An
Mitarbeitende des Medizinischen Diensts der
Krankenversicherung

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflege- dokumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Einführung einer neuen Pflegedokumentation soll die Entbürokratisierung in der Pflege unterstützen, denn die bisherigen Verfahren sind sehr zeitaufwändig. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Effizienzsteigerung und Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie durch die Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation angemeldet. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegerforschung (IPP)**

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - xx xx
Fax (0421) 218 - 98-68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und die der Prüfinstanzen stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von November 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

Ihre Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation sind wichtiger Gegenstand in dieser Evaluation. Wir möchten diese gerne zum einen mit einer Online-Befragung erfassen und ergänzend dazu zum anderen mit Hilfe von Gruppeninterviews, zu denen wir eine Auswahl von MDK-Mitarbeitenden einladen möchten.

Die Themen der Online-Befragung sind die Qualität der neuen Pflegedokumentation, ihre Kompatibilität mit (länderspezifischen) Prüfanforderungen, ihre Eignung als Grundlage für Qualitätsprüfungen, aber auch ob die ausfüllenden Pflegekräfte ausreichend geschult sind. Ihre Antworten werden ungefähr 25 Minuten in Anspruch nehmen.

In den Gruppeninterviews treffen sich MDK-Mitarbeitende und haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen untereinander auszutauschen und zu diskutieren. Hierfür ist eine Zeit von 60-90 Minuten eingeplant. Die Diskussion wird auf Tonträger aufgezeichnet und in Beobachtungsnotizen dokumentiert. Ihre Aufwendungen für An- und Abreise zu diesem Treffen erstatten wir Ihnen gerne.

Wir bitten um Ihre Teilnahme an der Online-Befragung und um Ihr Einverständnis, dass wir Sie zu einem Gruppeninterview einladen

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - xx xx
Fax (0421) 218 - 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

dürfen. Die Einverständniserklärung und die Online-Befragung erreichen Sie über den Link in der E-Mail.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktherstellung mit Ihnen genutzt. Die Liste mit den Kontaktdaten (Schlüsselliste), wird nur in den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Instituten verwahrt und spätestens zum 31.09.2017 gelöscht. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Bremen, den 01.09.2016



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - xx xx
Fax (0421) 218 - 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**

Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

An
Mitarbeitende in den Heimaufsichtsbehörden

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Ziel die Pflege zu entbürokratisieren wurde im Jahr 2015 eine neue Pflegedokumentation eingeführt. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Effizienzsteigerung und Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie durch die Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.000 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 33 33
Fax (0421) 218 - 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und der Prüfinstanzen stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews sowie Dokumentenanalysen, im Zeitraum von November 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

Ihre Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation sind ein wichtiger Bestandteil in dieser Evaluation. Wir möchten diese gerne mittels einer Online-Befragung erfassen und ergänzend dazu mit Hilfe von Gruppeninterviews, zu denen wir eine Stichprobe von Mitarbeitenden der Heimaufsichten einladen möchten.

Die Themen der Online-Befragung sind die Qualität der neuen Pflegedokumentation, ihre Kompatibilität mit (länderspezifischen) Prüfanforderungen, ihre Eignung als Grundlage für Qualitätsprüfungen, aber auch ob die ausfüllenden Pflegekräfte ausreichend geschult sind. Ihre Antworten werden ungefähr 25 Minuten in Anspruch nehmen.

In den Gruppeninterviews treffen sich Mitarbeitende aus verschiedenen Heimaufsichten und haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen untereinander auszutauschen und zu diskutieren. Hierfür ist eine Zeit von 60-90 Minuten eingeplant. Die Diskussion wird auf Tonträger aufgezeichnet und in Beobachtungsnotizen dokumentiert. Ihre Aufwendungen für An- und Abreise zu diesem Treffen erstatten wir Ihnen gerne.

Wir bitten um Ihre Teilnahme an der Online-Befragung und um Ihr Einverständnis, dass wir Sie zu einem Gruppeninterview einladen dürfen. Die Einverständniserklärung und die Online-Befragung erreichen Sie über den Link in der E-Mail.

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 - 33 33
Fax (0421) 218 - 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

An
Pflegefachkräfte,
die sich bereits an der ersten Befragung beteiligt
haben

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)**

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 99 213
Fax (0421) 218 – 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

Einladung zur Teilnahme an der zweiten Befragung für
Pflegefachkräfte

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedo- kumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich vor einigen Wochen an der ersten Befragung von Pflege-
fachkräften, die mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der
Pflegedokumentation arbeiten, beteiligt – herzlichen Dank dafür.
Heute laden wir Sie ein, sich ein weiteres Mal zu Ihren Erfahrungen mit
dem Strukturmodell zu äußern. Uns interessiert besonders, ob sich Ihre
Einschätzung im Vergleich zur ersten Befragung verändert hat. Beteiligten
können sich alle Pflegefachkräfte, die auch an der ersten Befragung teil-
genommen haben.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die
Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert, auch Ihre Einrich-
tung. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue
Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter
wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfah-
rungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwar-
tungen bisher erfüllt?

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedoku-
mentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch
die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, stehen
im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstati-

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre
Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil
befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie
nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Da-
ten werden gelöscht.

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissen-
schaften

**Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)**

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – xx xx
Fax (0421) 218 – 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind aus-
schließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymi-
siert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymi-
siert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre
Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen ge-
nutzt. Die Liste mit den Kontaktdaten (Schlüsselliste), wird nur in
den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Instituten ver-
wahrt und spätestens zum 31.09.2017 gelöscht. Alle Mitarbeiterin-
nen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegen-
heit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen
diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

**Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns,
wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.**

Bremen, den 01.09.2016



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

onären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von November 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

Wir möchten Ihre Erfahrungen mit der bisherigen und der neuen Pflegedokumentation untersuchen. Dafür bitten wir Sie sich im beiliegenden Fragebogen zu folgenden Themen zu äußern: Zeitaufwand der neuen Pflegedokumentation, Stellenwert bei Übergabe, interner Kommunikation, Pflegevisite und Fallbesprechung. Zusätzlich fragen wir nach Ihrer Schulung für die neue Pflegedokumentation und nach den von Ihnen wahrgenommenen Veränderungen nach der Einführung. Die Beantwortung dauert ca. 15 Minuten. Ihre Einrichtung kann Ihre Angaben nicht einsehen, denn Sie senden Ihren persönlichen Fragebogen direkt in einem verschlossenen und gestempelten Umschlag an uns zurück.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Bremen, den 24.04.2017



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 99 213
Fax (0421) 218 – 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.public-health.uni-bremen.de

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

An
Menschen mit Pflegedarf

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation – EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Einführung einer neuen Pflegedokumentation soll die Entbürokratisierung in der Pflege unterstützen, denn die bisherigen Verfahren sind sehr zeitaufwändig. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie von den Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert, auch Ihre Einrichtung. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von Oktober 2016 bis Mai 2017.

Wie wird Ihre Teilnahme an der Studie EvaSIS aussehen?

In Ihrer Pflegeeinrichtung bzw. in Ihrem Pflegedienst wurde eine neue Pflegedokumentation eingeführt. Ihre Erfahrungen mit dieser neuen Pflegedokumentation und die Veränderungen, die Sie nach dieser Einführung

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 99 213
Fax (0421) 218 – 98 68960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.evasis.info

Logo MLU



wahrgenommen haben, sind ein wichtiger Bestandteil unserer wissenschaftlichen Studie. Gerne würden wir Sie deshalb in einem Interview dazu befragen. Wenn Sie einem solchen Interview-Gespräch zustimmen, vereinbart eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des Forschungsprojektes hierfür einen Termin mit Ihnen.

Die Mitarbeitenden, die die Interviews durchführen, sind speziell dafür geschult und nehmen insbesondere darauf Rücksicht, dass Sie durch das Gespräch nicht belastet werden. Das Interview wird ungefähr 45-60 Minuten in Anspruch nehmen. Wenn Sie mit einer solchen Befragung einverstanden sind, bitten wir Sie uns dies in der beiliegenden Einverständniserklärung mitzuteilen.

Welche Rechte haben Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung, ohne Angabe von Gründen und ohne einen Nachteil befürchten zu müssen, zu widerrufen. In diesem Fall nehmen Sie nicht weiter an der Studie teil und alle auf Sie zurückführbaren Daten werden gelöscht.

Wie gehen wir mit Ihren Daten um?

Alle von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Antworten sind ausschließlich mit einer Nummer versehen und damit pseudonymisiert. Für die Ergebnisauswertungen werden die Daten anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Ihre Kontaktdaten werden lediglich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Die Liste mit den Kontaktdaten (Schlüsselliste), wird nur in den an der Studie beteiligten wissenschaftlichen Instituten verwahrt und spätestens zum 31.09.2017 gelöscht. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Forschungsprojekt sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, beantworten wir Ihnen diese gerne am Telefon oder per E-Mail.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Interesse und freuen uns, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Bremen, den 01.09.2016

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
(Studienleitung)

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 99 213
Fax: (0421) 218 - 98-68960
E-Mail: evasis@uni-bremen.de
Internet: www.evasis.info

Logo MLU



An
Angehörige von Menschen mit Pflegebedarf

Informationsschreiben über das Forschungsprojekt

„Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - EvaSIS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Einführung einer neuen Pflegedokumentation soll die Entbürokratisierung in der Pflege unterstützen, denn die bisherigen Verfahren sind sehr zeitaufwändig. In einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes soll herausgefunden werden, ob die neue Pflegedokumentation zur erhofften Steigerung der Effizienz und Qualität sowie zur Entbürokratisierung beiträgt. Durchgeführt wird sie von den Universitäten Bremen und Halle sowie dem Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an dieser Studie ein.

Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?

Aktuell haben sich in etwa 10.100 Pflegedienste und Pflegeheime für die Einführung der neuen Pflegedokumentation registriert, auch Ihre Einrichtung. Um herauszufinden, ob die Arbeit in der Pflege durch die neue Pflegedokumentation tatsächlich effizienter und patientenorientierter wird, ist diese Studie notwendig. Mit Ihrer Teilnahme fließen Ihre Erfahrungen in die Bewertung des neuen Systems ein. Haben sich Ihre Erwartungen bisher erfüllt?

Wie läuft das Forschungsprojekt ab?

Die Erfahrungen, die die Pflegeeinrichtungen mit der neuen Pflegedokumentation (Einführung und Anwendung) gesammelt haben, aber auch die Perspektive der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen, stehen im Mittelpunkt dieser Studie. Die Datenerhebungen erfolgen in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland mittels Online- und Papierfragebögen, Interviews und Dokumentenanalysen, im Zeitraum von Oktober 2016 bis Mai 2017.

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)

Prof. Karin Wolf-Ostermann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 99 213
Fax: (0421) 218 - 98-68960
E-Mail: evasis@uni-bremen.de
Internet: www.evasis.info

Einverständniserklärung zur Mitwirkung am
Forschungsprojekt

**„Evaluation der Effizienzsteigerung der
Pflegedokumentation – EvaSIS“**

Ich wurde vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der wissenschaftlichen Untersuchung „EvaSIS“ aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über die mit der Teilnahme an der Untersuchung verbundenen Risiken und auch über den möglichen Nutzen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Untersuchung zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten pseudonymisiert gespeichert und anonymisiert ausgewertet sowie ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

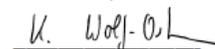
Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Name und Vorname (bitte deutlich schreiben)

Ort, Datum

Bremen, den 24.09.2016

Unterschrift der/des Mitwirkenden



Prof. Dr. Karin Wolf-Osternann
(Projektleitung)

Fachbereich 11
Human- und
Gesundheitswissenschaften

**Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)**

Prof. Karin Wolf-Osternann

Grazer Str. 4
Raum A2040
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 99 213
Fax (0421) 218 – 98 88960
E-Mail evasis@uni-bremen.de
Internet www.evasis.info

***EXZELLENT.**
Gewinnerin in der
Exzellenzinitiative

03 Aufbereitung der Daten der standardisierten Befragungen

Die einzelnen Datensätze der Online-Befragungen sowie der papierbasierten Befragung wurden vom KKSBB als Dateien im SPSS Format an das Studententeam der Universität Bremen übergeben. Dieses führte die Dateien pro Erhebungswelle in einen Auswertungsdatensatz zusammen, nachdem zunächst einige Korrekturen an den einzelnen Datensätzen vorgenommen wurden: Hatten sich Teilnehmer mehrfach an der jeweiligen Online-Befragung beteiligt (oftmals nach Erhalt einer Erinnerungs-E-Mail), so wurden doppelte Fälle gelöscht. Erhalten blieben dabei die jeweils älteren (also zuerst getätigten) Antworten. Datensätze mit ausschließlich fehlenden Werten wurden entfernt. In neun Fällen (drei Pflegeheime, eine Tagespflege, sechs Pflegedienste) wurden fehlende Werte in der Angabe des Versorgungsvertrags durch Abgleich mit der Einrichtungsadresse korrigiert. Eine Überprüfung der Datenplausibilität beinhaltete besonders die Angaben zur Anwendung des Strukturmodells („Wenden Sie das Strukturmodell in der Einrichtung an?“ – Ja/Nein). Hatten Einrichtungen eine Anwendung verneint, jedoch im weiteren Verlauf des Fragebogens Monat und Jahr des Beginns der Anwendung angegeben und Folgefragen beantwortet, wurden diese als anwendende Einrichtung gewertet (dies betraf acht Einrichtungen). Gleichsam erfolgte diese Korrektur in elf Fällen bei einer fehlenden Antwort zur Anwendung aber ebenso angegebenem Monat und Jahr des Beginns der Anwendung und der Beantwortung von Folgefragen. Die Antworten der Pflegefachkräfte wurden besonders hinsichtlich des Einschlusskriteriums der Qualifikation einer Pflegefachkraft sowie der Anwendung des Strukturmodells auf Plausibilität hin überprüft. Personen, die nicht als Pflegefachkraft mit einem Berufsabschluss in der Alten- und/oder Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege identifiziert werden konnten, sowie Pflegefachkräfte, die das Strukturmodell nicht in ihrer täglichen Praxis anwendeten, wurden aus dem Datensatz ausgeschlossen. Aus dem Datensatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK und der Heimaufsicht wurden diejenigen Personen (n=8) ausgeschlossen, die sich keinem Tätigkeitsschwerpunkt zuordneten und auch in den Freitextantworten keinen Hinweis auf die für sie zutreffende Prüfungsinstanz gaben.

Alle vorgenommenen Korrekturen wurden in einem Änderungsprotokoll dokumentiert. Da die Unplausibilitäten nur in geringem Umfang auftraten, bilden die erhobenen Daten eine inhaltlich solide Grundlage für die in diesem Arbeitspaket vorgenommenen statistischen Auswertungen. Weiter wurden ergänzende Variablen erzeugt: Anhand der angegebenen Postleitzahl der Einrichtungen wurde eine neue Variable für die Zuordnung zu einem Bundesland in den Datensätzen der verantwortlichen Pflegefachkräfte erstellt. Die in Freitexten gegebenen Antworten wurden zusammenfassend inhaltsanalytisch gebündelt und in ein Kategoriensystem überführt. Dabei codierte eine Mitarbeiterin des Studententeams zunächst alle eingegangenen Freitexte. In einem zweiten Schritt codierte eine weitere Person unter Verwendung des Kategoriensystems erneut die Freitextantworten. Voneinander abweichende Codierungen wurden im Team diskutiert. Die so aufbereiteten Datensätze wurden dann jeweils zu einem Datensatz

vereinigt, der die Daten aus beiden Erhebungszeitpunkten enthält. Auf diesem Datensatz beruhen alle weiteren Auswertungen. Die Antworten der das Strukturmodell anwendenden Pflegefachkräfte wurden jeweils auf Einrichtungsebene aggregiert. Einmal für alle antwortenden Pflegefachkräfte und einmal für diejenigen Pflegefachkräfte, die sich an beiden Erhebungszeitpunkten beteiligt hatten. Die so aggregierten Daten wurden über eine intern vergebene Identifikationsnummer den Antworten der verantwortlichen Pflegefachkräfte zugeordnet, so dass den Antworten der verantwortlichen Pflegefachkräfte einer Einrichtung die aggregierten Antworten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugeordnet werden konnten.

04 Kategoriensystem der Freitextantworten der standardisierten Befragungen

Freitexte der Online-Befragung MDK/Heimaufsicht	
ITEM	Kategorie
ITEM8B: Stellen die nach dem Struktumodell erstellten Pflegedokumentationen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung des MDK in stationären Einrichtungen zur Verfügung? Nein, es fehlen folgende Informationen:	Verlaufsdarstellung Soziale Betreuung/ Planung der Leistungen der sozialen Betreuung
	Kontinenzprofile
	SIS einmalig erstellt, Risiken anhand Krohwinkel beschrieben
	differenzierte und eindeutige Risikoerfassung und Beschreibung
	Biographische Angaben/Daten
	Individuelle Besonderheiten/pflegerische Probleme der Bewohner
	Nicht näher benannt " manchmal sehr spärlich ausgefüllt "
	Beurteilung personeller Kontinuität bei der Leistungserbringung ist erschwert
	Weiterführende Assessments/Screenings
	Angaben zu Selbständigkeit und Hilfebedarf
	Angaben in der SIS sind nicht aktuell
	Aussagen zum Wohlbefinden im Zeitverlauf
	Angaben zu Vorlieben und Interessen
	Zielformulierungen
Antwort nicht auswertbar	
ITEM9B: Stellen die nach dem Struktumodell erstellten Pflegedokumentationen adäquate Informationen für die Qualitätsprüfung des MDK in ambulanten Einrichtungen zur Verfügung? Nein, es fehlen folgende Informationen:	Verlaufsdarstellung Soziale Betreuung/ Planung der Leistungen der sozialen Betreuung
	Kontinenzprofile
	SIS einmalig erstellt, Risiken anhand Krohwinkel beschrieben
	differenzierte und eindeutige Risikoerfassung und Beschreibung
	Biographische Angaben/Daten
	Individuelle Besonderheiten/pflegerische Probleme der Bewohner
	nicht näher benannt
	Beurteilung personeller Kontinuität bei der Leistungserbringung ist erschwert
	Weiterführende Assessments/Screenings
	Angaben zu Selbständigkeit und Hilfebedarf
	Angaben in der SIS sind nicht aktuell
	Aussagen zum Wohlbefinden im Zeitverlauf
	Angaben zu Vorlieben und Interessen
	Zielformulierungen
Kontrakturrisiko und Maßnahmen	
Vereinbarte Leistungen in den Themenfeldern	
Ressourcen und Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen	
Beratungsnotwendigkeit und Inhalte	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM10B: Ist die neue Pflegedokumentation mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel?	Prozessqualität ist nicht Gegenstand der QPR
	Widerspricht §§ 10, 19, 24 WTG und §§ 26, 34 WTG-DV Umsetzungsaufzeichnung ist gefordert
	Prüfrichtlinie nicht an das Strukturmodell angepasst/ Überarbeitungsbedarf

Freitexte der Online-Befragung MDK/Heimaufsicht	
ITEM	Kategorie
patibel, die für die jeweilige Einrichtung gelten? Nein, aus folgenden Gründen nicht	Nein, nicht näher benannt
	Weitgehend ja
	Kontinuität nicht überprüfbar
	Handzeichen nicht mehr aussagekräftig
	Erforderliche Dokumentation zur Umsetzung der Expertenstandards unzureichend
	Antwort nicht auswertbar
ITEM11B: 11. Gibt es Hinweise in der Art der Dokumentation, die auf eine mangelhafte Schulung der ausfüllenden Pflegefachkräfte hindeuten? Ja, und zwar in folgenden Bereichen...	Risikoerfassung und Verknüpfung mit den Themenfeldern/Umgang mit der Risikomatrix
	Fehlender Roter Faden, unübersichtliche Dokumentation
	Darstellung des Aushandlungsprozesses unzureichend
	Unzureichende Aussagen im Bereich der (psycho-)sozialen Betreuung und Beratung
	Fehlende biografische Angaben
	Uneinheitliche externe Schulungen und Schulungsinhalte
	Zu geringer Schulungsumfang
	Sichtweise/Individualität der Pflegebedürftigen nicht abgebildet/ Verwendung pauschaler Aussagen
	Themenfeld 1 bei bereits in der Einrichtung lebenden Personen vernachlässigt "Bewohner lebt schon lange in der Einrichtung"
	Fehlende Informationen in der SIS/Probleme beim Erstellen der SIS, nicht näher bezeichnet
	Wegfall von Dokumentation (z.B. Gewicht)/keine Dokumentation mehr
	Verständnis des Pflegeprozesses, nicht näher benannt
	Abwandlung des Strukturmodells, eigentlich obsoletere Zusatzformulare werden eingesetzt
	Auswahl, Planung und Dokumentation von Maßnahmen
	Allgemeines Verständnis des Strukturmodells und seiner Ziele (Sinn und Zweck)
	Umgang mit Hilfs- und Arzneimitteln
	Planung von Prophylaxen
	Schmerzmanagement
	Planung und Beschreibung der Tagesstruktur
	Doppel-/Mehrfachdokumentation
Besondere Ereignisse/Abweichungen werden nicht dokumentiert	
Antwort nicht auswertbar	

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
ITEM11: Aus welchen Gründen wurde das Strukturmodell bislang nicht in der Einrichtung angewendet? (Mehrfachantworten möglich) Sonstige Gründe	Trägergesteuerte Einführung/ zukünftig geplant
	Befürchteter Informationsverlust
	Nach Austausch mit anwendenden Einrichtungen dagegen entschieden
	Umstellung andauernd
	Fehlende Kompetenz der Pflegefachkräfte

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Andere Umstellungsprozesse vorrangig (bspw. Dokumentationssystem)
	Noch nicht mit dem Thema beschäftigt/ keine Erfahrungswerte
	Fehlende Zeitressourcen
	Späte erfolgte Schulungen/abgebrochene Schulungen
	Fehlender interdisziplinärer Ansatz im Strukturmodell
	Fehlende technische Ressourcen/EDV
	Erarbeitung/Einführung/Anwendung einer eigenen Form der Dokumentation
	Geringe Unterstützung durch PDL
	Fehlende/mangelhafte Softwarelösung
	Strukturmodell wird in Mischform angewendet
	Keine Notwendigkeit für Einführung gegeben
	Erfahrung anderer Einrichtungen/Wohnbereiche/Abteilungen wird abgewartet
	Keine settingspezifischen Materialien/Anwendungshinweise vorliegend
	Antwort nicht auswertbar
ITEM12: Wenn Sie sich nach einem Testlauf des Strukturmodells gegen die Anwendung in der Einrichtung entschieden haben, woran lag dies?	Ungeeignet für das Setting ambulante Intensivpflege
	kein Änderungsbedarf des eigenen Dokumentationssystems
	Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Perspektive Selbständigkeit nicht ausreichend berücksichtigt
	Keine Verbesserung beim Dokumentationsaufwand beobachtet
	Fehlende Zeitressourcen
	Schulungs- und Vorbereitungsaufwand
	“Es gibt bessere Systeme”
	Mitarbeiterentscheidung gegen das Strukturmodell
	Entscheidung der Geschäftsführung
	Negative Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den MDK befürchtet
	Antwort nicht auswertbar/zutreffend
ITEM16: Mit welchem System haben Sie den Pflegeprozess vor Einführung des Strukturmodells dokumentiert?	DAN Produkte
	GODO SYSTEMS
	CAREOLINE SOFTWARE
	DM EDV
	AEDL (Krohwinkel)
	MediFox
	C&S
	Standard Systeme
	Connex (Vivendi)
	THS-Software COPPRO
	Träger-/Hauseigene Systeme und Dokumente
	Sinfonie
	D&S
	ACS Pflegesoftware
	Senso 7
	COMfuture Pflege 2000

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	
ITEM	KATEGORIEN
	OPTIPLAN
	MULTICOM Pflege X
	BOI DOKUTECH
	Heimbas
	PFLEGE · ZEIT
	ProfSys
	Löpertz Software IBAS
	Euregon
	Bos&S
	ATL (Juchli)
	CareCloud
	TOM (HINZ)
	Curasoft
	ROPER
	CGM SOZIAL SIC (sic Pflegeassistent)
	Kein Software-System
	iMedOne
	SoSoft Pflegemeister
	DFA Hamburg
	VITA Nova
	EVOCURA
	MICOS
	WILKEN ENTIRE
	SNAP ambulant
	NEXUS / VEGA
	SWING
	OPUS CURARE
	SoSoft
	NANDA
	WhP Software
	Vema Software
	Jutta König
	HyCARE
	AGNES
	OPTA DATA eva viva
	Pro Doku
	DMRZ
	BUCHNER
	dealSoft
	Karla Kämmer
	Henderson
	MCC
	OREM
	DokuExpert
	SoPart
	Mit Strukturmodell gestartet

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Arendt PC-as
	Musterdokumentation RLP
	Antwort nicht auswertbar
ITEM17B7: Welche Erwartungen hatten Sie vor der Einführung des Strukturmodells, sonstige Erwartungen	Transparenz
	Personenzentrierteres Arbeiten/Individualität der Pflegebedürftigen betonen
	Wissenstände der MA sollen sich besser abzeichnen
	Anforderungen an die MA könnten zu hoch sein
	Bessere Dokumentation der Bedürfnisse, Ressourcen und Defizite der Pflegebedürftigen
	Übersichtlichere/parktikable/effiziente Dokumentation
	Zeitersparnis, mehr Zeit für die direkte Pflege
	bessere Erfüllung des Pflegeauftrags
	Spaß beim Dokumentieren
	Kompatibilität mit neuen Begutachtungsrichtlinien des MDK/Pflegebedürftigkeitsbegriff
	Bewohnerzufriedenheit steigt
	Pflegedokumentation nicht übersichtlich genug
	Anerkennung und Steigerung der fachlichen Kompetenz
	Bessere Darstellung von Risiken
	Kompakte Darstellung Pflegeprozess
	Vorbereitend für das neue NBA
	Steigerung der Pflegequalität
	Steigerung der fachlichen Kompetenz
	Erleichterte Qualitätsprüfungen
	Besseres Verständnis bei multinationalität der MA
	Vermeidung von Doppeldokumentationen
	Vereinfachter Maßnahmenplan
	Erleichterung für die MA
	Förderung der Teamarbeit
	Reduzierung der Dokumentation
	Rechtssicherheit
	Akzeptanz seitens des MDK
	Veränderte Arbeitsorganisation
	Evaluation ist umständlich
	Unterstützend für pflegende Angehörige bei MDK Begutachtungen
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Sozialdienst, Haustechnik etc.)
	Antwort nicht auswertbar
	Neue Impulse für die Arbeit
Bundeseinheitliche Umsetzung	
Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit (Team, Pflegebedürftige, Angehörige)	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM26: Folgende Zusatzmodule werden neben dem Strukturmodell eingesetzt:	Pflegevisiten
	Spezifische Risikoassessments
	Hauseigene Standards/Checklisten

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Dokumentation der Sozialen Betreuung/des begleitenden Dienstes nach §87b SGB XI /Betreuungs- und Besuchsangebote
	Dokumentation (akutes) Wundmanagement
	Assessment und Pflegeplanung nach Krohwinkel
	Medikamentenmanagement
	Bradenskala
	Assessments und Dokumentation von Mangelernährung (z.B. PEMU, Brocca), Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme
	Biografiebogen
	Stammblatt
	Qualidem
	Demenz
	Schmerzassessment
	Fallbesprechungen
	Therapiemanager
	Diverse Assessmentbögen (nicht präzise genannt)
	Betreuungs-/Beschäftigungsnachweis
	Beratungsbogen
	Psychobiografisches Modell nach Böhm
	Dekubituseinschätzung
	Lagerungsplan
	Kontraktüreinschätzung
	Wochen-/Tagesplanung
	Pflegemodell nach Tom Kitwood
	NBA
	Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme
	Vitalwerte
	Pflegeüberleitung
	Diakonische Leistungen
	Besuchsdienste
	Ausscheidungskontrolle
	Assessments für Wachkomapatienten
	Leistungsnachweise
	Einzugsmanagement
	Pflegeplanung
	Maßnahmenplan
	Bewegungs-/Lagerungsplan
	Symptomkontrollbogen
	Leistungsnachweise
	Hilfeplan für Eingliederungshilfe
	Soziale Betreuung
	Pop-Pflegediagnosen
	Evaluationshilfen
	Antwort nicht auswertbar
ITEM31: Wodurch wird die Zeit gespart?	Wegfall (Risiko-)Assessmentbögen
	Reduzierte Dokumentation/Anzahl von Formblättern

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Wegfall aufwändiger Pflegeplanung/Evaluation
	Schnellere/veränderte/flexiblere Maßnahmenplanung und Evaluation
	Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Dokumentation
	Einzelleistungsnachweise/tägliches Abzeichnen von Maßnahmen entfallen
	Pflegehelfer/Innen dokumentieren weniger
	Schnellere/vereinfachte Aufnahme und Informationssammlung
	Konzentration auf wesentliche Inhalte und die individuellen Pflegebedürftigen
	Wegfall von Zielformulierungen
	Reduzierter Umfang des Pflegeberichts
	Verschiebung von Zuständigkeiten, mehr Delegation
	Schnellere/einfachere Erstellung einer Tagesstruktur
	Erleichterte/schnellere Informationsweitergabe im Team
	Einbezug der Fachlichkeit
	Antwort nicht auswertbar
ITEM32B: Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Kommunikation/Gesprächsführung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Kommunikation/Gesprächsführung (nicht näher bezeichnet)
	Beratung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Schulung, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
	Umsetzung der IMPS
	Verwaltungstätigkeiten
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	Individuelle Angebote/ Versorgung/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige
	Umsetzung der geplanten Tagesstruktur
	Einhaltung der gesetzlichen Pausenzeiten
	Einsparung von Pflegekräften
	Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Pflegevisiten
	Abbau von Überstunden
	Kommunikation/Informationsautausch im Pflorgeteam
	Palliative Pflege
	Schulungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige
	Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)
	Einhalten von Evaluationsfristen, Aktualisierung der Dokumentation
	Arztgänge/Kommunikation mit (Fach-)Ärzten
	Internes QM
	Tätigkeiten des Alltags (nicht näher bezeichnet)
	Freizeit der MitarbeiterInnen (nicht näher bezeichnet)
	Antwort nicht auswertbar
ITEM36: Welches System/ welchen Software Anbieter nutzen Sie?	DAN Produkte
	GODO SYSTEMS
	CAREOLINE SOFTWARE
	DM EDV
	MediFox
	C&S

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	
ITEM	KATEGORIEN
	Standard Systeme
	Connex (Vivendi)
	THS-Software COPPRO
	Träger-/Hauseigene Systeme und Dokumente
	Sinfonie
	ACS Pflegesoftware
	Senso 7
	COMfuture Pflege 2000/3000
	OPTIPLAN
	MULTICOM Pflege X
	BOI DOKUTECH
	Heimbis
	PFLEGE · ZEIT
	ProfSys
	Löpertz Software IBAS
	Euregon
	Bos&S
	CareCloud
	TOM (HINZ)
	Curasoft
	CGM SOZIAL SIC (sic Pflegeassistent)
	Kein Software-System
	iMedOne
	SoSoft Pflegemeister
	VITA Nova
	EVOCURA
	MICOS
	WILKEN ENTIRE
	NEXUS / VEGA
	SWING
	OPUS CURARE
	WhP Software
	Vema Software
	HyCARE
	OPTA DATA eva viva
	DMRZ
	BUCHNER
	dealSoft
	MCC
	DokuExpert
	SoPart
	Arendt PC-as
	Musterdokumentation RLP
	Atacama
	ATS Software bad Frankenhausen
	KOMDA STATIONÄR, ZAPF SYSTEMHAUS

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	OPAS SOZIAL
	Support Eins GmbH
	CareSozial
	DZH ambulant
	easyDOK
	Antwort nicht auswertbar
ITEM38: (Probleme mit der Software) Bitte beschreiben Sie die Probleme in Stichworten	Umfangreiches Programm
	Erstellung der Tagesstruktur nicht möglich/erschwert/fehlerhaft
	Fehlfunktionen (nicht näher bezeichnet)
	EDV System nicht den Anforderungen genügend (nicht näher bezeichnet)
	Bereits eingegebene Daten müssen mehrfach hinterlegt werden
	Umstellung für die MitarbeiterInnen
	Erstellung des individuellen Maßnahmenplans nicht/eingeschränkt möglich
	Entwicklungsbedarf (nicht näher bezeichnet)
	Hoher Arbeitsaufwand
	Darstellung entsprach nicht den Vorstellungen der Einrichtung
	Visualisierung unzureichend (Schriftgröße/Begrenzung der Textfelder/Layout/Druckformat)
	Erst späte Umsetzung des Strukturmodells vom Anbieter
	Fehlende Hinweise auf Möglichkeiten des Programms
	Veraltete/vorherige Formulare können nicht entfernt/überführt werden
	Updates und Anpassungsbedarf des Programms
	Unübersichtlichkeit, Doppeldokumentation, fehlende Verknüpfung von Formularen
	Risikomatrix nicht nach Vorlage Ein-STEP
	Informationen Ein-STEP wurden entfernt
	Unzureichende/falsche Ansprechpartner seitens Hersteller
	Keine/unzureichende Anwenderschulung und/oder Bedienhinweise
	Unzureichende Abbildung der SIS
	Vorrangig Fehler in der Bedienung
	Anwenderfreundlichkeit eingeschränkt (nicht näher bezeichnet)
	Schulungsbedarf der MitarbeiterInnen
	Leistungsnachweise konnten nicht erbracht werden
	Aufwändige Auswahl des passenden Anbieters
	Programm nicht ausgereift für Umsetzung des Strukturmodells
	Fehlende Textbausteine
	Lange Wartezeiten/Fehler bei Speicherung der Daten
	Fehlende programminterne Validierung der eingegebenen Daten
	Antwort nicht auswertbar
ITEM49: 47. Nein, für die Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung wird das Struktur-	es nicht eindeutig ist, wie dies aussagekräftig gelingen kann
	das Strukturmodell erst für wenige Bewohner zu Anwendung kommt
	noch ein hoher Schulungsbedarf des Personals hinsichtlich der Dokumentationsqualität besteht

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
modell im internen Qualitätsmanagement nicht genutzt, weil...	erst seit Kurzem mit dem Strukturmodell gearbeitet wird
	das Strukturmodell noch nicht/erst teilweise ins QM integriert ist
	EDV-Probleme zunächst behoben werden müssen
	andere Instrumente genutzt werden
	zunächst dafür Voraussetzungen geschaffen werden müssen
	Noch nicht alle Mitarbeiterinnen das Strukturmodell anwenden
	sich die Einrichtung noch im Einführungsprozess befindet
	eine Evaluation noch aussteht
	die externe Qualitätsprüfung keine Mängel aufzeigte
	die Einführung problematischer war als gedacht
	die Auswertung schwierig erscheint
	die Darstellung der Qualität an Kundenzufriedenheit und Ergebnissen zu messen ist
	Kennzahlen fehlen
	das bislang nicht vorgesehen ist
	keine Verbindung von Strukturmodell und Din EN ISO 9001:2015 existiert
	dies mit einem hohen Zeit und Kostenaufwand verbunden wäre
	der Träger die Darstellung von Pflegequalität regelt/vorgibt
	die Inhalte der QPR nicht zum Strukturmodell passen
	die Darstellung der Risiken nicht einfach über das EDV-system erfolgen kann
	ITEM51_2: 49. Greift das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Abbildung der Pflegequalität auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück? Wenn ja, welche?
Expertenstandards und zugehörige Assessments/Dokumentationsmaterialien	
Assessments und andere Dokumentation, nicht näher bezeichnet	
Kennzahlen Risikoerfassung/Risikoanalyse	
(Zufriedenheits)Befragung der Kunden	
Qualitätsindikatoren nach Wingenfeld et al. 2011 (EQMS, EQISA)	
Pflegestatistik/Ereignisstatistik (Sturz, Dekubitus, MRSA etc.)	
QM Handbuch/Handbuch QE	
Auditinstrumente, nicht näher bezeichnet	
Balanced-Scorecard	
AWO-Norm	
Diakonie-Sigel-Pflege	
ISO 9011:2016	
EQALIN	
Internes Controlling, nicht näher bezeichnet	
Prüfkriterien des MDK, QPR	
PDCA-Zyklus	
KTQ	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM56: Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/Informationssweitergabe
	Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert
	Es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung gesteigert
	Zufriedenere/Motiviertere MitarbeiterInnen
	Pflegemaßnahmen werden hinterfragt/reflektiert
	Fachlichkeit/Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen wird gefördert/ist gefragt
	Mehr Zeit für die Pflege
	Kompetenzniveau der Fachkräfte ist unterschiedlich
	Leistungskatalog passt nicht zum Strukturmodell
	Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion individueller Risiken
	Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird gestärkt
	Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion des Pflegeprozesses
	Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/Ressourcenorientierter Blick wird gefördert
	Vereinheitlichter Ablauf der Pflege
	Gesteigerte Kommunikation/Interaktion/Beratung zwischen PFK und Pflegebedürftigen
	Bezugspflege wird gestärkt
	Positive Veränderung des Pflegeverständnisses, nicht näher bezeichnet
	Pflegebedürftige lehnen detaillierte Beschreibungen in der SIS ab
	MitarbeiterInnen nutzen alte Pflegeplanungen
	Antwort nicht auswertbar
ITEM66: Welches Pflegesystem wird aktuell in Ihrer Einrichtung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	Bezugspflege
	Personenzentrierter Ansatz
	Gruppenpflege
	Antwort nicht auswertbar
ITEM69B: 67. Pflegefachlicher Schwerpunkt Art (Mehrfachantworten möglich) (Sonstiges)	Palliative Pflege
	Pflege von Menschen mit neurologischen Erkrankungen/Langzeitpflege (Phase F)
	Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen
	Pflege von Menschen mit (Mehrfach)Behinderung
	Pflege von Menschen nach Schlaganfall
	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
	Pflege infolge von Sucht nach SGB XI
	Pflege von Menschen mit Port

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEMS	KATEGORIEN
ITEM26: Folgende Zusatzmodule werden neben dem Strukturmodell eingesetzt	Spezifische Risikoassessments
	Hauseigene Standards/Checklisten
	Dokumentation der Sozialen Betreuung/des begleitenden Dienstes nach §87b SGB XI /Betreuungs- und Besuchsangebote
	Dokumentation (akutes) Wundmanagement

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEMS	KATEGORIEN
	Assessment und Pflegeplanung nach Krohwinkel
	Assessments und Dokumentation von Mangelernährung (z.B. PEMU, Brocca), Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme
	Biografiebogen
	Schmerzassessment
	Diverse Assessmentbögen (nicht präzise genannt)
	Beratungsbogen
	Psychobiografisches Modell nach Böhm
	Kontraktüreinschätzung
	Wochen-/Tagesplanung
	Pflegemodell nach Tom Kitwood
	NBA
	Assessments für Wachkomapatienten
	Einzugsmanagement
	Pflegeplanung
	Maßnahmenplan
	Bewegungs-/Lagerungsplan
	Hilfeplan für Eingliederungshilfe
	Pop-Pflegediagnosen
	Evaluationshilfen
	Antwort nicht auswertbar
	ITEM31: Wodurch wird die Zeit gespart?
Reduzierte Dokumentation/Anzahl von Formblättern	
Wegfall aufwändiger Pflegeplanung/Evaluation	
Schnellere/veränderte/flexiblere Maßnahmenplanung und Evaluation	
Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Dokumentation	
Einzelleistungsnachweise/tägliches Abzeichnen von Maßnahmen entfallen	
Pflegehelfer/Innen dokumentieren weniger	
Schnellere/vereinfachte Aufnahme und Informationssammlung	
Konzentration auf wesentliche Inhalte und die individuellen Pflegebedürftigen	
Wegfall von Zielformulierungen	
Reduzierter Umfang des Pflegeberichts	
Verschiebung von Zuständigkeiten, mehr Delegation	
Schnellere/einfachere Erstellung einer Tagesstruktur	
Erleichterte/schnellere Informationsweitergabe im Team	
Einbezug der Fachlichkeit	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM32B: Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Kommunikation/Gesprächsführung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Kommunikation/Gesprächsführung (nicht näher bezeichnet)
	Beratung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Schulung, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
	Umsetzung der IMPS
	Verwaltungstätigkeiten
	Entlastung der MitarbeiterInnen

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	
ITEMS	KATEGORIEN
	Individuelle Angebote/ Versorgung/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige
	Umsetzung der geplanten Tagesstruktur
	Einhaltung der gesetzlichen Pausenzeiten
	Einsparung von Pflegekräften
	Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Pflegevisiten
	Abbau von Überstunden
	Kommunikation/Informationsaustausch im Pflegeteam
	Palliative Pflege
	Schulungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige
	Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)
	Einhalten von Evaluationsfristen, Aktualisierung der Dokumentation
	Arztgänge/Kommunikation mit (Fach-)Ärzten
	Internes QM
	Tätigkeiten des Alltags (nicht näher bezeichnet)
	Freizeit der MitarbeiterInnen (nicht näher bezeichnet)
	Antwort nicht auswertbar
	ITEM49: 47. Nein, für die Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung wird das Strukturmodell im internen Qualitätsmanagement nicht genutzt, weil...
das Strukturmodell erst für wenige Bewohner zu Anwendung kommt	
noch ein hoher Schulungsbedarf des Personals hinsichtlich der Dokumentationsqualität besteht	
erst seit Kurzem mit dem Strukturmodell gearbeitet wird	
das Strukturmodell noch nicht/erst teilweise ins QM integriert ist	
EDV-Probleme zunächst behoben werden müssen	
andere Instrumente genutzt werden	
zunächst dafür Voraussetzungen geschaffen werden müssen	
Noch nicht alle Mitarbeiterinnen das Strukturmodell anwenden	
sich die Einrichtung noch im Einführungsprozess befindet	
eine Evaluation noch aussteht	
die externe Qualitätsprüfung keine Mängel aufzeigte	
die Einführung problematischer war als gedacht	
die Auswertung schwierig erscheint	
die Darstellung der Qualität an Kundenzufriedenheit und Ergebnissen zu messen ist	
Kennzahlen fehlen	
das bislang nicht vorgesehen ist	
keine Verbindung von Strukturmodell und Din EN ISO 9001:2015 existiert	
dies mit einem hohen Zeit und Kostenaufwand verbunden wäre	
der Träger die Darstellung von Pflegequalität regelt/vorgibt	
die Inhalte der QPR nicht zum Strukturmodell passen	
die Darstellung der Risiken nicht einfach über das EDV-system erfolgen kann	
Antwort nicht ausswertbar	
Pflegevisite/Fallbesprechung	

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t1	
ITEMS	KATEGORIEN
ITEM51_2: 49. Greift das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Abbildung der Pflegequalität auf Instrumente neben dem Strukturmodell zurück? Wenn ja, welche?	Expertenstandards und zugehörige Assessments/Dokumentationsmaterialien
	Assessments und andere Dokumentation, nicht näher bezeichnet
	Kennzahlen Risikoerfassung/Risikoanalyse
	(Zufriedenheits)Befragung der Kunden
	Qualitätsindikatoren nach Wingenfeld et al. 2011 (EQMS, EQISA)
	Pflegestatistik/Ereignisstatistik (Sturz, Dekubitus, MRSA etc.)
	QM Handbuch/Handbuch QE
	Auditinstrumente, nicht näher bezeichnet
	Balanced-Scorecard
	AWO-Norm
	Diakonie-Siegel-Pflege
	ISO 9011:2016
	EQALIN
	Internes Controlling, nicht näher bezeichnet
	Prüfkriterien des MDK, QPR
	PDCA-Zyklus
KTQ	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM27: Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/Informationssweitergabe
	Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert
	Es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich
	Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung gesteigert
	Zufriedenere/Motiviertere MitarbeiterInnen
	Pflegemaßnahmen werden hinterfragt/reflektiert
	Fachlichkeit/Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen wird gefördert/ist gefragt
	Mehr Zeit für die Pflege
	Kompetenzniveau der Fachkräfte ist unterschiedlich
	Leistungskatalog passt nicht zum Strukturmodell
	Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion individueller Risiken
	Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird gestärkt
	Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion des Pflegeprozesses
	Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/Ressourcenorientierter Blick wird gefördert
	Vereinheitlichter Ablauf der Pflege
	Gesteigerte Kommunikation/Interaktion/Beratung zwischen PFK und Pflegebedürftigen
Bezugspflege wird gestärkt	
positive Veränderung des Pflegeverständnisses, nicht näher bezeichnet	

Freitexte der Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t ₁	
ITEMS	KATEGORIEN
	Pflegebedürftige lehnen detaillierte Beschreibungen in der SIS ab/sind unzufrieden
	MitarbeiterInnen nutzen alte Pflegeplanungen
	Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Pflegeabläufe
	Verbesserung der Pflegequalität
	Gesteigerte Auseinandersetzung mit der Dokumentation
	Pflegefachkräfte arbeiten weniger direkt mit den Pflegebeürftigen
	Erhöhter Zeitaufwand/Belastung
	Uneinheitliche Nutzung der Dokumentation führt zu Unsicherheiten/Mehraufwand
	Pflegebedürftige sind zufriedener
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	Kein Anstieg unerwünschter Ereignisse (Sturz, Dekubitus...)
	Informationsverlust
	Angehörige werden nicht ausreichend einbezogen
	Ziellose Pflege
	Pflege ist leichter
	Nicht viel Zeit zum pflegen
	Antwort nicht auswertbar

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
ITEM11B: Wann erstellen Sie eine SIS neu (sonstiges)?	Ausschließlich bei Neuaufnahme/Neueinzug
	Bei Änderung des Pflegeaufwandes/Pflegebedarfs/des individuellen Risikos
	Nach einrichtungsinternem, festgelegtem Zeitraum/nach Vorgabe des QM
	Nach erfolgter Evaluation/Pflegevisite
	Nach einem Krankenhausaufenthalt
	Bei Unübersichtlichkeit/Platzmangel in der Dokumentation
	Nie/gar nicht
	Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend
ITEM12B: Bei welchem Anlass verändern Sie die vorgesehenen Interventionen in der Maßnahmenplanung (sonstiges)?	Bei Änderung des Pflegeaufwandes/Pflegebedarfs/des individuellen Risikos
	Bei Vertragsänderungen/nach individuellem Wunsch der Pflegebedürftigen/Angehörigen
	Nach einem Krankenhausaufenthalt
	Nach einrichtungsinternem, festgelegtem Zeitraum/nach Vorgabe des QM
	Vor Begutachtung durch den MDK
	Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend
ITEM14: Wie gehen Sie mit dieser Schwierigkeit um, um das Problem zu lösen?	Üben/verbessern der eigenen fachlichen Kompetenzen
	Fall- und Teambesprechungen/Beratung mit Kollegen/Vorgesetzten/Rücksprache mit QM
	Rücksprache mit Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer/Ärzte)

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Beobachtung der pflegebedürftigen Person
	Orientierung am Leitfaden und den Materialien des Strukturmodells
	Nachfragen/Beratung/sammeln von Informationen (nicht näher benannt)
	Sich mehr auf den Klienten einlassen (zeitlich/strategisch)
	Mit Hilfe von Biografiearbeit/ergänzendem Biografiebogen
	Einbeziehung anderer Dokumente z.B. Arztberichte, andere Ermittlungsbögen, altes System
	Abgabe der Aufgabe an andere Kolleginnen/Kollegen
	Fokus auf die Beschreibung der Einschränkungen und Ressourcen, persönliche Aussagen der Pflegebedürftigen rücken in den Hintergrund
	Eigene fachliche Einschätzung wird beschrieben
	Rückgriff auf Formulierungshilfen (Internet, hausintern)
	veränderte Bearbeitungsdauer/Veränderte Bearbeitungsreihenfolge der SIS
	Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend
	ITEM20: Wodurch wird die Zeit eingespart?
Reduzierte Dokumentation/Anzahl von Formblättern	
Wegfall aufwändiger Pflegeplanung/Evaluation	
schnellere/veränderte/flexiblere Maßnahmenplanung und Evaluation	
Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Dokumentation	
Einzelleistungsnachweise/tägliches Abzeichnen von Maßnahmen entfallen	
Pflegehelfer/Innen dokumentieren weniger	
Schnellere/vereinfachte Aufnahme und Informationssammlung	
Konzentration auf wesentliche Inhalte und die individuellen Pflegebedürftigen	
Wegfall von Zielformulierungen	
Reduzierter Umfang des Pflegeberichts	
Verschiebung von Zuständigkeiten, mehr Delegation	
schnellere/einfachere Erstellung einer Tagesstruktur	
Erleichterte/schnellere Informationsweitergabe im Team	
Einbezug der Fachlichkeit	
Antwort nicht auswertbar	
ITEM21B: Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Kommunikation/Gesprächsführung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Kommunikation/Gesprächsführung (nicht näher bezeichnet)
	Beratung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Schulung, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
	Umsetzung der IMPS
	Verwaltungstätigkeiten
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	Individuelle Angebote/ Versorgung/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige
Umsetzung der geplanten Tagesstruktur	

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Einhaltung der gesetzlichen Pausenzeiten
	Einsparung von Pflegekräften
	Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Pflegevisiten
	Abbau von Überstunden
	Kommunikation/Informationsaustausch im Pflgeteam
	Palliative Pflege
	Schulungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige
	Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)
	Einhalten von Evaluationsfristen, Aktualisierung der Dokumentation
	Arztgänge/Kommunikation mit (Fach-)Ärzten
	Internes QM
	Tätigkeiten des Alltags (nicht näher bezeichnet)
	Freizeit der MitarbeiterInnen (nicht näher bezeichnet)
	Medikationsmanagement
	Antwort nicht auswertbar
	ITEM26: Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus?
Strukturiertere, übersichtlichere, verbesserte Abläufe	
Zeitersparnis/mehr zur Verfügung stehende Zeit für die Pflegebedürftigen	
Positive Auswirkungen auf die/durch die Dokumentation (nicht auf Organisationsablauf bezogen)	
Negative Auswirkungen auf die/durch die Dokumentation	
Mehraufwand/Belastungempfinden	
Flexiblere/weil besser informierte MitarbeiterInnen	
Arbeitsteilung bei der Bearbeitung	
Terminvereinbarungen (Pflegebedürftige/Angehörige) Erstgespräch müssen geplant/realisiert werden, ggfs. erhöhter Personalaufwand	
Leistungen einzelner Pflege(fach-)kräfte sind nicht mehr in der Dokumentation erkennbar	
Erhöhter Schulungs- und Anleitungsaufwand	
Einheitlichere Abläufe	
Einführung/Planung fester Dokumentations-/Evaluationszeiten	
Unterbrochene/unübersichtliche Abläufe	
Pflegebegutachtungen sind vereinfacht	
Kommunikation und Kooperation im Team wird gestärkt/verbessert/intensiviert	
Reduzierte Arbeitsbelastung	
Kommunikation im Team nimmt ab/kürzere Übergabezeiten	
Der Aufnahmenprozess gewinnt an Bedeutung	
Entwicklungs-/Anpassungsbedarf des interenen QM	
Veränderte Dienstplangestaltung/Pausenzeiten	
MitarbeiterInnen haben Spaß an der Bearbeitung	
MitarbeiterInnen fühlen sich wieder für die Dokumentation verantwortlich und nutzen diese	
Erschwerte externe Qualitätsprüfung	

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Erleichterte externe Qualitätsprüfung
	Dokumentationsbezogene Bürozeiten haben sich reduziert oder werden für andere Aufgaben genutzt
	Bezugspflege wird gestärkt
	Erschwerte Lesbarkeit handschriftlicher Einträge
	Dokumentationsort verlagert sich aus dem Büro zum Pflegebedürftigen
	Evaluationszeit verteilt sich auf kürzere Zeiträume
	Antwort nicht auswertbar
ITEM27: Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/Informationssweitergabe
	Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert
	es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich
	Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung gesteigert
	Zufriedenere/Motiviertere MitarbeiterInnen
	Pflegemaßnahmen werden hinterfragt/reflektiert
	Fachlichkeit/Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen wird gefördert/ist gefragt
	mehr Zeit für die Pflege
	Kompetenzniveau der Fachkräfte ist unterschiedlich
	Leistungskatalog passt nicht zum Strukturmodell
	Verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion individueller Risiken
	Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird gestärkt
	verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion des Pflegeprozesses
	Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/Ressourcenorientierter Blick wird gefördert
	Vereinheitlichter Ablauf der Pflege
	gesteigerte Kommunikation/Interaktion/Beratung zwischen PFK und Pflegebedürftigen
	Bezugspflege wird gestärkt
	positive Veränderung des Pflegeverständnisses, nicht näher bezeichnet
	Pflegebedürftige/Angehörige lehnen detaillierte Beschreibungen in der SIS ab/sind unzufrieden
	MitarbeiterInnen nutzen alte Pflegeplanungen
	Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Pflegeabläufe
	Verbesserung der Pflegequalität
	gesteigerte Auseinandersetzung mit der Dokumentation
	Pflegefachkräfte arbeiten weniger direkt mit den Pflegebedürftigen
	Erhöhter Zeitaufwand/Belastung
	Uneinheitliche Nutzung der Dokumentation führt zu Unsicherheiten/Mehraufwand
	Pflegebedürftige sind zufriedener

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₁	
ITEM	KATEGORIEN
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	kein Anstieg unerwünschter Ereignisse (Sturz, Dekubitus...)
	Informationsverlust
	Angehörige werden nicht ausreichend einbezogen
	Ziellose Pflege
	Antwort nicht auswertbar

Freitexte der postalischen Befragung Pflegefachkräfte t ₂	
Item	Kategorien
ITEM11B: Wann erstellen Sie eine SIS neu (sonstiges)?	Ausschließlich bei Neuaufnahme/Neueinzug
	Bei Änderung des Pflegeaufwandes/Pflegebedarfs/des individuellen Risikos
	Nach einrichtungsinternem, vorgegebenem Zeitraum/nach Vorgabe des QM
	Nach erfolgter Evaluation/Pflegevisite
	Nach einem Krankenhausaufenthalt
	Bei Unübersichtlichkeit/Platzmangel in der Dokumentation
	Nie/gar nicht
	Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend
ITEM12B: Bei welchem Anlass verändern Sie die vorgesehenen Interventionen in der Maßnahmenplanung (sonstiges)?	Bei Änderung des Pflegeaufwandes/Pflegebedarfs/des individuellen Risikos
	Bei Vertragsänderungen/nach individuellem Wunsch der Pflegebedürftigen/Angehörigen
	Nach einem Krankenhausaufenthalt
	Nach einrichtungsinternem, vorgegebenem Zeitraum/nach Vorgabe des QM
	Vor Begutachtung durch den MDK
	Nach ärztlicher Anordnung
	Nach einem Krankenhausaufenthalt
	Nach erfolgter Evaluation/Pflegevisite
Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend	
ITEM14: Wie gehen Sie mit dieser Schwierigkeit um, um das Problem zu lösen?	Üben/verbessern der eigenen fachlichen Kompetenzen
	Fall- und Teambesprechungen/Beratung mit Kollegen/Vorgesetzten/Rücksprache mit QM
	Rücksprache mit Bezugspersonen (Angehörige/Betreuer/Ärzte)
	Beobachtung der pflegebedürftigen Person
	Orientierung am Leitfaden und den Materialien des Strukturmodells
	Nachfragen/Beratung/sammeln von Informationen (nicht näher benannt)
	Sich mehr auf den Klienten einlassen (zeitlich/strategisch)
	Mit Hilfe von Biografiearbeit/ergänzendem Biografiebogen
	Einbeziehung anderer Dokumente z.B. Arztberichte, andere Ermittlungsbögen, altes System
	Abgabe der Aufgabe an andere Kolleginnen/Kollegen

	Fokus auf die Beschreibung der Einschränkungen und Ressourcen, persönliche Aussagen der Pflegebedürftigen rücken in den Hintergrund
	Eigene fachliche Einschätzung wird beschrieben
	Rückgriff auf Formulierungshilfen (Internet, hausintern)
	veränderte Bearbeitungsdauer/Veränderte Bearbeitungsreihenfolge der SIS
	Antwort nicht auswertbar/nicht zutreffend
ITEM20: Wodurch wird die Zeit eingespart?	Wegfall (Risiko-)Assessmentbögen
	Reduzierte Dokumentation/Anzahl von Formblättern
	Wegfall aufwändiger Pflegeplanung/Evaluation
	Schnellere/veränderte/flexiblere Maßnahmenplanung und Evaluation
	Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Dokumentation
	Einzelleistungsnachweise/tägliches Abzeichnen von Maßnahmen entfallen
	Pflegehelfer/Innen dokumentieren weniger
	Schnellere/vereinfachte Aufnahme und Informationssammlung
	Konzentration auf wesentliche Inhalte und die individuellen Pflegebedürftigen
	Wegfall von Zielformulierungen
	Reduzierter Umfang des Pflegeberichts
	Verschiebung von Zuständigkeiten, mehr Delegation
	schnellere/einfachere Erstellung einer Tagesstruktur
	Erleichterte/schnellere Informationsweitergabe im Team
	Einbezug der Fachlichkeit
Antwort nicht auswertbar	
ITEM21B: Wofür genau wird die ersparte Zeit eingesetzt?	Kommunikation/Gesprächsführung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Kommunikation/Gesprächsführung (nicht näher bezeichnet)
	Beratung (Pflegebedürftige, Angehörige)
	Schulung, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
	Umsetzung der IMPS
	Verwaltungstätigkeiten
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	Individuelle Angebote/ Versorgung/Umsetzung von Maßnahmen für einzelne Pflegebedürftige
	Umsetzung der geplanten Tagesstruktur
	Einhaltung der gesetzlichen Pausenzeiten
	Einsparung von Pflegekräften
	Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, Pflegevisiten
	Abbau von Überstunden
	Kommunikation/Informationsaustausch im Pflegeteam
	Palliative Pflege
	Schulungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige
	Soziale Betreuung und Beschäftigung (nicht näher bezeichnet)
	Einhalten von Evaluationsfristen, Aktualisierung der Dokumentation
	Arztgänge/Kommunikation mit (Fach-)Ärzten
	Internes QM
Tätigkeiten des Alltags (nicht näher bezeichnet)	

	Freizeit der MitarbeiterInnen (nicht näher bezeichnet)
	Medikationsmanagement
	Einhaltung von Hygienebestimmungen
	Versorgung zusätzlicher Pflegebedürftiger
	Antwort nicht auswertbar
ITEM26: Welche Veränderungen in den Organisationsabläufen löst die neue Dokumentationspraxis aus?	(noch) keine Veränderungen
	strukturiertere, übersichtlichere Abläufe
	Zeitersparnis/mehr zur Verfügung stehende Zeit für die Pflegebedürftigen
	positive Auswirkungen auf die/durch die Dokumentation (nicht auf Organisationsablauf bezogen)
	negative Auswirkungen auf die/durch die Dokumentation
	Mehraufwand/Belastungsempfinden
	flexiblere/weil besser informierte MitarbeiterInnen
	Arbeitsteilung bei der Bearbeitung
	Terminvereinbarungen (Pflegebedürftige/Angehörige) Erstgespräch müssen geplant/realisiert werden, ggfs. erhöhter Personalaufwand
	Leistungen einzelner Pflege(fach-)kräfte sind nicht mehr in der Dokumentation erkennbar
	erhöhter Schulungs- und Anleitungsaufwand
	einheitlichere Abläufe
	Einführung/Planung fester Dokumentations-/Evaluationszeiten
	unterbrochene/unübersichtliche Abläufe
	Pflegebegutachtungen sind vereinfacht
	Kommunikation und Kooperation im Team wird gestärkt/verbessert/intensiviert
	reduzierte Arbeitsbelastung
	Kommunikation im Team nimmt ab/kürzere Übergabezeiten
	Der Aufnahmenprozess gewinnt an Bedeutung
	Entwicklungs-/Anpassungsbedarf des interenen QM
	veränderte Dienstplangestaltung/Pausenzeiten
	MitarbeiterInnen haben Spaß an der Bearbeitung
	MitarbeiterInnen fühlen sich wieder für die Dokumentation verantwortlich und nutzen diese
	erschwerte externe Qualitätsprüfung
	erleichterte externe Qualitätsprüfung
	Dokumentationsbezogene Bürozeiten haben sich reduziert oder werden für andere Aufgaben genutzt
	Bezugspflege wird gestärkt
	Erschwerte Lesbarkeit handschriftlicher Einträge
	Dokumentationsort verlagert sich aus dem Büro zum Pflegebedürftigen
	Evaluationszeit verteilt sich auf kürzere Zeiträume
	ungestörte Arbeitsplätze werden benötigt
	Notwendigkeit edv-basierter Dokumentation wird deutlich
	nicht auswertbar
	Erleichterter/verbesserter Informationsaustausch/Informationssweitergabe

ITEM27: Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung werden mit der Einführung des Strukturmodells deutlich?	Selbstbestimmung und Individualität der Pflegebedürftigen werden gefördert
	es werden (noch) keine Auswirkungen deutlich
	Pflegebedürftige stehen im Mittelpunkt/Personenzentrierung gesteigert
	Zufriedenere/Motiviertere MitarbeiterInnen
	Pflegemaßnahmen werden hinterfragt/reflektiert
	Fachlichkeit/Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen wird gefördert/ist gefragt
	mehr Zeit für die Pflege
	Kompetenzniveau der Fachkräfte ist unterschiedlich
	Leistungskatalog passt nicht zum Strukturmodell
	verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion individueller Risiken
	Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird gestärkt
	verbesserte/schnellere Auseinandersetzung/Reflexion des Pflegeprozesses
	Die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen steht im Vordergrund des fachlichen Handelns/Ressourcenorientierter Blick wird gefördert
	Vereinheitlichter Ablauf der Pflege
	Gesteigerte Kommunikation/Interaktion/Beratung zwischen PFK und Pflegebedürftigen
	Bezugspflege wird gestärkt
	positive Veränderung des Pflegeverständnisses, nicht näher bezeichnet
	Pflegebedürftige lehnen detaillierte Beschreibungen in der SIS ab/sind unzufrieden
	MitarbeiterInnen nutzen alte Pflegeplanungen
	Übersichtlichere/einfachere/verständlichere Pflegeabläufe
	Verbesserung der Pflegequalität
	Gesteigerte Auseinandersetzung mit der Dokumentation
	Pflegfachkräfte arbeiten weniger direkt mit den Pflegebedürftigen
	erhöhter Zeitaufwand/Belastung
	Uneinheitliche Nutzung der Dokumentation führt zu Unsicherheiten/Mehraufwand
	Pflegebedürftige sind zufriedener
	Entlastung der MitarbeiterInnen
	kein Anstieg unerwünschter Ereignisse (Sturz, Dekubitus...)
	Informationsverlust
	Angehörige werden nicht ausreichend einbezogen
	Ziellose Pflege
Pflege ist leichter	
Nicht viel Zeit zum pflegen	
Antwort nicht auswertbar	

05 Kategoriensystem der Fokusgruppen und Telefoninterviews

Kategorie	Subkategorie	Kategorie	Subkategorie
Erwartungen		Strukturierte Informationssammlung (SIS)	Erstellung der SIS
Erfahrungen	Anwendungsdauer Strukturmodell		Vollständigkeit der SIS
	Auswirkungen auf die Organisation		Umgang mit Veränderungen
	Auswirkungen auf Arbeitsabläufe		Verbesserungspotenziale
	Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung		Risikomatrix
	Auswirkungen auf die Motivation		Probleme mit der Risikomatrix
	Auswirkungen auf den fachlichen Austausch	Erstellung Pflege- & Maßnahmenplan	Schwierigkeiten
	Erfüllung der Erwartungen		Unterschiede zum vorherigen Dokumentationssystem
	Vorteile des Strukturmodells		Anpassen des Maßnahmenplans
	Nachteile des Strukturmodells	Nutzung Berichtsblatt	Multidisziplinäre Nutzung
Bewertung Pflegedokumentation			Schwächen
Umstellungsprozess	Umstellungsgrund	Fachkompetenz	Abweichungen von regelmäßigen Abläufen
	Verantwortung und Steuerung	Erfahrungen mit den Prüfinstanzen	Qualifizierungsbedarf
	Umsetzungsgrad		MDK
	Finanzieller Aufwand		Heimaufsicht
	Begleitung durch Multiplikatoren		Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem
	Unterstützungsbedarf	Prüfinstanzen	Neues Begutachtungsinstrument
	Förderfaktoren		Erfahrungen in Prüfsituationen
	Hürden und Barrieren		Eignung zur Qualitätsprüfung
Praktikabilität	Aushandlungsprozesse		Kompatibilität mit länderspezifischen Prüfregelungen
	Spezielle pflegerische Probleme		Hürden bei der Qualitätsprüfung
	Unterschiede zum vorherigen Dokumentationssystem		Überarbeitung des Prüfkatalogs
	Zeitaufwand der tägl. Pflegedokumentation		Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem
	Verbesserungsbedarf		Bewertung der Qualität der Pflegedokumentation
	Umsetzbarkeit		Verbesserungsvorschläge
Schulung	Schulungsteilnahme	Qualitätsmanagement	
	Art und Umfang der Schulung	Zukünftiger Unterstützungsbedarf	
	Schulungsmaterialien	Weiterempfehlung	
	Bewertung der Schulung	Haftung	
	Verbesserungsbedarfe	Dokumentationssystem	
Erstgespräch	Planung und Organisation	Sonstiges	

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
Erwartungen		10	Welche Erwartungen verbinden Sie mit der Umstellung? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?	„Also bei uns war das so gewesen, dass die Neugierde war ganz groß gewesen und die Freude darüber, dass das Schreiben ein bisschen weniger wird.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
Erfahrungen		1		
	Anwendungsdauer Strukturmodell	20	Aussagen dazu, wie lange das Strukturmodell in der Einrichtung genutzt wird bzw. seit wann persönlich damit gearbeitet wird.	„Unser Standort hat sich zum ersten sechsten zweitausendsechzehn beteiligt gehabt und gleich auch eingeführt.“ (FG 4 PDL, Pflegeheim)
	Auswirkungen auf die Organisation	29	Auswirkungen auf den ambulanten Pflegedienst, Auswirkungen auf stationäre Einrichtungen, Auswirkungen auf die Personalkapazität, Veränderungen in Organisationsabläufen	„Der Organisation war es auch wichtig, die zeitlichen Ressourcen zu schaffen für die Mitarbeiter. Also zum einen haben wir versucht Qualitätstage irgendwie einzurichten.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Auswirkungen auf Arbeitsabläufe	38	Welche Veränderungen ergaben sich in den Arbeitsabläufen durch die neue Dokumentationspraxis?	„Jetzt sind wirklich nur noch die wichtigsten Assessments drin, wo diese Risikoerfassungen gemacht werden müssen und ich denke das ist für die Mitarbeiter auch viel einfacher.“ (FG7 PDL, Pflegedienst)
	Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung	24	Welche Auswirkungen auf die direkte Pflege und Betreuung sehen Sie mit der Einführung des Strukturmodells? Welche Auswirkungen sehen Sie in Bezug auf Qualität und Effizienz der Pflege?	„Pflegerisch für den Bewohner finde ich nicht, weil die werden bei uns genauso gut versorgt oder nicht versorgt wie vorher auch.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
			Welche Auswirkungen hat die neue Pflegedokumentation auf die Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner?	„Ich hab einfach ab und zu mal ein bisschen mehr Zeit für Gespräche mit den Bewohnern.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Auswirkungen auf die Motivation	33	Wie wirkt sich die neue Pflegedokumentation auf die Motivation der Pflegekräfte zur Dokumentation im Vergleich zu früher aus? Wie war die Resonanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Strukturmodell?	„Im Vergleich zum Erstellen einer Pflegeplanung macht es mir wesentlich mehr Spaß.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Die Pflegekräfte und alle anderen Mitarbeiter hatten einfach das Gefühl mit beteiligt zu sein und damit hatten wir schon eine hohe Akzeptanz.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Auswirkungen auf den fachlichen Austausch	42	Wie wird das Strukturmodell im fachlichen Austausch für Übergaben, Dienstbesprechungen u. ä. genutzt? Wie gut ist das Strukturmodell im Vergleich zu dem vorherigen Dokumentationssystem für den Austausch geeignet?	„Das Strukturmodell ist wirklich super und würde auch richtig gut was rauskitzeln wie jetzt bei den Pflegenden.“ (FG1 PFK; Pflegeheim) „Was mir aufgefallen ist, dass wir Fachkräfte uns unter einander viel intensiver austauschen wie vorher.“ (FG1 PFK; Pflegeheim)
			Welche Auswirkungen auf den Austausch/ Kommunikation nehmen Sie wahr? Welche Effekte hat der Austausch mit dem Strukturmodell? Inwieweit hat es Auswirkungen auf die fachliche Qualität?	„Ich glaube viele Menschen in Pflege sehen das als Chance sich mal auszutauschen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim) „Im Team ist auch ein besserer Austausch. Das ist wieder eine ganz andere Teamdynamik.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Die unterschiedlichen Berufsgruppen haben zusammengearbeitet, das war das erste Mal, dass ich das im Träger so erlebt habe, dass man

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
				wirklich an einem Strang arbeitet.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Erfüllung der Erwartungen	18	Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an das Strukturmodell erfüllt? Würden Sie es noch einmal machen?	„Meine Erwartungen wurden zu 100 Prozent erfüllt.“ (T111 QMB, Pflegeheim) „Ich find das System klasse und es ist deutlich weniger zu schreiben als wir jemals geschrieben haben.“ (T113 QMB, Pflegeheim)
	Vorteile des Strukturmodells	52	Welche Vorteile sehen Sie mit der Einführung des Strukturmodells?	„Die Zusammenraffung der Themenfelder auf fünf runter gebrochen von damals dreizehn.“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Wenn es gut gemacht ist, geht es schneller. Einfach weil es übersichtlicher ist.“ (FG3 Heimaufsicht)
	Nachteile des Strukturmodells	22	Welche Nachteile sehen Sie mit der Einführung des Strukturmodells?	„Das einzige Problem in dem Strukturmodell ist die PDF-Datei, weil wenn nämlich die Zeile voll ist vom Themenfeld, dann ist sie eben voll.“ (FG10 PFK, Pflegedienst)
Bewertung der Pflegedokumentation		40	Welcher Baustein der Pflegedokumentation ist Ihnen am wichtigsten? Welcher ist für Sie am leichtesten umzusetzen? Welcher ist für Sie am schwersten umzusetzen? Wie empfinden Sie persönlich die Arbeit mit der Pflegedokumentation?	„Berichtsblatt.“ (FG10 PFK, Pflegedienst) „Am leichtesten, würde ich sagen, ist der Maßnahmenplan umzusetzen.“ (FG10 PFK, Pflegedienst) „Die Risikomatrix, das ist immer mein Albtraum.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Ich kann auf jeden Fall sagen, die SIS® ist wesentlich leichter zu schreiben.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
Umstellungsprozess		10		
	Umstellungsgrund	17	Aus welchen Gründen haben sich Ihre Einrichtungen für das Strukturmodell entschieden?	„In erster Linie natürlich aufgrund von Verschlankung.“ (T113 QMB, Pflegeheim)
	Verantwortung und Steuerung	20	Wie hat die Leitung des Hauses den Prozess der Umstellung gesteuert? Wer war konkret für die Umstellung verantwortlich?	„Es gibt einen genauen Projektplan.“ (T113 QMB, Pflegeheim) „Aber gesteuert wird es immer von der Geschäftsführung aus.“ (T112 Pflegereferentin)
	Umsetzungsgrad	46	Inwieweit betrachten Sie zum heutigen Zeitpunkt die geplante Umsetzung der neuen Pflegedokumentation als abgeschlossen? Wurden alle Patientinnen und Patienten/Bewohnerinnen und Bewohner auf das Strukturmodell umgestellt?	„Ambulant und stationär sind alle umgestellt.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Wir haben fast abgeschlossen mit der Umstellung bei hundertzwei Bewohnern.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Finanzieller Aufwand	12	Inwieweit löste die Umstellung einen finanziellen Aufwand aus?	„Ich sehe da eigentlich keinen großen finanziellen Aufwand.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Begleitung durch Multiplikatoren	17	Inwieweit wurde die Umstellung in Ihrer Einrichtung von Multiplikatoren begleitet?	„Ich glaube da wurden wir rundum perfekt begleitet und alles.“ (T113 QMB, Pflegeheim)
	Unterstützungsbedarf	16	In welchen Phasen der Umstellung hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? Allgemein: War Unterstützung notwendig? Gab es Unterstützung?	„Dass man vielleicht eine Dokumentation vorgelegt bekommt und dann gebeten wird, da mal drüber zu gucken ob das auch alles korrekt ist, wie sie das machen.“ (FG5 MDK) „Nein, ich hab ja alle Unterstützung.“ (T111 QMB, Pflegeheim) „Ein-Step Internetseite“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Förderfaktoren	32	Was war hilfreich bei der Umstellung?	„(EIN)–Step hat uns geholfen, das Internet und wir haben eine gute Qualitätsmanagerin.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Hürden und Barrieren	59	Was waren die schwierigsten Hürden im Prozess der Umstellung?	„Das Zeitmanagement, dass man es umstellen kann.“ (FG7 PDL, Pflegedienst)
Praktikabilität		1		
	Aushandlungsprozesse	22	Einbezug von Pflegebedürftigen, Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern In welchen Fällen werden Pflegebedürftige, deren Angehörige bzw. Betreuer oder Stellvertreter in das Strukturmodell mit einbezogen? Wie werden die Ergebnisse des Aushandlungsprozesses innerhalb der Pflegedokumentation festgehalten?	„Ich sage mal so wir schließen keinen aus.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Nur wenn sie beim Erstgespräch dabei sind.“ (FG10 PFK, Pflegedienst) „Kommunikationsblatt und da steht noch mal drauf "wurde mit dem Angehörigen gesprochen? Und wurde das und das vereinbart?“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Spezielle pflegerische Probleme	23	Wie gestalten Sie die Dokumentation von speziellen pflegerischen Problemen? (z. B. Kontrakturen, Thrombose, Ulcus cruris, Pneumonie)? Wo verankern Sie diese Informationen? Wie gut ist das Strukturmodell für die Erfassung solcher Probleme geeignet?	„Ich kann es gleich in den SIS®–Bogen schreiben ohne mit dem gesprochen zu haben, weil ich sehe er hat ein Sturzrisiko.“ (T113 QMB, Pflegeheim) „In die Themenfelder.“ (FG10 PFK, Pflegedienst) „Einmal in der SIS®, wird in den einem Themenfeld oder mehrere verteilt, somit wird beschrieben welches Risiko besteht und die Maßnahmen werden in die Maßnahmenplanung geschrieben.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
	Unterschiede zum vorherigen	67	Gibt es Unterschiede zum vorherigen Dokumentationssystem?	„Wir hatten früher viele Formulare auszufüllen, aber da kam nicht diese Resonanz hervor wie

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Dokumentationssystem			jetzt in dem Moment mit der Erstfrage "Was bewegt sie, was brauchen sie?" Ich glaube die Grundbotschaft ist schon Ausschlag gebend für die restlichen Themenfelder." (FG1 PFK, Pflegeheim)
	Zeitaufwand der täglichen Pflegedokumentation	33	Wieviel Zeit nimmt die Erstellung der täglichen Pflegedokumentation für eine pflegebedürftige Person in Anspruch?	„Es ist ein geringerer Zeitaufwand.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Insgesamt kann man nach zwei, drei Stunden mit der Akte arbeiten und erkennt den Bewohner. (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Verbesserungsbedarf	14	Wo besteht Verbesserungsbedarf? Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?	„Ich würde hoffen, dass es was lebendig bleibt und auch weiter angepasst werden darf.“ (FG2 PFK; Pflegeheim) „In der SIS® wäre es gut, wenn die Erstaufnahmedaten wie Blutdruck, Puls, Größe, Gewicht, BMI gleich drin stehen.“ (FG7 PDL, Pflegedienst)
	Umsetzbarkeit	43	Wie praktikabel ist die neue Pflegedokumentation im Arbeitsalltag? Wie klappt die Umsetzung? Was läuft dabei gut?	„Sehr praktikabel. Ich habe nur positive Rückmeldungen von Mitarbeitern bekommen. (FG6 PFK, Pflegedienst) „Das Wichtigste raus zu filtern, dass man nicht dieses Platzproblem bekommt, weil nur eine begrenzte Zahl von Zeichen zu vergeben ist.“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Die Klienten fühlen sich sehr wertgeschätzt und geben gerne Auskunft, sind häufig überrascht über diese erste Frage.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
Schulung		13		
	Schulungsteilnahme	26	Wer aus Ihrer Einrichtung hat an einer Schulung teilgenommen? Wer von Ihnen konnte an einer Schulung teilnehmen?	„Wir haben insgesamt über achtzig, neunzig Mitarbeiter schulen lassen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Bei uns haben alle Führungskräfte, das heißt Heim-, Pflegedienstleitung, stellvertretende Pflegedienstleitung und die Qualitätsbeauftragten an dieser zweitägigen Schulung teilgenommen.“ (T113 QMB, Pflegeheim)
	Art und Umfang der Schulung	48	An welcher Art von Schulung haben Sie teilgenommen? Wie war der Umfang?	„Ich hab die Multiplikatorenschulung von der Regionalkoordinatorin für unsere Region bekommen. (FG4 PDL, Pflegeheim) „Zwei Tage war Strukturmodell.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
	Schulungsmaterialien	15	Inwieweit arbeiten Sie mit den Informations- und Schulungsunterlagen von Ein-Step?	„Wir haben auf die Schulungsunterlagen von Ein-Step zurückgegriffen, online.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Bewertung der Schulung	76	Inwieweit hat Ihnen die Teilnahme an der Schulung geholfen das Strukturmodell umzusetzen? Inwieweit war die Schulung ausreichend, um das nötige Fachwissen zu bekommen?	„Ich glaube was ein großes Problem ist, sie gehen zu einer zwei Tages Schulung und was ist danach wie implementiere ich das?“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Ein bisschen viel zu kurz.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Verbesserungsbedarfe	24	Was war gut und was war nicht so gut an der Schulung? Was kann geändert werden oder was sollte beibehalten werden?	„Was ich nicht gut fand an der Schulung, dass noch viele Unstimmigkeiten waren.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
			Welche Inhalte für Sie aus den Prüfinstanzen waren überflüssig? Welche Inhalte speziell für die Überprüfung sollten noch aufgenommen werden?	„Es ist schon so, dass zwei, drei vertiefende Schulungen gut wären.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Wir hätten uns gewünscht, dass das ein bisschen auf die Prüfung ausgelegt ist und die Schulung nicht genau die Gleiche wie die Fachkräfte in den Einrichtungen ist.“ (FG3 Heimaufsicht)
Erstgespräch		6		
	Planung und Organisation	11	Aussagen zur Vorbereitung und Durchführung des Erstgesprächs	„Wenn ich zu einer Aufnahme gehe, nehme ich die SIS® mit und kann rein schreiben und Notizen machen und sammeln.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Herausforderungen	38	In welchen Situationen oder bei welchen Personengruppen gibt es Schwierigkeiten beim Erstgespräch? Wie sind Ihre Erfahrungen bei Menschen mit Demenz? Wie führen Sie da das einleitende Gespräch?	„Wenn der Bewohner ganz alleine kommt und sich nicht äußern kann und erstmal da steht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Demenz ist wirklich ein großes Problem.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Ich lasse dann wirklich erzählen und höre erst Mal zu.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Folgegespräche	0	Aussagen zur Durchführung von Folgegesprächen	keine Ankerbeispiele vorhanden
Strukturierte Informationssammlung (SIS®)		2		

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Erstellung der SIS®	21	Wie viel Zeit nimmt die Erstellung der SIS® für eine pflegebedürftige Person in Anspruch?	„Man ist bei zwei bis drei Stunden um zumindest die SIS® stehen zu haben.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Vollständigkeit der SIS®	16	Inwieweit erfasst die Strukturierte Informationssammlung alle relevanten Informationen zur Situation der pflegebedürftigen Person? Welche Informationen können gut und welche nicht so gut erfasst werden?	„Ich kann fast alle Situationen in die einzelnen Themenfelder bringen und erfassen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim) „Das einzige was sie nicht erfasst, sind die finanziellen Leistungen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Umgang mit Veränderungen	26	Wie erfasst die SIS® veränderte Situationen? In welchen Fällen wird die erneute Erstellung einer SIS® ausgelöst?	Nach einer Akutsituation wie Krankenhausaufenthalt wird es neu gemacht.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Wir schreiben die SIS® nicht neu. Wir evaluieren die dann.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Verbesserungspotenziale	7	Was sollte geändert oder beibehalten werden?	„Der Wunsch ist von unserem Qualitätsmanagement gekommen, dass die Themenfelder der SIS® ein bisschen weiter gemacht werden, dass man wirklich die Möglichkeit hat etwas mehr reinzuschreiben.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Risikomatrix	27	Ist die erstellte Risikomatrix im Kontext der Themenfelder verständlich? Und inwieweit unterstützt Sie die Risikomatrix in der Pflege?	„Und dann ist ja die Frage wo schreibt man es am Ende hin?“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Gar nicht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
	Probleme mit der Risikomatrix	29	Inwieweit gibt es Einschränkungen in der Erstellung der Risikomatrix?	„Ich finde, das ist sehr verwirrend.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
Erstellung des Pflege- und Maßnahmenplans		20	Wie gelingt es Ihnen, den individuellen Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS® zu erstellen? Was gelingt Ihnen gut?	„Ich hab beim Maßnahmenplan eigentlich überhaupt keine Probleme, also ich kann den eigentlich so runterschreiben.“ (FG2 PFK, Pflegeheim)
	Schwierigkeiten	11	Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Erstellung? Wo benötigen Sie Unterstützung?	„Sie haben sich schwer getan am Anfang individuell zu schreiben. Haben viele Textbausteine noch eingepflegt.“ (FG6 PFK, Pflegedienst) „Es braucht eine gewisse Übung.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Unterschiede zum vorherigen Dokumentationssystem	20	Wenn Sie das mit der alten Dokumentation vergleichen, gibt es da Veränderungen?	„Einfacher. Logischer. Klarer.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Anpassen des Maßnahmenplans	17	Welche Erfahrungen haben Sie im Anpassen des Maßnahmenplans? Welche Anlässe führen zu einer Veränderung? Wie flexibel ist die Anpassung im Vergleich zur vorherigen Dokumentation?	„Was nicht gut läuft ist die Anpassung der Maßnahmen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Wenn der Patient die Leistungen ändert oder nach einem Krankenhausaufenthalt.“ (FG10 PFK, Pflegedienst) „Man kann einzelne Themenfelder genauso ändern wie einzelne Pflegemaßnahmen.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
Nutzung des Berichtsblatts		19	Welche Rolle spielt das Berichtsblatt in der täglichen Dokumentation? (Routine) Wie nutzen Sie das Berichtsblatt? Wie beurteilen Sie das Berichtsblatt?	„Täglich wird bei uns jetzt nicht dokumentiert, außer es war ein Vorfall gewesen.“ (FG2 PFK, Pflegeheim) „Nur wenn was Wirkliches war. Also, wenn nichts war dann schreibe ich auch nichts, das ist schon erleichtert.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
				„Was ich festgestellt habe in der Auswertung, dass neuerdings die Verläufe erkennbarer werden.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
	Multidisziplinäre Nutzung	1	Inwiefern haben Sie den Eindruck, dass das Berichtsblatt multidisziplinär genutzt wird?	„Finde ich sehr, sehr wenig, dass da wirklich jemand, der von extern kommt, da mal was einträgt, wenn sich da irgendwas verändert hat oder was auffällig ist. (FG5 MDK)
	Schwächen	4	Wie beurteilen Sie das Berichtsblatt? Welche Schwächen sehen Sie?	„Es ist die Gefahr größer geworden, dass etwas überlesen wird oder dass wenn man nichts rein schreibt, dann liest man auch nicht was vorher war.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	Abweichungen von regelmäßigen Abläufen	5	Inwieweit werden Routinemaßnahmen notiert und in welchem Umfang? Werden ausschließlich Abweichungen notiert?	„Diese ganzen Standardeinträge sind zurückgegangen.“ (FG5 MDK) „Abweichungen werden dokumentiert und wenn es einmalige Abweichungen sind dann kommen sie ins Berichtblatt und wenn das immer wieder gehäuft vorkommt dann wird es evaluiert.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
Fachkompetenz		23	Inwieweit werden Sie durch die Pflegedokumentation angeregt, sich Fachwissen anzueignen? Inwieweit werden Sie angeregt, über die Lebenswelt des Patienten/ Bewohner nachzudenken? Inwieweit werden Sie durch die Pflegedokumentation angeregt, Ihr eigenes Wissen kreativ zu nutzen und einzubringen?	„Sehr. Also wenn ich sie verstehen will, muss ich up to date bleiben, muss mich ständig damit auseinandersetzen.“ (FG1 PFK, Pflegeheim) „Genau, ein Umdenken. Auf einmal wieder selber formulieren.“ (T112 Pflegereferent, Pflegeheim)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Qualifizierungsbedarf	11	Besteht weiterer/ zusätzlicher Qualifizierungsbedarf?	„Gerade auch durch die Risikomatrix wo vielleicht auch noch Schulungsbedarf besteht.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
Erfahrungen mit den Prüfinstanzen		5	Welche Erfahrungen haben Sie mit den Prüfinstanzen (MDK/ Heimaufsicht) im Zusammenhang mit dem Strukturmodell gesammelt?	„MDK als auch mit der Heimaufsicht, die fanden das alle interessant.“ (FG4 PDL, Pflegeheim) „Der MDK ist sowieso, finde ich, sehr entspannt geworden.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
	MDK	38	Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?	„Die lesen dann wirklich das raus, was sie lesen wollen und den Rest kriegen sie von mir zu hören und gucken sich den Bewohner an.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Heimaufsicht	4	Welche Effekte nehmen Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen wahr?	Kein Ankerbeispiel vorhanden
	Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem	13	Welche Rückmeldung bekommen Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem?	„Da haben sie weniger zum Lesen.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
	Neues Begutachtungsinstrument	1	Inwiefern eignet sich das Strukturmodell für die Nutzung des Neuen Begutachtungsinstruments?	„Hätte ich zuerst NBA geschult bekommen, dann wäre für mich in der SIS® viel mehr logisch gewesen, weil es nämlich nicht mehr nur um die Selbstbestimmung geht.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
Prüfinstanzen		4		
	Erfahrungen in Prüfsituationen	37	Welche Erfahrungen haben Sie denn damit gesammelt? Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern? Bitte schildern Sie das mal kurz.	„Eindruck der Pflege war ‚Wir können jetzt sehr viel weglassen‘ und dann kamen die ersten Prüfungen und man hat sie sozusagen wieder zurück in die Realität geholt.“ (FG3 Heimaufsicht)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
				„Sie müssen das im Gespräch machen. Sie sollen dahin schreiben, was der Pflegebedürftige möchte, ihre fachliche Sicht und den Kompromiss schreiben und nicht nur ihre pflegfachliche Sicht sonst haben wir genau das Gleiche, was wir vorher auch hatten dann brauchen Sie die SIS nicht machen.“ (FG3 Heimaufsicht)
	Eignung zur Qualitätsprüfung	5	Wie eignet sich das Strukturmodell als Grundlage der Qualitätsprüfung gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie?	„Einen positiven Eindruck kann ich bestätigen, es macht unsere Arbeit effizienter.“ (FG5 MDK)
	Kompatibilität mit länderspezifischen Prüfregelungen	6	Inwieweit ist Ihrer Meinung nach das Strukturmodell mit den länderspezifischen Prüfregelungen kompatibel? Welche Prüfregeln sind gut im Strukturmodell anwendbar? Bei welchen haben Sie Schwierigkeiten?	„Wir haben ein bundesweites, einheitliches Prüfkonzept und dementsprechend ist das auch, definitiv das Strukturmodell, mit diesem Prüfkonzept auch vereinbar. (FG3 MDK) „Die QM-Abfrage, da hat sich nicht viel dran geändert.“ (FG3 Heimaufsicht) „Die einzige Prüffrage, die wirklich problematisch war für uns in unserem Prüfkonzept war diese Kontinuität der pflegerischen Leistungen“ (FG5 MDK)
	Hürden bei der Qualitätsprüfung	6	Bei welchen Aspekten ist es schwierig, die Richtlinie auf das Strukturmodell zu übertragen?	„Da steht: 'Stellen Sie die Durchführung fest', aber wie?“ (FG3 Heimaufsicht)
	Überarbeitung des Prüfkatalogs	11	In welchen Kriterien ist aus Ihrer Sicht eine Überarbeitung des Prüfkataloges notwendig? Was kann im Prüfkatalog gestrichen werden?	„Wie prüfen wir den neuen RPK, weil der ist sehr Qualitätsmanagement lastig, finde ich, also sehr schriftbezogen.“ (FG3 Heimaufsicht)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Kodes	Kodierregel	Ankerbeispiel
			Was ist unbedingt noch in den Prüfkatalog aufzunehmen?	„Für mich wirklich in der Biografiearbeit oder in der sozialen Betreuung.“ (FG3 Heimaufsicht)
	Vergleich zum vorherigen Dokumentationssystem	16	Inwieweit hat sich der Dokumentationsaufwand im Rahmen der Prüfung im Vergleich zur vorherigen Pflegedokumentation verändert? Inwieweit hat sich der zeitliche Aufwand für die Prüfung verändert?	„Die Dokumentation ist übersichtlicher geworden, keine Frage. Also da findet man die Informationen, die wir brauchen wesentlich schneller.“ (FG5 MDK) „Wenn es gut gemacht ist, geht es schneller. [...] Da hat man die Sachen nicht mehr zwischen fünfundsechzig Seiten Planung hin und her“ (FG3 Heimaufsicht)
	Bewertung der Qualität der Pflegedokumentation	18	Wie bewerten Sie die Qualität der von Ihnen im Rahmen von Prüfungen begutachteten Pflegedokumentation? In Bezug auf... 1. Fachsprache, sachlicher Ausdruck 2. Transparenz, Nachvollziehbarkeit 3. Vollständigkeit 4. Reduktion auf die wesentlichen Informationen	„Man kann das positiv beurteilen. Ich habe bis jetzt noch keine Einrichtung geprüft, die das sehr schlecht umgesetzt hat. (FG5 MDK) „Fachsprache verlange ich in vielen Fällen nicht, da mir in erster Linie wichtig ist, dass alle sich mit der SIS® auskennen.“ (FG3 Heimaufsicht) „Aber ich kann nicht nachvollziehen, ob es wirklich getan wird, oder nicht.“ (FG3 Heimaufsicht) „Ich hatte eher ein Problem mit der Vollständigkeit, dass mir schon wesentlich Inhalte noch gefehlt haben.“ (FG3 Heimaufsicht) „Meine Auffassung der Sache: Hätte man die SIS®, oder das Strukturmodell, nicht gebraucht, weil ich glaube man hätte jedes andere Modell nehmen können und reduzieren.“ (FG3 Heimaufsicht)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Verbesserungsvorschläge	4	Wo hat sich die Qualität verbessert oder verschlechtert? Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	„Es gibt ganz große Probleme die soziale Betreuung mit einzubinden, tatsächlich multiprofessionell vorzugehen.“ (FG3 Heimaufsicht) „Ja, es gibt nur einen (gemeinsamen) Betreuungs- und Pflegeprozess, [...] und die Frage ist, wer ist an welcher Stelle wie beteiligt. Den denkt das Strukturmodell in irgendeiner Art und Weise, hat ihn aber nicht so konkret ausformuliert, dass die Pflegeeinrichtungen das tatsächlich als Auftrag zur Umsetzung verstanden haben.“ (FG3 Heimaufsicht)
Qualitätsmanagement		22	Welche Auswirkungen hat die Einführung der neuen Pflegedokumentation auf das interne Qualitätsmanagement im Bereich Pflege? Wie wird in der Pflegedokumentation im Rahmen des Qualitätsmanagement die Pflegequalität dargestellt?	„Das interne Qualitätsmanagement, wenn sie jetzt das Handbuch nehmen, hat sich komplett verändert.“ (T111 QMB, Pflegeheim) „Wir haben auch eine interne Regelung wo die gesamte Dokumentation beschrieben ist.“ (T113 QMB, Pflegeheim)
Zukünftiger Unterstützungsbedarf		8	Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der zukünftigen Umsetzung?	„Es wäre gut, wenn es weiterhin Ansprechpartner gäbe.“ (FG6 PFK, Pflegedienst)
Weiterempfehlung		7	Würden Sie die Pflegedokumentation Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen? Wenn Sie das Strukturmodell weiterempfehlen, wie würden Sie dies anhand von zwei Sätzen formulieren?	„M: Würden Sie das Strukturmodell Ihren Kolleginnen oder Ihren Kollegen weiter empfehlen? I4: Ja.“ (FG8 PFK, Pflegedienst) „Ja. Also, von der Arbeitserleichterung auf jeden Fall. Es ist auch übersichtlicher und nicht mehr so viel zum schreiben“ (FG10 PFK, Pflegedienst)

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Codes	Kodierregel	Ankerbeispiel
Haftung		13	Wie beurteilen Sie die Rechtssicherheit des Strukturmodells? Welche Bedenken gibt es aus Ihrer Sicht bezüglich der Haftung/ Rechtssicherheit, die es mit der bisherigen Pflegedokumentation nicht gab? Falls geäußert: Wodurch wurden diese Bedenken ausgelöst?	„Ich denke mal, rechtlich dürfte es eigentlich keine Schwierigkeiten geben.“ (FG7 PDL, Pflegedienst) „Für mich fehlen in diesem Modell bestimmte Informationen oder Begründungen, deshalb ist für mich die Rechtssicherheit nicht unbedingt gegeben.“ (TI 9 PDL, Pflegedienst)
Dokumentationssystem		30	Welches Dokumentationssystem wird verwendet? z. B. auch Vor- und Nachteile zu vorherigen Systemen, Aussagen zu Zusatzmodulen, Aussagen zu Softwareangeboten	„Wir arbeiten noch mit DAN-Produkt, also noch wirklich schriftlich alles.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)
Sonstiges		25	z. B. Aussagen zu berufspolitischen Themen im Zusammenhang mit dem Strukturmodell (Fachkräftemangel, Auszubildende ohne ausreichend Kenntnisse zum Strukturmodell, etc.)	„Beim Pflegegrad fünf, der höchste den es gibt, bekomme ich mittlerweile weniger Personal zur Verfügung gestellt als für eine Pflegestufe drei.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)
Gesamt		1551		

06 Tabellen zu Merkmalen der Befragten (verantwortlichen)Pflegefachkräfte

Tabelle 33: Anwendungsstatus der teilnehmenden Einrichtungen zum Zeitpunkt t₁, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte

Art des Versorgungsvertrages	Wenden Sie das Strukturmodell in der Einrichtung an?	
	Ja	Nein
Vollstationär	510	85
Teilstationär	58	14
Ambulant	452	99
Anzahl gesamt	1.020	198

Tabelle 34: Auswertbare Antworten Pflegefachkräfte zum Zeitpunkt t₁ und t₂, postalische Befragung Pflegefachkräfte

Art des Versorgungsvertrages	Erhebungszeitpunkt	
	t ₁	t ₂
Vollstationär	904	390
Ambulant	581	219
Anzahl gesamt	1.485	609

Tabelle 35: Berufsjahre und Beschäftigungsdauer in der Einrichtung, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t₁

Jahre im Beruf	Pflegeheime	Pflegedienste
<1 Jahr	3,7 %	1,3 %
1 bis 4 Jahre	10,8 %	7,8 %
5 bis 9 Jahre	20,2 %	14,4 %
10 bis 14 Jahre	18,8 %	14,4 %
15 bis 19 Jahre	15,6 %	14,6 %
≥ 20 Jahre	30,8 %	47,5 %
Anzahl gesamt	802	541
Jahre in der Einrichtung	Pflegeheime	Pflegedienste
<1 Jahr	16,5 %	21,5 %
1 bis 4 Jahre	20,4 %	19,6 %
5 bis 9 Jahre	24,1 %	24,6 %
10 bis 14 Jahre	18,8 %	11,2 %
15 bis 19 Jahre	10,5 %	13,9 %
≥ 20 Jahre	9,8 %	9,2 %
Anzahl gesamt	819	545

Tabelle 36: Verteilung der Berufsabschlüsse, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t₁

Berufsabschluss	Pflegeheime	Pflegedienste
Altenpfleger/in	74,7 %	47,3 %
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	21,1 %	46,1 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	1,1 %	4,1 %
Sonstiges	0,8 %	1,0 %
Anzahl gesamt	883	573

Tabelle 37: Position in der Einrichtung, Mehrfachauswahl, postalische Befragung der Pflegefachkräfte t₁

Position in der Einrichtung	Pflegeheime	Pflegedienste
Verantwortliche Pflegefachkraft	65,6 %	58,0 %
Qualitätsmanagementbeauftragte/r	3,8 %	11,0 %
Team- oder Wohnbereichsleitung	23,7 %	10,7 %
Mitarbeiter/in im Pflgeteam	28,7 %	44,6 %
davon ausschließlich in dieser Position (Anteil an alle teilnehmenden)	12,9 % von 904 Personen	28,6 % von 581 Personen

07 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen und Telefoninterviews

Tabelle 38: Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen Pflegedienste

Teilnehmer	Interview- datum	Bundes- land	Größe der Einrichtung	Art des Trägers	Jahr der Umstel- lung (Einrich- tung)	Jahr der Schulung	Art der Schulung
PDL (n=4)	03/2017	Berlin	> 51 Pat.	Öffentlich 1 TN	2014	2015	2-Tage-Schulung, mehrere Referenztreff- fen, hausinterne Treffen, Schulungsmate- rial
				Privat 3 TN	2015	2 TN x keine Schulung	einmaliger Vortrag zur Vorstellung des Strukturmodells, keine Schulung
					2017	2016	2-Tage-Schulung, Schulungsmaterial
PK (n=2)	03/2017	Sachsen- Anhalt	> 51 Pat.	Freigemein- nützig	2017	2015	2-Tage-Schulung (je ein Tag mit 4 Wo- chen Pause), Reflektionstreffen
PK (n=8)	04/2017	Sachsen- Anhalt	> 51 Pat.	Freigemein- nützig	2016	5 TN x 2015 1 TN x 2017 2 TN x keine Schulung	6 x 2-Tage-Multiplikatoren-schulung, Re- flektionstreffen 2 x keine Schulung
PK (n=6)	05/2017	Sachsen	> 51 Pat.	Privat	2015	1 TN x 2015	2-Tage-Schulung, Reflektionstreffen
						5 TN x keine Schulung	5 x keine Schulung

Tabelle 39: Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen Pflegeheime

Teilnehmer	Interviewdatum	Bundesland	Größe der Einrichtung	Art des Trägers	Jahr der Umstellung (Einrichtung)	Jahr der Schulung	Art der Schulung
PDL (n=8)	Feb 17	Berlin	> 51 Pat.	7 x freigemeinnützig	4 TN x 2016	2 TN x 2016	1 x Schulung über QMB (hausintern) zu internem Multiplikator, Reflektionstreffen
							1 x 2-Tage-Schulung
					2 TN x 2014	1 x Schulung über QMB (hausintern) zu internem Multiplikator (QMB: 2-Tage-Schulung über Verband)	
						1 x 2-Tage-Schulung über Verband	
					2015	2015	1 x 2-Tage-Multiplikatoren-schulung
				2015	2014	1 x Multiplikatoren-Schulung durch die Regionalkoordinatorin, Multiplikatoren-treffen, interne Reflektionstreffen	
1 x privat	2015	keine Angabe	1 x Multiplikatoren-Schulung, interne Reflektionstreffen				
				2015	2015	1 x Multiplikatoren-Schulung	
PK (n=7)	Feb 17	NRW	> 51 Pat.	Freigemeinnützig	2016	2 TN x 2015	2-Tage-Schulung
						5 TN x 2016	
PK (n=6)	Feb 17	NRW	3 x > 51 Pat.	Privat	1 TN x 2016	6 TN x 2016	Tagesschulung über einen Multiplikator
			3 x < 51 Pat.		2 TN x 2016		2-Tage-Schulung über Verband
					bei 2 TN nicht bekannt		2 x einrichtungsinterne Schulung (eine Stunde)
					1 TN x 2016		1 x 2-Tage-Schulung, Reflektionstreffen

Tabelle 40: Stichprobenbeschreibung Telefoninterviews

Zielgruppe	Interview-datum	Bundesland	Größe der Einrichtung	Jahr der Umstellung (Einrichtung)	Jahr der Schulung	Art der Schulung
PDL (n=1)	04/2017	Sachsen-Anhalt	> 51 Pat.	Beginn: März 2016 Bis: Sept. 2016	2016	3-Tage-Schulung über Verband, Reflektionstreffen
QMB (n=1)	05/2017	NRW	Vertritt 5 Einrichtungen	2016	2015	Tagesschulung für QMB, zusätzlich Teilnahme an Multiplikatoren-schulung
QMB (n=2)	05/2017	NRW	> 51 Pat.	2016	2016	2-Tage-Schulung, Reflektionstreffen
		Berlin	Vertritt 5 Einrichtungen	2015	2015	2-Tage- Multiplikatoren-schulung
Pflegereferentin (n=1)	05/2017	Bayern	Vertritt 28 Einrichtungen	2015	-	Keine Schulung

Tabelle 41: Stichprobenbeschreibung Fokusgruppendifkussionen MDK/Heimaufsicht

Zielgruppe	Interviewdatum	Bundesland	Anzahl Teilnehmende	Person prüft nach dem Strukturmodell	Jahr der Schulung	Art der Schulung
MDK	03/17	Bayern	4	1 TN x prüft nicht mehr (übergeordnete Funktion) Ja Ja seit 2016 Ja seit 2016	2015	1 TN x führt Schulung als Multiplikator selbst durch
		Sachsen			2015	2 TN x 2-Tage-Multiplikatoren-schulung
		2 TN x Niedersachsen			2016	
		2 TN x Niedersachsen			2015	1 TN x 2-Tage-Multiplikatoren-schulung, interne Folgeschulungen
HA	02/17	2 TN x Hessen	4	1 TN x prüft nicht (übergeordnete Funktion) Ja seit 2015	2 TN x 2015	1 TN x 2-Tage-Multiplikatoren-schulung
		2 TN x NRW				2 TN x 2-Tage-Schulung
				Ja seit 2016 Ja	2015 keine Angabe	1 TN x Vortrag von Multiplikatoren, zusätzlich 2-Tage-Schulung

08 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews

Tabelle 42: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews

Typ	Befragte/r		Geschlecht		Alter [Jahre]	Pflege- grad	Dauer Pfleg- ebedarf		Einrichtungs- größe [Anzahl Pflegebe- dürftige]	Trägerschaft			Stadt/Land		Bundesland
	Pflegeb.	Angeh.	W	M			< 1 Jahr	> 1 Jahr		freige- meinn.	öffentl.	privat	Stadt	Land	
ambulant															
1	x	x	x		90	3	x		31-100 (80)	x			x		Hamburg
2	x			x	52	3		x	31-100 (80)	x			x		Hamburg
3	x		x		78	2	x		31-100			x	x		Hamburg
4	x	x		x	85	2		x	31-100			x	x		Hamburg
5	x	x	x		80	3	x		31-100		x			x	Bayern
6	x			x	76	3		x	31-100		x			x	Bayern
7		x		x	96	3		x	31-100		x			x	Bayern
stationär															
1	x			x	77	2		x	> 200	x			x		Hessen
2	x		x		83	3		x	> 200	x			x		Hessen
3	x	x	x		98	5		x	31-100	x				x	Baden-Würt- temberg
4	x	x		x	96	5		x	31-100	x				x	Baden-Würt- temberg
5	x		x		62	3		x	31-100	x				x	Baden-Würt- temberg
	x			x	96	2		x	31-100	x				x	Baden-Würt- temberg

09 Antwortunterschiede Pflegefachkräfte

Ergebnisse Antwortvergleich Zeitpunkt t₁ und t₂ – gemachte Antworten der Pflegefachkräfte (n=267)

Nichtparametrische Tests – Wilcoxon-Test

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
T2 Erlebten Sie eine Veränderung in Ihrer Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells? – Erlebten Sie eine Veränderung in Ihrer Arbeitsbelastung seit Einführung des Strukturmodells?	Negative Ränge	79 ^a	86,42	6827,00	-1,002*	,316
	Positive Ränge	93 ^b	86,57	8051,00		
	Bindungen	90 ^c				
	Gesamt	262				
T2 Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt? – Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt?	Negative Ränge	66	67,56	4459,00	-,488*	,625
	Positive Ränge	70	69,39	4857,00		
	Bindungen	115				
	Gesamt	251				
T2 Die Risikoeinschätzung fällt mir... – Die Risikoeinschätzung fällt mir...	Negative Ränge	59	62,75	3702,00	-,313*	,755
	Positive Ränge	64	61,31	3924,00		
	Bindungen	128				
	Gesamt	251				
T2 Die erstellte Risikomatrix ist transparent – Die erstellte Risikomatrix ist transparent	Negative Ränge	75	69,96	5247,00	-,863*	,388
	Positive Ränge	64	70,05	4483,00		
	Bindungen	112				
	Gesamt	251				
T2 Die erstellte Risikomatrix ist verständlich – Die erstellte Risikomatrix ist verständlich	Negative Ränge	80 ^a	79,58	6366,00	-,309*	,758
	Positive Ränge	77 ^b	78,40	6037,00		
	Bindungen	96 ^c				
	Gesamt	253				
T2 Die erstellte Risikomatrix ist nachvollziehbar – Die erstellte Risikomatrix ist nachvollziehbar	Negative Ränge	73 ^a	76,88	5612,50	-,101*	,919
	Positive Ränge	77 ^b	74,19	5712,50		
	Bindungen	100 ^c				

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	Gesamt	250				
T2 Gelingt es Ihnen, den individuellen Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS zu erstellen? – Gelingt es Ihnen, den individuellen Pflege- und Maßnahmenplan auf Grundlage der SIS zu erstellen?	Negative Ränge	69a	69,46	4792,50	-,158*	,875
	Positive Ränge	68b	68,54	4660,50		
	Bindungen	120c				
	Gesamt	257				
T2 Gelingt es Ihnen, die individuellen Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen? – Gelingt es Ihnen, die individuellen Bedürfnisse, Besonderheiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen angemessen zu berücksichtigen?	Negative Ränge	61a	62,55	3815,50	-,167*	,867
	Positive Ränge	63b	62,45	3934,50		
	Bindungen	131c				
	Gesamt	255				
T2 Werden Abweichungen vom vereinbarten Maßnahmenplan im Pflegebericht dokumentiert? – Werden Abweichungen vom vereinbarten Maßnahmenplan im Pflegebericht dokumentiert?	Negative Ränge	44a	32,91	1448,00	- 1,735**	,083
	Positive Ränge	24b	37,42	898,00		
	Bindungen	186c				
	Gesamt	254				
T2 Ändert sich die Bewertung der Risiken, wenn diese von den Themenfeldern der SIS in die Risikomatrix übertragen werden? – Ändert sich die Bewertung der Risiken, wenn diese von den Themenfeldern der SIS in die Risikomatrix übertragen werden?	Negative Ränge	64a	57,75	3696,00	- 1,254**	,210
	Positive Ränge	50b	57,18	2859,00		
	Bindungen	112c				
	Gesamt	226				
T2 Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe) – Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Negative Ränge	87a	84,94	7390,00	-,628**	,530
	Positive Ränge	80b	82,98	6638,00		
	Bindungen	75c				
	Gesamt	242				
T2 Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite) – Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Negative Ränge	95a	90,64	8611,00	-,120*	,904
	Positive Ränge	91b	96,48	8780,00		
	Bindungen	68c				
	Gesamt	254				

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
turmodell dazu, im Team über den IST-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)						
T2 Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe) – Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Negative Ränge	93a	90,85	8449,50	-1,181**	,238
	Positive Ränge	82b	84,76	6950,50		
	Bindungen	66c				
	Gesamt	241				
T2 Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite) – Nutzen Sie das Strukturmodell dazu, im Team über den SOLL-Zustand der BewohnerInnen/KlientenInnen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Negative Ränge	90a	89,75	8077,50	-,368*	,713
	Positive Ränge	92b	93,21	8575,50		
	Bindungen	61c				
	Gesamt	243				
T2 Stellt es für Sie eine Schwierigkeit dar, die SIS für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu erstellen? – Stellt es für Sie eine Schwierigkeit dar, die SIS für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zu erstellen?	Negative Ränge	76a	81,07	6161,50	-1,307*	,191
	Positive Ränge	90b	85,55	7699,50		
	Bindungen	98c				
	Gesamt	264				
T2 Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht? – Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	Negative Ränge	46a	53,00	2438,00	-1,269*	,205
	Positive Ränge	59b	53,00	3127,00		
	Bindungen	143c				
	Gesamt	248				
T2 Unterstützt das Strukturmodell aus Ihrer Sicht den fachlichen Kompetenzgewinn von Pflegefachkräften? – Unterstützt das Strukturmodell aus Ihrer Sicht den fachlichen Kompetenzgewinn von Pflegefachkräften?	Negative Ränge	30a	34,00	1020,00	-,855*	,392
	Positive Ränge	37b	34,00	1258,00		
	Bindungen	178c				
	Gesamt	245				
	Negative Ränge	62a	59,21	3671,00	-,476**	,634
	Positive Ränge	56b	59,82	3350,00		

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
T2 Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde? – Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde?	Bindungen	128c				
	Gesamt	246				
T2 Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel? – Ist das Strukturmodell aus Ihrer Sicht praktikabel?	Negative Ränge	64a	65,80	4211,50	-,561**	,575
	Positive Ränge	62b	61,12	3789,50		
	Bindungen	132c				
	Gesamt	258				
T2 War diese Schulung ausreichend, um das Strukturmodell fachgerecht anzuwenden? – War diese Schulung ausreichend, um das Strukturmodell fachgerecht anzuwenden?	Negative Ränge	61a	60,02	3661,50	-,085**	,932
	Positive Ränge	59b	60,99	3598,50		
	Bindungen	132c				
	Gesamt	252				

a) Antwort T2 < Antwort T1; b) Antwort T2 > Antwort T1, c) Antwort t2 = Antwort T1; *) basiert auf negativen Rängen; **) basiert auf positiven Rängen

Chi-Quadrat-Tests

			T2 Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	nicht angekreuzt	Anzahl	99	50	149	,698
		%	66,4%	33,6%	100%	
	angekreuzt	Anzahl	75	43	118	
		%	63,6%	36,4%	100%	
Gesamt		Anzahl	174	93	267	
		%	65,2%	34,8%	100%	

			T2 Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt		Gesamt
			0	1	
Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	0	Anzahl	99	50	149
		% innerhalb von Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	66,4%	33,6%	100,0%
	1	Anzahl	75	43	118
		% innerhalb von Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	63,6%	36,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	174	93	267
		% innerhalb von Es werden "alte" Dokumentationsunterlagen genutzt	65,2%	34,8%	100,0%

			T2 Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt	nicht angekreuzt	Anzahl	99	67	166	,349
		%	59,6%	40,4%	100%	
	angekreuzt	Anzahl	57	44	101	
		%	56,4%	43,6%	100%	
Gesamt		Anzahl	174	156	111	

	%	65,2%	58,4%	41,6%	
--	---	-------	-------	-------	--

			T2 Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert	nicht angekreuzt	Anzahl	241	13	254	,512
		%	94,9%	5,1%	100%	
	angekreuzt	Anzahl	12	1	13	
		%	92,3%	7,7%	100%	
Gesamt		Anzahl	253	14	267	
		%	94,8%	5,2%	100%	

			T2 Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt	nicht angekreuzt	Anzahl	133	58	191	,122
		%	69,6%	30,4%	100%	
	angekreuzt	Anzahl	59	17	76	
		%	77,6%	22,4%	100%	
Gesamt		Anzahl	192	75	267	
		%	71,9%	28,1%	100%	

			T2 Individuelle Pflege		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)

			nicht angekreuzt	angekreuzt		,590
Individuelle Pflege	nicht angekreuzt	Anzahl	30	55	85	
		%	35,3%	64,7%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	71	111	182	
		%	39,0%	61,0%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	101	166	267	
		%	37,8%	62,2%	100,0%	

			T2 Administrative Tätigkeiten		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		,666
Administrative Tätigkeiten	nicht angekreuzt	Anzahl	127	59	186	
		%	68,3%	31,7%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	58	23	81	
		%	71,6%	28,4%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	185	82	267	
		%	69,3%	30,7%	100,0%	

			T2 Anleitung und Beratung der Pflegebe- dürftigen		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		,260
Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen	nicht angekreuzt	Anzahl	94	57	151	
		%	62,3%	37,7%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	64	52	116	
		%	55,2%	44,8%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	158	109	267	

	%	59,2%	40,8%	100,0%	
--	---	-------	-------	--------	--

			T2 Anleitung von Auszubildenden		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Anleitung von Auszubildenden	nicht angekreuzt	Anzahl	116	63	179	,408
		%	64,8%	35,2%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	62	26	88	
		%	70,5%	29,5%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	178	89	267	
		%	66,7%	33,3%	100,0%	

			T2 Bei Veränderung des Gesundheitszu- standes		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Bei Veränderung des Gesundheitszustandes	nicht angekreuzt	Anzahl	18	77	95	,752
		%	18,9%	81,1%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	36	136	172	
		%	20,9%	79,1%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	54	213	267	
		%	20,2%	79,8%	100,0%	

			T2 Bei Veränderung des Pflegebedarfs		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)

			nicht angekreuzt	angekreuzt		,215	
Bei Veränderung des Pflegebedarfs	nicht angekreuzt	Anzahl	24	63	87		
		%	27,6%	72,4%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	37	143	180		
		%	20,6%	79,4%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	61	206	267		
		%	22,8%	77,2%	100,0%		

			T2 Nach einem Krankenhausaufenthalt		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)	
			nicht angekreuzt	angekreuzt		,874	
Nach einem Krankenhausaufenthalt	nicht angekreuzt	Anzahl	143	66	209		
		%	68,4%	31,6%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	39	19	58		
		%	67,2%	32,8%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	182	85	267		
		%	68,2%	31,8%	100,0%		

			T2 Nach einer vom QM vorgegebenen Zeit		Gesamt	Exakte Sig- nifikanz (2- seitig)	
			nicht angekreuzt	angekreuzt		,065	
Nach einer vom QM vorgegebenen Zeit	nicht angekreuzt	Anzahl	144	59	203		
		%	70,9%	29,1%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	37	27	64		
		%	57,8%	42,2%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	181	86	267		

	%	67,8%	32,2%	100,0%	
--	---	-------	-------	--------	--

			T2 Bei Veränderung des individuellen Risikos		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Bei Veränderung des individuellen Risikos	nicht angekreuzt	Anzahl	3	32	35	,590
		%	8,6%	91,4%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	30	202	232	
		%	12,9%	87,1%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	33	234	267	
		%	12,4%	87,6%	100,0%	

			T2 Nach erfolgter Evaluation mit den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen (z. B. Pflegevisite, Gespräch)		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)
			nicht angekreuzt	angekreuzt		
Nach erfolgter Evaluation mit den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen (z. B. Pflegevisite, Gespräch)	nicht angekreuzt	Anzahl	41	75	116	,897
		%	35,3%	64,7%	100,0%	
	angekreuzt	Anzahl	52	99	151	
		%	34,4%	65,6%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	93	174	267	
		%	34,8%	65,2%	100,0%	

			T2 Auf Wunsch der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)

			nicht angekreuzt	angekreuzt		,880	
Auf Wunsch der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen	nicht angekreuzt	Anzahl	138	53	191		
		%	72,3%	27,7%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	56	20	76		
		%	73,7%	26,3%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	194	73	267		
		%	72,7%	27,3%	100,0%		

			T2 Nach erfolgter Evaluation im Pflgeteam (z.B. Fallbesprechung, Teambesprechung)		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)	
			nicht angekreuzt	angekreuzt		,896	
Nach erfolgter Evaluation im Pflgeteam (z.B. Fallbesprechung, Teambesprechung)	nicht angekreuzt	Anzahl	35	65	100		
		%	35,0%	65,0%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	60	107	167		
		%	35,9%	64,1%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	95	172	267		
		%	35,6%	64,4%	100,0%		

			T2 Nach Vorgabe meiner Vorgesetzten		Gesamt	Exakte Signifikanz (2-seitig)	
			nicht angekreuzt	angekreuzt		1,000	
Nach Vorgabe meiner Vorgesetzten	nicht angekreuzt	Anzahl	173	44	217		
		%	79,7%	20,3%	100,0%		
	angekreuzt	Anzahl	40	10	50		
		%	80,0%	20,0%	100,0%		
Gesamt		Anzahl	213	54	267		

	%	79,8%	20,2%	100,0%	
--	---	-------	-------	--------	--

T-Test bei gepaarten Stichproben

Die Statistiken für jede Analyse basieren auf den Fällen, die für keine der Variablen fehlende Daten oder Daten außerhalb des Bereichs für die Gruppenvariable aufweisen.

	MW		N	SD		SE des Mittelwertes		
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf?	86,9511		225	66,60776		4,44052		
T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf?	93,6844		225	69,89701		4,65980		
	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	MW	SD	SE	Grenzen 95% KI				
				Untere	Obere			
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf? – T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der SIS auf?	-6,73333	98,52731	6,56849	-19,67727	6,21060	-1,025	224	,306

	MW		N	SD		SE des Mittelwertes		
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf?	26,5721		229	24,28857		1,60503		
T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf?	26,5197		229	25,61174		1,69247		
	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	MW	SD	SE	Grenzen 95% KI				
				Untere	Obere			
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf? – T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Risikomatrix auf?	,05240	36,38147	2,40416	-4,68480	4,78960	,022	228	,983

	MW	N	SD	SE des Mittelwertes				
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Maßnahmenplans auf?	73,6261	234	65,86082	4,30546				
T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Maßnahmenplans auf?	67,7265	234	52,35044	3,42226				
	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	MW	SD	SE	Grenzen 95% KI				
				Untere	Obere			
Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Maßnahmenplans auf? - T2 Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen bei der Aufnahme zur Erarbeitung der Maßnahmenplans auf?	5,89957	83,42704	5,45380	-4,84548	16,64463	1,082	233	,280

	MW	N	SD	SE des Mittelwertes				
Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation?	11,9329	246	24,16851	1,54093				
T2 Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation?	13,7602	246	31,00065	1,97653				
	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
	MW	SD	SE	Grenzen 95% KI				
				Untere	Obere			
Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation? - T2 Wie viel Zeit benötigen Sie aktuell täglich durchschnittlich pro BewohnerInnen/KlientInnen für die Pflegedokumentation?	-1,82724	38,05165	2,42608	-6,60588	2,95141	-,753	245	,452

10 Verteilung der Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie in den Bundesländern im Vergleich zur Verteilung aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland

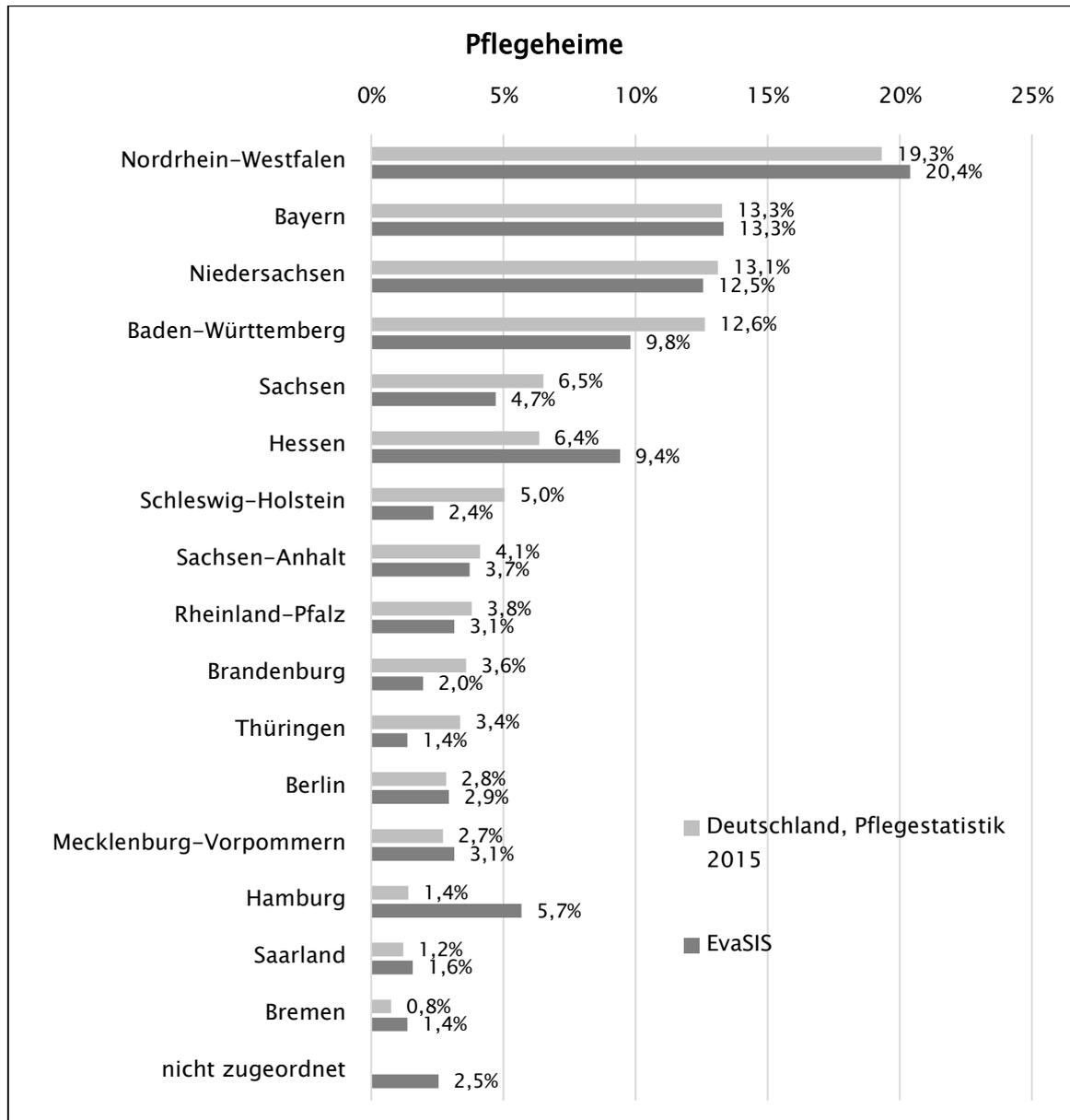


Abbildung 53: Verteilung Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie, Pflegeheime, Vergleich mit der Pflegestatistik 2015

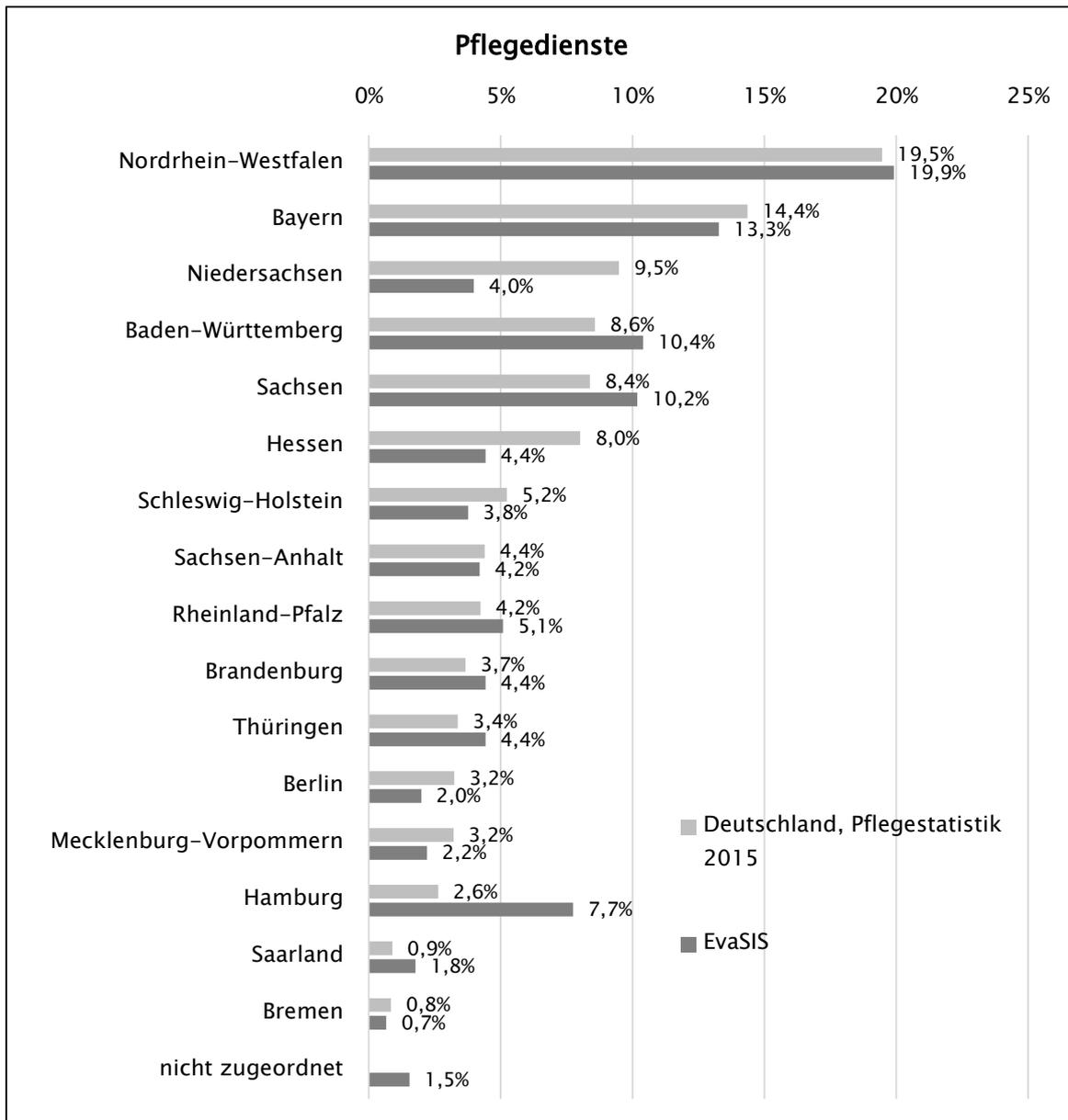


Abbildung 54: Verteilung Pflegeeinrichtungen der EvaSIS-Studie, Pflegedienste, Vergleich mit der Pflegestatistik 2015

11 Personal in den Pflegeeinrichtungen

Tabelle 43: Personal in den Einrichtungen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Personal (n Pflegeheime; n Pflegedienste)	Pflegeheime					Pflegedienste				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
Mitarbeitende insgesamt (451;431)	72	65	10	350	41	41	25	2	1.600	90
Vollzeit-äquivalente insgesamt (342; 347)	40	35	2	140	23	19	13	1	196	19
Pflegefachkräfte insgesamt (454; 421)	23	19	6	116	15	19	11	2	260	26
Vollzeit-äquivalente Pflegefachkräfte (374; 335)	17	15	2	63	9	11	8	1	100	11

Legende: MW=Mittelwert, Med=Median, Min=Minimum, Max=Maximum, SD=Standard Deviation (Standardabweichung)

12 Durchdringungsgrad der neuen Pflegedokumentation

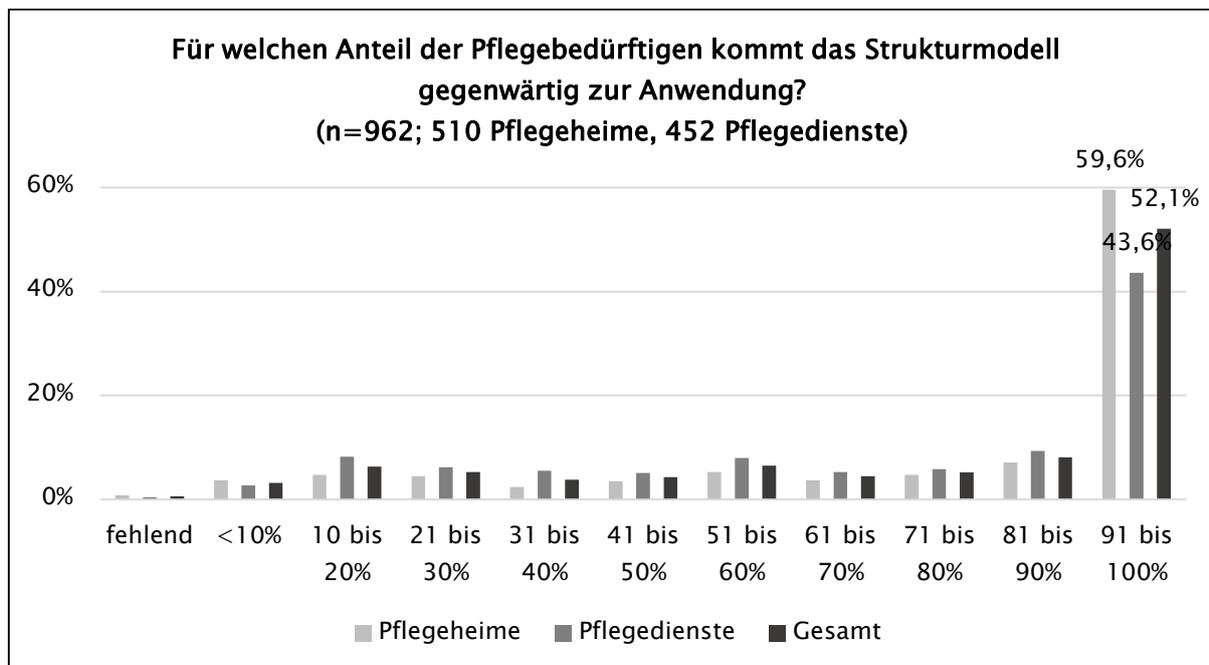


Abbildung 55: Anteil der Pflegebedürftigen, für die das Strukturmodell bereits zur Anwendung kommt, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

13 Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells

Tabelle 44: Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells nach Art des Dokumentationssystems, Pflegeheime, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Geschätzter Zeitaufwand in Minuten	Art des Dokumentationssystems Pflegeheime														
	Ausschließlich Papier-basiert					Ausschließlich EDV-basiert					Sowohl Papier- als auch EDV-basiert				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
Pro pflegebedürftiger Person: Erarbeitung des Pflegeplans bei Neuaufnahme	245	240	45	600	132	265	240	3	960	163	257	240	4	960	159
Pro pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft: Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden	39	30	5	248	42	59	30	3	600	79	53	30	3	720	83
Pro pflegebedürftiger Person: Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans	177	120	3	960	144	171	150	2	500	109	179	180	1	600	104
Pro pflegebedürftiger Person: Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden	30	15	0	180	39	27	15	0	300	37	39	15	2	420	56

Tabelle 45: Zeitaufwand für die Dokumentation vor und nach Einführung des Strukturmodells nach Art des Dokumentationssystems, Pflegedienste, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Geschätzter Zeitaufwand in Minuten	Art des Dokumentationssystems Pflegedienste														
	Ausschließlich Papier-basiert					Ausschließlich EDV-basiert					Sowohl Papier- als auch EDV-basiert				
	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD	MW	Med	Min	Max	SD
Pro pflegebedürftiger Person: Erarbeitung des Pflegeplans bei Neuaufnahme	157	120	20	500	102	174	180	30	480	119	181	150	2	900	129
Pro pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft: Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden	35	15	2	300	54	26	25	8	60	18	39	15	1	600	70
Pro pflegebedürftiger Person: Erarbeitung der SIS, der Risikomatrix und des Maßnahmenplans	120	120	2	480	92	130	120	3	240	82	129	120	1	600	92
Pro pflegebedürftiger Person: Pflegedokumentation innerhalb von 24 Stunden	24	10	1	160	32	10	10	1	25	7	23	10	1	300	38

14 Stellenwert der bisherigen Pflegedokumentation

Tabelle 46: Stellenwert der bisherigen Pflegedokumentation in der internen Kommunikation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste
Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Immer	22,6 %	12,3 %
	Oft	37,0 %	28,2 %
	Selten	32,2 %	47,5 %
	Nie	8,3 %	12,0 %
Anzahl gesamt		460	383
Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Ist-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Immer	21,1 %	18,3 %
	Oft	44,5 %	34,6 %
	Selten	30,0 %	38,5 %
	Nie	4,4 %	8,5 %
Anzahl gesamt		456	387
Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Übergabe)	Immer	15,5 %	8,9 %
	Oft	28,3 %	28,9 %
	Selten	47,1 %	47,5 %
	Nie	9,2 %	14,7 %
Anzahl gesamt		459	381
Nutzen/Nutzten Sie die bisherige Pflegedokumentation dazu, im Team über den Soll-Zustand der Pflegebedürftigen zu sprechen? (bei der Teambesprechung/Fallbesprechung/Pflegevisite)	Immer	15,9 %	14,0 %
	Oft	39,9 %	34,9 %
	Selten	39,7 %	42,1 %
	Nie	4,6 %	9,0 %
Anzahl gesamt		459	387

15 Veränderung der MUSS-Kriterien

Tabelle 47: Veränderung von MUSS-Kriterien in der SIS®, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste	Gesamt
Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der SIS (Element 1) verändert?	Ja	14,6 %	13,5 %	14,1 %
	Nein	78,3 %	78,2 %	78,2 %
	Kann ich nicht beurteilen	7,1 %	8,3 %	7,7 %
Anzahl gesamt		506	445	951

Tabelle 48: Veränderung von MUSS-Kriterien in der Maßnahmenplanung, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste	Gesamt
Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der Maßnahmenplanung (Element 2) verändert?	Ja	20,8 %	23,2 %	21,9 %
	Nein	71,7 %	69,2 %	70,5 %
	Kann ich nicht beurteilen	7,6 %	7,6 %	7,6 %
Anzahl gesamt		501	435	936

Tabelle 49: Veränderung von MUSS-Kriterien in der Evaluation, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

		Pflegeheime	Pflegedienste	Gesamt
Wurden für die einrichtungsinterne Dokumentation MUSS-Kriterien in der Evaluation (Element 4) verändert?	Ja	20,5 %	22,0 %	21,2 %
	Nein	70,4 %	69,5 %	70,0 %
	Kann ich nicht beurteilen	9,1 %	8,4 %	8,8 %
Anzahl gesamt		497	440	937

16 Merkmale der Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwendeten

Abbildung 56 zeigt die Verteilung der Anzahl der Einrichtungen nach Bundesland und Setting. Wie auch bei den anwendenden Einrichtungen (vgl. Abbildung 3) sind Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg am häufigsten vertreten.

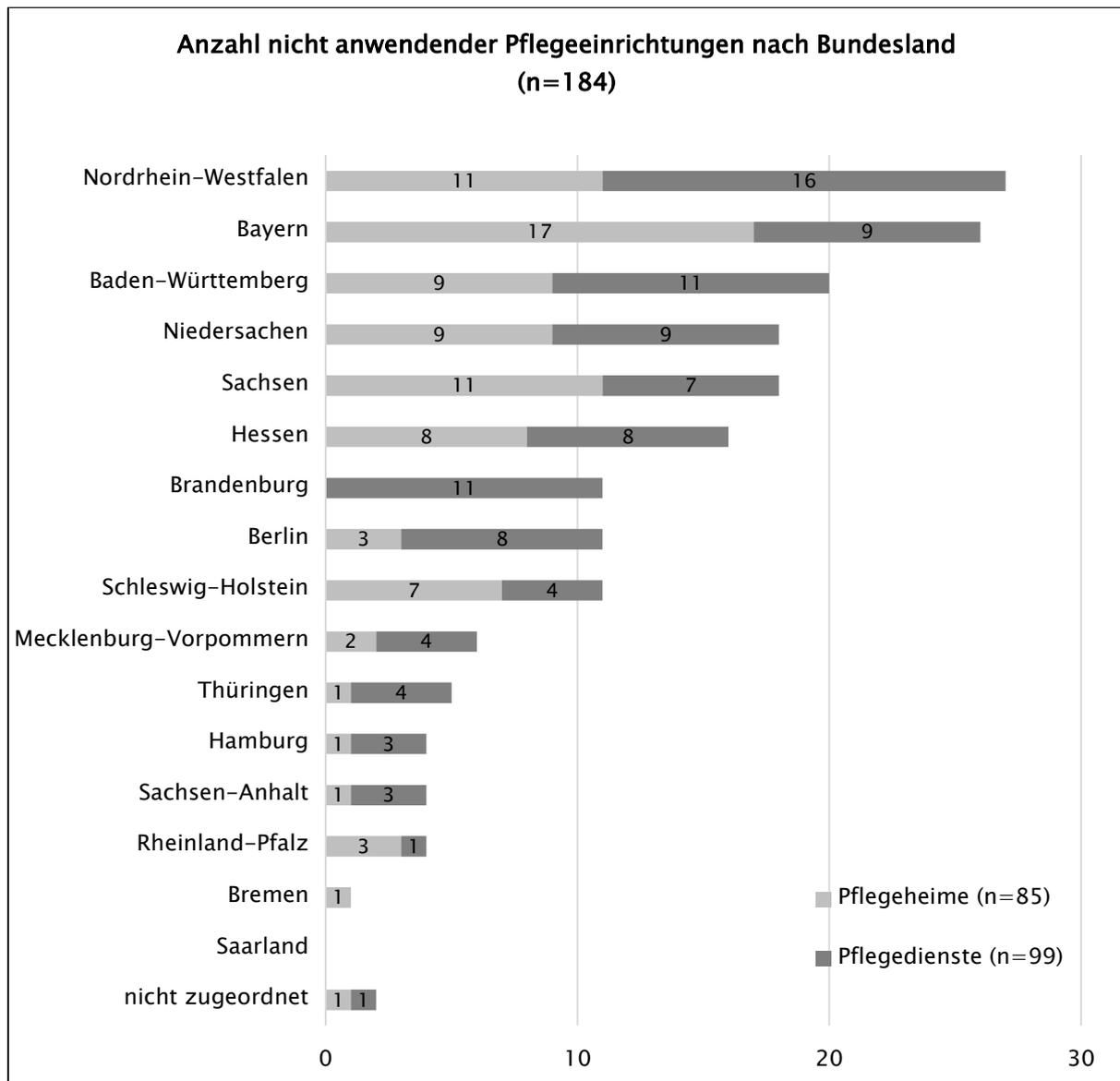


Abbildung 56: Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden nach Bundesland und Versorgungsvertrag, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Gut zwei Drittel der Pflegedienste (72,2 %) befanden sich in privater **Trägerschaft**, während sich bei den Pflegeheimen geringfügig mehr Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft (44,6 %) als in privater Trägerschaft (41 %) befanden (vgl. Tabelle 50).

Tabelle 50: Art des Trägers der Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden, Zeitpunkt t₁ Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte

Art des Trägers	Pflegeheime	Pflegedienste
Freigemeinnützig	44,6 %	27,8 %
Öffentlich	14,5 %	0 %
Privat	41,0 %	72,2 %
Anzahl gesamt	83	97

Ähnlich den anwendenden Pflegeeinrichtungen sind auch bei den Nichtanwendern tendenziell größere Pflegeheime in der Stichprobe enthalten (vgl. Abbildung 57: Anteilige Verteilung der Pflegeheime ohne Anwendung des Strukturmodells nach Kapazitätsgrößenklassen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁), die in der Verteilung der Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohnern der bundesweiten Verteilung wie in der Pflegestatistik 2015 dargestellt (Statistisches Bundesamt 2017) folgen (siehe Tabelle 51).

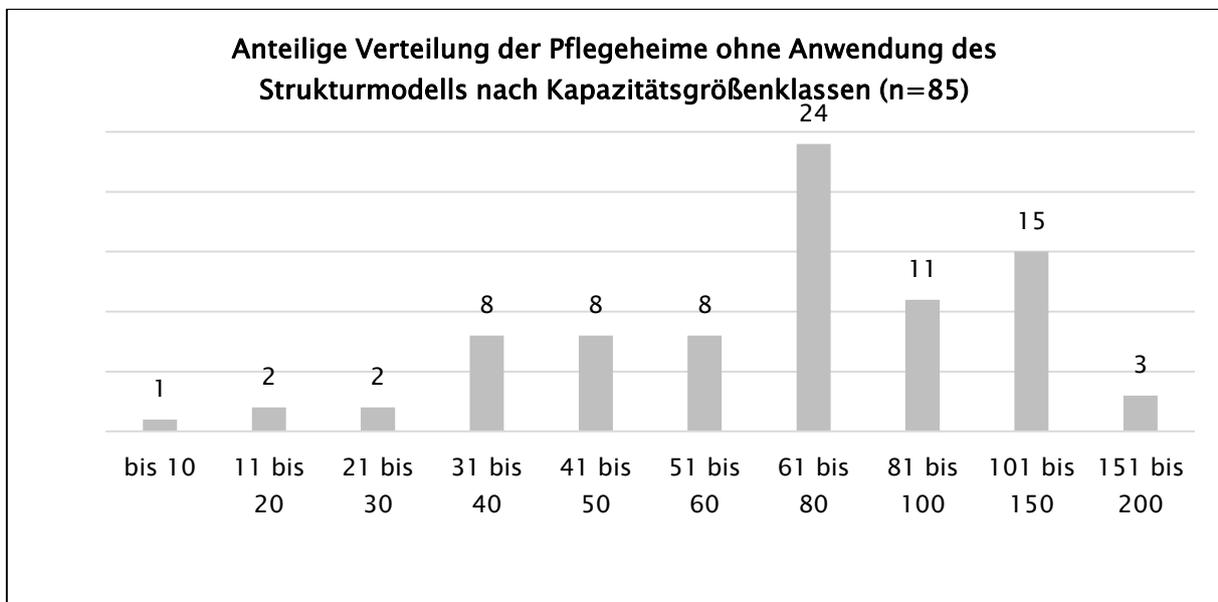


Abbildung 57: Anteilige Verteilung der Pflegeheime ohne Anwendung des Strukturmodells nach Kapazitätsgrößenklassen, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Tabelle 51: Belegte Kapazitäten und Pflegestufenverteilung in Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

	Pflegeheime				
	MW	Med	Min	Max	SD
Aktuell belegte Kapazitäten insgesamt (inklusive Kurzzeitpflegeplätzen)	76	72	7	171	36
Personen Pflegestufe I	29	25	0	70	17
Personen Pflegestufe II	28	26	0	72	14
Personen Pflegestufe III	14	12	3	37	9
Personen Härtefall	1	0	0	10	2

Legende: MW=Mittelwert, Med=Median, Min=Minimum, Max=Maximum, SD=Standard Deviation (Standardabweichung)

Mit durchschnittlich 165 versorgten Pflegebedürftigen (Median 106, Spannweite von 6 bis 1.210) sind auch unter den Pflegediensten größere Einrichtungen vertreten (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52: Leistungsempfänger in Pflegediensten, die das Strukturmodell nicht anwenden, Online-Befragung verantwortliche Pflegefachkräfte t₁

Leistungsempfänger	Pflegedienste				
	MW	Med	Min	Max	SD
ausschließlich nach SGB XI	24	29	0	360	56
ausschließlich nach SGB V	48	30	0	350	62
nach SGB XI und SGB V	66	42	0	480	82
sonstige	22	6	0	208	37
gesamt	165	106	6	1.210	194

Legende: MW=Mittelwert, Med=Median, Min=Minimum, Max=Maximum, SD=Standard Deviation (Standardabweichung)

17 Ergebnisse der Regressionsanalysen

Ordinale Regressionsmodelle Pflegeheime: Unabhängige Variablen: Strukturmerkmale – Datensatz anwendende Einrichtungen t₁

Zusammenfassung der Fallverarbeitung ^a			
		Anzahl	Randprozentsatz
ITEM57_N2 (Hat sich die Umstellung auf das Strukturmodell gelohnt (überwiegt der Nutzen den Aufwand)?)	überhaupt und eher nicht	5	2,1%
	ja, teilweise	72	29,6%
	ja, voll und ganz	166	68,3%
73. Kapazitätsgröße der Einrichtung in Pflegeplätzen (inklusive Kurzzeitpflegeplätzen)	bis 10	1	0,4%
	11 bis 20	3	1,2%
	21 bis 30	5	2,1%
	31 bis 40	10	4,1%
	41 bis 50	25	10,3%
	51 bis 60	29	11,9%
	61 bis 80	49	20,2%
	81 bis 100	57	23,5%
	101 bis 150	48	19,8%
	151 bis 200	12	4,9%
	201 bis 300	4	1,6%
57. Die aktuelle Dokumentationsform in der Einrichtung ist	Ausschließlich Papier-basiert	34	14,0%
	Ausschließlich EDV-basiert	111	45,7%
	Sowohl Papier- als auch EDV-basiert	98	40,3%
68. Art des Trägers	Freigemeinnützig	146	60,1%
	Öffentlich	30	12,3%
	Privat	67	27,6%
LAND2 (Bundesland)	SH	3	1,2%
	HH	12	4,9%
	N	33	13,6%
	HB	4	1,6%
	T	5	2,1%

Zusammenfassung der Fallverarbeitung ^a			
		Anzahl	Randprozentsatz
	HE	19	7,8%
	RLP	10	4,1%
	BW	21	8,6%
	BY	22	9,1%
	SL	3	1,2%
	B	9	3,7%
	BB	8	3,3%
	MVP	8	3,3%
	S	11	4,5%
	SA	11	4,5%
	NRW	64	26,3%
	Gültig		243
Fehlend		267	
Gesamt		510	
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär			

Information zur Modellanpassung ^a				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nur konstanter Term	340,514			
Final	286,594	53,920	36	,028
Verknüpfungsfunktion: Logit.				
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär				

Anpassungsgüte ^a			
	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Pearson	494,823	448	,062
Abweichung	286,594	448	1,000

Verknüpfungsfunktion: Logit.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär

Pseudo R-Quadrat ^a		Verknüpfungsfunktion: Logit. a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär
Cox und Snell	,199	
Nagelkerke	,264	
McFadden	,158	

Parameterschätzer ^a									
		Schätzer	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%		
							Untergrenze	Obergrenze	
Schwelle	[ITEM57_N2 = 1,00]	-,018	4,259	,000	1	,997	-8,365	8,329	
	[ITEM57_N2 = 2,00]	3,360	4,250	,625	1	,429	-4,969	11,689	
Lage	Dauer der Anwendung	,093	,031	8,950	1	,003	,032	,154	
	Anzahl Personen Pflegestufe I	,012	,023	,285	1	,593	-,033	,057	
	Anzahl Personen Pflegestufe II	-,013	,024	,280	1	,597	-,059	,034	
	Anzahl Personen Pflegestufe III	-,012	,030	,167	1	,683	-,072	,047	
	Anzahl Personen Pflegestufe Härtefall	,004	,066	,004	1	,949	-,126	,134	
	Vollzeitäquivalente Mitarbeiter gesamt	,009	,011	,698	1	,403	-,012	,031	
	Vollzeitäquivalente Pflegefachkräfte	,053	,034	2,437	1	,119	-,013	,119	
	Kapazitätsgröße: bis 10	20,669	,000	.	1	.	20,669	20,669	
	11 bis 20	20,471	9076,940	,000	1	,998	-17770,006	17810,947	
	21 bis 30	20,719	6791,921	,000	1	,998	-13291,201	13332,639	
	31 bis 40	1,885	3,664	,265	1	,607	-5,297	9,067	
	41 bis 50	2,040	3,476	,344	1	,557	-4,772	8,852	
	51 bis 60	1,105	3,324	,110	1	,740	-5,410	7,619	
	61 bis 80	1,333	3,068	,189	1	,664	-4,680	7,346	
81 bis 100	1,321	2,795	,223	1	,636	-4,156	6,798		
101 bis 150	,507	2,415	,044	1	,834	-4,226	5,240		

Parameterschätzer ^a								
	Schätzer	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%		
						Untergrenze	Obergrenze	
151 bis 200	,746	2,034	,134	1	,714	-3,241	4,733	
201 bis 300	0b	.	.	0	.	.	.	
Dokumentationsform: Ausschließlich Papier-basiert	,781	,557	1,967	1	,161	-,311	1,874	
Ausschließlich EDV-basiert	,593	,346	2,941	1	,086	-,085	1,271	
Sowohl Papier- als auch EDV-basiert	0b	.	.	0	.	.	.	
Träger Freigemeinnützig	,158	,429	,135	1	,713	-,684	,999	
Öffentlich	-,076	,566	,018	1	,894	-1,185	1,034	
Privat	0b	.	.	0	.	.	.	
Schleswig-Holstein	-,483	1,332	,131	1	,717	-3,094	2,128	
Hamburg	1,232	,859	2,058	1	,151	-,451	2,916	
Niedersachsen	-,023	,495	,002	1	,963	-,993	,947	
Bremen	-,058	1,102	,003	1	,958	-2,218	2,102	
Thüringen	19,334	7054,126	,000	1	,998	-13806,499	13845,167	
Hessen	-,115	,621	,034	1	,853	-1,332	1,102	
Rheiland-Pfalz	,667	,835	,638	1	,424	-,969	2,303	
Baden-Württemberg	1,429	,754	3,590	1	,058	-,049	2,908	
Bayern	-,033	,614	,003	1	,957	-1,236	1,170	
Schleswig-Holstein	18,769	9283,018	,000	1	,998	-18175,612	18213,150	
Berlin	18,550	4955,312	,000	1	,997	-9693,683	9730,782	
Brandenburg	,472	,926	,260	1	,610	-1,343	2,288	
Mecklenburg-Vorpommern	-,469	,804	,340	1	,560	-2,044	1,107	
Sachsen	1,339	,860	2,424	1	,119	-,347	3,024	
Sachsen-Anhalt	,091	,767	,014	1	,905	-1,412	1,594	
Nordrhein-Westfalen (Referenz)	0b	.	.	0	.	.	.	

Verknüpfungsfunktion: Logit.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Parallelitätstest für Linien ^{a,b}				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nullhypothese	286,594			
Allgemein	239,804 ^c	46,790 ^d	36	,108

Die Nullhypothese gibt an, daß die Lageparameter (Steigungskoeffizienten) über die Antwortkategorien übereinstimmen.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär

b. Verknüpfungsfunktion: Logit.

c. Der Log-Likelihood-Wert kann nach Erreichen der Maximalzahl für Schritt-Halbierung nicht weiter erhöht werden.

d. Die Chi-Quadrat-Statistik wird auf der Grundlage der Log-Wahrscheinlichkeit der letzten Iteration des allgemeinen Modells berechnet. Die Gültigkeit des Tests ist nicht sicher.

Unabhängige Variablen: Ausgewählte Antworten der Mitarbeiter – Datensatz ausschließlich Einrichtungen mit Rücklauf in der postalischen Befragung der Pflegefachkräfte t1

Zusammenfassung der Fallverarbeitung ^a			
		Anzahl	Randprozentsatz
Hat sich die Umstellung gelohnt?	ja, teilweise	22	33,8%
	ja, voll und ganz	43	66,2%
Gültig		65	100,0%
Fehlend		103	
Gesamt		168	

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär

Information zur Modellanpassung ^a				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nur konstanter Term	83,201			
Final	66,141	17,060	10	,073

Information zur Modellanpassung ^a	
Verknüpfungsfunktion: Logit.	
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär	

Anpassungsgüte ^a			
	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Pearson	57,802	54	,337
Abweichung	66,141	54	,124
Verknüpfungsfunktion: Logit.			
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär			

Pseudo R-Quadrat ^a		Verknüpfungsfunktion: Logit. a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär
Cox und Snell	,231	
Nagelkerke	,320	
McFadden	,205	

Parameterschätzer ^a								
		Schätzer	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%	
							Untergrenze	Obergrenze
Schwelle	[T1_PDL_ITEM57_N = 3,00]	-2,403	3,639	,436	1	,509	-9,536	4,730
Lage	Erleben der Arbeitsbelastung	-,199	,766	,067	1	,795	-1,699	1,302
	Zeitaufwand Erarbeitung der SIS auf, Minuten	-,020	,009	4,884	1	,027	-,037	-,002
	Zeitaufwand Erarbeitung der Risikomatrix, Minuten	8,329E-5	,018	,000	1	,996	-,035	,035
	Zeitaufwand Erarbeitung des Maßnahmenplans, Minuten	,012	,011	1,199	1	,273	-,009	,032
	Zeitaufwand tägliche Pflegedokumentation, Minuten	,064	,039	2,630	1	,105	-,013	,141
	Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	-1,296	1,306	,985	1	,321	-3,856	1,263

Parameterschätzer ^a								
		Schätzer	Standardfehler	Wald	Freiheitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%	
							Untergrenze	Obergrenze
	Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde?	-1,213	,980	1,532	1	,216	-3,133	,708
	Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt?	1,503	,880	2,918	1	,088	-,222	3,228
	Jahre im Beruf	,042	,044	,915	1	,339	-,044	,128
	Beschäftigungsdauer in der Einrichtung	-,053	,061	,751	1	,386	-,172	,067
Verknüpfungsfunktion: Logit.								
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär								

Parallelitätstest für Linien ^{a,b}				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nullhypothese	66,141			
Allgemein	66,141	,000	0	.
Die Nullhypothese gibt an, daß die Lageparameter (Steigungskoeffizienten) über die Antwortkategorien übereinstimmen.				
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Vollstationär				
b. Verknüpfungsfunktion: Logit.				

Ordinale Regressionsmodelle Pflegedienste Unabhängige Variablen: Strukturmerkmale – Datensatz anwendende Einrichtungen t₁

Zusammenfassung der Fallverarbeitung ^a			
		Anzahl	Randprozentsatz
ITEM57_N2	übehaupt und eher nicht	2	1,2%
	ja, teilweise	68	40,0%
	ja, voll und ganz	100	58,8%
68. Art des Trägers	Freigemeinnützig	60	35,3%
	Öffentlich	4	2,4%
	Privat	106	62,4%
57. Die aktuelle Dokumentationsform in der Einrichtung ist	Ausschließlich Papier-basiert	48	28,2%
	Ausschließlich EDV-basiert	9	5,3%
	Sowohl Papier- als auch EDV-basiert	113	66,5%
LAND2	SH	2	1,2%
	HH	13	7,6%
	N	4	2,4%
	HB	1	0,6%
	T	2	1,2%
	HE	18	10,6%
	RLP	9	5,3%
	BW	18	10,6%
	BY	24	14,1%
	SL	3	1,8%
	B	9	5,3%
	MVP	8	4,7%
	S	8	4,7%
	SA	9	5,3%
	NRW	42	24,7%
Gültig		170	100,0%
Fehlend		282	
Gesamt		452	

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant

Prameterschätzer ^a								
		Schätzer	Stand-ardfehler	Wald	Frei-heitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%	
							Untergrenze	Obergrenze
Schwelle	[ITEM57_N2 = 1,00]	-3,633	,951	14,587	1	,000	-5,497	-1,769
	[ITEM57_N2 = 2,00]	1,156	,625	3,420	1	,064	-,069	2,382
Lage	Dauer_Anwend	,133	,036	13,713	1	,000	,063	,203
	Anzahl Leistungsempfänger ausschließ-lich nach SGB XI	,000	,007	,001	1	,976	-,015	,014
	Anzahl Leistungsempfänger ausschließ-lich nach SGB V	-,011	,008	1,936	1	,164	-,026	,004
	Anzahl Leistungsempfänger nach SGB XI und SGB V	-,013	,007	3,466	1	,063	-,026	,001
	Anzahl Leistungsempfänger sonstige	,000	,006	,001	1	,978	-,012	,012
	Vollzeitäquivalente Mitarbeiter gesamt	-,028	,029	,996	1	,318	-,084	,027
	Vollzeitäquivalente Pflegefachkräfte	,084	,041	4,310	1	,038	,005	,164
	Anzahl Personen Pflegestufe I	,002	,009	,064	1	,801	-,016	,021
	Anzahl Personen Pflegestufe II	,018	,019	,842	1	,359	-,020	,055
	Anzahl Personen Pflegestufe III	-,011	,044	,061	1	,805	-,097	,075
	Anzahl Personen Pflegestufe Härtefall	,377	,429	,769	1	,381	-,465	1,218
	Träger Freigemeinnützig	-,185	,425	,189	1	,664	-1,019	,649
	Öffentlich	-,027	1,237	,000	1	,982	-2,451	2,397
	Privat	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	Dokumentationsform: Ausschließlich Pa-pier-basiert	,456	,467	,952	1	,329	-,460	1,371
	Ausschließlich EDV-basiert	-,556	,858	,420	1	,517	-2,238	1,125
	Sowohl Papier- als auch EDV-basiert	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	Schleswig-Holstein	-1,474	2,029	,528	1	,468	-5,452	2,503
	Hamburg	,665	,737	,815	1	,367	-,779	2,109
	Niedersachsen	,603	1,301	,215	1	,643	-1,947	3,153
Bremen	-1,203	2,750	,191	1	,662	-6,593	4,187	

Thüringen	,550	1,843	,089	1	,765	-3,062	4,162
Hessen	,180	,666	,073	1	,786	-1,124	1,485
Rheinland-Pfalz	1,015	,967	1,100	1	,294	-,881	2,910
Baden-Württemberg	-,293	,662	,196	1	,658	-1,591	1,004
Bayern	-,265	,619	,183	1	,669	-1,479	,949
Schleswig-Holstein	-2,479	1,603	2,393	1	,122	-5,621	,662
Berlin	2,088	1,238	2,843	1	,092	-,339	4,514
Mecklenburg-Vorpommern	,215	,854	,063	1	,801	-1,459	1,889
Sachsen	1,496	,993	2,270	1	,132	-,450	3,443
Sachsen-Anhalt	-1,386	,882	2,472	1	,116	-3,114	,342
Nordrhein-Westfalen (Referenz)	0 ^b	.	.	0	.	.	.

Verknüpfungsfunktion: Logit.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Information zur Modellanpassung ^a				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nur konstanter Term	248,512			
Final	201,271	47,240	29	,018

Verknüpfungsfunktion: Logit.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant

Anpassungsgüte ^a			
	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Pearson	198,177	309	1,000
Abweichung	201,271	309	1,000

Verknüpfungsfunktion: Logit.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant

Pseudo R-Quadrat ^a	
Cox und Snell	,243
Nagelkerke	,316
McFadden	,190
Verknüpfungsfunktion: Logit.	
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant	

Parallelitätstest für Linien ^{a,b}				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nullhypothese	201,271			
Allgemein	187,495 ^c	13,776 ^d	29	,992
Die Nullhypothese gibt an, daß die Lageparameter (Steigungskoeffizienten) über die Antwortkategorien übereinstimmen.				
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant				
b. Verknüpfungsfunktion: Logit.				
c. Die Höchstzahl der Iterationen wurde überschritten, und der Log-Likelihood-Wert und/oder die Parameterschätzer können nicht konvergieren.				
d. Die Chi-Quadrat-Statistik wird auf der Grundlage der Log-Wahrscheinlichkeit der letzten Iteration des allgemeinen Modells berechnet. Die Gültigkeit des Tests ist nicht sicher.				

Zusammenfassung der Fallverarbeitung ^a			
		Anzahl	Randprozent- santz
Hat sich die Umstellung gelohnt?	nein, überhaupt nicht	1	1,9%
	nein, eher nicht	1	1,9%
	ja, teilweise	24	45,3%
	ja, voll und ganz	27	50,9%
Gültig		53	100,0%
Fehlend		96	
Gesamt		149	
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant			

Information zur Modellanpassung ^a				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nur konstanter Term	90,329			
Final	85,475	4,854	10	,901
Verknüpfungsfunktion: Logit.				
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant				

Anpassungsgüte ^a			
	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Pearson	139,908	146	,626
Abweichung	85,475	146	1,000
Verknüpfungsfunktion: Logit.			
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant			

Pseudo R-Quadrat ^a	
Cox und Snell	,088
Nagelkerke	,107
McFadden	,054
Verknüpfungsfunktion: Logit.	
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant	

Parameterschätzer ^a								
		Schätzer	Standardfehler	Wald	Frei- heitsgrade	Sig.	Konfidenzintervall 95%	
							Untergrenze	Obergrenze
Schwelle	[T1_PDL_ITEM57_N = 1,00]	-4,962	2,843	3,045	1	,081	-10,535	,611
	[T1_PDL_ITEM57_N = 2,00]	-4,240	2,754	2,371	1	,124	-9,637	1,157
	[T1_PDL_ITEM57_N = 3,00]	-,835	2,654	,099	1	,753	-6,037	4,367
Lage	Erleben der Arbeitsbelastung	-,414	,493	,705	1	,401	-1,379	,552
	Zeitaufwand Erarbeitung der SIS, Minuten	-,002	,007	,091	1	,764	-,015	,011
	Zeitaufwand Erarbeitung der Risikomatrix, Minuten	,008	,018	,212	1	,645	-,027	,043
	Zeitaufwand Erarbeitung des Maßnahmenplans, Minuten	,006	,006	1,021	1	,312	-,006	,018
	Zeitaufwand tägliche Pflegedokumentation, Minuten	-,070	,055	1,633	1	,201	-,179	,038
	Hat die Einführung des Strukturmodells eine Zeitersparnis mit sich gebracht?	,442	,961	,212	1	,645	-1,441	2,325
	Gelingt Ihnen die Umsetzung des Strukturmodells, so wie es Ihnen vermittelt wurde?	,086	,640	,018	1	,893	-1,168	1,340
	Haben Sie Veränderungen Ihrer Motivation seit Einführung des Strukturmodells bemerkt?	-,137	,803	,029	1	,864	-1,710	1,436
	Jahre im Beruf	-,049	,048	1,048	1	,306	-,143	,045
Beschäftigungsdauer in der Einrichtung	,067	,064	1,082	1	,298	-,059	,193	
Verknüpfungsfunktion: Logit.								
a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant								

Parallelitätstest für Linien ^{a,b}				
Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Nullhypothese	85,475			
Allgemein	68,063 ^c	17,413 ^d	20	,626

Die Nullhypothese gibt an, daß die Lageparameter (Steigungskoeffizienten) über die Antwortkategorien übereinstimmen.

a. 65. Art des Versorgungsvertrags? = Ambulant

b. Verknüpfungsfunktion: Logit.

c. Der Log-Likelihood-Wert kann nach Erreichen der Maximalzahl für Schritt-Halbierung nicht weiter erhöht werden.

d. Die Chi-Quadrat-Statistik wird auf der Grundlage der Log-Wahrscheinlichkeit der letzten Iteration des allgemeinen Modells berechnet. Die Gültigkeit des Tests ist nicht sicher.

18 Ergänzende Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen und Telefoninterviews

Erfahrungen mit den Prüfinstanzen

In den Fokusgruppen wurde aus Sicht der Pflege(fach-)kräfte und Pflegedienstleitungen berichtet, dass die Qualitätsprüfungen nach dem Strukturmodell schneller und entspannter erfolgen, als nach dem alten Dokumentationssystem. Es wird nur noch die Hälfte der Zeit benötigt. Die Prüfungen nach dem Strukturmodell wurden ebenfalls mit guten Noten bewertet, wie auch schon bei dem alten Dokumentationssystem.

Insgesamt bekommen die Einrichtungen ein positives Feedback von den Prüfinstanzen. Beide Seiten sind zufrieden mit der Dokumentation nach dem Strukturmodell. Bei Fragen zu der pflegebedürftigen Person von Seiten der Prüfinstanzen wird das Gespräch mit der Pflege(fach-)kraft gesucht. Diese hat die Möglichkeit durch ihre Fachkompetenz ihre Arbeit bzw. die Dokumentation zu verteidigen. Eine andere Option ist, dass sich beispielweise der MDK die pflegebedürftige Person vor Ort anschaut, um Fragen klären zu können.

„Weil wir hatten gestern oder vorgestern eine Begutachtung. Und da hatte mir unsere Qualitätsassistentin ausgerichtet, dass die Gutachterin gesagt hätte, sie hat selten so eine strukturierte, also SIS®-Bogen und Maßnahmenplanung, gefunden. Vor allen Dingen hat man sofort auch den Bewohner erkannt.“ (FG4 PDL, Pflegeheim)

In den Fokusgruppen wurde von den Pflege(fach-)kräften berichtet, dass die Prüfinstanzen sich nicht auf dem gleichen fachlichen Wissensstand des Pflegepersonals befinden. In einer Einrichtung wurde berichtet, dass der MDK nicht wusste, ob die Flüssigkeitsversorgung zu Ernährung zählt oder nicht. Auf Grund der Unwissenheit wurde dies von Seiten des MDK nicht bewertet.

„Also Entbürokratisierung findet rein nur für die Überprüfungsinstanzen statt und die sind ja noch nicht mal auf dem Stand wo wir sind.“ (FG1 PFK, Pflegeheim)

Eine Einrichtung kritisierte, dass bei einer Qualitätsprüfung durch den MDK überwiegend auf die inhaltliche Struktur der Pflegedokumentation geschaut wurde. Dies sei jedoch nicht die Aufgabe des MDK, da es sich hierbei um interne Regelungen handelt.

Insgesamt wurden in den Fokusgruppen negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung des MDK thematisiert, die sich nicht explizit auf das Strukturmodell zurück zu führen lassen, sondern auf die Qualitätsprüfung als solches. Beispielsweise haben die Pflege(fach-)kräfte das Gefühl, dass die Dokumentation wichtiger ist, als die pflegebedürftige Person bzw. die Pflege dieser Person. Die Befragten äußerten sich, dass ihre Priorität die Arbeit am Bett bleibt und nicht die Dokumentation. Auf Grund dessen kann es vor kommen, dass auf „dem Papier etwas fehlt“ (FG1 PFK, Pflegeheim).

Erfahrungen in Prüfsituationen

In den Prüfsituationen sammelte der MDK unterschiedlichste Erfahrungen in der Anwendung des Strukturmodells.

„Also wirklich von sehr gut implementiert, sehr gut geschulte Mitarbeiter, wirklich auch so eins zu eins, wie es gedacht ist, wie es umgesetzt werden soll, bis wirklich „wir versuchen’s mal“ in irgendeiner Form, wo dann gesagt wird, bis zum Jahresende ist es umzusetzen und jetzt macht mal. So sind dann auch die Ergebnisse. Und wir haben auch bei uns einen Träger, die haben sich praktisch ein eigenes Konstrukt in Anlehnung an das Strukturmodell gebastelt.“ (FG5 MDK)

„Ich habe bis jetzt noch keine Einrichtung geprüft, die das sehr schlecht umgesetzt hat.“ (FG5 MDK)

„Und natürlich gab’s am Anfang immer wieder Probleme, wo wir dann auch rückgemeldet bekommen haben: Ja, eure Prüfer wissen gar nichts von dem und die wenden das ja ganz falsch an und so weiter und so fort. Das hat sich aber mittlerweile sehr gut gelegt. Es gibt ja auch in jedem Bundesland das Kooperationsgremium, wo dann alle Beteiligten auch zusammenkommen und über solche Thematiken auch diskutieren.“ (FG5 MDK)

„Also natürlich, es ist erst mal wieder eine Umstellung (für Pflegende) [...]. Jetzt ist die Fachlichkeit halt wieder gefragt und die meisten gehen auch sehr motiviert ran.“ (FG5 MDK)

„Ich bin relativ viel auf Veranstaltungen und habe das vorgestellt bei den Verbänden und Leistungserbringern. Und da kamen halt immer so diese Pauschalvorwürfe gegenüber den Prüfern: „Ja, die wissen damit nichts anzufangen und die können das nicht.“ Und es gab die und die Diskussionen. Und dann haben wir aber vereinbart im Rahmen des Kooperationsgremiums, dass die Verbände uns direkt, wenn ihre Leistungserbringer sich an sie wenden, direkt eine Rückmeldung geben über (-) ganz speziell die Prüfung auch mit Ross und Reiter genannt, mit Namen, so dass wir dann auch evaluieren konnten mit dem jeweiligen Prüfteam, warum kam es da zu Diskrepanzen oder auch nicht. Und das hat sich eigentlich ganz gut bewährt. Die Einrichtung oder die Verbände haben dann auch von uns eine Rückmeldung bekommen. Und (--) am Anfang waren das ein paar Fälle, sage ich mal. Aber mittlerweile kommt da auch nichts mehr. Und auch, wenn man jetzt noch auf irgendwelchen Veranstaltungen ist dazu, dann ist das eigentlich auch kein Thema. Das hat sich, denke ich, ganz gut aufeinander eingespielt Prüfer und Leistungserbringer. Und beide wissen, denke ich, mittlerweile auch ganz gut mit dem Modell umzugehen. Und ich glaube, das ist am Anfang einfach auch normal, das darf man nicht vergessen. Das war für Prüfer was Neues, das war für Einrichtungen was

Neues und ich denke dann ist es auch ganz normal, dass es dann vielleicht auch mal unterschiedliche Sichtweisen oder unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten gibt. Aber wie gesagt, ich kann sagen, im Moment ist es bei uns völlig ruhig.“ (FG5 MDK)

Seitens der **Heimaufsicht** finden vermehrt Durchführungskontrollen statt, da die Ergebnisqualität entscheidend ist. Zudem gibt die Heimaufsicht an, dass es in der Praxis Unsicherheiten bei der Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen gibt.

„[...] Die Frage ist: Muss man FEM-Durchführung dokumentieren? Wir sagen natürlich: Ja. Weil man freiheitsentziehende Maßnahmen nicht als Routinepflegehandlung bezeichnen kann [...] und wir haben halt die Anforderung, dass auch genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen auf das notwendige Maß beschränkt werden müssen. [...] und sie begründen, wenn sie es nicht tun. Aber eigentlich müssten sie begründen, wenn sie es tun, auch wenn es genehmigt ist. Also eigentlich müssten die jeden Tag schreiben: „Ich habe heute Abend das Bettgitter hochgezogen, weil der Bewohner den Anschein macht heute besonders unruhig zu sein, oder ängstlich zu sein [...].“ (FG3 Heimaufsicht)

Pflegekräfte haben Angst vor Prüfungssituationen. Es kommt häufig die Frage: „Ja, aber was ist, wenn der MDK das fordert?“ Ja, aber wenn ihr das doch pflegfachlich begründen könnt [...] und es schlüssig dargestellt (wird) ist alles gut.“ (FG3 Heimaufsicht)

Aus Sicht der Heimaufsicht erfolgt die Pflegedokumentation nicht immer nach den vorgegebenen Anforderungen.

„Was ich [...] oft als Pflegefachkraft bei der Heimaufsicht feststelle, ist einfach, es wird nicht ganz so umgesetzt, wie es gedacht ist.“ (FG3 Heimaufsicht)

Teilentbürokratisierung und Entwicklung eines eigenen Dokumentationssystems

Die Hintergründe zu der Entwicklung eines eigenen Dokumentationssystems in Anlehnung an das Strukturmodell wurden in einem Telefoninterview mit einer Pflegereferentin erörtert. Dieses Projekt wird bereits seit drei Jahren, mit einem hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand, in Kooperation mit einer Hochschule durchgeführt und betrifft einen Träger mit 28 stationären Einrichtungen. Zwei Einrichtungen beteiligten sich an der Entbürokratisierung durch die Implementierung des Strukturmodells. Eine komplette Umstellung auf das Strukturmodell war jedoch nicht geplant. Die Organisation wollte aus dem Strukturmodell lernen und schauen wie es aufgebaut ist. Parallel zu diesem Lernprozess begann die Entwicklung der eigenen Dokumentationsformulare.

„Wir haben das tatsächlich nur mitgemacht, um draus zu lernen und um mitzukriegen, was da läuft. Wir haben einfach parallel in einem Projekt unsere eigene Dokumentation entwickelt und es ist klar, dass es unsere eigenen Formulare werden.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

„Um daraus zu lernen. Also es war klar, wir werden nie in unseren 28 Altenheimen Ein-Step umsetzen oder eben diese SIS® tatsächlich so übernehmen wie sie ist. Aber wir wollten daraus lernen, wie das in diesem Projekt geht, was es so drum herum braucht, was die für andere Anforderungen stellen auch bezüglich des Tätigkeitsnachweises etc.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Bereits zu Beginn war ersichtlich, dass das Strukturmodell ein völlig unstrukturiertes Projekt ist und mehr Nachteile hat als Nutzen.

„Als das noch ganz am Anfang war, sind wir aber auch ganz schnell da wieder ausgestiegen, weil klar war, das ist ein völlig unstrukturiertes Projekt und es bringt eigentlich mehr Chaos, als das es uns inhaltlich weiterbringt.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Beispielsweise wurde die Risikoeinschätzung von dem Personal nicht gut angenommen. *„Die aber auch kein Mensch einfach gut findet, gefühlt.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)*. Die Risikoeinschätzung ist wichtig, aber in dieser Form ergibt sie keinen Sinn und es gab häufig interne Diskussionen.

„So in der Form macht sie keinen Sinn. Risikoeinschätzung ja, in der Form nicht. Und das war schon...da haben die ewig diskutiert, ob sie jetzt ein Kreuzchen setzen oder nicht, so ungefähr. [...] das war tatsächlich ein Problem. Das man nicht einfach sagt, so wie man es pflegfachlich macht, Risiko ja oder nein, sondern eben dann auch noch diese weiteren Schritte.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Verbesserungsbedarf bei dem Strukturmodell wird dahingehend gesehen, dass die vorgegebenen Kategorien in der SIS® verändert oder abgeschafft werden sollten.

„Einmal meine ganz persönliche Meinung. Mir schnürt es den Hals zu, wenn ich einen Menschen in Kategorien einteilen möchte. Finde ich hat mit der Frage von, wie behandeln wir unsere Bewohner nichts zu tun, weil wenn ich über Haltung rede und Bewohnerorientierung dann kann ich ihn nicht kategorisieren. Vor allen nicht in so somatische Punkte, wie Kognition, Mobilität, Schmerz. Geht nicht. Also der Ansatzpunkt, den ich beziehungsweise wir hier von der Geschäftsführung aus gerne haben wollen ist eigentlich ein anderer.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Insgesamt betrachtet, ist die Verständlichkeit des Strukturmodells ohne Schulung nicht gegeben.

„Das kann man nicht jedem vorlegen und dann wissen die, was die da einzutragen haben.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Bei der Entwicklung des eigenen Dokumentationssystems hat die Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen hohen Stellenwert eingenommen.

„Die Mitarbeiter sind unglaublich froh, dass sie selber endlich mal sagen dürfen, was sie denn eigentlich brauchen und nicht von oben irgendwie eine Doku [...] (aufgezwungen bekommen).“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

„Es ist tatsächlich so, dass wir die Mitarbeiter darum gebeten haben zu sagen, was sie denn in der Doku eigentlich brauchen.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Diese Selbst- und Mitbestimmung der Pflegefachkräfte fördert die Motivation und den Antrieb für den Umstellungsprozess. Seit Februar 2016 dienten zwei Einrichtungen der Pilotierung und derzeit wird das neue Dokumentationssystem in vier weiteren Einrichtungen umgesetzt.

Einige Elemente des Strukturmodells bleiben erhalten. Die Strukturhebung unterscheidet sich jedoch stark von der SIS®, aber die restliche Dokumentation gleicht dem Strukturmodell. Außer der Einstiegsfrage wird nichts von der SIS® übernommen. Die Anamnese wird mit der Biografie ohne vorgegebene Kategorien kombiniert. Die Strukturierung und Formulierung bleibt den Pflegefachkräften überlassen. Die Umstellung vom Ankreuzen hin zur freien Formulierung ist ein schwieriger Prozess, bei dem die Pflegefachkräfte intensiv durch die Wohnbereichsleitung begleitet werden. Für die Einführung des neuen Dokumentationssystems wurde mehrere teilweise vierstündige Workshops mit zehn Pflegekräften, der Wohnbereichsleitung und der Pflegedienstleitung abgehalten.

„Das ist komplett frei formuliert. Kategorien laufen da sozusagen nur im Hintergrund mit, weil gewisse Dinge einfach beachtet werden müssen für die neuen Pflegegrade und für die Expertenstandards etc. Aber auf dem Formular selber wird es keine Kategorien geben. Das heißt, Mitarbeiter sprechen mit dem Bewohner und entscheiden dann, wie sie es strukturieren.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Die Risikoeinschätzung wird in einer ähnlichen Form mit in das eigene Dokumentationssystem übernommen.

„Und dann kommt dazu natürlich in der Tagesstruktur eine Frage von einer Risikoeinschätzung, von Risikobereichen, die genannt werden, sagen wir es mal so und fachlich begründet werden und dann den ganz normalen Tagesplan.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

Mit der neuen Dokumentation wird von einer deutlichen Zeitersparnis ausgegangen. Voraussetzung hierfür ist, dass das System verstanden wird. Die Einführung der neuen Dokumentation in allen 28 Einrichtungen erfolgt schrittweise ab Frühjahr 2018.

„Wir fangen Frühjahr 2018 an, aber dann wird es mindestens ein Jahr dauern bis alle Einrichtungen das wirklich stehen haben.“ (TI 12, Pflegereferentin, Pflegeheim)

19 Bewertung der Eigenschaften der neuen Pflegedokumentation

Das Strukturmodell...	n	Trifft gar nicht zu	Trifft in wenigen Teilen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft voll zu
Stärkt und beachtet die Individualität der pflegebedürftigen Person	Pflegeheime (n=284)	0,4 %	3,5 %	47,5 %	48,6 %
	Pflegedienste (n=214)	0,9 %	4,7 %	45,3 %	49,1 %
Stärkt und beachtet die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person	Pflegeheime (n=284)	0,7 %	6,7 %	48,2 %	44,4 %
	Pflegedienste (n=214)	0,9 %	5,6 %	49,1 %	44,4 %
Ermöglicht die Dokumentation eines Konsens zu individuell vereinbarten Leistungen	Pflegeheime (n=282)	0,4 %	10,6 %	49,3 %	39,7 %
	Pflegedienste (n=210)	0,5 %	6,2 %	47,1 %	46,2 %
Fördert die fachlichen Kompetenzen der Pflegefachkräfte	Pflegeheime (n=284)	0,7 %	13,0 %	42,6 %	43,7 %
	Pflegedienste (n=213)	2,3 %	7,5 %	48,4 %	41,8 %
Trägt dazu bei, Schulungsbedarf der Pflegefachkräfte zu erkennen	Pflegeheime (n=284)	0,7 %	11,6 %	41,5 %	46,1 %
	Pflegedienste (n=211)	4,3 %	18,0 %	43,6 %	34,1 %
Erfasst pflegerelevante biografische Informationen im Regelfall in der SIS® und nicht auf einem Extrabogen	Pflegeheime (n=282)	2,1 %	16,3 %	39,0 %	42,6 %
	Pflegedienste (n=214)	2,3 %	15,0 %	25,2 %	57,5 %
Begrenzt die schriftliche Darstellung des Pflegeprozesses auf die vier Schritte	Pflegeheime (n=280)	0,4 %	6,8 %	31,8 %	61,1 %
	Pflegedienste (n=213)	0,9 %	6,6 %	42,3 %	50,2 %
Legt einen Fokus auf die Erfassung von Risiken und Phänomenen	Pflegeheime (n=285)	0,7 %	9,8 %	46,0 %	43,5 %
	Pflegedienste (n=211)	1,4 %	5,2 %	50,7 %	42,7 %
Hält im Pflegebericht zumeist Abweichungen in den Pflegeabläufen fest	Pflegeheime (n=282)	0 %	12,4 %	52,1 %	35,5 %
	Pflegedienste (n=212)	0,5 %	9,9 %	45,3 %	44,3 %
Hält im Pflegebericht zumeist Abweichungen in den Betreuungsabläufen fest	Pflegeheime (n=283)	1,4 %	22,3 %	46,3 %	30,0 %
	Pflegedienste (n=209)	1,9 %	19,6 %	45,5 %	33,0 %
verstärkt die Bedeutung der Evaluation auf Grundlage der Beobachtung und der fachlichen Kenntnisse	Pflegeheime (n=283)	0,7 %	14,5 %	53,0 %	31,8 %
	Pflegedienste (n=213)	2,3 %	8,0 %	53,5 %	36,2 %