

Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Monika Habermann / Heidrun Biedermann

Kurzfassung einiger Forschungsergebnisse
zum gleichnamigen Projekt des
Zentrums für Pflegeforschung und Beratung
<http://www.ZePB.de>

Die Auszüge stammen aus der Buchveröffentlichung zum Projekt:

Habermann M. / Biedermann H.: Die Pflegevisite als Instrument
der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt,
2007: Mabuse

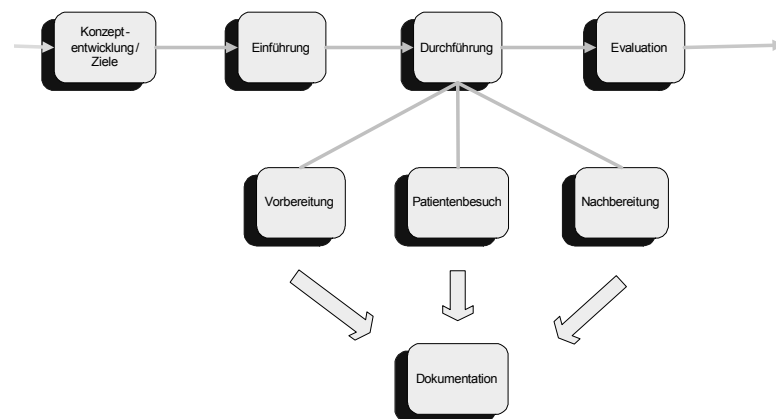
<http://www.mabuse-verlag.de>

Die Pflegevisite in der Praxis

Die Literaturanalyse zur Pflegevisite und die Befragungen im Kontext der Studie haben eine Gliederung für die Analyse des Instrumentes in Bausteine gemäß der folgenden Abbildung nahe gelegt.

Die Durchführung wird dabei in die drei Abschnitte unterteilt: Vorbereitung, Patientenbesuch und Nachbereitung. Alle drei werden üblicherweise im so genannten Pflegevisitenprotokoll schriftlich festgehalten.

Die Entwicklung des Instrumentes „Pflegevisite“ verläuft dabei in einem zirkulären Prozess, an die Evaluation schließt sich wieder die Überprüfung des Konzeptes an.



Die Pflegevisite als Steuerungsinstrument – Bausteine (Quelle: Habermann/Biedermann 2007:140)

Im Folgenden werden ausgehend vom Umfeld und damit den in den einzelnen Unternehmen anzutreffenden, unterschiedlichen Voraussetzungen der Pflegevisite die einzelnen Bausteine inhaltlich näher beschrieben, diskutiert und ein Pflegevisitenmodul im Sinne eines Best Practice vorgeschlagen.

Habermann/Biedermann: Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Befunde und Praxisempfehlungen.

Abschließend werden die Ergebnisse in den Kontext der bereits durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen der einzelnen Unternehmen gestellt. Die Aussagen gehen auf die Erhebung der Studie zurück die Experteninterviews (N=24), Gruppeninterviews (N=18) sowie eine Dokumentenanalyse beinhaltet (N=21/N=159) (Habermann/Biedermann 2007:140 ff).

Kurzfassung

Baustein I: Ziele der Pflegevisite/Konzeptentwicklung

Empirische Befunde

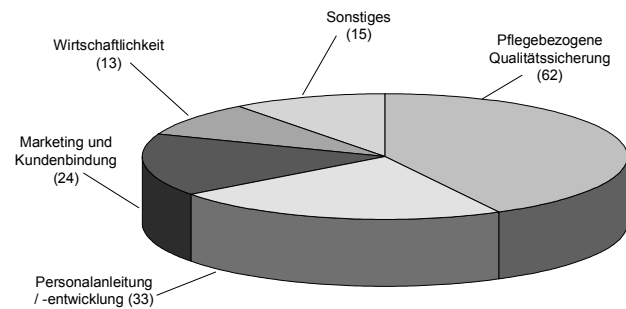
Wie sich in den Experteninterviews gezeigt hat, wird Qualitätssicherung in den befragten Unternehmen zum einen durchgeführt, um dem Gesetzgeber Genüge zu tun, zum anderen werden aber auch Chancen gesehen, organisationale Strukturen zu optimieren. Speziell für die Pflegevisite zeigt sich, dass diese genutzt wird, um verschiedene Aspekte der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege sicherzustellen. Die Zielsetzungen und Schwerpunkte sind dabei in den einzelnen Unternehmen sehr unterschiedlich, auch kann der Fokus im Hinblick auf die beteiligten Personen aus Sicht der visitierenden Person bei dem Mitarbeiter, dem Patienten und ggf. bei dem Angehörigen oder allen gemeinsam liegen. Im Einzelnen wird die Pflegevisite zum Erreichen der folgenden Ziele genutzt:

- Pflegebezogene Qualitätssicherung
- Personalanleitung und Personalentwicklung
- Marketing und Kundenbindung
- Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Einsätze und der durchgeführten Maßnahmen
- Sonstiges

Aus den Experteninterviews konnten 147 Nennungen von Zielen entnommen werden, welche sich wie folgt auf die einzelnen Bereiche verteilen:

Am häufigsten wurden Angaben zur *Pflegebezogenen Qualitätssicherung* gemacht. Hierunter fielen Nennungen wie:

- Wahrnehmung der Fachaufsicht (17)
- Sicherung der Pflegequalität (15)
- Überprüfung der Pflegedokumentation auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit (9)
- Aufdecken von Defiziten in der Pflegeversorgung und gegebenenfalls Vermittlung von weiteren Hilfen (7)
- Verbesserung der Pflegesituation insgesamt (7)
- Sicherung einer einheitlichen Pflege (4)
- Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse (2)
- Umsetzung der erarbeitenden Standards in der Pflege (1)



Ziele der Pflegevisite
(N=147, Mehrfachnennungen möglich, Quelle: Habermann M/Biedermann H 2007:150)

Das Ziel „Wahrnehmung der Fachaufsicht“ wurde explizit von sieben Befragten erwähnt, implizit von zehn. Letztere umschrieben die Tätigkeiten im Rahmen der Fachaufsicht eher mit Kontrolle oder drückten dies sehr vorsichtig aus, um den ihrem Empfinden nach negativen Ausdruck der Kontrolle zu relativieren. Direkt nach der Fachaufsicht befragt, antworteten zwei ExpertInnen, dass diese aufgrund der hervorragenden Arbeit ihrer MitarbeiterInnen nicht nötig sei.

Bezüglich der Kategorie *Mitarbeiterführung und Personalentwicklung* nannten die Befragten folgende Ziele:

- MitarbeiterInnen Hilfestellung geben (9)
- Zufriedenheit der MitarbeiterInnen stärken (9)
- Fortbildungsbedarf der MitarbeiterInnen ausfindig machen (7)
- Prävention von Gesundheitsschäden der MitarbeiterInnen (2)
- Wertschätzung der Arbeit der MitarbeiterInnen (2)
- Voneinander lernen (2)
- Verbesserung der Kommunikation im Team (1)
- Intensivierung des Kontakts zu den MitarbeiterInnen (1)

Der Bereich *Marketing und Kunden* wurde v.a. im Hinblick auf die Ermittlung der Patientenzufriedenheit angesprochen. Marketing im Sinne der Absatzsteigerung der angebotenen Dienstleistungen der Einrichtung bzw. einer Einwerbung neuer Kunden, etwa um eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda anzuregen, wurde eher selten als explizites Ziel der Pflegevisite genannt:

- Ermittlung und Gewährleistung der Patientenzufriedenheit (16)
- Kundenbindung und Marketing (4)
- Kunden/Patienten persönlich kennen lernen (4)

In Bezug auf die *Wirtschaftlichkeit* wurde v.a. die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit im Sinne der Vertragsgestaltung genannt, d.h. aktuelle Leistungen werden mit dem Pflegevertrag abgeglichen (9). Seltener wurde dagegen die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Tourenplanung als Ziel der Pflegevisite angegeben (4). Einer Residualkategorie sind weitere Items, beispielsweise die Angehörigenarbeit zuzuordnen (Habermann/Biedermann 2007: 154f)

Modul: Pflegevisitenmodell

Grundsätzlich ist die Pflegevisite – entgegen den Annahmen einiger InterviewpartnerInnen – kein vom Gesetzgeber vorgeschriebenes Instrument. Im PQsG wird lediglich festgelegt, dass die Qualität in ambulanten Pflegediensten zu sichern sei – mit welchem Instrument bleibt dem Pflegedienst

jedoch freigestellt. Entscheidet sich ein Pflegedienst für die Pflegevisite, so sollte diese nicht mit zu vielen Zielen bedacht werden. Ein „Catch-all-“ oder „Alles-auf-einen-Streich“-Prinzip wie es von vielen Einrichtungen vorge-tragen wurde, lässt eine wenig gezielte Entwicklung vermuten. Ein so nützliches Instrument wie die Pflegevisite kann damit nur zu einem diffusen und unspezifizierten Einsatz kommen. Vielmehr ist es sinnvoll, die Pflegevisite im Abgleich mit anderen Instrumenten zu nutzen. Es geht darum, relevante Qualitätsziele für die Organisation zu definieren und festzustellen, welche Instrumente zur Optimierung benötigt werden und wo ihre jeweiligen Anschlussstellen sind. Tabelle 3.5 zeigt diese Überlegung exemplarisch für einige Ziele und bekannte Instrumente bzw. Maßnahmen.

So kann z.B. ein Beschwerdemanagement im Rahmen des Ziels „Marketing und Kundenbindung“ mit anlassbezogenen Pflegevisiten bei dem Patienten kombiniert werden. Ebenso können so genannte Pflegemappenvisiten, etwa im Vorfeld der Visite oder in der Nachbearbeitung bei einem Patienten, zur Qualitätssicherung und -verbesserung des erforderlichen schriftlichen Nachweises beitragen.

Kombiniert mit Fallgesprächen könnten auch konzeptionelle Fähigkeiten der MitarbeiterInnen zur Steuerung des Pflegeprozesses auf der Grundlage einer Pflegemappenvisite weiter ausgebildet werden.

Diejenigen Pflegedienste in der Studie, die die Zielsetzungen der Pflegevisite beschränkten, kamen zu einem überzeugenderen Konzept und konnten dieses auch der Mitarbeiterschaft besser vermitteln als andere, die zahlreiche und im Einzelnen nicht immer greifbare Zielsetzungen angegeben haben. Aufgrund der elementaren Bedeutung, die gute MitarbeiterInnen für die Pflegedienste haben, wird ein Fokus auf die Mitarbeiterorientierung empfohlen. Die Aufmerksamkeit wird damit auf diejenigen gelenkt, die kontinuierlich ihrer meist einzeln verrichteten Arbeit folgen und von deren Know-how und Geschick die Qualität der Arbeit in allen ihren Facetten letztlich abhängt. Die Beratung von PatientInnen und Angehörigen, die Besprechung der Pflege mit dem Pflegebedürftigen, die Einschätzung der Versorgungssituation des Patienten, die Einschätzung von Risiken usw. – all diese Aspekte sind damit als Zielsetzungen der Pflegevisite nicht aufgehoben, sie erfahren lediglich eine andere Akzentuierung: Es geht darum, sukzessive den Mitarbeiter zu einer Beantwortung dieser Aufgaben anzu-

leiten und seine diesbezüglichen Kompetenzen zu fördern. Dies schließt eine

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung		
Ziele	Instrumente	Verantwortliche / Beteiligte Personen der Pflegeeinrichtung ¹
Beratung von Patienten / Angehörigen	Integriert in die Pflege	MitarbeiterInnen
	Pflegevisite, anlassbezogen, Routinevisite	MitarbeiterInnen/Pflegedienstleitung
	Telefonische Beratung	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Besuche in der häuslichen Pflege nach § 45, § 37 SGB XI	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Website (auch: Weiterleitung/eigene Zusammenstellung von Informationsblättern, Broschüren)	Pflegedienstleitung verantwortet pflegfachliche Inhalte
Pflegequalitätsentwicklung / Qualitätssicherung	Fallbesprechungen	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Fortbildungen	MitarbeiterInnen/MitarbeiterInnen
	Gezielte Anleitung	Pflegedienstleitung//MitarbeiterInnen Kollegiale Anleitung
	Pflegevisiten (auch: „Pflegemappenvisiten“)	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Standardentwicklung und Implementierung	Pflegedienstleitung/Qualitätssicherungsbeauftragte/MitarbeiterInnen
	Beschwerdemanagement	Pflegedienstleitung
Personalentwicklung	Arbeit an der Organisationskultur/Kommunikationskultur	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Pflegevisite	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Mitarbeitergespräch	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
Marketing und Kundenbindung	Fortbildung(splanung), Arbeit an der Organisationskultur	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Telefonische Befragung	Pflegedienstleitung
Wirtschaftlichkeit	Andere Marketinginstrumente wie kommunale Netzwerksarbeit etc.	Pflegedienstleitung/MitarbeiterInnen
	Kennziffern erarbeiten	Geschäftsführung/Pflegedienstleitung
	Tourenplanung	Pflegedienstleitung

¹ Organisationsbezogene Abweichungen in der Aufgabenverteilungen, z.B. die Integration der stellvertretenden. Pflegedienstleitung und die Delegation von Aufgaben an eine(n) Qualitätssicherungsbeauftragte(n) bleiben hier unberücksichtigt.

Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung (Quelle: Habermann/Biedermann 2007:166)

Gewährleistung der Sicherheit des Patienten mit ein, weil durch die Pflegevisite auch eine Kontrolle der Arbeit stattfinden kann. Entscheidend ist dabei die Richtung, in die die Aufmerksamkeit gelenkt wird: Qualitätsverbesserung durch eine Befähigung der MitarbeiterInnen selbst muss das zentrale Anliegen bleiben.

Zusammenfassend sind es somit folgende Zielsetzungen für deren Bearbeitung der Mitarbeiter Unterstützung anlässlich der Pflegevisite findet bzw. die eine mitarbeiterorientierte Pflegevisite umsetzen kann:

- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit: Wie die Studie gezeigt hat, kann die Pflegevisite einen wichtigen Beitrag zur Mitarbeiterzufriedenheit und somit zur Vermeidung von Problemen leisten.
- Gesundheitsförderung: Die Pflegevisite eröffnet die Möglichkeit, Strukturen und Prozesse der Arbeit auch im Hinblick auf ihre gesundheitsfördernde und präventive Wirkung zu begutachten. Derzeit wird dies vorzugsweise im Hinblick auf eine rückschonende Arbeit realisiert. Die Analyse von Risiken und positive, gesundheitsfördernde Aspekte der Arbeit könnten hier helfen, eine entsprechende Beratungskomponente stärker und nachhaltiger in die Visitenplanung zu integrieren.
- Fachaufsicht: Die Pflegevisite eignet sich in der Form einer Touren- oder Einzelvisite, bei der MitarbeiterInnen bei ihrem Patientenbesuch von einer visitierende Person begleitet werden, hervorragend für das Unternehmen, um der Verpflichtung zur Sicherstellung einer sach- und fachgerechten Pflege nachzukommen. Die visitierende Person kann sich direkt vor Ort von den Kenntnissen der MitarbeiterInnen überzeugen, Fortbildungsbedarfe können aufgedeckt, wissenschaftliche Kenntnisse transportiert und Mitarbeiter ggf. angeleitet werden.
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen: Wenn die Pflegevisite nicht daran ausgerichtet ist, exakt den Tourenverlauf einer MitarbeiterIn abzubilden, kann der Pflegedienst im Rahmen der Visite seiner Pflicht der Leistungsberatung des Pflegebedürftigen nachkommen. Dabei bietet es sich an, die Angehörigen in die Visite

miteinzubeziehen, sofern sie vor Ort leben und beruflich nicht eingespannt sind. Mit weiter entfernt lebenden oder berufstätigen Verwandten könnte alternativ auch ein Telefonat im Anschluss an die Visite geführt werden. Die Angehörigen sind – sofern vorhanden – für eine gelingende Pflege unabdingbar. Die Pflegeversicherung beinhaltet diesen Gedanken bereits grundlegend in ihrer Konzeption als „Teilversicherung“: Die ambulante Pflege ergänzt die Leistungen der Angehörigen bzw. der PatientInnen.

- Erörterung von Ressourcen oder auch von Pflegeproblemen mit dem Pflegebedürftigen.
- Ermittlung der Patientenzufriedenheit: In der Pflegevisite kann die Patientenzufriedenheit durchaus thematisiert werden, allerdings eignet sich die vielfach empfohlene Methode der schriftlichen Befragung nicht für ihre Erhebung. Vielmehr geht es darum, seitens der Pflegekräfte während eines regulären Pflegeeinsatzes noch nicht artikulierte Probleme der PatientInnen wahrzunehmen und dann – bspw. im Rahmen einer Pflegevisite – zu thematisieren, bzw. jene Probleme, die in einem bilateralen Gespräch nicht geklärt werden konnten. Ebenso kann die Visite dazu dienen, MitarbeiterInnen Kommunikationsmöglichkeiten, z.B. in Form eines Gespräches über die Einschätzung der Dienstleistung durch den Patienten, exemplarisch vorzustellen. Sie sind es dann, die im Alltag mit entsprechenden Kompetenzen und Geschick der Einrichtung dienlich sein können.

Auch kann über eine offene Frage herausgefunden werden, ob der Patient manifeste Verbesserungswünsche an den Pflegedienst hat.

- Wirtschaftlichkeit: Es gilt, gute Ideen zu finden, wie die Spannung zwischen Wirtschaftlichkeit, deren Notwendigkeit sich aus dem Agieren auf einem Pflegemarkt ergibt, und einem dem Patienten würdigen Pflegeverständnis aufgehoben werden kann. Die Stichprobe enthält einen kleinen Anbieter, der hierfür schon eine gute Methode gefunden hat:

„Wir sind ein sehr kleiner Pflegedienst, haben wenig Patienten und wir arbeiten so, dass es sich rechnet. Wir schreiben schwarze Zahlen. Das Außer-, Ungewöhnliche ist an unserer Abrechnart, dass wir nicht pro

Patient pro Gewinn gucken, sondern gesamt unterm Strich. Ich glaub, das ist das, was uns auch auszeichnet. So können wir uns es leisten, eben nicht für Blutzucker messen, Insulin spritzen vier Minuten zu berechnen, plus zwei Minuten Wegezeit, sondern wir haben halt dafür zehn Minuten Zeit. Ja, oder brauchen manchmal nur vier Minuten, aber ein anderes Mal ist es ok, wenn man zwölf Minuten auch braucht. Ja, und diese Minuten sind eigentlich nur dann wichtig, wenn's darum geht verabredete Zeitpunkte, also Einsatzzeiten einzuhalten. Verschiedene Patienten, die sind sehr unflexibel, was die Einsatzzeiten angeht. Da muss es Punkt acht sein und dann muss das eingehalten werden. Aber so -, dann haben die Mitarbeiter auch die Kompetenz, sich ihre Zeit einzuteilen. Das Wichtigste ist, die Patienten sind zufrieden und - ja, und die Mitarbeiter sind zufrieden. Gesundheit steht im Mittelpunkt.“ (EI 18/145)

- Überprüfung der Dokumentation: In Anbetracht der zahlreichen anderen Ziele, welche mit der Durchführung einer Pflegevisite verbunden werden können, schlagen wir vor, der Idee einiger Pflegedienste in der Stichprobe zu folgen, die Überprüfung aus dem direkten Patientenbesuch auszulagern in die Phase der Vorbereitung der Pflegevisite (so genannte Pflegemappenvisite) oder auch in die Nachbereitung der Pflegevisite.

Produktiv erscheint es uns, wenn die so genannte „Pflegemappenvisite“ in den Räumen der Einrichtung erfolgt und in Zeitnähe zur Pflegevisite bei dem Patienten. Dann kann die planerische und dokumentarische Arbeit der MitarbeiterInnen mit der Beobachtung der Pflege und ihrer Ergebnisse gemeinsam bewertet werden. Es können somit relevante Qualitätsziele kompakt geprüft und vermittelt werden.

Kurzfassung:

Baustein II: Einführung der Pflegevisite

Die Einführung der Pflegevisite als ein Instrument der Qualitätssicherung verändert den gewohnten Arbeitsalltag und etablierte Arbeitsbeziehungen im Unternehmen. Von den MitarbeiterInnen wird erwartet, dass sie die Veränderungen mittragen und in ihr Handeln integrieren.

Empirische Befunde

Die meisten der befragten ExpertInnen haben das in ihrem Unternehmen verwendete *Pflegevisitenmodell* selber entwickelt (15). Dabei haben sie sich zum einen auf ihre Erfahrung in der Pflege gestützt, zum anderen auf Literatur, das Internet und ihre Weiterbildung zur Pflegedienstleitung. In wenigen Fällen (2) wurde ein Modell aus der Literatur komplett übernommen, ohne es den Bedürfnissen des eigenen Unternehmens anzupassen. In einigen Fällen wurde das Modell gemeinsam mit einem Qualitätsbeauftragten für den Pflegedienst entwickelt (5). Gab es die Pflegevisite schon vor der Tätigkeit der derzeitigen Verantwortlichen für die Pflegevisite, wurde sie auch vom Vorgänger übernommen (2).

Der *Zeitpunkt der Einführung*² und die zur Einführung genutzten *Strategien* waren bei den teilnehmenden Pflegediensten in unserer Stichprobe sehr unterschiedlich.

So lag ersterer beim Interviewtermin bei acht der insgesamt 24 befragten Pflegedienste noch nicht länger als ein Jahr zurück, bei den weiteren Anbietern verteilt sich – wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich – der Zeitpunkt der Einführung auf den Zeitraum 1998 bis 2002.³

² Unter dem Zeitpunkt der Einführung wird der Moment verstanden, ab dem die Pflegevisite im Unternehmen auch als solche bezeichnet und systematisch durchgeführt wird. Einige Pflegedienste verfügten bereits vorher über ähnliche Instrumente (bspw. Hausbesuche), mit denen nach Aussage der Befragten die Qualitätssicherung jedoch nicht systematisch erfasst werden konnte.

³ In den Fällen, in denen die Einführung länger als 1 bis 2 Jahre zurückliegt, ergibt sich die Besonderheit, dass die Angaben der befragten Interviewpartnerinnen zum Grund und der Strategie der Einführung Ungenauigkeiten der Erinnerung enthalten können. Teilweise wurde der Prozess durch die Befragten auch nicht selbst gesteuert, konnte also

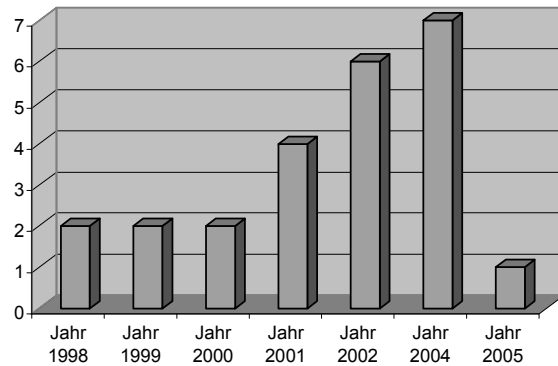


Abbildung 0.1: Zeitpunkt der Einführung der Pflegevisite
(Quelle: Habermann/Biedermann 2007:172)

Als *Grund der Einführung* gaben die interviewten ExpertInnen in allen Fällen den Wunsch an, die Qualität im Unternehmen sichern bzw. verbessern zu wollen. Während einige wenige Anbieter der Ansicht waren, durch den Gesetzgeber explizit zum Instrument der Pflegevisite gezwungen zu sein, sind andere davon überzeugt, dass es für ihr Unternehmen das umfassendste Instrument sei, um das (vom Gesetzgeber vorgeschriebene) Ziel der Qualitätssicherung in einer nachweisbaren Form zu erreichen:

„Es ist ja ganz klar eine Anforderung an die ambulanten Pflegedienste, dass sie auch in regelmäßigen Abständen ihre Pflege besuchen sollen und dass die Qualität zu sichern ist und ich finde einfach, dass die Qualität vor Ort am besten mit einer Pflegevisite – wir nennen das Pflegebegleitung, weil unsere Mitarbeiter haben sich das so gewünscht – mit einer Pflegebegleitung zu sichern ist.“ (EI 6/5)

„Es wird ja gefordert, es wird ja angefordert, nicht? Ergebnisqualität gehört ja mit – da gehört die Pflegevisite ja mit rein – in das Qualitätsmanagement.“ (EI Z1/14)

Ein weiterer Grund für die Einführung der Pflegevisite war die Einstellung einer neuen Pflegedienstleitung, die entweder die Pflegevisite von ihrem früheren Arbeitgeber mitbrachte und sie auf das neue Unternehmen

nur aus zweiter Hand rekapituliert werden. Es ergeben sich demnach Einschränkungen der Interpretation der Aussagen.

übertrug oder gerade eine Weiterbildung als PDL absolvierte, dort die Pflegevisite als Thema behandelt hatte und sie nun in das neue Unternehmen einbringen wollte.

Ein anderer Grund resultiert aus der Position der Pflegedienstleitung. So sitzt diese in großen Unternehmen die meiste Zeit am Schreibtisch und verliert den Kundenkontakt. Die Pflegevisite ermöglicht es ihr, wieder einen Einblick in den Pflegealltag zu erhalten, MitarbeiterInnen Unterstützung zu geben oder auch, diese zu überprüfen und somit den Überblick über die Pflege zu behalten. Vier neue Pflegedienstleitungen konnten durch die Einführung der Pflegevisite einen Überblick über das Unternehmen und die MitarbeiterInnen gewinnen.

Die Pflegedienstleitung eines Pflegedienstes in dem der Fokus der Pflegevisite v.a. auf die Unterstützung der MitarbeiterInnen gelegt wird, drückt dies folgendermaßen aus:

„Es war schon, um zu schauen: Wie läuft es vor Ort? Um den Mitarbeitern einen Raum zu geben, dass sie mal wirklich einen dabei haben, der auch schaut, damit sie sich nicht so allein gelassen fühlen. Das war so der Hintergrund. Dass sie einfach die Möglichkeit haben, dass noch mal eine zweite Person draufguckt, nach dem Motto: Ist das so korrekt wie ich arbeite? Sie sind ja Einzelkämpfer vor Ort und es laufen auch Übergaben, aber die gehen ja nie zu zweit. Man hat nie die Möglichkeit, dass man mal mit einem Kollegen, dass der direkt draufguckt. Und deswegen ist das hier, glaube ich, eingeführt worden.“ (EI 4/9)

Über ihren Beginn als Pflegedienstleitung in einem Unternehmen und die Motivation, in diesem Zusammenhang die Pflegevisite einzuführen, berichtete eine Gesprächspartnerin:

„Ich kannte das aus einem Unternehmen, in dem ich vorher gearbeitet habe, auch als Leitung, und ich fand das ein ganz wichtiges Instrument in der Anfangszeit erstmal – ganz platt gesagt – um die Patienten überhaupt kennen zu lernen, die Pflegekräfte noch mal kennen zu lernen in der Arbeit. Das nachvollziehen zu können, auch die Touren, die Fahrzeiten, den Arbeitsalltag nachzuvollziehen. Das habe ich ziemlich bald gemacht, nachdem ich anfang, dass ich mich mit den Leuten verabredet habe und einfach mitgefahren bin. So wie die Pflegevisite heute hier stattfindet, war sie damals noch nicht, also mit Mitarbeiterbeurteilung und auch der Einstufung der Pflegequalität, wie wir sie heute durchführen. Das hat sich dann erst aufgebaut.“ (EI 9/5)

In fünf Fällen kam der Anstoß zur Einführung der Pflegevisite auch von außen, über einen externen Qualitätsbeauftragten, davon in einem Fall im Rahmen eines Zertifizierungsprozesses.

In einem Fall führte die Übernahme eines anderen Pflegedienstes zur Einführung der Pflegevisite, da bei den neuen MitarbeiterInnen erhebliche Pflegefehler vermutet wurden, welche die Pflegedienstleitung hoffte, über die Pflegevisite aufdecken und beseitigen zu können.

Im Einzelnen wurden als Gründe für die Einführung der Pflegevisite genannt:

- Qualitätssicherung bzw. -verbesserung im Unternehmen (15)
- Verpflichtung zur Einführung der Pflegevisite durch den Gesetzgeber (3)
- Tätigkeitsbeginn einer neuen Pflegedienstleitung (4)
- Wunsch, über ein Instrument zu verfügen, mit dem man den MitarbeiterInnen gezielte Hilfestellung geben kann (2)
- Bisheriges Instrument zur Qualitätssicherung nicht ausreichend (2)
- Einführung im Rahmen der Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements mit einem externen Berater (5)
- Problemprävention (1)

Die an der Studie teilnehmenden ambulanten Pflegedienste nutzten zur Einführung der Pflegevisite unterschiedliche *Strategien*:

So wurde die Pflegevisite in 13 Fällen durch die Pflegedienstleitung entwickelt und dann den MitarbeiterInnen in Form einer internen Fortbildung⁴ oder im Rahmen einer Dienstbesprechung vorgestellt. Wenngleich das Konzept somit vorgegeben war, konnten Anregungen der MitarbeiterInnen noch berücksichtigt werden. In einem Fall wurde speziell für die MitarbeiterInnen ein Informationsblatt entwickelt, welches nun auch immer bei Neueinstellungen als Informationsgrundlage genutzt werden kann.

In drei Pflegediensten wurde die Pflegevisite den MitarbeiterInnen nicht vermittelt, sie wurde einfach umgesetzt und die MitarbeiterInnen haben sich

⁴ Die Dauer der genannten Fortbildung konnte nicht ermittelt werden. Es ist von eher kurzen Informationseinheiten in den meisten Organisationen auszugehen.

im Laufe der Zeit an sie gewöhnt. Dies spiegelt sich gut in der folgenden Antwort einer PDL auf die Frage, wie die MitarbeiterInnen über die Pflegevisite in Kenntnis gesetzt wurden, wider:

„Ja, also nicht so direkt, dass ich's in einer Fortbildung gemacht habe. Das kann ich jetzt gar nicht mehr sagen, wie wir das haben -. Die wissen's alle. Das hat sich, wissen Sie das hat sich auch so eingespielt.“ (EI 22/190)

Eine dritte Strategie (8 Fälle) beinhaltete die Einbeziehung aller oder einiger MitarbeiterInnen je nach Größe des Pflegedienstes. Dazu wurde manchmal auch ein externer Berater ins Haus geholt.

Ein Drittel der befragten ExpertInnen konnte bei der Einführung der Pflegevisite keine nennenswerten *Probleme* feststellen, der Rest sah v.a. den benötigten Zeitaufwand für die Durchführung der Visiten als problematisch an, auch wurde der steigende dokumentarische und informationsbezogene Aufwand als nicht verhältnismäßig eingeschätzt. In der Vermittlung der Pflegevisite an die MitarbeiterInnen galt es für manche Pflegedienstleitung sich damit auseinanderzusetzen, dass einige – vor allem langjährige –MitarbeiterInnen sich plötzlich kontrolliert fühlten und es dadurch zu Spannungen im Team kam. Als problematisch wird des Weiteren auch das Protokoll⁵ der Pflegevisite angesehen. Nicht alle Pflegedienste haben eine Dokumentation der Pflegevisite vorgesehen und viele, die ein Protokoll erstellt haben, sind mit diesem noch nicht zufrieden (Habermann/Biedermann 2007:211).

Die *Sicht der MitarbeiterInnen* auf den Prozess der Implementation der Pflegevisite im Unternehmen und ihre Rolle in diesem konnte in unserer Studie nur eingeschränkt erfragt werden. So wurde der Aspekt nicht in allen Gruppendiskussionen thematisiert. Teilweise lag der Zeitpunkt der Einführung auch schon so lange zurück, dass die MitarbeiterInnen sich an diese nicht mehr richtig erinnern konnten oder aber die Belegschaft größtenteils gewechselt hatte. Bei der letzten Gruppe ist auffällig, dass in nur einem, Unternehmen in schriftlicher Form, eine ausführliche Information über die Pflegevisite für die neu hinzugekommenen MitarbeiterInnen stattgefunden hat.

⁵ „Protokoll“ der Pflegevisite, „Begleitbogen“ „Dokumentation“ der Pflegevisite werden hier und im Folgenden synonym verwendet.

Die Antwort einer Gruppendiskussionsteilnehmerin auf die Frage, ob sie sich an die Einführung der Pflegevisite im Unternehmen erinnern könnte, verdeutlicht dies:

„Also ich weiß es nicht, ob die Pflegevisite, ob es die schon vorher gegeben hat. Ich hab mal gehört, das gehört irgendwie zum Qualitätsstandard.“ (GD 9/92)

Dort, wo die MitarbeiterInnen eine Einführung erhalten haben und sich an diese auch noch erinnern konnten, fanden sie die Art der Einführung in Ordnung. Auch zeigt sich, befragt nach dem persönlichen Empfinden der Pflegevisite, dass einige MitarbeiterInnen nach einer Zeit der Gewöhnung von den Vorzügen des Instruments überzeugt werden konnten.

In Unternehmen, in denen die MitarbeiterInnen die Pflegevisite mitentwickeln konnten bzw. in den weiteren Entwicklungsprozess mit eingebunden wurden, identifizierten sich diese – wenn die Pflegevisite entsprechend der gemeinsamen Beschlüsse umgesetzt wurde – mit dem Instrument und nannten es auch „ihr Instrument“:

„Ja das ist ja auch der Unterschied, dass wir das auch mitentwickelt haben, wie das abläuft, also wir sind da ja mit einverstanden, es ist nicht etwas Unangenehmes, im Gegenteil...“ (GD 4/269)

Teilweise wurde den MitarbeiterInnen die Pflegevisite als gesetzliche Pflicht dargestellt, die es umzusetzen gilt.

Modul: Pflegevisitenmodell

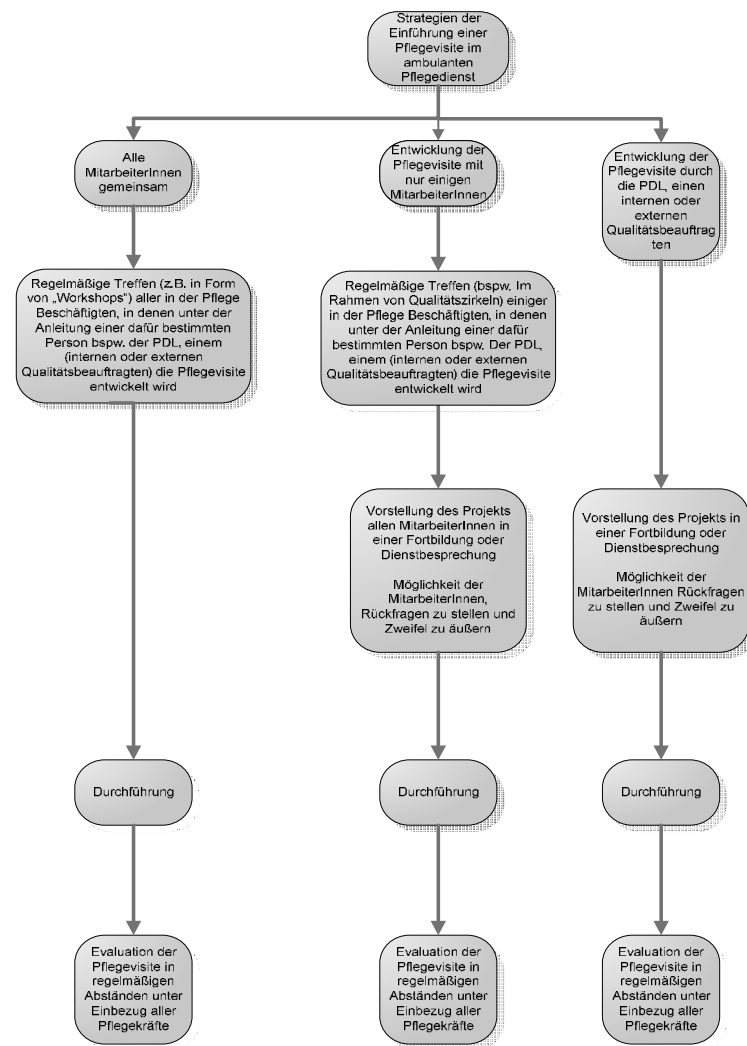
Die MitarbeiterInnen sollten rechtzeitig und ausführlich über die Innovation Pflegevisite informiert und ihnen die Möglichkeit zur Äußerung von Kritik und Anregungen gegeben werden. Keinesfalls sollte die Pflegevisite den MitarbeiterInnen einfach „übergestülpt“ werden. Ebenso sollten neue MitarbeiterInnen über das im Unternehmen eingesetzte Qualitätssicherungsinstrument informiert werden, hierzu sollte neben einem Informationsblatt auch die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch mit der Pflegedienstleitung bestehen.

Wie in weiteren Abschnitten der Ergebnisdarstellung dargestellt, wird in kaum einem Pflegedienst die Pflegevisite derzeit regelmäßig mit den MitarbeiterInnen evaluiert. Dies ist jedoch notwendig, um das Instrument dauerhaft zur Qualitätssicherung einzusetzen und seine Rezeption durch die

MitarbeiterInnen verstehen zu können sowie gegebenenfalls vorhandene Schwierigkeiten rechtzeitig aufzudecken.

Es bieten sich daher die gezeigten Möglichkeiten zur Einführung der Pflegevisite an: Der Einbezug aller MitarbeiterInnen, wie im linken Bildabschnitt verdeutlicht, dürfte als eine Variante nur für sehr kleine Pflegedienste möglich sein. Die unmittelbare Kommunikation und die Möglichkeit, qualitätsbezogene Entwicklungen gemeinsam zu gestalten, stellen allerdings einen nicht zu unterschätzenden Vorteil kleiner Einrichtungen dar. Sie sollten sich diesen zu Nutze machen.

Größere Einrichtungen werden sich mit den anderen Varianten auseinandersetzen müssen. Die Aufmerksamkeit gilt dann der Sicherstellung einer wirklich ausreichenden Kommunikation des Prozesses und seiner Ergebnisse.



Strategien der Einführung der Pflegevisite (Quelle: Habermann/Biedermann 2007: 280)

Kurzfassung:
Baustein III: Durchführung

Der Baustein „Durchführung der Pflegevisite“ setzt sich aus den drei Teilschritten der Vorbereitung, dem Besuch beim Patienten sowie der Nachbereitung zusammen. In Abhängigkeit von den angewandten Pflegevisitenmodellen gibt es eine erhebliche Variationsbreite der Durchführung in den einzelnen Unternehmen. Im Folgenden wird daher immer wieder auf die Besonderheiten einzelner Modelle eingegangen.

Vorbereitung der Pflegevisite

Empirische Befunde

In der Praxis finden sich folgende Aspekte der Vorbereitung: die inhaltliche Vorbereitung sowie die Information der PatientInnen und der MitarbeiterInnen über einen geplanten Termin der Pflegevisite.

Lediglich acht der 29 befragten ExpertInnen gaben an, sich *inhaltlich* auf die Pflegevisite vorzubereiten. In erster Linie informierten diese sich über die Pflegesituation der zu besuchenden PatientInnen in einem Vorgespräch mit der PflegerIn und/oder sahen die Unterlagen der letzten Pflegevisite durch. Eine Befragte führte im Vorfeld Telefonate mit den Angehörigen und die Pflegedienstleitung eines relativ großen ambulanten Pflegedienstes informierte sich genau über die Qualifikationen der zu visitierenden MitarbeiterInnen. In einem Unternehmen bereiten die MitarbeiterInnen inhaltlich die Pflegevisite vor, indem sie anhand einer vorgegebenen Checkliste ihre Dokumentation selber überprüfen. Die Checkliste ist dann u.a. Gegenstand der Pflegevisite, bei der die MitarbeiterInnen allerdings meistens nicht selbst anwesend sind:

„Dann haben wir eine Checkliste erarbeitet. Die wird im Vorfeld eigentlich immer (...) von den Pflegekräften ausgefüllt und die nehmen wir dann immer mit und gucken dann noch mal alles durch.“ (EI 6/91)

In zwei anderen Pflegediensten gehen die MitarbeiterInnen gemeinsam mit der Pflegedienstleitung im Rahmen einer wöchentlichen sogenannten „Pflegemappensvisite“ alle bzw. einige PatientInnen gemeinsam durch, so

dass sowohl die visitierende Person für ihre Pflegevisite ohne MitarbeiterInnen als auch alle MitarbeiterInnen für ihren Pflegeeinsatz beim Patienten vorbereitet sind.

Die *PatientInnen* werden in aller Regel kurz vor dem angedachten Pflegevisitetermin mündlich *informiert*. Diese Aufgabe übernimmt meistens eine Pflegekraft vor Ort oder aber die visitierende Kraft per Telefon. Wenn die Visiteurin selbst bei allen PatientInnen in der Pflege tätig ist und eine Pflegevisite mit ihrer Pfl egetätigkeit verbindet, entfällt eine entsprechende Vorinformation der PatientInnen. Eine schriftliche Information und Einverständniserklärung erhielten die PatientInnen nur in drei Fällen.

Ein Pflegedienst führte ausschließlich unangemeldete Visiten durch, was zur Folge hatte, dass die PatientInnen auch nicht informiert werden konnten, ein weiterer Pflegedienst verzichtete bei dementen PatientInnen auf die Anmeldung der Visite:

„Und das, was ich vorhin sagte, wo man dann wirklich auch wieder guckt und sagt: „So, macht es Sinn?“ Das muss man dann im Einzelfall erkennen, wenn ich einen dementen Patienten habe. Da kann ich morgen wieder hingehen und dann sagt der: „Ich hab Sie ja noch nie gesehen.“ Ne? (...) Und da muss ich vielleicht aus der Situation heraus sagen: „So, die Mitarbeiterin ist da dann zur Pflege und ich fahr da einfach mal eben rein und sag: Hallo, wie geht’s?“ (...) Guck in die Mappe und sag’ tschüss. Und frag’ dann gar nicht mal groß. Erfülle aber letztendlich den Auftrag im Rahmen der Qualitätssicherung, dass ich einfach auch vor Ort den Patienten, die Pflegekraft dort gesehen habe und einfach auch in die Dokumentationsmappe gesehen habe. Da brauch ich nicht groß fragen, weil ich den damit total irritiere. Auch da wird eben wieder wirklich ganz in Abhängigkeit von der Person und dem Krankheitsbild dann die Situation gestaltet.“ (EI 21/209)

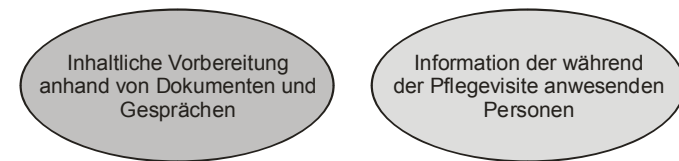
Die *Information der MitarbeiterInnen* erfolgt in aller Regel durch die visitierende Person zwischen einer Woche und einem Tag vor einer anstehenden Pflegevisite oder aber es wird in Absprache mit dem Mitarbeiter ein Termin festgelegt. Wenn die visitierende Person selber in der Pflege tätig ist und ihren Pflegeeinsatz mit einer Pflegevisite verbindet, wird keine zusätzliche Information der MitarbeiterInnen oder auch der PatientInnen als notwendig erachtet.

In den beiden Unternehmen, welche ausschließlich oder in spezifischen Fällen verdeckte Visiten durchführen, werden die MitarbeiterInnen entsprechend nicht informiert.

Modul: Pflegevisitenmodell

Eine Pflegevisite bedarf der ausführlichen Vorbereitung, damit sie produktiv verlaufen kann. Der zeitliche Aufwand der inhaltlichen Vorbereitung hängt wiederum von den organisationalen Gegebenheiten des Unternehmens ab. So sind die Kommunikationswege in kleinen Unternehmen kürzer, die visitierende Person kennt die PatientInnen unter Umständen gut aus der eigenen Pflegearbeit. Trotzdem sollten sich alle visitierenden Personen vorab mit den PatientInnen und den sie betreuenden MitarbeiterInnen inhaltlich auseinandersetzen, um das Ergebnis der Pflegevisite zu optimieren.

Die Vorbereitung hat die folgenden definierten Komponenten:



Vorbereitung der Pflegevisite (Quelle: Habermann/Biedermann 2007:184)

Inhaltliche Vorbereitung anhand von Dokumenten und Gesprächen:

- Sichtung der Dokumentation und Pflegeplanung der zu besuchenden PatientInnen (so genannte Pflegemappensite) sowie ggf. der Protokolle der letzten Pflegevisite.

Der Vorteil einer im Vorfeld des Patientenbesuchs durchgeführten Pflegemappensite liegt darin, dass diese Aufgabe nicht mehr während des Patientenbesuches erledigt werden muss und mehr Zeit für die Bewertung der Arbeit direkt am Patienten und eine Beratung der MitarbeiterInnen bleibt. Auch können Fragestellungen, welche sich aus der Pflegeplanung und -dokumentation ergeben, gezielt behandelt werden – ein Vorteil gegenüber einer vom Patientenbesuch unabhängig durchgeführten Pflegemappensite.

Eine weitere produktive Möglichkeit, eine Vorbereitung zu leisten, ist die o.a. Überprüfung der Pflegedokumentation und -planung durch die MitarbeiterInnen anhand einer Checkliste. Es kann hier von einem hohen Lerneffekt für alle Beteiligten ausgegangen werden. Kombiniert mit der angeführten Pflegemappenvisite im Büro der Visitierenden und einer Besprechung der dokumentarischen und pflegeplanerischen Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen werden entsprechende Fähigkeiten besonders geschult. Unverzichtbar, vor allem in Anbetracht des immer wieder festgestellten hohen Bedarfs an einer Korrektur der Pflegearbeit gerade in diesem Bereich.

- Sichtung von Pflegeverträgen oder anderen Dokumenten, die den Patienten betreffen.
- Vorgespräch mit der bzw. den Pflegekräften über die zu besuchenden PatientInnen, über Pflegeprobleme sowie Anregungen für Themen, die im Rahmen der Visite berücksichtigt werden können.

Information der während der Visite anwesenden Personen:

- PatientInnen: Die PatientInnen müssen auf jeden Fall über die Pflegevisite informiert und ihr Einverständnis eingeholt werden. Dieses Einverständnis kann auch zu Beginn der Pflegebeziehung einmalig schriftlich eingeholt werden. Für die aktuelle Information zur Terminsetzung bietet sich der Kommunikationsweg über die Pflegekraft im Rahmen ihres normalen Pflegeeinsatzes an oder aber auch ein persönliches Telefonat der Pflegedienstleitung.

Zu Beginn der Pflegebeziehung sollte nach Möglichkeit ein schriftliches Informationsblatt mit allgemeinen Informationen über die Pflegevisite zur Verfügung gestellt werden. Dies bietet dem Patienten die Möglichkeit, sich bereits vor dem ersten Besuch eine Meinung über das Instrument bilden und dementsprechend dann zustimmen oder ablehnen zu können.

- Angehörige: Die Angehörigen sollten – soweit vorhanden und sofern an der Sicherstellung der Versorgung des Patienten beteiligt – durch diesen selbst oder, falls der Patient dies wünscht, durch den Pflegedienst über einen anstehenden Pflegevisitetermin informiert werden.

In den Fällen, in denen die Angehörigen nicht im gleichen Haushalt leben, hat sich im Rahmen der Vorbereitung sowie der Nachbereitung der Visite ein Telefonat mit ihnen als vorteilhaft erwiesen. Weitere Informationen über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen können so eingeholt und ausgetauscht sowie Vorgehensweisen zur Absicherung der Versorgung abgestimmt werden.

- MitarbeiterInnen: Die MitarbeiterInnen werden über den Termin einer anstehenden Pflegevisite informiert bzw. in Absprache mit ihnen wird ein Termin festgelegt. Dies kann bspw. im Rahmen der Einsatzplanung erfolgen.

Auch sollten wahrgenommene Probleme, wie sie in dem folgenden Zitat deutlich werden, offen mit den MitarbeiterInnen geklärt werden:

“Ja das schaffe ich eben nicht. Ich bin schon zwischendurch mit einem Mitarbeiter zweimal mitgefahren, wobei mir andere sehr am Herzen liegen. Da hatte ich mir dann Termine ausgedacht und dann war das durch irgendwelche Umstände – entweder wurden die krank oder sonst was, denn man hat ja nicht nur die die Patienten, sondern ich hab auch so gewisse Mitarbeiter, die – ja ich sag’s ganz offen – die einfach zu lange brauchen, ne?“ (EI 19/29)

- In spezifischen Fällen werden andere an der Versorgung des Patienten beteiligte Akteure eingeladen oder über den Termin informiert.

Besuche beim Pflegebedürftigen

Empirische Befunde

Im Rahmen der Konzeptentwicklung gilt es in Verbindung mit den angestrebten Zielen einer Pflegevisite zu überlegen, auf welche Art und Weise und durch wen die Visite durchgeführt werden soll. Bezüglich der *durchführenden Person* empfiehlt der MDK in seiner Anleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung im Pflegedienst MitarbeiterInnen mit „fachlicher Kompetenz“, d.h. Pflegefachkräfte mit umfassendem aktuellem Fachwissen (MDS 2005a: 93).

In unserer Studie ist in fast allen Fällen die durchführende Person die Pflegedienstleitung selbst oder ihre Stellvertretung. Nur in drei Pflegediensten sind als Visiteure zusätzlich Pflegekräfte tätig, ausschließlich Fachkräfte in einem weiteren Unternehmen und in einem Fall führt ein externer Qualitätsbeauftragter die so genannte Pflegemappenvisite durch.

Hinsichtlich des *Pflegevisitenmodells* lassen sich im Rahmen der Studie zwei Arten der Pflegevisite ausmachen: So findet der Besuch beim Patienten in den meisten Pflegediensten (13) in Form einer *Tourenvisite* statt, bei der die visitierende Person eine gezielte *Einzelvisite* bei nur einem Patienten durch. Je nach Zielsetzung (Mitarbeiterorientierung, Patientenorientierung oder beides zusammen) begleitet sie dabei MitarbeiterInnen oder fährt alleine. Eine Extremform der Einzelvisite ist die verdeckte Visite. Diese wurde in einem Fall als Modell eingesetzt, in einem anderen Unternehmen kam sie nur in spezifischen Fällen zum Einsatz:

„Wir machen keine verdeckten Pflegevisiten, wir machen schon angekündigte Pflegevisiten. In Extremfällen, wo wir der Meinung sind, dass da irgendwas nicht laufen kann, wo eventuell von Angehörigen Beschwerden kommen, und man sich denn trotz Termine (...) mit der Pflegekraft zusammengesetzt hat oder auch vor Ort war mit der Pflegekraft, sich das angeguckt hat und weiter trotzdem Probleme auftauchen, dann machen wir verdeckte Pflegevisiten.“ (EI 7/65)

Diese Arten der Pflegevisiten werden häufig ergänzt durch so genannte *Anlassvisiten* (in 18 Unternehmen⁶), *kollegiale Visiten* (in drei Unternehmen) oder *Pflegemappenvisiten* (in elf Unternehmen). Erstere stellen eine besondere Form der Einzel- bzw. der Tourenvisite dar, bei der Pflegemappenvisite handelt es sich dagegen um eine Dokumentenkontrolle bzw. um ein Gespräch über den Patienten anhand der Dokumentation.

Bei der Anlassvisite äußern entweder PatientIn, MitarbeiterIn, die Pflegedienstleitung oder in einem Fall auch die Angehörigen aus den unterschiedlichsten Gründen den Wunsch, eine Pflegevisite durchzuführen. Sie wird wiederum – je nach Zielsetzung – mit oder ohne MitarbeiterIn durchgeführt.

Die kollegiale Visite findet sich in unserer Studie in zwei Ausprägungen. Zum einen handelt es sich um eine auch in der Literatur zu findende Form,

⁶ In zwei Fällen werden Einzelvisiten ausschließlich als Anlassvisiten durchgeführt.

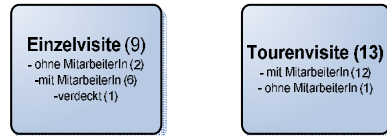
bei der die MitarbeiterInnen sich wechselseitig begleiten. Diese Art der Pflegevisite wird in einem Unternehmen als Anlassvisite praktiziert. In einem anderen existiert sie nur noch als Konzeption, wird aber nicht mehr praktiziert. Die andere Form der kollegialen Visite in unserer Studie wurde durch die MitarbeiterInnen entwickelt: Pflegekräfte tauschen ihre Touren und kontrollieren dabei die Pflegemappe der Kollegin. Auch die Umsetzung dieses Modells wurde zum Zeitpunkt der Erhebung ausgesetzt.

Als Grund für das seltene Vorkommen der kollegialen Visite bei den Pflegediensten in unserer Studie werden die hohen Kosten dieser angegeben bzw. die Notwendigkeit für die Pflegedienstleitung, die Fachaufsicht wahrzunehmen.

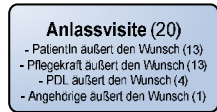
Bei der so genannten „Pflegemappenvisite“ werden alle Pflegemappen gezielt von der visitierenden Person durchgesehen. Meistens findet diese zu einem von der Visite vor Ort unabhängigen Zeitpunkt statt. Lediglich in zwei Fällen wird die Pflegemappenvisite gemeinsam von der Gruppe durchgeführt und dient u.a. der Vorbereitung der Tourenvisite der Pflegedienstleitung bzw. der Anlassvisite. In einem Fall wird die Pflegemappenvisite ausschließlich im Anschluss an den Besuch beim Patienten durchgeführt. Der Begriff wurde entsprechend seiner Verwendung durch die Befragten aufgenommen, obwohl er die definitorische Rahmensetzung überschreitet. Kernstück der Definitionen ist üblicherweise der Besuch bei einem Patienten. Die „Pflegemappenvisite“ ist dem Begriff der „Kurvvisite“ nachgebildet und beinhaltet bestenfalls eine Diskussion *über* den Patienten, in vielen Fällen wohl auch nur eine Diskussion der schriftlichen Dokumentation und verzeichneten Planungsaktivitäten *zum* Patienten.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über sämtliche in den befragten Pflegediensten angewandte Formen der Pflegevisite und ihrer Ausprägungen. Die Dokumentenkontrolle in Form der so genannten Pflegemappenvisite findet dabei immer in Verbindung mit bzw. zusätzlich zu Visiten vor Ort beim Patienten statt.

Besuch beim Patienten



Ausprägungen der Einzel- und der Tourenvisite:

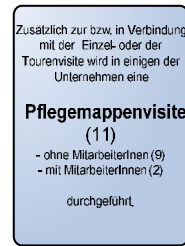


Formen der Pflegevisite in der Studie (N=58, Mehrfachnennungen möglich, Quelle: Habermann/Biedermann 2007:189)

Unsere Studie zeigt diesbezüglich ein sehr heterogenes Spektrum. Das Ergebnis der Studie Roths (2001), nach der die Häufigkeit der Pflegevisite mit der Größe des Anbieters zusammenhängt, kann in dieser Studie nicht bestätigt werden. So gibt es kleine Pflegedienste, welche die Pflegevisite nur zwei Mal jährlich durchführen und große Pflegedienste, welche diese vier Mal jährlich durchführen. Unterschiede in der Häufigkeit scheinen eher mit der Art der Pflegevisite zusammenzuhängen. So wurden Pflegemappenvisiten regelmäßig (in 10 von 11 Fällen) im Turnus von einer Woche in einem Unternehmen bis ca. alle drei Monate in den meisten anderen Unternehmen durchgeführt.

Bei anderen Formen lässt sich noch eine große Unsicherheit hinsichtlich einer angemessenen Frequenz feststellen. So gaben elf von 24 Pflegediensten an, die Visiten unregelmäßig durchzuführen. Andere Angaben bewegen sich zwischen fünf Mal jährlich (3 Anbieter mit Einzelvisiten) und ein Mal jährlich (2 Anbieter mit Tourenvisite und 1 Anbieter mit Einzelvisite). Am

Dokumentenkontrolle



häufigsten wurde mit sechs Nennungen die zweimal jährliche Durchführung angegeben.

Die *Dauer* der Pflegevisite hängt von den Inhalten ab. Sollen bspw. die Zeiten der Pflege überprüft und ein Tourenplan eingehalten werden, dauert die Pflegevisite exakt so lange wie eine normale Pflege bei dem Patienten. Geht es aber darum, ausführlich die Kundenzufriedenheit abzufragen, Beratungen durchzuführen etc. kann die Pflegevisite auch bis zu einer Stunde dauern. Bei der Tourenvisite ergibt sich in diesem Zusammenhang das Problem der Zeitverschiebung für die anderen PatientInnen der Tour. Länger dauernde Pflegevisiten werden demnach zumeist als Einzelvisiten umgesetzt.

Die *Adressaten der Pflegevisite* in der Studie sind entweder nur PatientInnen oder nur MitarbeiterInnen oder sowohl PatientInnen als auch MitarbeiterInnen. Für den Fall, dass ein Patient noch im Haus lebende Angehörige hat, stehen diese nach Auskunft einiger der Befragten gelegentlich auch im Zentrum einer Pflegevisite. Andere Berufsgruppen wurden nur sehr selten zur Pflegevisite mit hinzugezogen. Als ein Ergebnis aus den Experteninterviews kann festgehalten werden, dass die Pflegevisite nicht zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit den anderen Angehörigen des Gesundheitswesens aus Sicht der Befragten beiträgt. Lediglich vier Anbieter berichteten, dass sich der Kontakt seit Einführung der Pflegevisite intensiviert hätte. In zwei Fällen wurden bei Bedarf bspw. Ärzte oder Krankengymnasten eingeladen, weitere drei Unternehmen konsultierten gelegentlich außerhalb der Pflegevisite externe Berater (bspw. Wundberater). Durch die Pflegevisite konnten aber teilweise strukturierter als bisher Bedarfe ermittelt und dann bei den Angehörigen des Gesundheitswesens gezielt abgefragt werden.

Der *Patient* spielt bei der Durchführung der Pflegevisite in fast allen Unternehmen eine zentrale Rolle. Nur bei folgenden Modellen steht er nicht im Zentrum:

- Bei einem Pflegevisitenmodell, bei dem ausschließlich die MitarbeiterInnen und gelegentlich auch die Angehörigen im Mittelpunkt stehen.

- In zwei Fällen beim Modell der Pflegemappenvisite mit Einbezug der MitarbeiterInnen, bei dem der Patient auf keine Weise persönlich in die Pflegevisite mit einbezogen wird.
- Bei der Anlassvisite zur Überprüfung der MitarbeiterInnen.

Die Modelle der Pflegevisite, bei denen der Patient im Mittelpunkt steht, sollen diesem den passenden Rahmen bieten, um an seiner Pflegeplanung zu partizipieren, Kritik, Änderungswünsche oder aber auch Lob anbringen zu können. Hierbei wird ihm dann die Rolle des Kunden angeboten, der er unseres Erachtens aber nur bedingt gerecht werden kann (vgl. Habermann/Biedermann 2007:86ff). So sind die *Reaktionen der PatientInnen* auf die Pflegevisite in der Wahrnehmung der Pflegekräfte in erster Linie negativ. Sie beobachten bei diesen vor allem das Gefühl einer Kontrolle. Diese Wahrnehmung bezieht sich zum einen auf ihre eigene Rolle als Pflegebedürftige, zum anderen aber auch auf die jeweils zuständigen Pflegekräfte. Die visitierende Person wird als Fremde wahrgenommen, welche die vertraute Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen stört. Des Weiteren wird die Bereitschaft zur Kritik als nicht sehr ausgeprägt wahrgenommen. Häufig nutzen die PatientInnen ihre Chance, Änderungswünsche einbringen zu können trotz bestehender Unzufriedenheit dann doch nicht, wie das folgende Beispiel verdeutlicht:

T5: „Ja aber weißt du, ich find das gut, sie war ja nun dabei, wir kriegen ja oft zu hören: Jetzt kommst du erst oder jetzt bist du schon da? Och, ich warte aber schon so lange. Das geht aber nur um Minuten, und dann haben die so viel auf den Lippen um sich zu beschweren, und dann hab ich so gesagt: Jetzt können Sie mal, wenn sie wollen. Hier kommts an richtiger Stelle an: Was Ihnen nicht gefällt, können sie hier sagen. Aber komischerweise....“

T3: „Ne, keiner!“

T5: „Komisch, da haben sie alle Angst!“

T2: „Alles war in Ordnung!“

T3: „Aber da kann ich ja in dem Fall auch nichts ändern – aber die hatten die Möglichkeit.“ (GD 1/79-87)

Wenige Pflegekräfte nahmen eine positive Reaktion der Pflegebedürftigen wahr, die sich bspw. darüber freuen, dass mehrere Leute in ihr Haus kommen. Einige beobachteten bei ihren PatientInnen ein Gefühl der Wertschätzung durch den persönlichen Besuch der Pflegedienstleitung.

Bei manchen PatientInnen trat nach einer gewissen Zeit auch ein Gewöhnungseffekt ein bzw. bei Pflegediensten, welche häufiger PflegeschülerInnen im Unternehmen haben, sind die PatientInnen es bereits gewohnt, dass des Öfteren mehrere Personen zum Pflegeeinsatz erscheinen.

Im Rahmen der Pflegevisiten wird in einigen Pflegediensten geprüft, inwieweit die vorhandenen Hilfeleistungen ausreichend sind oder aber ob ggf. weitere Leistungen oder Hilfsmittel vermittelt werden sollten:

„Und dann gehen wir da hin und besprechen so die gesamte Situation mit dem Patienten. Wir fragen, ob sie mit den Pflegekräften (...) mit der Pflegesituation zufrieden sind, also das heißt: Ob die Häufigkeit der Pflegeeinsätze ausreicht, ob die Einsatzzeiten richtig sind, ob sie mit dem Personal zurecht kommen.“ (EI 6/91)

Die Pflegevisite als Chance zum gezielten Gespräch mit dem Patienten, um gemeinsam ein Verständnis für die Pflegeziele und sich daraus ableitende Maßnahmen zu erreichen, wurde dagegen nur von einem Experten genannt.

In den Pflegevisitenmodellen, bei denen eine *Mitarbeiterin* mit anwesend ist, übernimmt diese in erster Linie die Rolle der Pflegekraft, welche beim Patienten die gewohnte Pflege durchführt. In den Unternehmen, in denen die so genannte Pflegemappenvisite die Vorbereitung für die Pflegevisite vor Ort darstellt, kommt den Pflegekräften die Rolle des Sprachrohrs für die PatientInnen zu: Sie übermitteln deren Kritik, Lob und Änderungswünsche an die Pflegedienstleitung bzw. an die Mitarbeiterrunde. Es ergibt sich hier auch die Möglichkeit, unterschiedliche Einschätzungen des Patienten seitens der beteiligten Pflegekräfte zu diskutieren bzw. die bestmögliche Beantwortung vor Pflegeproblemen. Das dokumentierte Verständnis von Pflegeproblemen und die Pflegeaktivitäten können im kollegialen Gespräch notfalls auch kritisch hinterfragt werden.

Nur zwei der befragten ExpertInnen verwiesen explizit darauf, dass die Pflegevisite eine Chance für die MitarbeiterInnen darstellt, Probleme zu thematisieren bzw. zu Kritik seitens der PatientInnen Stellung zu beziehen. Sechs weitere Anbieter zeigten durch die Möglichkeit, auf Wunsch der Mit-

arbeiterInnen eine Anlassvisite umzusetzen, dass die Pflegevisite auch dafür genutzt werden kann, pflegerische Fragestellungen vor Ort zu lösen. Wie häufig von der Möglichkeit dann tatsächlich Gebrauch gemacht wird, geht aus den Antworten allerdings nicht hervor.

Hilfskräften kommt in den meisten der 20 Unternehmen, die solche beschäftigten, keine besondere Rolle bei der Pflegevisite zu. So gingen lediglich vier der befragten ExpertInnen davon aus, dass Hilfskräfte einen zusätzlichen Anleitungsbedarf haben und dass die Pflegevisite hierfür ein geeignetes Instrument sei, um diesen festzustellen. In zwei Unternehmen wurden für die Hilfskräfte spezifische Formen der Pflegevisite entwickelt. So fährt die Pflegedienstleitung in einem Fall einmal jährlich mit jeder Hilfskraft eine Tour, während sie bei den Fachkräften nur Anlassvisiten durchführt. In einem anderen Unternehmen visitiert die so genannte „Primary Nurse“ im Rahmen einer entsprechenden Pflegekonzeption die ihr zugeordneten Hilfskräfte und versucht gezielt, mit diesen vor Ort Fragestellungen zu klären sowie die Pflege zu beurteilen. Das Modell befand sich zum Zeitpunkt der Studie noch in der Entwicklungsphase.

Die *visitierten Personen* beurteilten die Pflegevisite in den einzelnen Unternehmen recht unterschiedlich. Befragt nach ihrem *subjektiven Empfinden* in der Einschätzung der Vor- und Nachteile des Instruments, waren die Antworten sowohl positiv, als auch ambivalent, negativ oder neutral. Dabei gab es sowohl homogene als auch heterogene Gruppenmeinungen. Viele MitarbeiterInnen schilderten eine Entwicklung in ihren Empfindungen. Konnten sie anfangs noch eine gewisse Unsicherheit bei sich feststellen, ob das Instrument nicht doch zur bloßen Kontrolle gedacht sei, erkannten sie im Laufe der Zeit die positiven Seiten und möchten es heute nicht mehr missen. Diejenigen, die das Instrument ambivalent einschätzten, hatten zwar den Sinn der Pflegevisite verstanden und akzeptierten diese, das Gefühl kontrolliert zu werden, blieb aber trotzdem bestehen. Einige der MitarbeiterInnen gingen auch davon aus, dass es nun einmal ein Gesetz sei, dass das Unternehmen umzusetzen habe und betrachteten es auf dieser Grundlage ohne ablehnende Emotionen. Es gab aber auch etliche MitarbeiterInnen, die das Instrument mit zahlreichen Vorbehalten bedachten. So fühlten sich einige

MitarbeiterInnen ausschließlich kontrolliert bzw. in einer Prüfungssituation oder aber sie empfanden es seitens der Pflegedienstleitung als einen Vertrauensbruch, wenn diese visitierte oder gar KollegInnen mit der Visite beauftragte. In fünf Unternehmen wurde auch die Rollenverteilung während der Pflegevisite kritisiert. Es wurde als anmaßend empfunden, dass die Pflege beim Patienten auf der Grundlage eines singulären Besuches beurteilt werden soll. Die Visitierende ist nicht täglich mit dem Patienten zusammen und kennt dessen Lebens- und Pflegeumstände daher nur unzureichend. Die folgenden Kommentare von GruppendiskussionsteilnehmerInnen verdeutlichen dies:

T1: „Und also wie gesagt, meine Patienten sehen das mehr als

T3: ↳Bedrohung

T1: ↳Bedrohung, als lästigen Anhang, weil sonst sehen sie den Menschen auch nicht. Den kennen sie noch nicht mal. Dann kommt der mal, so nach nem halben Jahr, schaut sich das alles an. Wie gesagt, hat nicht sehr viel Ahnung von alldem was da ist, was man so tagtäglich da erlebt und will sich daraus aber dann ein Urteil bilden und ja, also es ist, eigentlich überflüssig denk ich mal.“ (GD 7/14-18)

Dementsprechend konnten in einigen Fällen die MitarbeiterInnen der Pflegevisite auch nur wenig Sinn abgewinnen. Viele von ihnen ließen es aber nicht dabei bewenden, sondern machten Verbesserungsvorschläge zur Umsetzung eines modifizierten Pflegevisitenmodells.

Ca. 29% aller Hilfe- und Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik leben allein, ca. 27% mit dem Ehepartner und ca. 25% leben mit den Kindern zusammen. Ca. 11% leben als Alleinstehende in Mehrpersonenhaushalt (Habermann/Biedermann 2007:45f und 132f). Die *Rolle der Angehörigen* bei der Pflegevisite ist demnach sehr unterschiedlich. Bei denjenigen Pflegebedürftigen, die alleine leben, spielen sie nur dann eine Rolle, wenn der Pflegedienst sich darum bemüht, sie zur Pflegevisite hinzuzuziehen oder, wenn dies nicht möglich ist, im Vorfeld telefonisch mit ihnen Kontakt aufzunehmen. Leben Pflegebedürftige mit Angehörigen zusammen, kommt in der Regel einem Angehörigen die Rolle der mitpflegenden Person zu. Allerdings bezeichneten nur fünf der GesprächspartnerInnen explizit Angehörige als PartnerIn in der Pflege. Dass die Angehörigen die

Pflegevisite als Forum nutzen, um Fragen zu stellen oder gar eine Pflegevisite zu veranlassen, passiert laut Aussage der ExpertInnen eher selten. Vielmehr ist es die visitierende Person, die Fragen stellt. In diesem Zusammenhang werden die vorhandenen Angehörigen meistens ebenfalls als „Kunden“ gesehen, welche über ihre Zufriedenheit befragt und bei weiteren Pflegeleistungen bzw. weiterem Hilfsmittelbedarf für den Patienten zu Rate gezogen werden. Ansonsten werden die Angehörigen in das laufende Gespräch mit eingebunden. In einigen wenigen Fällen spricht die visitierende Person auch nur mit den Angehörigen, bspw. wenn sie selbst sonst in der Pflege tätig ist und im Pflegealltag keine Zeit bleibt, um mit ihnen ein ausführliches Gespräch zu führen.

Die GruppendiskussionsteilnehmerInnen berichteten von wenigen Erfahrungen mit Angehörigen während einer Pflegevisite. Die Rolle, welche die Angehörigen bei der Pflegevisite übernehmen, lässt sich aufgrund der Aussagen der Pflegekräfte nach folgenden Kriterien unterscheiden:

- in welcher Distanz sie zum Pflegebedürftigen leben und
- ob sie sich um den pflegebedürftigen Angehörigen kümmern.

Leben sie im gleichen Haushalt und kümmern sich intensiv um ihren Angehörigen (meistens in der Person der Ehegattin), so waren sie meistens bei der Pflegevisite zugegen. Sind die Angehörigen berufstätig oder leben weiter weg, kümmern sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten aber um ihren Angehörigen, so versuchen viele Pflegedienste mit ihnen einen telefonischen Kontakt aufrechtzuerhalten. Gelegentlich werden Pflegevisiten auch auf Wunsch der Angehörigen durchgeführt.

Nach Aussagen der Pflegekräfte ist es jedoch nicht in allen Pflegediensten das Ziel der Pflegevisite, die Angehörigen miteinzubinden:

„Ich sag mal so, es wird sich zwar mit denen unterhalten, aber nicht so großartig. Es geht eigentlich hauptsächlich um den zu Pflegenden.“ (GD 18/281)

Dort, wo Angehörige bei der Pflegevisite zugegen waren, konnten die Pflegekräfte sowohl positive als auch negative Reaktionen in Bezug auf die Anwesenheit einer dritten Person beobachten: So freuen sich viele Angehörige, wenn die Pflegedienstleitung sich um den Patienten kümmert, sie füh-

len sich ernst genommen, einige wenige stellen bei dieser Gelegenheit auch Fragen. Die von den Pflegekräften negativ wahrgenommenen Reaktionen der Angehörigen sind in erster Linie Misstrauen und Angst vor Kontrolle, sowohl der Pflegekraft als auch des Angehörigen. Nur in einem Fall erlebte eine Teilnehmerin die Verweigerung der Pflegevisite durch einen Angehörigen.

Die hauptsächliche *Rolle der visitierenden Person* während der Pflegevisite ist v.a. bei den Visiten bei denen der normale Zeitplan einer Pflege eingehalten werden soll, die der Beobachterin.

Dort, wo keine separate Pflegemappensvisite durchgeführt wird, also in 13 der befragten 24 Einrichtungen, kontrolliert die VisiteurIn im Rahmen der Pflegevisite vor Ort die Dokumentation. Knapp die Hälfte der befragten ExpertInnen füllt während der Anwesenheit beim Patienten das Pflegevisitenprotokoll aus, falls eines vorhanden ist. Das Gespräch mit den Angehörigen wird gesucht, sofern Angehörige bei dem Patienten leben bzw. bei der Pflegevisite zugegen sind. Mit den MitarbeiterInnen wird das Gespräch nur äußerst selten während der Visite geführt, was die oben beschriebenen, eingeschränkten Möglichkeiten der PflegerInnen, Pflegeprobleme während einer Visite anzusprechen, verdeutlicht.

Die Pflegevisite ist ein Instrument, das sich gut dafür eignet, der Fachaufsicht gerecht zu werden. Auch der MDS schlägt in seiner Prüfanleitungen (2000, 2005a) hierfür die Pflegevisite oder ein ähnliches Instrument vor. Er kritisiert in seinem Ersten Bericht „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ (2004), dass die verantwortlichen Pflegefachkräfte dieser Aufgabe nur unzureichend nachkämen. Gleiches gelte für die angemessene, fachgerechte Planung des Pflegeprozesses, der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation sowie der Überprüfung der Ablauforganisation (Habermann/Biedermann 2007:78f). Unsere Studie zeigt, dass sich die Pflegedienstleitungen der Aufgabe bewusst sind und diese anlässlich der Pflegevisite verfolgen. Im Mittelpunkt steht die Qualitätsprüfung, ob diese nun, wie in der Mehrheit der Fälle, den Patienten in den Mittelpunkt stellt oder vereinzelt auch die MitarbeiterInnen selbst. Es

wird dabei versucht, die Überprüfung der Qualität in einer möglichst diskreten Art und Weise vorzunehmen. Explizit nach Fehlern fahndeten lediglich fünf der visitierenden Personen:

„Ich stelle mich nicht daneben, wenn die Patienten gewaschen werden und gucke jetzt: „Wie macht sie es?“ Find ich für die Patienten und die Mitarbeiter nicht schön. Ich hab es natürlich schon ein bisschen im Blick und wenn irgendwo was ist, geh ich auch hin, oder ich setz mich so daneben am Tisch, wenn das Pflegebett in der Nähe steht.“ (EI 22/125)

In die Pflege eingreifen würden die meisten Befragten nur in äußerst extremen Situationen, bislang ist dies noch in keinem Unternehmen vorgekommen.

Nach den Maßstäben befragt, anhand derer die visitierende Person die Beurteilung der Pflegequalität vornimmt, herrschte größtenteils Sprachlosigkeit:

„Das ist `ne ganz schwere Frage. Geben Sie mir `nen Tipp.“ (EI 19/273)

oder

B: „Woran ich das festmache, ob der Patient gut gepflegt ist?

I: Ja, also...

B: Also an der Zufriedenheit. Also, von Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit. Oder ich seh' ja auch, wie sind die Leute gelagert. Wenn ich dann komme und so beim nächsten Einsatz sie dann umlagere oder so. Oder daran sehe ich ja, ist das vernünftig gemacht oder – also. Das sind so – ich weiß gar nicht, was Sie von mir wollen (lacht).“ (EI 20/243)

Erst auf verstärkte Nachfrage waren die Antworten bei einigen GesprächspartnerInnen konkreter. Teilweise konnten die Beurteilungskriterien der Befragten erst aus den Schilderungen der Durchführung der Pflegevisite abgeleitet werden.

Methodisch erfolgt die Bewertung mittels

- Sichtung und Bewertung schriftlicher Dokumente,
- Beobachtung (bei Pflegediensten, bei denen die visitierende Kraft die Pflegekraft im Rahmen einer Touren- oder Einzelvisite begleitet),

- Befragung von Patienten, Angehörigen und Pflegenden.

Als *Ressourcen*, aus denen die visitierenden Personen dabei ihre Beurteilungsmaßstäbe ziehen, werden genannt:

- verschriftlichte oder aus der Gewohnheit heraus gedachte Standards (13)
- Fortbildungen, die die MitarbeiterInnen besucht haben (8) und die eigene Fortbildung zur Pflegedienstleitung (3)
- die eigene (meist langjährige) Berufserfahrung in der Pflege (6)
- PflegeschülerInnen, welche neue Impulse pflegewissenschaftlicher Erkenntnis in die Unternehmen bringen (4); die gleiche Funktion übernimmt das Internet (2)
- das SGB XI (3)
- das eigene Pflegeleitbild (2) und
- die kollegiale Beratung (2).

Bei der Bewertung der Pflege wird, wie weiter oben bereits angedeutet, in der Regel nicht unterschieden, ob es sich um eine Pflegerfachkraft oder um eine examinierte Hilfskraft handelt.

Die Beurteilung der Pflegequalität erfolgt nach den Angaben der befragten ExpertInnen am häufigsten auf der Grundlage der schriftlich vorliegenden Dokumentationen (13). Dies sind zum einen die Pflegedokumentationsmappe (12) und die Pflegeplanung (9). Erstere wird während dem Besuch beim Patienten oder im Rahmen einer Pflegemappenvisite auf ihre Korrektheit und Vollständigkeit hin überprüft, letztere auf ihre Aktualität. Gleichzeitig kann anhand der Pflege dann beobachtet werden, ob die MitarbeiterInnen die Pflegeplanung auch verstanden haben. Zum anderen ist dies das so genannte Pflegevisitenprotokoll (9), welches konkrete Kriterien vorgibt, auf deren Grundlage die visitierende Person – je nach Zielsetzung – die Arbeit der Pflegekraft, die Situation des Patienten oder auch beides zusammen bewertet und die Ergebnisse schriftlich festhält.

Zehn der befragten Personen nannten des Weiteren ganz allgemein eine patientenzentrierte, individualisierte Pflege als konzeptionelle Grundlage

ihrer Beurteilung. Eine konkrete Bezugnahme auf ein spezifisches Pflegekonzept – in diesem Falle Betty Neuman – erfolgte nur in einer Einrichtung. Eine „Aktivierende Pflege“ als Kriterium für eine angemessene Pflege wurde in keinem Falle thematisiert.

Ob die Leistungen und der Hilfsmittelbedarf ausreichend sind, wurde eher selten als Bewertungsmaßstab für die Qualität der Pflege genannt (5), ebenso Präventionsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen und PatientInnen (4). Acht der befragten ExpertInnen gaben an, auf Hygienekriterien (Keimvermeidung) ein besonderes Augenmerk bei der Beurteilung der Pflege zu werfen. Die Nennung weiterer spezifischer grund- und behandlungspflegerischer Aspekte erfolgte mit unterschiedlicher Häufigkeit: die Überprüfung der Technik des Setzens von Spritzen (7), die Kontrolle von Verbänden bzw. deren Wechsel (5), die Überprüfung der Lagerung des Pflegebedürftigen (4), die Kontrolle des Hautzustandes (4) und die Wundversorgung und deren Dokumentation (3). Die Beurteilung der Ernährung als Ausdruck der Pflegequalität nannten nur drei der befragten ExpertInnen. Eine Beurteilung der Einschätzung des Sturzrisikos sowie der Inkontinenzversorgung (Einschätzung eines Trainingsbedarfes) wurde nur jeweils ein Mal genannt.

Auf die explizite Nachfrage, inwieweit die Qualität der *Erbringung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten* bei der Pflegevisite berücksichtigt wird, gaben sieben der befragten Personen an, dass sie diese im Rahmen der nach SGB XI erbrachten hauswirtschaftlichen Leistungen berücksichtigen und bewerten, sechs gaben an, dass sie ihr eine ausführliche Bewertung zukommen lassen und elf, dass sie auf dieses Kriterium während einer Pflegevisite überhaupt nicht achten. Selten werden auch das Wohnumfeld und das soziale Umfeld in die Bewertung der Pflegequalität miteinbezogen (6 resp. 4).

Auch wirtschaftliche Aspekte stellen einen wichtigen Faktor in der Beurteilung der Qualität dar: So überprüfen acht Befragte bei einer Pflegevisite hinsichtlich der Einsatzzeiten, ob sie dem Pflegebedarf angemessen sind oder ggf. geändert werden müssen. Die Überprüfung, ob wirtschaftliche Arbeiten insgesamt erfolgt, d.h. ob nicht Leistungen erbracht werden, die nicht vereinbart und dementsprechend auch nicht mit den Pflegekassen ab-

gerechnet werden können, nannten sieben GesprächspartnerInnen als Kriterium der Einschätzung einer qualitätsgerechten Arbeit der Pflegenden.

Modul: Pflegevisitenmodell

- Pflegevisitenmodell: Wie unter den Zielen der Pflegevisite bereits vorgeschlagen, bietet es sich an, den Fokus der Visite auf die MitarbeiterInnen zu richten. PatientInnen und Angehörige müssen dabei nicht vernachlässigt werden, trotzdem kann eine Beratung stattfinden, es können Hilfsmittelbedarfe erkannt und Ziele der Pflege besprochen und vermittelt werden.

Als Form der Visite bietet sich hierfür sowohl die Touren- als auch die Einzelvisite an, jeweils in Ergänzung mit der Anlass- und der Pflegemappenvisite. Die Durchführung der Pflegemappenvisite bietet sich im Rahmen der Vorbereitung oder auch Nachbereitung der Pflegevisite an.

- Durchführende Person: Als durchführende Person bietet sich auch in großen Unternehmen die Pflegedienstleitung an. Zum einen kann sie so direkt ihrer Fachaufsicht nachkommen, zum anderen den Kontakt zur Praxis wahren.

Grundsätzlich kann die Durchführung der Pflegevisite auf Dauer nur erfolgreich sein, wenn bezüglich der visitierenden Person eine Kontinuität sichergestellt ist.

- Häufigkeit: Die Pflegevisite sollte regelmäßig stattfinden. Wünschenswert ist aus Sicht der MitarbeiterInnen eine möglichst hohe Frequenz einer v.a. *mitarbeiterorientierten* Visite. Konkret heißt dies, es wird eine deutlich höhere Frequenz vorgeschlagen als die derzeitige Praxis von ein- bis zweijährlichen Besuchen. Wenn dies aufgrund der fehlenden Refinanzierung oder aus anderen Gründen nicht möglich ist, stellt die Ergänzung der regelmäßigen Visitenform durch eine anlassbezogene Visite eine wesentliche Unterstützung der MitarbeiterInnen dar. Es kann dann unvermittelt auf bestehende Probleme reagiert werden. Auch die Ermöglichung kollegialer Visiten oder einer Begleitung durch ausgewiesene ExpertInnen in Teilbe-

reichen kann ergänzend zu einer Erhöhung der Handlungssicherheit der MitarbeiterInnen beitragen.

- Dokumentation: Ergebnisse der Pflegevisite sollten dokumentiert werden, zur Nachweisführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen und damit mit diesen weitergearbeitet werden kann.

Nachbereitung der Pflegevisite

Empirische Befunde

Die Nachbereitung der Pflegevisite fand in der Regel in der Form einer Einzelnachbesprechung mit den MitarbeiterInnen statt. In zwei Pflegediensten erfolgte eine Nachbesprechung ausschließlich in der Mitarbeiterbesprechung, in sieben Fällen wurden zusätzlich zum Einzelgespräch Aspekte, welche für alle MitarbeiterInnen interessant waren, in der Mitarbeiterbesprechung thematisiert. Die Einzelnachbesprechung erfolgte dabei in den meisten Pflegediensten sehr unsystematisch. So führten die visitierenden Personen diese in zwölf Fällen nach Bedarf durch, d.h. nur wenn Kritikpunkte vorlagen oder aber während einer Tour, bspw. auf der Autofahrt. Systematisch erfolgte in neun Unternehmen die Nachbesprechung zu einem festgelegten Zeitpunkt bspw. im Anschluss an eine gemeinsame Tour oder im Laufe des nächsten Tages. Grundlage der systematischen Nachbesprechung war dabei das Pflegevisitenprotokoll. In einem Unternehmen wurde zusätzlich ein so genannter Mitarbeiterbeurteilungsbogen verwandt.

Dort, wo eine Nachbesprechung regelmäßig durchgeführt wurde, wurde sie sehr positiv aufgenommen:

„Ich denke interessant ist noch mal, dass wir nach der Pflegevisite, also nach der Tour die wir dann beendet haben oder einen Tag später, je nachdem, ein Gespräch im Büro haben und dann werden einzelne Punkte bei einzelnen Patienten durchgegangen, wo gesagt wird: „Mensch, hier bin ich zufrieden, haste gut gemacht oder hier können wir was ändern oder in der Dokumentation musst du hier drauf achten oder da drauf achten“ Also dass wir danach noch mal in das Gesamtergebnis miteinbezogen werden (...). Das finde ich ganz gut. Nicht dass das nur so abgehakt wird und dann nächstes Jahr wieder. Dass man auch so ein

bisschen darauf hingewiesen wird: was war super, was war nicht so gut, was kann man ändern.“ (GD 8/284)

Dort, wo keine regelmäßige Nachbesprechung durchgeführt wurde, wünschten sich die MitarbeiterInnen eine Einschätzung und konkrete Rückmeldung durch die Visitierende:

„Ich spreche das dann direkt an, nach ein, zwei Tagen, ich frage dann: „und, wie war’s, war alles okay, hast du irgendwas, usw.“ ich warte nicht so wie Du (an T3) auf ein Ergebnis, auf eine Rücksprache und das ist für mich wichtig, überhaupt eine Rücksprache zu haben.“ (GD 2/172)

Andere gingen davon aus, dass die Nachbesprechung wohl nicht nötig gewesen war und die visitierende Person im Zweifelsfall sich wohl schon gemeldet hätte:

„Eher das von beiden Seiten Gesehene, dass das vielleicht noch mal erörtert wird, wenn man hier dann ins Büro kommt, dass man sagt: „Ja sieht wirklich schlimm aus. Da müssen wir jetzt mal irgendwie einschreiten oder der Tochter Bescheid sagen.“ Oder wie auch immer. Also das schon, aber jetzt nicht (...) so ne Reflexion machen wir dann extra hier nicht noch mal. Ich denke wenn’s notwendig ist, wird das auch gemacht, aber so... Haben wir Glück gehabt (lacht)!“ (GD 14/270)

Auch über eine nur schriftliche Rückmeldung äußern sich die MitarbeiterInnen negativ:

„Nicht und wenn dann was fehlt und die sehn’ das dann bei der Pflegevisite, dann kriegt man eben einen Zettel ins Fach.“ (GD 6/219)

Als *Thema der Nachbesprechung* nannten die befragten ExpertInnen an erster Stelle die Rückmeldung über die geleistete Arbeit an die MitarbeiterInnen, was sowohl Kritik als auch Lob beinhaltet. Vereinzelt sahen die visitierenden Personen in der Nachbesprechung auch die Chance, eine Rückmeldung über die Art ihrer Visitation zu erhalten:

„(...) also von meiner Idee her, geben wir aus beiden Richtungen eine Rückmeldung, wie’s war, wie’s empfunden wurde. Ob das ok war für die Pflegekräfte und was ich anders machen könnte. Ja, und ich geb’ denen genauso Feedback, vielleicht: „Vorher mal die Hände desinfizieren, wenn man in der Wohnung ist.“ (EI 18/109)

Als weitere Themen der Nachbesprechung werden angegeben:

- Fehlende Hilfsmittel bei den PatientInnen und Klärung, wer sich um die Beschaffung dieser kümmert (7)
- Eventueller Fortbildungsbedarf bei dem/der MitarbeiterIn (4)
- Eventuell notwendige Rückmeldungen an den behandelnden Arzt (2)

Häufigster *Kritikpunkt* in den Nachbesprechungen ist die Dokumentation. So mussten die Visiteure darauf hinweisen, dass diese nicht vollständig ist oder nicht regelmäßig geführt wurde u.Ä. Eine Befragte drückte dies folgendermaßen aus:

„Und komm übermorgen wieder hin und der Zustand hat sich insgesamt verschlechtert. Und mir fehlt aber der Aufbau darin. Oder aber es steht in der Dokumentation: „Alles in Ordnung“. Oder: „Heute Füße gewaschen“ oder So dass ich zumindest ansatzweise sehen kann: Das war noch alles ok. Und ich muss dann ja auch ermitteln können: Dann hat sich das über Nacht verschlechtert. Ist nicht schon vorher losgegangen. Wenn mir dann jetzt aber eine Angehörige sagt: „Ja, das ist aber schon seit vorgestern.“ Dann ist natürlich ein Gespräch fällig und dass da wieder besseres Dokumentieren angemahnt werden muss. Das passiert immer wieder (...) Ich hab bis jetzt noch in jedem Betrieb letztendlich auch irgendwann Einzelschulungen „Dokumentation“ mit Mitarbeitern gemacht, weil das irgendwann in Routine übergeht. Und natürlich in erster Linie bei diesen Stellen, wo man nur hinget und jemand wäscht und anzieht und den Rest macht die Familie.“ (EI 16/102)

Befragt nach den häufigsten Fehlern, welche bei den Pflegevisiten bei den MitarbeiterInnen zu beobachten waren, antwortete eine stellvertretende Pflegedienstleitung:

„Pfff – häufige Fehler? Ja, das ist die Dokumentation, nicht? Wir haben einfach diese Pflegeplanungen, die müssen bei uns alle vier Wochen überprüft werden. Und da muss dann auch abgehakt werden. Das läuft nicht immer...“ (EI 17/254)

Dieser Kritikpunkt wurde insgesamt von neun ExpertInnen genannt. Weitere Kritikpunkte waren darüber hinaus:

- Mangelnde Hygiene (6)
- Fehlende rückschonende Arbeitsweise (5)
- Unwirtschaftliche Arbeitsweise (3)
- Umgangsweise mit dem Patienten (2)

- Uneinheitlichkeit der Pflege (2)
- Verbandswechsel (1)

Um die *Maßnahmen, welche in der Nachbereitung der Pflegevisite vereinbart* wurden, auch *kontrollieren* zu können, haben die visitierenden Personen verschiedene Strategien entwickelt: So gaben neun Befragte an, dass, wenn sie an der Pflgetätigkeit der Mitarbeiterin etwas zu bestanden haben oder aber Hilfsmittel für den Patienten beschafft werden müssen, ein neuer Pflegevisitertermin vereinbart wird, je nach Anlass mit oder ohne MitarbeiterIn. Vier Befragte konnten sich diese Möglichkeit nur theoretisch vorstellen, da es nach ihren Aussagen in ihrem Unternehmen bislang noch nichts zu beanstanden gab:

„Wenn es etwas zu beanstanden gäbe, dann würde ich, also ich habe es Gott sei Dank noch nicht erlebt, ich habe mir das natürlich auch überlegt, ich würde der Pflegerin einen Zeitraum nennen, in der Zeit muss sie die Mängel beheben und beseitigen und dann würde ich mit ihr wieder einen Termin ausmachen, wann ich die nächste Pflegevisite mache und mein Zeitraum, der mir vorschwebt, ist vier bis sechs Wochen, je nach Schwere der Mängel.“ (EI 1/108)

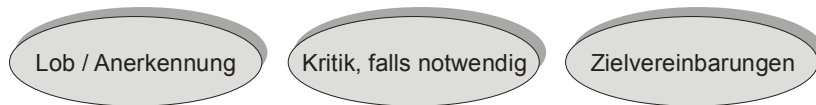
In vier Fällen nutzten die visitierenden Personen ihre eigene reguläre Pflgetätigkeit beim Patienten, um die vereinbarten Maßnahmen zu überprüfen. Eine weitere Möglichkeit der Überprüfung der besprochenen Maßnahmen ist das Pflegevisitenprotokoll. Nach Auskunft der Befragten in den Experteninterviews vermerkten drei Visitierende dort die beanstandeten Tätigkeiten bzw. die fehlenden Hilfsmittel und legten es erst dann zu den Akten, wenn alle Punkte abgearbeitet und mit dem Handzeichen der entsprechenden Person versehen wurden.

„ (...) Welche Maßnahmen werden ergriffen? Wer macht, also was macht wer bis wann. Und wer's erledigt hatte, musste es hier abzeichnen mit Datum. Und wenn das erledigt ist und mir jemand abzeichnet: "Ich hab das erledigt", kontrolliere ich es nicht mehr. Dann verlass' ich mich darauf, dass es auch erledigt ist. Und dann kommt das alles erst auf die Seite. (...) Und das hat sich bewährt, also das klappt. Die wissen auch, dass ich nachhake. (...) Und dann – am Anfang war's ein bisschen schwierig, aber mit der Zeit läuft sich das ein und ohne Kommentar, die haben hier ihre Fächer. Da kommt das rein. Dann landet's wieder auf meinem Schreibtisch. Und dann ist es irgendwann erledigt.“ (EI 22/73)

Vier Visiteure befragten direkt ihre MitarbeiterInnen, ob sie die besprochenen Maßnahmen umgesetzt hätten, in jeweils einem Fall befragte die visitierende Person die KollegInnen, die zu dem Patienten gehen oder auch direkt die PatientInnen über einen Telefonanruf. In Pflegediensten, in denen Teile der Pflegevisite in der Mitarbeiterbesprechung besprochen werden, wurde gelegentlich die Zielerreichung der vereinbarten Maßnahmen gemeinsam in der Gruppe analysiert. Zwei befragte Personen gaben an, noch keine Vorstellung bzw. Möglichkeiten zu haben, wie sie die vereinbarten Maßnahmen überprüfen könnten.

Modul: Pflegevisitenmodell

An die Pflegevisite sollte sich möglichst unmittelbar eine Nachbesprechung anschließen, am besten in den Räumlichkeiten des Unternehmens. Folgende Elemente sollte sie beinhalten:



Elemente der Nachbesprechung der Pflegevisite (Habermann/Biedermann 2007: 211)

Zielvereinbarungen sollten sowohl Absprachen hinsichtlich des Handlungsbedarfs beim Patienten bzw. bei seinen Angehörigen als auch für die Pflegekraft beinhalten. Bei grundsätzlichen, nicht-mitarbeiterbezogenen Problemen lohnt es sich, diese in einer gemeinsamen Mitarbeiterbesprechung zu thematisieren, so können alle MitarbeiterInnen davon profitieren.

Bei Pflegemängeln seitens der Pflegekräfte bietet es sich an, zur Überprüfung eine erneute Anlassvisite durchzuführen. Die Versorgung mit fehlenden Hilfsmitteln o.Ä. kann im Pflegevisitenprotokoll protokolliert und die Beseitigung der Unterversorgung somit nachvollzogen werden. Die Nachbesprechung und etwaige Vereinbarungen werden protokolliert.

Dokumentation der Pflegevisite

Empirische Befunde

Die Praxiseinrichtungen verwenden unterschiedliche Bezeichnungen, um die formale Grundlage zur Strukturierung ihrer Pflegevisiten zu kennzeichnen: „Begleitbogen“, „Checkliste“ oder auch, mit Blick auf das Ergebnis, „Pflegevisitenprotokolle“. Im Folgenden nutzen wir den zuletzt und zuerst genannten Begriff. „Protokoll“ verweist auf die Notwendigkeit einer Aufzeichnung zum Nachweis der Qualitätssicherungsarbeit der Organisation, der Begriff „Begleitbogen“ ist stärker auf den Bedarf einer inhaltlichen Strukturierung der konkreten Visitenarbeit ausgerichtet. Zwei Perspektiven, die gleichermaßen zutreffen.

Der Pflegevisite liegt bei 21 der befragten Anbieter ein Pflegevisitenprotokoll zugrunde, ein Anbieter entwickelte zum Zeitpunkt der Erhebung gerade eines, zwei Anbieter verfügten über kein Protokoll. Das Protokoll wird bei den meisten Anbietern nicht als das Ergebnis eines abgeschlossenen Prozesses verstanden, sondern vielmehr als ein weiterzuentwickelndes Instrument.

Neben dem Protokoll, der Pflegeplanung (inklusive verfügbarer Standards), der Pflegedokumentation und ggf. dem Pflegevertrag lagen der Pflegevisite in der Regel keine weiteren Dokumente zugrunde. In zwei Fällen gab es einen Verfahrensstandard „Pflegevisite“ und in einem Unternehmen wurde die von den MitarbeiterInnen vorher schriftlich durchgeführte Eigenbewertung der Pflegedokumentationsführung mit in die Visite einbezogen.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf der Auswertung der (ausgefüllten) Pflegevisitenprotokolle, welche beim Expertengespräch mitgenommen wurden. Diese wurden in zwei Durchgängen analysiert. Der erste Durchgang, die Sichtung der Blankoexemplare, gab näheren Aufschluss darüber, welche Kategorien die Anbieter bei der Durchführung

der Pflegevisite berücksichtigen. Hierzu wurden die Inhalte aller Bögen aufgelistet und in Themengruppen geordnet. Doppelungen wurden dabei nicht verzeichnet. Im Anschluss wurde die Häufigkeit der Nennungen ausgezählt. In einem zweiten Durchgang wurden dann die ausgefüllten Pflegevisitenprotokolle analysiert. Es zeigte sich, wie die entwickelten Protokolle letztendlich im Unternehmen gehandhabt werden.

Blankopflegevisitenprotokolle

Formal sind die untersuchten Blankopflegevisitenprotokolle recht unterschiedlich aufgebaut.

So umfassen elf Pflegevisitenprotokolle vier bis sechs Seiten, sechs bis zu drei Seiten, zwei weisen sieben bis neun Seiten auf und jeweils ein Anbieter benutzt ein Protokoll von zehn bis zwölf Seiten bzw. von über zwölf Seiten. Die vorzunehmenden Bewertungen sind entweder in der Form von Antwortkategorien vorgegeben (ja/nein), als Freitext einzutragen oder aber in einer Kombination der beiden genannten Formen vorzunehmen. Die Möglichkeit einer abgestuften Bewertung fand sich in sechs Protokollen.

Der Grund für die Pflegevisite wird in den meisten Pflegevisitenprotokollen festgehalten. Es wird unterschieden in: „Routine-“, bzw. auch „Erstvisite“, „Wiederholungsbesuch zur Überprüfung der vereinbarten Maßnahmen“ oder auch „Folgevisite“, „Visite aus Anlass eines aktuellen Problems“, „kollegiale Beratung“, „Beschwerde des Patienten oder eines Angehörigen“. Die eigentlichen Ziele der Pflegevisite sind dabei nur in einem Fall explizit aus einer einleitenden Erläuterung erkennbar.

Ob die PatientInnen über den anstehenden Besuch informiert wurden, halten nur drei der Anbieter schriftlich im Protokoll fest. Dies ist der einzige Aspekt der Vorbereitung der Pflegevisite, der protokolliert wird.

Hinsichtlich der Durchführung lässt sich formal feststellen, dass bezüglich der Abfragekategorien eine Unterscheidung nach Leistungsgruppen relativ selten stattfindet. So haben sieben Anbieter einen Fragenkomplex

speziell zum SGB V und fünf Anbieter einen zum SGB XI entwickelt, alle anderen weisen bei den Items keine strikte Trennung zwischen den Leistungsarten auf.

Lediglich zwei Drittel aller Pflegedienste, die ein Protokoll verwenden, halten die Nachbesprechung schriftlich fest. Wird sie protokolliert, geht es in erster Linie um inhaltliche und terminliche Zielvereinbarungen bzw. die Erstellung einer Maßnahmenplanung und um die Einschätzung des Ablaufs und der Ergebnisse, sowohl durch die visitierende Person als auch durch die visitierte Person.

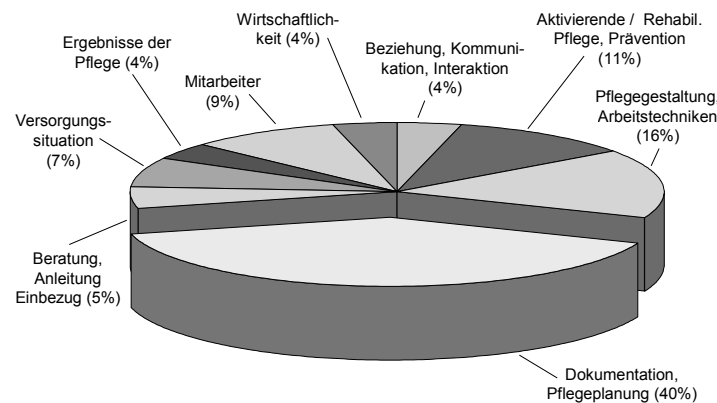
Alle Protokolle werden entweder von der visitierenden Person, der visitierten Person oder dem Geschäftsführer unterschrieben. Teilweise werden sie auch von mehreren der genannten Personen gegengezeichnet. Der Patient oder die Angehörigen nehmen das Protokoll in keinem Fall zur Kenntnis.

Die in den Protokollen festgehaltene *Beurteilung der Pflegequalität* findet durch Augenscheinnahme, aufgrund von pflegefachlichen Gesprächen und Vor-Ort-Sichtung der Dokumentation während der Pflegevisite statt. Die erfassten Items in den einzelnen Pflegevisitenprotokollen weisen eine große Variationsbreite auf. Insgesamt konnten 128 Items ermittelt werden. Diese wurden anschließend sechs Qualitätsdimensionen für die ambulante Pflege zugeordnet. Ergänzend wurden die Kategorien „MitarbeiterInnen“ und „Wirtschaftlichkeit“ aufgenommen, um entsprechende Items aus den Begleitbögen zuordnen zu können (Habermann/Biedermann 2007:121f).

Eindeutigkeit in der Subsumption unter eine der acht Kategorien ergab sich dabei zum einen aus der Bezeichnung des Items in den Protokollen. So konnte „Zufriedenheit des Patienten“ der Ergebniskategorie zugeordnet werden. Bei anderen Items, deren Bedeutung im Rahmen des Protokolls nicht eindeutig war, wurde der Kontext rekonstruiert, indem sie in dem Protokoll aktiviert wurden. So konnte bspw. die Anmerkung einer „Dekubitusprophylaxe“ auf die Beobachtung der konkreten Arbeit selbst bezogen sein wie auch auf die Kontrolle der schriftlich korrekten Pflegeplanung, oft verbunden mit dem Hinweis auf die Anwendung einer Skala (Bradon,

Nordon) oder eines umfassenden Standards. Die Items wurden entsprechend kontextabhängig zugeordnet. Ungenauigkeiten, die möglicherweise durch einige streitbare Fälle in diesem Subsumptionsverfahren erzeugt wurden, sind im Hinblick auf die im Folgenden dargestellten Befunde vernachlässigbar. Die Nennungen zu den acht Dimensionen zeigt die folgende Abbildung.

Es zeigt sich, dass der Schwerpunkt der Items in den analysierten Pflegevisitenprotokollen im Bereich der Überprüfung der Dokumentation und der Pflegeplanung liegt. Vergleichsweise wenige Items finden sich zur Beratung und Anleitung von PatientInnen und Angehörigen oder auch zu Präventionsmaßnahmen für den Pflegebedürftigen sowie zu einer aktivierenden Pflege.



Pflegevisitenprotokolle nach thematischen Ausprägungen (N=128, Quelle: Habermann/Biedermann 2007:215)

Ausgefüllte Pflegevisitenprotokolle

Neben den Blankoexemplaren des Pflegevisitenprotokolls baten wir die ExpertInnen darum, uns zehn ausgefüllte, anonymisierte Protokolle zu überlassen. Die Auswahl der Protokolle sollte dabei möglichst nach einer

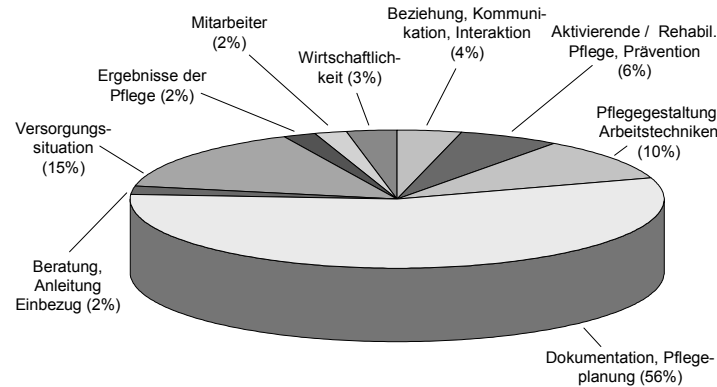
Zufallsauswahl über den Zeitraum seit der Einführung der Pflegevisite im Unternehmen vorgenommen werden. Insgesamt 18 Anbieter überließen uns ausgefüllte Exemplare, wobei die Zahl zwischen einem und 16 Exemplaren schwankt was bei der Interpretation der genannten Fehlerhäufigkeiten bzw. Defizite weiter unten zu beachten ist. Die Werte wurden den o.a. acht Qualitätsdimensionen zugeordnet und in der Summe für alle Pflegedienste abgebildet. Dass wenige Pflegedienste differenziert Defizite erhoben, andere dagegen in ihren Protokollen ein oberflächliches Ankreuzverhalten zeigten bzw. wenig aussagefähige, sehr kurze Checklisten genutzt hatten, musste hier unberücksichtigt bleiben. Insgesamt liegen der Auswertung 159 Pflegevisitenprotokolle zugrunde.

Die Handhabung der Pflegevisitenprotokolle ist bei den einzelnen Anbietern sehr unterschiedlich. Während einige Visitierende intensiven Gebrauch von dem Dokument machten, um Defizite in der Versorgung und Fehler bzw. Verbesserungspotenziale in der Pflege ausfindig zu machen, kreuzten andere fast durchgehend an, eine gute Pflege und einen ausreichend versorgten Patienten vorzufinden. Recht häufig wurden die Bögen auch nur unzureichend ausgefüllt. So wurden einige existierende Items nicht beantwortet, ohne dass aus dem Protokoll hervorgeht, ob vergessen wurde, das Item abzufragen oder es in dem konkreten Fall nicht auf den Patienten zutraf.

Innerhalb der Unternehmen lässt sich – sofern mehrere MitarbeiterInnen die Pflegevisite durchführten und somit Protokolle von unterschiedlichen Visitierenden vorlagen – ein deutlicher Unterschied in der Art der Eintragung zwischen den visitierenden Personen ausmachen. Während einige so gut wie nichts zu beanstanden hatten, war die Kollegin bspw. durchaus kritischer.

In Bezug auf Defizite bzw. verbesserungswürdige Aspekte in der Pflege lässt sich aus den ausgefüllten Bögen entnehmen, dass die meisten der insgesamt 395 festgestellten Defizite im Bereich der Dokumentation der geplanten und durchgeführten Pflege ausfindig zu machen sind. So gut wie keine Defizite werden dagegen im Bereich der Patientenzufriedenheit (Er-

gebnisse der Pflege) festgestellt. Die folgende Abbildung veranschaulicht dies:



Ausgefüllte Protokolle – festgestellte Defizite (N=395, Quelle: Habermann/Biedermann 2007: 217)

Modul: Pflegevisitenmodell

Für den Aufbau eines Pflegevisitenprotokolls ist eine Entscheidung zur formalen Gestaltung und zur inhaltlichen Ausgestaltung zu treffen. Für beide Punkte werden im Folgenden Hinweise und Anregungen unterbreitet. Grundlage sind rechtliche und theoretische Überlegungen (Habermann/Biedermann 2007:64) und Ergebnisse der Studie. Weiter wird das Pflegevisitenprotokoll in seiner Funktion als Dokumentation der Begleitung einer Pflegefachkraft in der Praxis entwickelt. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine Einzel-, Anlass- oder Tourenvisite handelt. Für die sehr nützliche Pflegemappenvisite mit dem Ziel der Aufarbeitung und Kontrolle der Dokumentation werden keine eigenständigen Hinweise entwickelt, da es hier zahlreiche gut dokumentierte Praxisanregungen gibt.

Formale und erste inhaltliche Ausgestaltung

Hinsichtlich formaler Kriterien zur Konstruktion eines praxistauglichen Pflegevisitenprotokolls hat die Frage nach dem wünschenswerten Umfang in Form der Seitenzahl eine vehemente Resonanz bei den ExpertInnen in der Praxis hervorgerufen. Mehr noch als die Inhalte erregte dieser Aspekt das Interesse. Deshalb stellen wir entsprechende Überlegungen voraus und würdigen damit die entschiedene Überzeugung unserer GesprächsteilnehmerInnen in der Evaluation der Studienbefunde und der Konzeption von Best-Practice-Vorschlägen:⁷ Qualitätssicherungsinstrumente müssen handhabbar bleiben, sollen sie eine Chance auf eine nachhaltige Implementierung haben. Pflegevisitenbegleitbögen, die mehr als sechs Seiten beinhalten, so die Befragten, seien nicht nur nicht nützlich, sondern möglicherweise sogar schädlich. Sie provozierten Klagen über Bürokratie und dem damit verbundenen „Papierkrieg“ und förderten einen nachlässigen Umgang im Ankreuzverhalten. Zudem richte sich die Aufmerksamkeit dann auf die Dokumentation, anstatt auf das aktuelle Geschehen bei dem Patienten und die Kommunikation mit diesem und dem/der MitarbeiterIn. Knapp gehaltene Bögen wurden auch bei den in der Studie ausgewerteten Dokumenten der Praxis realisiert. Die große Mehrheit verwandte Bögen unter sechs Seiten Länge, wie oben ausgeführt wurde. Nur zwei der Einrichtungen, die schon über ein ausgearbeitetes Pflegevisitenprotokoll verfügten (N=21), hatten über zehn Seiten genutzt.⁸ In Annäherung an die Praxis wird deshalb empfohlen, die Begleitbögen kurz und prägnant zu entwickeln und dabei auf eine möglichst geringe Seitenzahl zu achten. Allerdings muss der Bogen auch aussagekräftig bleiben und rechtliche, pflegebezogene sowie einrichtungsspezifische Aspekte abbilden. Wir gehen davon aus, dass ein prakti-

⁷ Die Aussagen von „ExpertInnen“ in diesem Abschnitt beziehen sich auf die abschließende Diskussion der Ergebnisse (vgl. Schaubild zum Forschungsablauf: Habermann/Biedermann 2007:38) bzw. auf Abfragen von Einschätzungen anlässlich der Transfer-Tagung (14.6.2006, s. auch www.ZePB.de) auf der die Ergebnisse der Studie den StudienteilnehmerInnen und einer interessierten Praxisöffentlichkeit präsentiert wurden.

⁸Auf der Transfertagung (14.06.2006) wurde über diesen Umfang Unverständnis geäußert. So konnte an den verfügbaren Wandtafeln bspw. gelesen werden: „Begleitbogen zur Pflegevisite max. 4 Seiten!“ oder „2-4; max 6“; „einfach = besser!“.

kabler und inhaltlich sinnvoller Umfang zwischen vier bis acht Seiten beinhalten kann bzw. auch muss.

Hinsichtlich der Form der Abfrage sind abgestufte oder gar skalierte Bewertungen⁹ wenig sinnvoll. Sie erheben die Frage nach den zu formulierenden Kriterien für die jeweilige Einschätzung und behindern damit eher eine prägnante Dokumentation und eine spätere, zusammenfassende Auswertung aller Dokumentationen. Hilfreicher ist es dagegen, die zu entscheidenden Kategorien der Zustimmung oder Ablehnung¹⁰ mit der Möglichkeit der Erläuterung in Form eines Freitextes zu versehen. Hier können dann, falls erforderlich, differenziertere Wahrnehmungen beschrieben werden. Einfacher in der Handhabung mag es auch sein, Aussagen zu formulieren und diese als zutreffend oder nicht zutreffend bewerten zu lassen. Es ist aber auch möglich, Fragen zu entwickeln, die dann entsprechend bejaht oder verneint werden. Als hilfreich für die inhaltliche Ergänzung des Begleitbogens wurden Anmerkungen zum Grund für die und ggf. zur Form der Pflegevisite, zu den Inhalten der Nachbesprechung sowie auch zu einer Vereinbarung über die erforderlichen Aktivitäten zur Behebung festgestellter Defizite empfunden.

Eine dringende Praxisempfehlung für eine Verbesserung der Begleitbögen ergibt sich aus der Beobachtung, dass die Frage nach den Kriterien für ein qualitätsgerechtes Arbeiten oft unbeantwortet blieb. Es fehlt den Einrichtungen an verbindlichen Standards, die der Beantwortung zugrunde gelegt werden können. Hier müssen die meisten Einrichtungen noch eine erhebliche Arbeit leisten. Auch wenn Standards vorhanden sind, sind diese oftmals nicht ausreichend bearbeitet, z.B. in Form einer kontinuierlichen Aktualisierung oder sie sind nur ungenügend bekannt unter den MitarbeiterInnen. Es bietet sich daher an, nicht nur mit Blick auf die Durchführung von Pflegevisiten, sondern auch um die Einführung von Standards und den

⁹ Beispiel für wenig überzeugende abgestufte Bewertungen in einem analysierten Protokoll: Umgang mit der Wundversorgung: gut / angemessen / unangemessen.

¹⁰ Beispiel: Benötigt der Pflegebedürftige/die Pflegebedürftige (weitere) Hilfsmittel? Ja / Nein.

angemessenen Umgang mit diesen zu stärken und somit zwei notwendige Qualitätsentwicklungen zu verbinden, eine Liste verbindlicher Standards aufzustellen, die in der Einrichtung verabschiedet wurden und die *Pflegearbeit vor Ort* leiten sollen. Standards geben den Maßstab für die Qualitätsentwicklung vor. Sie können die Aufmerksamkeit leiten, das Gespräch mit MitarbeiterInnen strukturieren und notwendige Änderungen vorbereiten helfen. Der Einbezug einer solchen Auflistung könnte auch Anregungen bezüglich erkennbarer Leerstellen in der Standardentwicklung fördern.

Vorschläge für die formale Gestaltung des Begleitbogens

- Umfang: 4-8 Seiten
- Daten des Pflegebedürftigen, Versicherungsleistung und Pflegestufe
- Informationsweg, Datum der Information des Pflegebedürftigen und relevanter Anderer
- Grund der Pflegevisite (z.B. Anlass- oder Routinevisite)
- Anwesende Personen
- Vorbesprechung/Vorbereitung/Anmerkungen
- Nachbesprechung/Ergebnisse der Nachbesprechung (evtl.: Dauer der Nachbesprechung)
- Datum und Unterschrift der beteiligten Pflegekräfte (Visitierte/Visitierende)
- Auflistung der zu bearbeitenden Defizite/Problemstellungen und deren Zeitfenster
- Anhang: Auflistung gültiger Pflege- und Verfahrenstandards der Einrichtung für die direkte Pflege die Arbeit in der Häuslichkeit

Ergänzung zum Begleitbogen: Verfahrensstandard (z.B. in Form eines Flow Chart)

Komponenten der Gestaltung des Begleitbogens (Quelle: Habermann/Biedermann 2007:222)

Als ebenso unterstützend für ein qualitätsgerechtes Prozessmanagement einer Einrichtung erachten wir einen Verfahrensstandard, z.B. in Form eines Flussdiagramms. Nur zwei der befragten Einrichtungen verfügten über eine entsprechende Abbildung¹¹ in der Ablauf, Verantwortlichkeiten und notwendige Dokumente zum gesamten Vorgang „Pflegevisite“ vermerkt wurden. Dass fast keine Einrichtung über den beschriebenen Verfahrensstandard verfügt, ist auch deshalb misslich, da eine solche übersichtliche Verfahrensbeschreibung – ergänzt um Zielsetzungen und Ergebnisgestaltung – zur Information der MitarbeiterInnen genutzt werden kann.¹² Wie die Studie gezeigt hat, besteht diesbezüglich oft ein hohes Informationsbedürfnis. Auch wurde der Vorteil einer verbindlichen Ablaufgestaltung gesehen, z.B. falls mehrere Personen Pflegevisiten durchführen. Neben dem Begleitbogen sollte daher auch ein Verfahrensstandard entwickelt werden

Inhaltliche Ausgestaltung des Begleitbogens

Es werden sechs Qualitätsdimensionen benannt. Sie resultieren aus der Erörterung pflegetheoretischer Aussagen, gesetzlicher Grundlagen für die ambulante Pflege, pflegeberuflicher Aufgabenfelder sowie aus Erkenntnissen der Studie. Die sechs Qualitätsdimensionen können strukturbildend genutzt werden, um Pflegequalität im häuslichen Umfeld zu beobachten, zu beurteilen und den MitarbeiterInnen in einem Gespräch zugänglich zu machen. Im Rahmen einer mitarbeiterorientierten Zielsetzung kann die zusätzliche Abbildung der „Mitarbeiterbewertung“ wie sie einige Protokolle ausgewiesen haben, kurz gefasst bleiben. Es wurde von den abschließend befragten ExpertInnen auch vorgeschlagen, diesbezügliche Items nur in den Abschnitt Nachbereitung zu integrieren.

¹¹ In einem Fall integriert in das Qualitätshandbuch zur Darlegung des Qualitätsmanagementsystems.

¹² Z.B. in den Unterlagen zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Bezüglich des Items „Wirtschaftlichkeit“ der Leistungserbringung erscheint es dagegen als sinnvoll, es als eine Kategorie, die bei Bedarf aktiviert wird, aufzunehmen. Die Integration dieses Items fördert bei allen Beteiligten die Wahrnehmung der Bedeutung einer wirtschaftlichen Arbeitsweise.

Erneut muss hier darauf hingewiesen werden, dass diese sechs Pflegequalitätsdimensionen Aspekte beinhalten, die im konkreten Arbeitsbezug zahlreiche Überschneidungen aufweisen. Es handelt sich somit um analytische Unterscheidungen, die den Beurteilungs- und Kommunikationsprozess strukturieren sollen (Habermann/Biedermann 2007:121).

Qualitätsdimension: Beziehung— Kommunikation – Interaktion

Aussagen, die hier bewertet und mit dem Mitarbeiter bearbeitet werden können, sind Kommunikationsformen mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen, der Umgang mit nonverbalen Zeichensetzungen in der häuslichen Umgebung oder Problemstellungen in der Kommunikation, Interaktion und Beziehungssetzung, die aktuell oder potenziell belastend für den Mitarbeiter oder den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen sein könnten. Belastungsstudien in ambulanten Pflegeeinrichtungen, aber auch Ergebnisse dieser Studie wie die von Zufriedenheitsabfragen bei Pflegebedürftigen und Angehörigen machen darauf aufmerksam: Beziehungsaspekte haben eine oft ausschlaggebende Bedeutung für die Wahrnehmung der Arbeit aller Beteiligten als positiv und qualitätsgerecht. Gerade im Bereich Beziehungssetzung benötigen MitarbeiterInnen zuweilen erhebliche Unterstützung, um Nähe und Distanz auszuloten und einen professionellen Umgang auch mit problematischen Beziehungskonstellationen zu gewährleisten.

Dimensionen der Pflegequalität

1. Beziehung – Kommunikation – Interaktion
2. Pflege-/Arbeitsablaufgestaltung und -techniken
3. Rehabilitative/Aktivierende Pflege – Prävention – Gesundheitsförderung
4. Beratung und Anleitung, Einbezug von PatientInnen, Angehörigen und relevanten Anderen
5. Versorgungssituation des Patienten
6. Ergebnisse der Pflege

Organisationsbezogene Komponenten

1. MitarbeiterInnen
2. Wirtschaftlichkeit

Komponenten der Gestaltung des Begleitbogens
Sechs Dimensionen der Pflegequalität und organisationsbezogene Qualitätsdimensionen
(Quelle: Habermann/Biedermann 2007: 224)

Für Kommunikation und Beziehungssetzung wird unter Umständen mehr Zeit benötigt als die Planungsvorgaben zulassen. Entsprechende Belastungen können auf der Grundlage einer mitarbeiterorientierten Pflegevisite Gegenstand eines Gespräches werden.

Beeinflusst wird das Kommunikations- und Beziehungsverhalten auch durch organisationale Merkmale. Organisationen können fördernde Rahmenbedingungen zur Beziehungsgestaltung setzen, z.B. mit Verfahrensstandards, etwa zum Umgang mit dem Zutritt in die Wohnung, zum Umgang mit unzufriedenen und klagsamen PatientInnen oder mit unbezahlten Service-Leistungen. Auch hierzu könnten beispielhaft Fragen oder Aussagen angeführt werden um die Kenntnisse und Umgangsformen der Mitarbeiter zu dokumentieren.

Formen und Inhalte einer professionellen Kommunikation und Interaktion sind in der häuslichen Pflege ganz wesentlich durch das individuelle

und situative Ausloten von wechselseitigen Erwartungen und Antwortmöglichkeiten in den oft langen Pflegebeziehungen bestimmt. Auch dieses Item lässt sich in ein Pflegevisitenprotokoll fragetechnisch aufnehmen und damit für ein Gespräch aufbereiten.

Auf Grundlage der o.g. Aspekte ist eine Aufnahme von Fragen zu dieser in vielen der analysierten Einrichtungsbögen nicht vorhandenen oder unterrepräsentierten Dimension und ihre Thematisierung mit den MitarbeiterInnen in der Pflegevisite zu empfehlen.

Qualitätsdimension Pflege- und Arbeitsablaufgestaltung sowie Arbeitstechniken

Mit dieser Qualitätsdimension wurde eine technisch-instrumentelle Orientierung der Pflege angesprochen. Einmal geht es hier um direkte Pflegehandlungen am Patienten, ihrer (ablauf-)technischen Korrektheit und individuellen Angemessenheit. Die Basis für die Beurteilung bilden vorhandene Standards, ggf. auch die begründete Abweichung von diesen. Stehen solche nicht zur Verfügung, muss eine Kritik an der Pflegearbeit des Mitarbeiters im Einzelnen dargestellt werden, entsprechende Quellen von Aussagen zu qualitätsgerechtem Arbeiten sollten dann benannt werden.

Der aktuelle Stand zur Evidenzbasierung der Pflege macht es den Einrichtungen nicht leicht, hier qualitäts- und ressourcenbewusst zu agieren. Zwar haben die Bemühungen des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Expertenstandards zur Verfügung zu stellen, zur Veröffentlichung entsprechender Ergebnisse geführt und als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ (z.B. Böhme 2000 in Habermann/Biedermann 2007:227) wurde diesen auch eine hohe Praxisrelevanz eingeräumt. Dennoch gibt es, sechs Jahre nach Beginn der Unternehmung, auch kritische Stimmen (Meyer/Köpke 2006, Bieback 2004). Nicht nur die fragwürdige Evidenz für einige der in den Standards

festgehaltenen Empfehlungen,¹³ sondern auch die Verfahrensweise der Produktion und des Vertriebs der Standards wurden hier kritisiert. Kritische Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit (Schreier/Bartholomeyczik 2005) hat auch die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen entwickelte „Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ erfahren (Brüggemann et al 2003). Die Beispiele machen deutlich, dass wissenschaftlich begründete Aussagen in besonders sensitiven Bereichen der Pflege, wie sie beispielsweise die Dekubitus- oder Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung darstellen, umstritten bleiben.

Neben der Exploration, ob technisch-instrumentelles Arbeiten (direkte Pflege/Transfer/Wundpflege/Medikamentenapplikationen/Hygiene) den aktuellen Anforderungen entspricht, kann es für viele MitarbeiterInnen hilfreich sein, wenn die Ablaufgestaltung der Arbeit bewertet wird.

Wir schlagen weiter vor, die umfangreichen Items zur Prüfung der Pflegeplanung und Pflegedokumentation aus dem Pflegevisitenprotokoll auszugliedern bzw. gegebenenfalls lediglich einen Hinweis auf die vorab erfolgte¹⁴ Pflegemappenvisite und ihre Ergebnisse einzufügen. Beispielsweise könnten anlässlich der Pflegemappenvisite angemerkte Fragen, die Verbesserung von Defiziten der Dokumentation und Planung in den Begleitbogen aufgenommen und mit der Pflegevisite vor Ort geprüft werden. Items zur Prüfung der Dokumentation und Planung sind in zahlreichen Praxishandreichungen in Form von Checklisten ausführlich dargestellt worden (vgl. z.B. Hellmann/Kundmüller 2003, Ehmann 2005). Auch der MDK hat zur Umsetzung der Pflegeprozessorientierung auf Grundlage beobachteter Defi-

¹³ So wird die umstrittene Anwendung der Bradon-Skala folgendermaßen legitimiert: „Trotz der dürftigen Evidenzlage wird ein formales Risikoassessment im Rahmen eines übergeordneten Präventionsprogramms empfohlen. Das Instrument ist als Hilfsmittel zu verstehen, das in Zeiten hoher Arbeitsbelastung die Aufmerksamkeit Pflegenden auf die bekannten Risikofaktoren konzentriert (...), klinisches Urteil jedoch nicht ersetzen darf.“ (DNQP 2004:83, mit Verweis auf die Autoren Halfens, Rycroft-Malone u. McInnes)

¹⁴ In den Fällen, in denen eine Pflegemappenvisite in der Nachbereitung umgesetzt wird, müsste ein entsprechender Vermerk zu diesen Ergebnissen abschließend aufgenommen werden.

zite Empfehlungen erarbeitet (2005b). Auf eine Kommentierung unsererseits kann an dieser Stelle daher verzichtet werden.

Rehabilitierende/Aktivierende Pflege – Prävention und Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege

Eine rehabilitierende, aktivierende Pflege bezieht ihr Potenzial aus einer Integration von entsprechenden Pflege Techniken, aus Beratung und Anleitung und aus Schulung relevanter Kenntnisse sowie aus einer entsprechenden Einstellung. Dass eine entsprechende Orientierung noch fehlt, wurde vielfach nachgewiesen (Habermann/Biedermann 2007:85f). Sie ist einerseits einer noch defizitären Schulung der Pflegekräfte geschuldet. Andererseits sind aber auch zeitlich unzureichende Voraussetzungen und qualifikatorische Rahmenbedingungen Ursachen dafür, dass eine konsequente Umsetzung entsprechender Pflegeansätze in der ambulanten Pflege erkennbar wird. Vielfach benötigen aktivierende Pflegeansätze mehr Zeit. Dies gilt auch für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Die Pflegevisite bietet hier eine hervorragende Möglichkeit, Routinehandlungen auf die Integration der genannten Items zu überprüfen und MitarbeiterInnen wie auch Pflegebedürftige und ggf. Angehörige zu beraten. Entsprechende Items im Pflegevisitenprotokoll werden ergänzt durch Items zu ggf. notwendigen und zu realisierenden Prophylaxen.

Qualitätsdimension: Beratung und Anleitung/Einbezug von Patienten, Angehörigen und relevanten Anderen

Der größere und selbstverständliche Einbezug von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird kontinuierlich als Desideratum für die ambulante Pflege angemahnt. Empfehlungen wie die von Müller/Thielhorn (2000), Leistungsangebote stärker an der Beziehungsarbeit mit Pflegebedürftigen und Angehörigen zu orientieren als an rein handlungspraktischen Aspekten, reflektieren diese Zielsetzung. Die bislang unzureichende Beratungstätigkeit in der häuslichen Pflege ist auch auf fehlende Schulungen in diesem Bereich zurückzuführen. Eine Bestärkung der MitarbeiterInnen zur Beratungstätigkeit, zu einer angemessenen Anleitung des Pflegebedürftigen oder der Angehörigen und zum Verhandeln der Pflegeziele und ihrer Umsetzung ist

somit als ein Kriterium für gute Pflege in die Pflegevisite zu integrieren. Speziell ausgewiesene Termine (z.B. im Rahmen der Hilfsmittelberatung) werden somit ergänzt und die Bedeutung dieser Aspekte der Arbeit im Pflegealltag wird hervorgehoben.

Versorgungssituation des Patienten

Die meisten der analysierten Pflegevisitendokumente hatten zumindest ein Item aufzuweisen, das die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen abfragte. Wünschenswert wäre hier eine weitere Differenzierung, z.B. indem neben hauswirtschaftlichen Leistungen die psychosoziale Situation sowie die technische Hilfsmittelausstattung des Pflegebedürftigen erfragt werden. Gerade auch in der Akzentuierung dieses Aspektes entfaltet eine mitarbeiterorientierte Pflegevisite wichtige Potenziale. Sie fördert die Sensibilität für Versorgungslücken und bietet eine Hilfestellung für die MitarbeiterInnen, über diese mit den PatientInnen zu sprechen. Pflegenden sind diejenigen im Versorgungsprozess, die eine Unterversorgung, etwa infolge eines veränderten Gesundheitszustandes kontinuierlich beobachten und entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Dazu sind sie vom Gesetzgeber auch verpflichtet (Habermann/Biedermann 2007:64f). Wie die Daten der vorliegenden Untersuchung zeigen, wird hier von einigen Einrichtungen eine sehr gute Arbeit geleistet. Entsprechende Anregungen wurden deshalb an dieser Stelle mit aufgenommen. In die Beurteilung der Versorgungssituation kann auch eine Beurteilung der Angemessenheit des gültigen Pflegevertrags integriert werden, eine Praxis die auch von einigen Pflegediensten in der Pflegevisite umgesetzt wird.

Ergebnisse der Pflege

Die Bewertung der Qualität schließt eine Bewertung der erzielten Ergebnisse der Pflege ein. Die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und der Angehörigen bzw. relevanten Anderen wird hier vielfach als ein Indikator genutzt. Aufgrund der zahlreichen Hinweise darauf, dass Zufriedenheitsabfragen in der häuslichen Pflege generell gute und damit wenig aussagefähige Werte erzielen, wird auf die Produktivität einer diskursiven Erfassung im

Rahmen der Pflegevisite hingewiesen. Zufriedenheit oder auch Probleme können somit thematisiert werden, ohne diese direkt abzufragen.

Als weitere Indikatoren für eine angemessene Pflegeberatung können verfügbare Informationen der Pflegebedürftigen und ihr Verständnis bezüglich unterstützender Serviceleistungen und Hilfsmittel genutzt werden. Auch Anleitung und Aktivierung lassen sich zumindest im Ansatz ergebnisorientiert prüfen, zum Beispiel hinsichtlich des Verständnisses der Pflegebedürftigen von ihren Potenzialen und den Trainingsmöglichkeiten im Sinne einer aktivierenden Pflege.¹⁵

Ergebnisse der Pflegearbeit können darüber hinaus durch die Überprüfung der Pflegeprozessorientierung, das heißt mittels der Prüfung von Planung und Dokumentation stattfinden. Ursachen eines unzureichenden Pflegezustandes bzw. erkennbarer Pflegeprobleme können dann diskutiert werden sowie ihre Lösungsansätze. Allerdings gilt hier, was einleitend deutlich gemacht wurde (Habermann/Biedermann 2007:86ff): Eine Messung von konkreten Ergebnisqualitäten – und nicht nur der schriftlichen Abbildung – ist generell in der Pflege, aber insbesondere unter den spezifischen Bedingungen der ambulanten Pflege, derzeit schwer umsetzbar. Es fehlt an Instrumentarien, Ergebnisse eindeutig einer Intervention zuzuordnen. Prioritär bleibt damit die Beurteilung und Förderung von Struktur- und Prozessqualitäten. Das heißt nicht, dass der allgemeine Pflegezustand des Betreuten nicht verzeichnet werden könnte. Das heißt aber, dass ein unzureichender Pflegezustand lediglich Anlass zur Diskussion gibt und eine Klärung der Situation fordert. In vielen Fällen wird dies aber letztlich auch bedeuten, eine durch Pflegebedürftige und Angehörige eingeschränkte Anforderung von professionellen Pflegeleistungen zu akzeptieren. Das Ergebnis der Pflege bleibt suboptimal, wenn aus fachlicher Sicht empfehlenswerte oder auch notwendige Leistungen nicht abgefragt werden.

¹⁵ Die Relativierung bezieht sich auf die Unmöglichkeit der eindeutigen Zuordnung zur Arbeit eines Mitarbeiters. Für eine fehlende Informiertheit des Patienten oder seiner Angehörigen kann es zahlreiche Gründe geben. Es kann sich somit immer nur um Anhaltspunkte handeln.

MitarbeiterInnen und Wirtschaftlichkeit

Beiden Kategorien soll hier nur eine geringe Bedeutung beigemessen werden:

Eine Mitarbeiterorientierung beispielsweise manifestiert sich in zahlreichen Einzelaspekten einer Begleitung sowie ihrer Vor- und Nachbereitung. Wenn der Punkt in knapper Form dennoch hier zur Aufnahme in den Begleitbogen vorgeschlagen wird, dann mit dem Blick auf spezifische Items, die für die Einrichtung bedeutsam sein könnten: Die Selbsteinschätzungen hinsichtlich der Qualität der Pflege etwa, spezifische Belastungen des Begleiteten, Fortbildungswünsche und -notwendigkeiten und auch Kooperationsformen mit relevanten Anderen wurden als sinnvolle Ergänzungen von einigen der abschließend befragten ExpertInnen erachtet.

Gleichermaßen kann der Aspekt der „Wirtschaftlichkeit“ Vertragsprüfungen, die Sinnhaftigkeit von Tourenplanungen, Umgang mit Materialien und der verfügbaren Zeit beinhalten. Die Integration entsprechender Items unterstützt die Wahrnehmung dieser Qualitätsdimension bei den MitarbeiterInnen.

Kurzfassung:

Baustein IV Evaluation

Empirische Befunde

Eine Evaluation der Pflegevisite im Sinne des PDCA-Zyklus wird in keinem Fall durchgeführt. Lediglich eine Pflegedienstleitung plante, die über die Jahre hinweg gesammelten Pflegevisitenprotokolle gezielt auszuwerten, um so typische Fehler und Probleme zu ermitteln. Zwei weitere ExpertInnen sprachen von einer gezielten Rückmeldung bzw. permanenten Überarbeitung des bestehenden Modells gemeinsam mit den MitarbeiterInnen im Rahmen von gemeinsamen Dienstbesprechungen. Undeutlich blieb aber der Zeitraum, in welchem diese Vorhaben umgesetzt wurden. Auch Aussagen wie die Beobachtung einer erhöhten Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit

infolge der Pflegevisite sind nicht auf gezielte Abfragen zurückzuführen, sondern beruhen offensichtlich auf einer subjektiven Einschätzung der Verantwortlichen. Möglicherweise reflektieren sie auch Effekte, die aufgrund eines Literaturstudiums erwartet werden.

Indirekt lässt sich aus den Berichten der GesprächspartnerInnen auf zahlreiche nichtsystematische Bewertungsaktivitäten schließen. Diese integrieren nicht immer MitarbeiterInnen und sind von eher zufälligen Anlässen und Zeitstrukturen bestimmt. So berichteten v.a. diejenigen, die die Pflegevisite schon länger durchführen, dass das Modell und ggf. die Dokumentation mehrfach überarbeitet wurden:

„Wir machen das jetzt anders. Wir haben jetzt extra Checklisten zur Visite, die wir abarbeiten vor Ort, weil ich festgestellt habe, es geht doch das eine oder andere mal unter, man vergisst es. Und das hat sich dann im Laufe der Jahre so entwickelt. Die Checklisten wurden überarbeitet, geändert und - ich denke, das wird noch einige Male überarbeitet. Das ist ja ein laufender Prozess. Jetzt arbeiten wir die ab, aber so, dass wir einfach genügend Freiraum haben, um eben zusätzliche Dinge, die hier nicht aufgeführt sind, zu besprechen und aufzunehmen.“ (EI 22/17)

In Ermangelung vorab definierter Kriterien für die Evaluation der Pflegevisite wurden zusätzlich zu der im obigen Zitat verdeutlichten Praktikabilität der Checklisten und Protokolle – und der damit erlebten Freiräume oder auch der Engführung in der Handhabung des Instrumentes – die erkennbaren Reaktionen der beteiligten Personen auf die Einführung und Umsetzung der Pflegevisite und subjektive Kosten-Nutzen-Abwägungen als Indikatoren für den Erfolg des gewählten Pflegevisitenmodells in der Einrichtung herangezogen.

Im Rahmen des Experteninterviews wurden die GesprächspartnerInnen daher nach ihrer Wahrnehmung der Reaktionen der an der Pflegevisite beteiligten Personen befragt.

Hinsichtlich der *Patienten* war diese in den meisten Fällen positiv, häufig trat auch eine Gewöhnung erst nach ein paar Pflegevisiten ein und eine vielleicht anfängliche Skepsis verschwand. In ein paar Fällen wurde an-

gegeben, dass die Visite aus Respekt vor der Pflegedienstleitung akzeptiert, aber nicht begrüßt wurde. Von negativen Reaktionen berichteten die ExpertInnen v.a. dann, wenn die visitierende Person selber nicht in der Pflege tätig ist. Diese wird dann als Fremde wahrgenommen, welche die vertraute Beziehung von Pflegekraft und Pflegebedürftigem stört. Auch dachten einige PatientInnen, dass man die Pflegekraft kontrollieren oder sie ihnen gar wegnehmen möchte und versuchen, sie dementsprechend zu schützen. Eine Interviewpartnerin schildert die Situation folgendermaßen:

„Die schmeißen sich wirklich schützend vor ihre Pflegekräfte, das glaubt man gar nicht. Tja, da hab ich dann manchmal auch eine ganz komische Rolle. Da müssen die Patienten, fühlen sich dann so richtig: Ja, alles toll und sie (gemeint ist die zuständige Pflegekraft, d.Verf.) ist die Beste und so. Das ist dann durch- aus mal so.“ (EI 9/141)

Auch die Reaktionen der *MitarbeiterInnen* waren aus Sicht der ExpertInnen in der Regel positiv bzw. sachlich. In einigen Fällen konnte auch eine Entwicklung von einer anfangs noch recht skeptischen hin zu einer positiven Haltung beobachtet werden, wenn die qualitätsfördernden Aspekte des Instruments erkannt wurden. Dass die Pflegevisite als Kontrollinstrument empfunden wurde, nahmen nur zwei der visitierenden Personen wahr.

Nur wenige GesprächspartnerInnen berichteten dagegen von *Reaktionen der Angehörigen* auf die Pflegevisite. Diejenigen, die Reaktionen schilderten, zählten sehr unterschiedliche Reaktionsweisen auf: Die Pflegevisite wurde positiv angenommen, als selbstverständlich vorausgesetzt oder der Besuch der visitierenden Person wurde abgelehnt.

Die Meinung bzw. eigene Haltung der visitierenden Person bezüglich des Instruments lässt sich aus den Antworten auf die Frage nach dem Verhältnis der Kosten der Pflegevisite und den dem Unternehmen daraus entstehenden Nutzen entnehmen. So sehen 20 Befragte die Pflegevisite als ein zwar sehr teures, aber dafür auch nützliches und der Qualitätssicherung dienliches Instrument an: Durch die Pflegevisite sei nach Ansicht dieser ExpertInnen eine deutliche Steigerung der Qualität der Pflegeleistung zu beobachten. In einem Fall meinte ein Geschäftsinhaber sogar, dass er die

Expansion seines Unternehmens diesem Instrument verdanke. Die Abwägung von Kosten-Nutzen fällt bei den befragten ExpertInnen somit überwiegend positiv für die Pflegevisite aus. Unter dem Vorzeichen einer nicht gesicherten Refinanzierung dieser Form der Qualitätssicherung wird allerdings ein spezifisches Engagement vielfach als nötig erachtet, wie exemplarisch folgende Einschätzung verdeutlicht:

„Kosten-Nutzen ja, aber nicht Kosten und Bezahlung. Der Nutzen ist die Qualitätsverbesserung und die bessere Versorgung und dass sich letztendlich auch alle wohler bei ihrer Arbeit fühlen. Also die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern ist gestiegen. Das ist der Nutzen und das ist auf alle Fälle nützlich und auch die Sache wert, deswegen führen wir's durch. Nur die Kosten dafür sind nicht irgendwo berücksichtigt. Also die tauchen nirgends auf, dass man die Kosten irgendwo geltend machen könnte. Die sind auch nicht in den Sätzen für die einzelnen Leistungskomplexe mit drinnen. Weil das eh schon knapp ist. Es ist auch sehr viel privates Engagement.“ (EI 12/174)

Eine Person fühlte sich nicht in der Lage eine Einschätzung des Kosten-Nutzen-Effektes für das Unternehmen vorzunehmen. Drei Befragte sahen die Pflegevisite als ein Instrument, bei dem die Kosten in keinem Verhältnis zum erbrachten Nutzen stehen. Eine visitierende Person bezeichnete die Pflegevisite als einen zusätzlichen Service, der ihrer Meinung nach allerdings nicht zufriedener oder neue PatientInnen bringe und in ihrer Funktion als Pflegedienstleitung auch nur durch unbezahlte Überstunden zu gewährleisten sei. Die anderen beiden Pflegedienste sahen in der Pflegevisite ein von oben verordnetes Instrument, das der Gesetzgeber oder Geschäftsführer sich ausgedacht habe, ohne zu berücksichtigen, dass es im Unternehmen bereits andere Qualitätssicherungsinstrumente wie die differenzierte Übergabe, Fallbesprechungen oder Dienstbesprechungen gebe. Ebenso wurde in einem Falle der eingeschränkte Nutzen einer punktuellen Prüfung angemerkt. Qualitätssicherung bedarf aus dieser Sicht zusätzlicher Instrumente die eine alltägliche und kontinuierliche Qualitätsbetrachtung fördern:

„Man kann nicht die Super-Erkenntnisse nur aus einer Pflegevisite ziehen. Also wenn Sie nur Ihre Erkenntnisse um Ihren ganzen Pflegeprozess auf die Pflegevisite fokussieren, ja dann man „Gute Nacht“. Dann können Sie Ihren Laden dicht machen. Es ist einfach so. Weil, das fokussiert sich nicht auf diesen berühmten Tag X, wo Mitarbeiter zitternd und was weiß ich: „Oh, oh, oh, oh, und

was haben wir alles-.“ Also wenn ich dass dann erst dann feststelle und dann erst die Aktivität einsetzt - meine Güte, dann ist alles zu spät. - Das hat auch was mit dem Verantwortungsbewusstsein des Mitarbeiters vor Ort mit dem Patienten und den Angehörigen zu tun, dass eben vieles wahrgenommen, beobachtet wird. Krankenpflege geht ja reinweg über Beobachten, Wahrnehmen und Sprechen. So - wenn ich mich dann nicht mitteile oder ich hab eine eingeschränkte Wahrnehmung und Beobachtung, dann ist es natürlich auch schlecht hier bei der Übergabe...“ (EI Z1/148)

Bei einem der beiden Pflegedienste, die der Pflegevisite eher ablehnend gegenüberstehen, handelt es sich um ein sehr kleines Unternehmen, welches bedingt durch seine Größe kurze Informationswege hat und die Pflegedienstleitung außerdem aktiv in die Pflege mit eingebunden ist. Vor diesem strukturellen Hintergrund relativiert sich das Potenzial der Pflegevisite. In diesem Fall werden durch die Mitarbeit der Pflegedienstleitung eine pflegefachliche Kontrolle und Hinweise entwickelt und umgesetzt.

Von den befragten ExpertInnen wurden zusammenfassend folgende produktiven Ergebnisse der Pflegevisite genannt:

- Angehörige: Die Kommunikation mit den Angehörigen hat sich durch die Pflegevisite verbessert, der Kontakt zu ihnen seitens der visitierenden Person wird intensiviert und sie können ggf. aktiv als PartnerIn in die Pflege eingebunden werden. Die Angehörigen fühlen sich nach der Einschätzung einiger ExpertInnen durch die Pflegevisite ernster genommen. Bei Beschwerden oder Mängeln kann z.B. auch in Form einer Anlassvisite auf diese reagiert werden.
- PatientInnen: Nach Einschätzung der GesprächspartnerInnen hat die Pflegevisite bei den PatientInnen v.a. die Zufriedenheit mit dem Pflegedienst gesteigert. Auch sie fühlen sich ernster genommen und die Kommunikation konnte in einigen Fällen verbessert werden. Es gibt aber auch kritische Einschätzungen: So stellen die PatientInnen teilweise von sich aus wenige Fragen und nutzen das Instrument nicht so intensiv, wie es in der Konzeption seitens des Pflegedienstes angedacht wurde. Auch verstehen einige PatientInnen (und Angehörige)

die Pflegevisite als unangemessene Kontrolle der Pflegefachkräfte oder der eigenen Pflegesituation.

- MitarbeiterInnen: Knapp die Hälfte der befragten Personen äußerte sich zu den Auswirkungen der Pflegevisite auf die MitarbeiterInnen. Zum Teil beobachteten sie eine höhere Arbeitszufriedenheit bei ihren Angestellten. Einzelne berichteten, dass MitarbeiterInnen sich in ihrer Arbeit bestätigt fühlten, Probleme angesprochen würden und ein Bewusstseinsbildungsprozess, bspw. im Hinblick auf die Notwendigkeit einer exakt geführten Dokumentation, begonnen habe. Auch seien Pflegetätigkeiten durch Anregungen etc. genauer geworden.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang geäußert wurde, ist die Nützlichkeit des Instruments zur Überprüfung der Arbeit der MitarbeiterInnen. In spezifischen Fällen kann die Visite eine notwendige kritische Stellungnahme gegenüber MitarbeiterInnen unterstützen, wie von vier GesprächsteilnehmerInnen deutlich gemacht wurde. Im positiven Sinn kann die Gesundheit schädigendes Fehlverhalten wie z.B. den Rücken belastendes Arbeiten aufgedeckt und entsprechende präventive Maßnahmen eingeleitet werden. Gerade Letzteres, die Möglichkeit, im Rahmen der Pflegevisite Hinweise auf ein rückschonendes Arbeiten geben zu können, erwähnten acht der befragten Personen.

In einem mitarbeiterorientierten Pflegevisitenmodell nannte die interviewte Person als Hauptergebnis der Pflegevisite die Wertschätzung der MitarbeiterInnen.

Des Weiteren wurden Probleme, die den Visitierenden nur aus Erzählungen bekannt waren, eher nachvollziehbar. Gerade das zumindest punktuelle Kennenlernen einer schwierigen Pflegesituation wird für die Einschätzung der Arbeit von MitarbeiterInnen als besonders produktiv erachtet.

- Verhältnis PatientIn/MitarbeiterIn: Als ein Ergebnis der Pflegevisite nannten drei GesprächspartnerInnen, dass sie jetzt besser in der Lage seien, die MitarbeiterInnen den PatientInnen entsprechend deren jeweiligen Sympathien zuzuordnen.

- Kommunikation im Team: Die Kommunikation im Team hat sich durch die Pflegevisite nach Angabe der befragten ExpertInnen nicht intensiviert. Nur in wenigen Fällen wird vermehrt über pflegerische Fragestellungen diskutiert und es werden auch Fragen an die visitierende Person gestellt.
- Dokumentation: Als ein weiteres Ergebnis der Pflegevisite sah ein Viertel der befragten Personen die Verbesserung der Dokumentationsführung und des Verständnisses der Pflegeplanung sowie die Anpassung des Pflegevertrags an.
- Wirtschaftlichkeit: Ebenfalls ein Viertel der GesprächspartnerInnen nannte eine wirtschaftlichere Arbeitsweise als ein Ergebnis der Pflegevisite. So könnten Tätigkeiten, welche erbracht, aber nicht abgerechnet werden, aufgedeckt und entweder eingestellt oder in den Vertrag mit aufgenommen werden. Auch könnten die Touren optimaler geplant werden, da die visitierende Person sich ein Bild davon machen kann, wie lange man tatsächlich für eine Pflegeleistung vor Ort benötigt.
- Als weitere Ergebnisse wurden vereinzelt genannt: Die Pflegevisite ermöglicht es den visitierenden Personen, wenn sie nicht in der Pflege tätig sind, die PatientInnen (erneut) kennen zu lernen. Auch kann diese so den Überblick darüber behalten, was vor Ort geschieht und Probleme können vermieden werden. Außerdem steige für die im Rahmen der Pflegevisite verschriftlichten Änderungsbedarfe die Verbindlichkeit der besprochenen Maßnahmen.

Die Befragten sahen ihr eigenes, aktuelles Modell durchaus auch kritisch. So würden bspw. vier GesprächspartnerInnen die Pflegevisite gerne häufiger durchführen, aus Kostengründen bzw. aufgrund einer eingengten Personalsituation sei dies aber nicht möglich.

Befragt nach Verbesserungsvorschlägen für die Pflegevisite im eigenen Hause nannten die *GruppendiskussionsteilnehmerInnen* v.a. Verbesserungs- bzw. Ergänzungswünsche hinsichtlich des verwendeten Pflegevisitenmodells und der Häufigkeit der Pflegevisite. So wurde hinsichtlich des ge-

wählten Pflegevisitenmodells in zwei Unternehmen der Wunsch geäußert, neben der regulären Visite eine kollegiale Visite einzuführen, in der die MitarbeiterInnen sich untereinander Hilfestellungen geben und somit auch voneinander lernen können:

T4: „Regelmäßig ja und wesentlich öfter auch. Nicht nur jetzt von der PDL, sondern unter den Kollegen auch. Und untereinander halt auch mal mitfahren.“

T6: „Dass man mitgeht und sich wirklich was abgucken kann.“

T5: „Dass das wirtschaftlich nicht möglich ist, das ständig zu machen, ist ja klar. Aber wirklich in einem regelmäßigen Abstand zu zweit zu fahren, ganz klasse.“

T4: Ja, also das find' ich auch gut.

T6: Einfach, dass man sich was abgucken kann.“ (GD 13/45-53)

Die MitarbeiterInnen eines anderen Betriebes würden es bevorzugen, wenn die visitierende Person als Pflegekraft im Rahmen einer regulären Pflege ohne Anwesenheit der Bezugspflegekraft die Pflegevisite durchführen würde.

„Na ja, dann könnten die ja auch selber die Einsätze fahren, und dann brauchen da nicht zwei vor dem Bett stehen, was ja auch immer so ne Sache für sich ist. Vielleicht würden wir uns besser fühlen, weiß ich nicht.“ (GD 7/335)

In einem Fall, in dem die Pflegevisite schon sehr lange durchgeführt wird, wurde mit der Zeit die Beteiligung der MitarbeiterInnen an der Pflegevisite abgeschafft, da man nicht das Gefühl der ständigen Kontrolle erzeugen wollte. Die MitarbeiterInnen wünschen sich allerdings zwischenzeitlich wieder eine Beteiligung:

T6: „Na ja, aber wenn die Pflegebegleitung ansteht, finde ich, sollte man uns fragen: „Wollen Sie da mit bei sein. Bei Ihrer Patientin?“ Sag ich jetzt mal, oder: „Meinen Sie das tut nicht Not?“

(Zustimmung)

T6: Dann kann man ja sagen: „Ok, ich möchte da bitte mit dabei sein“ Dass man gleich noch mal guckt auf gewisse Dinge. Nicht nur wenn das Problemfälle sind. Auch andere Sachen. Dass man vielleicht auch zusammen mit dem Klienten, wenn man meint man sieht gewisse Dinge, dass man sich dann mal zusammen

hinsetzt, das vor Augen hält, noch mal durchspricht, ne, das ist immer, also das finde ich besser. Und wo man sagt, da kannst Du hingehen, da ist soweit alles in Ordnung, dann ist das auch gut.

T2: Muss man von Fall zu Fall abwägen.

T2: Aber, dass wir auch gefragt werden. „Wenn ich ne Pflegebegleitung mach, wie sieht's aus, willst Du mit, willst Du nicht mit?“ (GD 6/649-657)

Die MitarbeiterInnen eines Pflegedienstes, der die Pflegevisite ein Mal jährlich in Form einer Tourenvisite durchführt, hätten gerne mehr anlassbezogene Visiten, um Hilfestellungen bei konkreten Schwierigkeiten zu erhalten.

Statt einer verdeckten Einzelvisite bzw. einer angekündigten Visite bei einzelnen Patienten in zwei anderen Betrieben hätten die MitarbeiterInnen gerne eine Tourenvisite, um den ganzen Pflegealltag in eine Bewertung mit einbeziehen zu können.

„Die Pflegevisite kann, wenn man da einen gewissen Zeitraum mitlaufen würde, sicherlich positive Auswirkungen haben, aber nicht wenn man sagt: „Ich steh vor der Tür, wann bist Du da?“ und dann für diese zehn Minuten, Viertelstunde dabei zu sein, das transportiert einfach nicht das, was wir bei den Patienten oder insgesamt über den Tag - es geht ja nicht prinzipiell um den einzelnen Patientenerleben. Wir haben oft die Zeit im Nacken, da ist irgendwo ne Baustelle, dann braucht man irgendwo fünf Minuten länger, dann brauch ich mal zehn Minuten länger, und man muss irgendwo diese Zeiten wieder rausholen.“ (GD 10/240)

Der Wunsch nach einer häufigeren Durchführung der Pflegevisite wurde in den Gruppendiskussionen von acht Unternehmen deutlich. Hierbei handelt es sich um ambulante Pflegedienste, welche die Pflegevisite nur ein bis zwei Mal im Jahr oder unregelmäßig durchführen.

Ein weiterer Kritikpunkt der von MitarbeiterInnen in fünf Unternehmen thematisiert wurde, ist die fehlende Authentizität der Pflege bei einer Pflegevisite. Sowohl PatientIn als auch Pflegekraft verhalten sich angesichts der Anwesenheit einer dritten Person anders als gewöhnlich, so dass vorab geschilderte Probleme unter Umständen nicht deutlich werden können.

In einem ambulanten Pflegedienst wurde die zu kurze Zeit der gemeinsamen Evaluation der Pflegevisite kritisiert, man würde gerne in ein ausführlicheres Gespräch über die Weiterentwicklung des Instruments treten, in

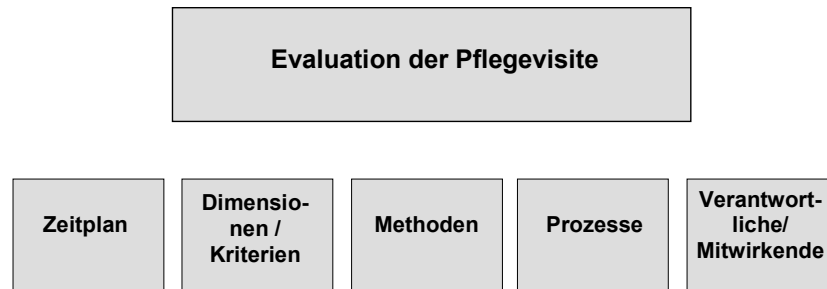
zwei Pflegediensten wurde eine Verbesserung der Information der Patienten über den Sinn und Zweck der Pflegevisite angeregt und in einem Pflegedienst würde man gerne das Spektrum der während einer Pflegevisite abgefragten Themen erweitern.

Modul: Pflegevisitenmodell

Damit die Pflegevisite ein auch auf Dauer erfolgreiches Instrument zur Qualitätssicherung für das Unternehmen sein kann, ist es erforderlich, den gesamten PDCA-Zyklus umzusetzen, also einen Prozess der konsequenten Verbesserung der eigenen Arbeit einzuleiten. An die Phase des Planens und Durchführens schließt sich damit in regelmäßigen Abständen eine systematische Evaluation des Instrumentes an, deren Konsequenz eine Verbesserung des Instrumentes sein sollte. In die Phase der Überprüfung sollten möglichst alle MitarbeiterInnen einbezogen werden. „Partizipative Ansätze“ sind hier das Stichwort für eine produktive Organisationsentwicklung. Vorschläge für eine konkrete Verbesserung können dann je nach Voraussetzung im Unternehmen von einem Qualitätszirkel o.Ä. erarbeitet und entsprechend den Empfehlungen im Abschnitt „Einführung“ den anderen MitarbeiterInnen weitergeleitet werden. Die Änderungen sollten Gegenstand des Handelns werden, das dann wiederum überprüft wird.

Ein Evaluationsverfahren wird möglichst schon bei der Konzeptentwicklung, spätestens aber mit der Implementierung bedacht. Es beantwortet Fragen nach dem Zeitpunkt, den Dimensionen und Kriterien für eine Evaluation, den Methoden, den involvierten Prozessen und den Verantwortlichen und Mitwirkenden. Dabei kann es nicht darum gehen, zusätzliche, kostentreibende oder für die einzelnen Dienste kaum umsetzbare, wissenschaftliche Kriterien einer Evaluation in den Vordergrund zu stellen. Vielmehr muss es in ambulanten Pflegediensten darum gehen, ein Empowerment im Sinne der Steigerung individueller und organisationsbezogener Handlungsmöglichkeiten voranzubringen und damit einrichtungsbezogene Qualitätsprozesse zu unterstützen. Vorgeschlagen werden daher partizipative Ansätze der Evaluation. Die zu evaluierende Arbeitseinheit ist in diesem Falle aktiv an allen Prozessen der Evaluation beteiligt. Die Evalu-

ation selbst wird wieder zum Ausgangspunkt des Prozesses der Bestärkung und Weiterentwicklung der Zielgruppe. In der folgenden Abbildung werden einige mögliche Bausteine zur Evaluation der Instrumentes Pflegevisite dargestellt.



Bausteine eines Evaluationskonzeptes (Quelle: Habermann/Biedermann 2007:242)

Zeitpunkt der Evaluation:

Schon bei der Konzeptentwicklung und -einführung ist es vorteilhaft, die Überprüfung zu planen. Notwendig ist eine solche frühzeitige Planung, sollen konkrete Effekte wie die *Steigerung* der Mitarbeiter- oder Patientenzufriedenheit gemessen werden. In diesem Falle würde eine Bestandsaufnahme vor der Einführung nahe liegen, etwa durch eine Befragung der MitarbeiterInnen und PatientInnen. Ein solches Verfahren wird aber nur ausnahmsweise möglich sein und ist für eine Weiterentwicklung des Instrumentes in den Einrichtungen auch nicht zwingend notwendig. Wichtig ist es vielmehr, zu einem definierten Zeitpunkt eine Einschätzung des implementierten Instrumentes durchzuführen. Ein günstiger Zeitpunkt ist u.a. abhängig von dem jeweiligen Konzept der Pflegevisite, insbesondere von den mit diesem verbundenen Zielsetzungen, von der Größe des Pflegedienstes und dem geplanten Zusammenwirken mit anderen Qualitätsinstrumenten. Beispielsweise kann die Wahrnehmung des Instrumentes durch die

MitarbeiterInnen sinnvollerweise erst dann geprüft und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden, wenn alle MitarbeiterInnen mehrfach die Gelegenheit hatten, Erfahrungen mit der Pflegevisite zu sammeln. Mit Blick auf die angewandten Pflegevisitenmodelle, die in dieser Studie ermittelt wurden, scheinen für eine Evaluation als Zeitpunkt ein bis zwei Jahre nach der Implementierung angemessen zu sein.

Dimensionen und Kriterien

Dimensionen und Kriterien der Pflegevisite leiten sich von ihren Zielsetzungen ab. Wer in erster Linie die Stärkung der fachlichen Kompetenzen, des Gefühls der Einbindung, Wertschätzung und der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen beabsichtigt, muss entsprechende Kriterien hierzu entwickeln. Die Einführung und Umsetzung der Pflegevisite wird bspw. in diesem Fall dann als erfolgreich betrachtet, wenn die MitarbeiterInnen sich in ihrer Arbeit durch die Pflegevisite tatsächlich unterstützt fühlen und dies an konkreten Beispielen benennen können.

Mit Bezug auf häufig genannten Ziele der Pflegevisite werden im Folgenden einige Beispiele verdeutlicht:

Im Hinblick auf die Pflegequalitätssicherung im engeren Sinne bietet es sich an, zumindest für einige der sechs definierten Pflegequalitätsdimensionen Kriterien für ein zu erzielendes oder zu haltendes Niveau zu entwickeln und entsprechende Methoden zur Beurteilung der Ergebnisse der Pflege im Rahmen der Visite zu definieren. Notwendig sind hierzu v.a. Standards, an denen das intendierte Qualitätsniveau gemessen werden kann. Die Schwierigkeit, in der ambulanten Pflege, Defizite in definierten Qualitätsniveaus MitarbeiterInnen zuzuordnen, sind allerdings nicht von der Hand zu weisen (Habermann/Biedermann 2007:86).

Eine weitere Möglichkeit, Pflegequalität mittels der Pflegevisite zu fördern und diese Förderung dann auch zu bewerten, ist die Qualifizierung der MitarbeiterInnen selbst. „Die MitarbeiterInnen kennen den Standard zur Dekubitusprophylaxe“, „Sie setzen den Standard um“, könnte bspw. als ein Kriterium für die zu beurteilende Qualitätsdimension im Bereich „Pflege-

gestaltung, Arbeitsablauf, Arbeitstechniken“ benannt werden. Als Kontrollmöglichkeit bietet sich das Vor- und Nachgespräch zur Pflegevisite an, die Pflegemappenvisite sowie Hinweise vor Ort zur angemessenen Versorgung. Die Informationen könnten dann im Rahmen der Evaluation der Pflegevisite ausgewertet und zur Diskussion gestellt werden.

Dimension (Zielsetzungen)	Kriterium	Methode
Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit	MitarbeiterIn erlebt durch die Pflegevisite Wertschätzung	Befragung der MitarbeiterInnen in Gruppengesprächen
	MitarbeiterIn erlebt Unterstützung in fachlichen Fragen	Befragung in Einzelgesprächen Stellungnahmen in der Nachbesprechung der Pflegevisite Moderierte Abfrage positiver und negativer Wahrnehmungen bezüglich der Pflegevisite
Personalentwicklung	Fortbildungs-/Unterstützungsbedarf im Rahmen der Pflegevisite wird identifiziert und festgehalten	Auswertung der Pflegevisitenprotokolle Auswertung der Fortbildungsplanung
Förderung der Wirtschaftlichkeit	Kontrolle/Optimierung der Vertragsgestaltung im Kontext der Pflegevisite	Auswertung der Pflegevisitenprotokolle
	Optimierung der Tourenplanung	Auswertung der Pflegevisitenprotokolle

Beispiele für Dimensionen und Methoden der Evaluation (Quelle: Habermann/Biedermann 2007: 244)

Methoden

Als Methoden der Evaluation wären in Zusammenfassung und Erweiterung der oben angeführten Vorgehensweisen grundsätzlich folgende Annäherungen denkbar:

- Die Befragung von MitarbeiterInnen in Form von Einzelgesprächen, bei denen man sich über das bestehende Instrument austauscht und Optimierungspotenziale ausfindig macht.

- Gleiches ist auch denkbar in der Form der Befragung der MitarbeiterInnen als Gruppe. Hierbei kann ein Stärke-Schwäche-Profil der Pflegevisite in ihrer derzeitigen Umsetzungsform erstellt werden.
- Die Erhebung der Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Instrument unterliegt allgemeinen Problemstellungen der Patientenbefragung (Habermann/Biedermann 2007:86f). Über den „Umweg“ MitarbeiterInnen könnten aber auch hier Optimierungspotenziale für das Instrument indirekt ausfindig gemacht werden.
- Die gesammelten Pflegevisitenprotokolle können nach einiger Zeit in einer Dokumentenanalyse (am besten EDV-basiert) gezielt auf Schwachstellen bei der Handhabung untersucht und ggf. abgeändert werden.
- Auch eine konkrete Beobachtung vor Ort und entsprechende Aufzeichnungen können als Methode zum Einsatz kommen.

Prozesse der Evaluation, Verantwortliche und Mitwirkende

Welche Verfahren zum Einsatz kommen und in welchem Zeitabstand, wie der Informationsfluss geregelt wird und welche Verantwortlichkeiten den Beteiligten zukommen – eine frühzeitige Festlegung dieser Fragestellungen rundet das Evaluationskonzept ab.

Literatur

Bieback, K.-J. (2004) Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht: Rechtliche Möglichkeiten einer Institutionalisierung der Qualitätssicherung. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. Buko-QS Band 1. Heidelberg, C. F. Müller Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Böhme, H. (2000) Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten: Rechtsexperte Böhme zur Verbindlichkeit der Anti-Dekubitus-Leitlinien. Pro Alter, 6 (3), S. 55-56.

Brüggemann J., Jung C., Kreck C. et al. (2003) Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen <http://www.mds-ev.org/index2.html>. Zugriff: 1-12-2006

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2003) Expertenstandard Entlassungsmanagement. <http://www.dnqp.de/> (Stand: 20.11.2006)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006a) Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006b) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück

Ehmann, M. (2005) Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege: Checklisten und Formulare in der Praxis. München, Urban & Fischer Verlag.

Habermann M./Biedermann H. (2007) Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt: Mabuse

Hellmann, S., Kundmüller, P. (2003) Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Hannover, Brigitte Kunz Verlag.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS, 2000) MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS, 2004) Qualität in der ambulanten und stationären Pflege 1: Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDK) nach § 18 Abs. 4 SGB XI. Essen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS, 2005a) Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Essen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS, 2005b) Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Essen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Meyer G., Köpke S. (2006) Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? Z Gerontol Geriat. 39 (3) S.211-216.

Müller, K., Thielhorn, U. (2000) Zufriedene Kunden? Die Qualität der ambulanten Pflege aus Sicht der Patienten. Stuttgart, Kohlhammer.

Roth G. (2001) Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege: Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Schriftenreihe Band 226. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

Habermann/Biedermann: Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Befunde und Praxisempfehlungen.

Schreier M./Bartholomyczik S. (2005) Positionspapier der nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland zur Grundsatzstellungnahme ‚Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen‘. Abschlussbericht Projektgruppe P 39 des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, Juli 2003. Witten: Universität