



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**ENTBÜROKRATISIERUNG DER
PFLEGEDOKUMENTATION-
IMPLEMENTIERUNG DES STRUKTURMODELLS IN EINE
STATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNG**

Masterarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: Diana Schülke

Betreuer: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze

Zweitbetreuer: Gesine Fox, Referentin für Pflegedienste

Tag der Einreichung: 24.10.2016

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2016-0129-2

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abkürzungsverzeichnis..... | 5 |
| 1. Einleitende Worte | 7 |
| 2. Methodisches Vorgehen | 8 |
| 3. Probleme Pflegender | 9 |
| 3.1 Stressoren der Pflegenden..... | 9 |
| 3.2 Das Bürokratieproblem | 11 |
| 4. Bürokratisierung der Pflegedokumentation | 13 |
| 4.1 Bürokratie | 13 |
| 4.2 Dokumentation | 14 |
| 4.2.1 Pflegedokumentation | 15 |
| 4.2.2 Sinn der Pflegedokumentation | 15 |
| 4.2.3 Rechtliche Grundlagen..... | 16 |
| 4.2.4 Dokumentationswahnsinn | 17 |
| 5. Historie der Entbürokratisierung | 20 |
| 5.1 Projekte zur Entbürokratisierung..... | 20 |
| 5.2 Die bundesweite Implementierungsstrategie zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation | 22 |
| 6. Die Implementierungsstrategie der Caritas-Mecklenburg e.V. Theorie und Praxis | 24 |
| 6.1 Theorie der Implementierung..... | 24 |
| 6.2 Vorstellung der untersuchten Einrichtung:..... | 25 |
| 6.3 Praktische Umsetzung der Implementierung | 27 |
| 6.3.1 Hoffnungen und Erwartungen der Mitarbeiter | 28 |
| 6.3.2 Vorgehen nach der Basisschulung | 29 |
| 6.3.3 Auftretende Probleme und deren Lösungsansatz | 29 |
| 6.3.4 Weitere Umsetzung der Implementierung..... | 32 |
| 7. Das Strukturmodell | 34 |
| 7.1 Vier Elemente des Strukturmodells und deren Prinzipien..... | 34 |
| 7.1.1 Element 1: Strukturierte Informationssammlung (SIS)..... | 35 |
| 7.1.2 Element 2: die individuelle Maßnahmenplanung..... | 42 |
| 7.1.3 Element 3: das Berichtsblatt mit Fokus auf Abweichungen..... | 43 |
| 7.1.4 Element 4: die Evaluation | 43 |
| 7.2 Praktische Anwendung der Elemente..... | 44 |
| 8. Das Gruppendiskussionsverfahren- Theoretische Grundlagen | 47 |
| 8.1 Abgrenzung zu anderen Verfahren:..... | 47 |

| | |
|--|----|
| 8.2 Auswahl der Diskussionsteilnehmer | 48 |
| 8.3 Zugang zu Realgruppen..... | 50 |
| 8.4 Durchführung einer Gruppendiskussion..... | 50 |
| 8.4.1 Voraussetzung für eine erfolgreiche Gruppendiskussion:..... | 50 |
| 8.4.2 Während der Gruppendiskussion | 51 |
| 8.4.3 Nach der Diskussion:..... | 54 |
| 8.5 Auswertung der Gruppendiskussion:..... | 54 |
| 8.5.1 Formulierende Interpretation:..... | 55 |
| 8.5.2 Reflektierende Interpretation..... | 56 |
| 8.5.3 Diskursbeschreibung..... | 57 |
| 8.5.4 Komparative Analyse und Typenbildung | 57 |
| 9. Praktische Umsetzung der Gruppendiskussion | 59 |
| 9.1 Auswertung im Rahmen einer Gruppendiskussionen | 59 |
| 9.2 Vor der Gruppendiskussion..... | 59 |
| 9.3 Auswahl der Evaluationskriterien/ -kategorien zur Analyse der Gruppendiskussionen | 61 |
| 9.4 Vorgehen bei der Auswertung der Gruppendiskussion..... | 63 |
| 9.5 Interpretation..... | 65 |
| Kommunikation..... | 66 |
| Zusammenarbeit | 72 |
| Projektbewertung: | 75 |
| Entbürokratisierung | 80 |
| 9.6 Nutzen der Interpretationsergebnisse..... | 84 |
| 10. Fazit:..... | 86 |
| Literaturverzeichnis | 88 |
| Anhangsverzeichnis..... | 91 |
| Anhang 1: Projektplan SIS stationär..... | 91 |
| Anhang 2: Organigramm der Einrichtung | 91 |
| Anhang 3: HB-Status Listen..... | 91 |
| Anhang 4: SIS-Doku Tag | 91 |
| Anhang 5: Hilfe für Mitarbeiter der sozialen Betreuung | 91 |
| Anhang 6: SIS-Beispielformulierungen | 91 |
| Anhang 7: GOON Hilfestellungen zur SIS | 91 |
| Anhang 8: Einverständniserklärung (der Teilnehmer)..... | 91 |
| Anhang 9: Transkription (der Gruppendiskussion) | 91 |

| | |
|---|----|
| Anhang 10: Evaluationsliste..... | 91 |
| Anhang 11: Abkürzungsverzeichnis (der Pflegedokumentation)..... | 91 |
| Anhang 12 Exposé..... | 91 |
| Anhang 13: Erste Kasseler Erklärung | 91 |
| Anhang 14: Zweite Kasseler Erklärung..... | 91 |
| Eidesstattliche Erklärung..... | 93 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| ABEDL | Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens |
| BGW | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BMGS | Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| Bzw. | beziehungsweise |
| CMM | Caritas Mecklenburg Multiplikator |
| CT | Caritas Projektteam |
| D | Diskussionsleitung |
| d. h. | das heißt |
| DNQP | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DRG | Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) |
| ECPA | Schmerzskala (frz.: Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) |
| Ein-STEP | Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation |
| e. V. | eingetragener Verein |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| HB | Heimbewohner |
| IMPS | Implementierungsstrategie |
| KZ | Konzentrationslager |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MAV | Mitarbeitervertretung |
| MP | Maßnahmenplanung |
| ÖT | Örtliches Projektteam |
| P | Person |
| PC | Personalcomputer |

| | |
|-----|------------------------------------|
| PDL | Pflegedienstleitung |
| PFK | Pflegefachkraft |
| PHK | Pflegehilfskraft |
| PPR | Pflegepersonalregelung |
| QM | Qualitätsmanagement |
| QPR | Qualitätsprüfungsrichtlinien |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SIS | Strukturierte Informationssammlung |
| TS | Tagesstruktur |
| WC | Toilette (engl. water closet) |

Genderformel:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

1. Einleitende Worte

Menschen, die sich dafür entscheiden, in der Altenpflege zu arbeiten, möchten einen sozialen Beitrag an der Gesellschaft leisten. Der Pflegeberuf wird als menschlich erfüllend und sehr wertvoll empfunden. Demzufolge sind Mitarbeiter der Pflege im Allgemeinen in ihrer Tätigkeit sehr engagiert und motiviert. Im Zuge des demografischen Wandels verändern sich nicht nur die Struktur der Pflegebedürftigen und Mitarbeiter, sondern auch die wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen an die Pflegebranche.

¹ Die stetig steigenden Ansprüche an Qualität (-ssicherung) und Transparenz haben zu diversen zusätzlichen Verpflichtungen geführt, die eine regelrechte Bürokratisierung in dem Berufsfeld zur Folge hatte. Durch administrative und Dokumentationsarbeit geht Zeit für die direkte Pflege verloren. Der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe äußert sich entsprechend: „Gute Pflege braucht vor allem eins: Zeit. Wir müssen die bürokratischen Anforderungen für die Pflegekräfte deshalb auf das Maß reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist.“² Eine Studie des Normenkontrollrates der Bundesregierung bestätigt den verhältnismäßig hohen Zeitaufwand für die Pflegedokumentation. Demnach entspricht sie etwa 13% der schichtumfassenden Arbeitszeit. Die Beschäftigten selbst schätzen den Arbeitsaufwand, mit 20-30% der Gesamtarbeitszeit, höher ein.³ Die Bundesregierung unterstützt daher ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege mit finanziellen Mitteln. Nach dem erfolgreichen Praxistest wird das Projekt ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege‘ gemeinsam mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung hinsichtlich einer bundesweiten Implementierung gefördert. Die Überzeugung des Staatssekretärs K. J. Laumann und die Erfahrungsberichte der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen sind sehr vielversprechend. So äußert sich unter anderem Frank Gruhl, der Qualitätsmanagementbeauftragte einer Einrichtung: „Nie wieder zurück zum alten System“⁴ Das Projekt verspricht, die Pflegedokumentation auf das rechtlich und fachlich Notwendige zu reduzieren, sodass die zeitlichen Ressourcen den Pflegebedürftigen zu

1 Vgl. Prof. Dr. Brandenburg, Stephan aus Behr Thomas (2015) Aufbruch Pflege S.5

2 Gröhe, Hermann aus Triller, Bärbel (2014) S. 42

3 Vgl. Statistisches Bundesamt (3013) S. 161

4 Triller, Bärbel (2014) S. 40

Gute kommen.⁵ Die Caritas Mecklenburg hat sich entschieden, ihre Pflegedokumentation im selben Maß der Innovation auszusetzen. Die vorliegende Arbeit wird den Prozess der Implementierung des Strukturmodells in einer stationären Pflegeeinrichtung der Caritas beschreiben. Es soll herausgearbeitet werden, ob sich die Erfahrungen der bisher umgestellten Pflegeeinrichtungen bestätigen.

2. Methodisches Vorgehen

Für die Bearbeitung der Thematik war zuerst eine intensive Literaturrecherche notwendig. Hierfür wurde die Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg genutzt. Des Weiteren wurde das Internet verwendet. Dort wurden Suchbegriffe wie „Strukturmodell“, „Pflegedokumentation“, „Entbürokratisierung“, „Gruppendiskussion“, etc. eingegeben. Aus den recherchierten Erkenntnissen wurde ein Exposé verfasst sowie eine vorläufige Gliederung erstellt. Zunächst wurden diese Dokumente bei einem Treffen mit dem erstbetreuenden Professor Herr Goetze besprochen, woraufhin die anfängliche Gliederung überarbeitet wurde. Das überarbeitete Essay⁶ wurde per E-Mail an die Zweitbetreuerin Frau Fox geschickt. In der nächsten Phase begleitete die Autorin die Mitarbeiter des Altenpflegeheim ‚Sr. Elisabeth Rivet‘ der Caritas bei der Implementierung des Strukturmodells. Sie übernahm die Schulungen zum Thema und stand den Pflegenden während der Umstellungsphase zur Seite. Während der Praxisbegleitung wurden die theoretischen Schwerpunkte schriftlich erarbeitet. Im September besuchte die Autorin den Landespflegekongress in Rostock woraufhin sie den Kontakt zu wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projektbüros aufnahm. Während des Sommers hatte die Autorin die Chance eine leitende Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung stellvertretend zu übernehmen. Aufgrund des daraus resultierenden zeitlichen Engpass wurde die Abgabe der Arbeit um drei Wochen verschoben. In einem weiteren Treffen mit dem betreuenden Professor wurden formale und andere letzte Fragen beantwortet, sodass die Arbeit am 24.10.2016 fristgerecht abgegeben werden kann.

5 Weiß, Thomas (2015) S. 48

6 Anhang 12 Essay

3. Probleme Pflegender

Der prozentuale Anteil an Frauen ist im Berufsfeld der Pflege im Vergleich zu anderen Berufsfeldern übermäßig hoch. Laut statistischen Bundesamts arbeiten etwa 83% Frauen in Gesundheitsberufen. Der Zuwachs an Beschäftigten in den Gesundheitsberufen betrifft die Geschlechter gleichermaßen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gab es seit dem Jahr 2000 einen Anstieg von 21%. Bei einer solchen Verteilung wird von einem typischen Frauenberuf gesprochen.⁷ Im Zusammenhang mit den typischen Klischees wirkt sich das zum Leid der Beschäftigten aus. Sie genießen einen relativ geringfügigen Status, die Bezahlung ist niedrig und darüber hinaus üben sie eine Tätigkeit aus, welche bereits während der Sozialisationsphase erlernt wurde, sprich ‚Das könnte ja jeder, will bloß nicht jeder machen.⁸ Dies kennzeichnet unter anderem das Image der Pflege.

Auch aus diesen Gründen wird die Pflege professionalisiert und somit zum Objekt vielfacher Studien. Die Professionalisierung wird das Bild der Pflege teilweise verändern. Pflege geht immer noch mit Empathie und Fürsorglichkeit einher, ist aber nicht mehr mit der Aufopferung von früher vergleichbar. Heute ist es wichtig, seine Arbeit souverän auszuführen, erschwert durch Ressourcenknappheit und des Zeitmangels. Professionalität setzt auch voraus, dass professionellen Ansprüchen mit professionellem Handeln gegenüber getreten wird.⁹

Der Pflegeberuf steht in Zeiten des demographischen Wandels einigen Problemen und Risiken gegenüber. In der Literatur ist derzeit oftmals die Rede vom Fachkräftemangel, einer zunehmenden gesetzlichen Verregelung und einer unklaren Handhabung der Ausbildung. Im Pflegealltag scheinen zunehmende Komplexität in allen Bereichen, gleichzeitig die hoch zu haltende Qualität sowie ein würdevolles Pflegen der Schutzbefohlenen und das Koordinieren der alltäglichen Aufgaben die höherrangigen Probleme zu sein Hinzu kommen zunehmende Krankenstände, Personalfuktation sowie vorzeitige Berufsausstiege und somit einen allgemein vorherrschenden Personalmangel.¹⁰

3.1 Stressoren der Pflegenden

Der Pflegeberuf ist geprägt durch physische und psychische Belastungen. Die anspruchsvollen Aufgaben und Belastungen müssen individuell von den Pflegenden

7 Vgl. Statistisches Bundesamt (2011)

8 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 61-63

9 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 26

10 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 180

verarbeitet werden. Es wirken verschiedenste Stressoren auf die Beschäftigten, welche teilweise auch wechselwirkend einander bedingen.

Zum einen wirken *aufgabenbezogene Stressoren* auf die Beschäftigten. Darunter fällt die Aufgabenverdichtung, welche in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und auch der prozentuale Anteil der demenziell und multimorbiden Erkrankungen. Dies mündet in einer komplexeren Pflegesituation, welche mit einem erhöhten Betreuungsaufwand einhergeht, jedoch ohne eine Anpassung der Personalsituation. Ebenso wird der Zeitdruck in der Pflege erhöht. Dies geschieht durch ein gesteigertes Arbeitstempo und die nicht zusammenhängenden Arbeitsabläufe, welche durch Unterbrechungen (bspw. Klingeln, Arztbesuch) entstehen.¹¹ Negativiert wird das Problem, wenn aus Zeitdruck Hektik entsteht. Solange das gesteigerte Arbeitstempo weiterhin mit ausstrahlender Ruhe ausgeführt wird, sollte die Fehlerquote nicht ansteigen.¹² Der psychische Druck die anfallenden Aufgaben bis zum Schichtende zu bewältigen bzw. sie dem nachfolgenden Dienst übergeben zu müssen, stellt ein weiteres Problem dar. Pflegende arbeiten demzufolge zeitweise über das Schichtende hinaus, um ihr ‚schlechtes Gewissen‘ gegenüber den Kollegen zu beruhigen. Andere haben das Gefühl sich rechtfertigen oder verteidigen zu müssen. Dies wirkt sich verstärkend auf die ‚Stutenbissigkeit‘ zwischen den Frauen aus. Die Solidarität und Loyalität im Team kann darunter leiden (sozialer Stress kommt hinzu).¹³ Wenn die Arbeit geschafft werden muss, kommt oftmals die ursprüngliche Arbeit, die nicht als ‚die Arbeit‘ verstanden wird, weil die Pflegenden nicht direkt tätig sind, zu kurz. Doris Arnold beschreibt die zeitweise zu kurz kommende Zuwendung oder die innere Unruhe gegenüber Pflegebedürftigen, aufgrund der Zeitnot.¹⁴ Gespräche mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, reine Zuwendung oder der Gang zur Klingel gehören auch zu den Aufgabengebieten einer Pflegenden, werden jedoch eher als unsichtbare Arbeit wahrgenommen. Sie wird in der Organisation nicht eingeplant, da sie nicht vorhersehbar sind.¹⁵ Aber diese Aufgaben werden trotzdem von den Zupflegenden erwartet. Hinzu kommt, dass die Aufgaben sich verlagern. Die direkte Pflege wird für die Pflegefachkräfte zur Nebentätigkeit, da administrative und organisatorische Aufgaben zunehmend anfallen. Dies kann auch psychische Folgen nach sich ziehen, wenn sich Pflegende als inkompetent bezeichnen, da sie sich den neuen Aufgabengebieten nicht gewachsen fühlen.¹⁶

11 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 171

12 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 300

13 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 258/9

14 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 305-18

15 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 2011

16 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 171

Es können sich *wirtschaftliche und betriebliche Stressoren* negativ auf die Beschäftigten in der Pflege auswirken. Durch den verstärkten Leistungsdruck, welcher sich durch die steigenden Anforderungen in Transparenz und Qualität entwickelt, werden Unsicherheiten geschaffen.¹⁷ Die Qualitätssicherung erwartet von den Pflegeeinrichtungen ganzheitliche Pflege. Diese soll möglichst in Form von Bezugs- oder Bereichspflege gewährleistet werden. Das Problem hierbei ist das Verständnis von der Pflege spezieller Personen/ Bereiche. Pflegende sollten trotzdem in anderen Bereichen aushelfen, wenn Entlastung gebraucht wird, ansonsten können sich zwischenmenschliche Probleme entwickeln.¹⁸

Umweltbezogenen Stressoren zeichnen sich durch die unangemessene Entlohnung und die erschwerten Arbeitsbedingungen ab. In diesen Bereich zählt auch die weniger gute Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf durch Wochenendarbeit und Schichtdiensten. Umweltbezogene Belastungen beeinflussen das Image der Pflege zusätzlich.¹⁹

Die *sozialen Stressoren* spielen eine weitere Rolle. Der Pflegeberuf fordert ein hohes Maß an Sozial- und Kommunikationskompetenz. Diese sind im Umgang mit den Pflegebedürftigen, den Angehörigen sowie Mitarbeitern wichtig. Probleme durch unzureichende soziale und kommunikative Kompetenz können sich in Team- und Rollenkonflikten widerspiegeln. Auch die hohen Erwartungshaltungen der verschiedenen Ebenen wie Vorgesetzte, Kollegen und Angehörigen können sich als schwierig heraus stellen. Dies kann wiederum zu Unsicherheiten im Arbeitsablauf oder sogar zum Sinnverlust der eigenen Arbeit führen.²⁰ Einige Pflegenden beschreiben ein weiteres Stressor im Umgang mit ‚schwierigen‘ Pflegebedürftigen und Angehörigen. Doris Arnold charakterisiert diese schwierigen Patienten u. a. als aggressiv und herausfordernd im Verhalten.²¹ Andere Pflegende sehen die Probleme eher im Bereich der Angehörigen, Menschen die ihren Unmut an den Mitarbeitern abladen und den Pflegebedürftigen ihre guten Vorstellungen aufzwingen.²²

3.2 Das Bürokratieproblem

Wer sich (*dafür*) entscheidet seinen beruflichen Werdegang in der Altenpflege zu absolvieren, hat verschieden Gründe dafür. Zumeist sind diese anfangs nicht durch Erwerbsinteresse motiviert, sondern eher aus sozialem Engagement. Menschen können

17 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 173

18 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 274/5

19 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 174/5

20 Vgl. Behr, Thomas (2015) S.171/2

21 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 412-16

22 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 66-71

für und vor allem mit Menschen arbeiten und ihnen dadurch helfen. Beschreibende Attribute für die Handlungen von Altenpflegern sind somit fürsorglich emphatisch und flexibel. Das Handeln der Berufsgruppe ist somit oft durch Emotionen beeinflusst und an bestimmten gesellschaftlichen Werten orientiert. Im Gegensatz dazu stehen bürokratische Handlungen, welche eher mit den Attributen kalt, sachlich und nüchtern einhergehen. Dieses zweckrationale Handeln passt weniger zu den Motiven der Altenpflege und kann so bei Mitarbeitern Konfliktdenken auslösen.²³

Pflegedokumentation ist ein Teil der bürokratischen Strukturen einer Pflegeeinrichtung. Der Bürokratie gilt es aufgrund von zunehmender Unzufriedenheit der Pflegenden entgegenzuwirken. Die Dokumentation ist eine (nervige) zeitaufwändige und lästige Pflicht, welche die Mitarbeiter von der ‚eigentlichen‘ Arbeit, der direkten Pflege, abhält. Es erscheint nicht möglich alle Dokumentationen der Bewohner auf aktuellen Stand zu halten und dabei einen vertretbaren Zeit- und Arbeitsaufwand zu gewährleisten. Zumal dadurch keine Verbesserung der Pflege erzielt wird.²⁴ Das Thema Pflegedokumentation wird in zahlreicher Literatur als eines der Hauptprobleme genannt, wenn es um Probleme Pflegenden im Berufsalltag geht. Die zusätzliche Belastung durch die Dokumentation verstärkt den Zeit- und Leistungsdruck.²⁵ Zeitweise wird auch der Zweck der Pflegedokumentation fehlinterpretiert. Das ist der Fall, wenn nur noch für etwaige Prüfinstanzen etwas nieder geschrieben wird.²⁶ Oder die Planungen als abstrakte Handlungen und weniger handlungsanleitend geplant werden. Dies kann auch ein Grund dafür sein, dass Pflegekräfte weniger nach Plan und eher nach Intuition, Gewohnheit und mündlichen Überlieferungen arbeiten.²⁷

Einer Studie zu Folge fördert bzw. verstärkt die Durchführung der Pflegedokumentation das Auftreten psychischer Belastungen.²⁸ Der ‚Qualitätssicherungswahn‘ verleiht der Pflegedokumentation einen hohen Stellwert, indem es zum Kontrollinstrument wird. Der durch die Pflegedokumentation entstehende Druck führt auch dazu, dass Pflegenden Angst davor haben Fehler zu machen, rechtlich belangt werden zu können oder von Prüfinstanzen ‚schlecht‘ benotet zu werden. Demzufolge wirkt sich die Dokumentation negativ auf eigenständiges Handeln und Reflexion aus, da eine fachliche Entwicklung nicht weiter erfolgt.²⁹

23 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 21

24 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

25 Vgl. Behr, Thomas (2015) S.176

26 Vgl. König, Jutta (2014) S. 19

27 Vgl. König, Jutta (2014) S. 21

28 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 177

29 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 180

4. Bürokratisierung der Pflegedokumentation

Der Krankenpflege- bzw. der Pflegeberuf an sich ist Anfang des 19. Jahrhunderts entstanden. Er war damals ein gut bürgerlicher Frauenberuf. Momentan befindet sich der Berufszweig auf dem Weg der Professionalisierung. Die Akademisierung stellt das ersichtlichste Merkmal dar. Seit Beginn der 90iger Jahre wird Unabhängigkeit und Statusverbesserung angestrebt, vor allem gegenüber der Medizin. Aus der Pflege soll eine eigenständige Profession werden, die ihre eigenen wissenschaftlich basierten Erkenntnisse erforscht und weiter entwickelt.³⁰ Ebenso wird die Pflege seit Ende der 90iger von der Ökonomisierung beeinflusst. Die Pflegepersonalregelung (PPR) und später auch die Diagnosis Related Groups (DRG) führten länger Hand zu Personalkürzungen in Krankenhäusern. In diesem Kontext haben sich die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter verändert und Aufgaben aus ökonomischen Gründen delegiert. Im Bereich der Altenhilfe bezieht sich die Ökonomisierung verstärkt auf die zunehmende Transparenz von Leistungen und Qualität.³¹

4.1 Bürokratie

Bürokratie beschreibt die allgemeine Regelung von Sachverhalten durch Gesetze und Vorschriften. Laut Max Weber u. a. hat die Bürokratie die Funktion der Ordnung der Außenwelt.³² „Der (...) Bürokratismus stellt ein Handlungsprinzip dar, nach dem die Organisation geordnet, gelenkt und geleitet wird.“³³ Bürokratische Strukturen in einem Betrieb haben Vor- und Nachteile. Einerseits versprechen sie stabile und zuverlässige Strukturen sowie regelmäßige und vorhersehbare Ergebnisse. Andererseits können sie dazu führen, dass die Arbeit ohne gefühlmäßige Beteiligung ausgeführt wird. In diesem Fall sind Menschen und Schicksale nur noch Fälle und Vorgänge. Weiterhin kann die Bürokratie als Herrschaftsinstrument missbraucht werden, indem die hierarchisch niedriger gestellten Personen hörig gemacht werden.³⁴

Unter der Begrifflichkeit ‚Bürokratisierung‘ wird das „Übermaß an (konträren) Regelungen sowie schriftlichem Aufwand („Papierkrieg“) verstanden.“³⁵ In Bezug auf die Altenhilfe existieren viele relevante Gesetze und Vorschriften. Sie sind unter anderem im Staatsrecht, Haftungsrecht, Gesundheitsschutzrecht, Berufsrecht oder im Heimrecht verankert. Ausmaß dieser Gesetze hängt noch zusätzlich von der Tarifgebundenheit,

30 Vgl. Arnold, Doris (2008) S.46/47

31 Vgl. Arnold, Doris (2008) S. 51

32 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 19

33 Deimling (1997) in Schönberg, Frauke (2004) S. 19

34 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 19/20

35 Schönberg, Frauke (2004) S. 17

Rechtsform und Gemeinnützigkeit ab. Für Institutionen der Altenpflege sind auch die einzelnen Landespflegegesetze und Vertragsregelungen zwischen Einrichtung und Kostenträger bedeutsam.³⁶

Es werden schon seit Jahren Entbürokratisierungspotentiale im Heimgesetz gesehen. Unter anderem betrifft dies die Anforderungen an die Heimverträge und die Anzeige-, Melde- und Aufzeichnungspflichten. In diesem Zusammenhang wird auch die Umsetzung der verpflichtenden Pflegedokumentation kritisiert.³⁷

4.2 Dokumentation

Wer vom Begriff der Dokumentation spricht, meint das simple Sammeln und Nutzbarmachen von Daten und Fakten. Sie dient dazu schriftlich festgehaltenes Wissen oder Urkunden zu ordnen, zu speichern und gegebenenfalls auszuwerten.³⁸ Die aufbewahrten Informationen und Daten können so zu einem zukünftigen Zeitpunkt nutzbar gemacht werden. Die Dokumentation verfolgt demnach keinen Selbstzweck. Es entsteht ein Nutzen für berechtigte Personen Informationen zu einem gewissen Sachverhalt nachvollziehen zu können. In diesem Sinne müssen die Daten den Grundsätzen der Wahrheit und Nachvollziehbarkeit entsprechen.³⁹ Des Weiteren soll die Dokumentation Fakten ohne Interpretationen wiedergeben. Bei der Verschriftlichung von Verallgemeinerungen bzw. groben Beschreibungen besteht die Möglichkeit der Fehlinterpretation.⁴⁰ So versteht jeder Mensch etwas anderes unter der allgemeinen Beschreibung „Hr. X fühlt sich heute nicht wohl.“ Die Fakten nehmen meist den gleichen Schreibungsumfang in Anspruch und benötigen keine Zeit um etwas professionell zu verallgemeinern. „Hr. X hatte Kopf- und Gliederschmerzen.“ Bei Berücksichtigung dieses Grundsatzes verschafft der Eintrag Klarheit, da er eindeutig und nachvollziehbar ist. Ein nächster Grundsatz betrifft die Echtheit. Die Information muss eindeutig einer Person zuordenbar und auch von dieser verfasst worden sein. Durch die Kennzeichnung mit einem Handzeichen übernimmt die dokumentierende Person Verantwortung für die Eintragung. Weiterhin darf der Eintrag nicht löscherbar sein und nicht insoweit unkenntlich gemacht werden, dass das darunter geschriebene Wort nicht mehr lesbar ist.⁴¹

36 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 17/18

37 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 18

38 Vgl. König, Jutta (2014) S. 9

39 Vgl. Sellemann, Björn (2014) S.36

40 Vgl. König, Jutta (2014) S. 10

41 Vgl. König, Jutta (2014) S. 9/10

4.2.1 Pflegedokumentation

Die Dokumentation in Einrichtungen des Gesundheitswesens hat in den letzten Jahrzehnten an enormer Bedeutung gewonnen. Sie wird in klinische und administrative Dokumentation unterteilt. Die administrativen Daten umfassen unter anderem die Stammdaten und versicherungsrelevanten Informationen. Indes zählen persönliche, medizinische und pflegerelevante Informationen zu den klinischen Daten. Im Prozess der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sind die klinischen Daten relevant und sollen relativiert werden.⁴² Die Pflegedokumentation ist in Einrichtungen des Gesundheitswesens und darüber hinaus für die Professionalisierung der Pflege von immenser Wichtigkeit, da sie notwendiges und wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung, zur Abbildung von Transparenz und zur überprüfenden Darstellung von Pflegeabläufen ist.⁴³

In erster Linie soll die Pflegedokumentation bei der Patientenversorgung von Nutzen sein. Des Weiteren müssen rechtliche Anforderungen erfüllt werden. Darüber hinaus basiert das Qualitätsmonitoring auf der Dokumentation, die die Qualität der Pflege kontinuierlich sichert und verbessert. Ebenfalls unterstützt die Dokumentation mit der Bereitstellung von Informationen die wissenschaftliche Forschung sowie die Aus- und Fortbildung mittels realer Fallbeispiele.⁴⁴

4.2.2 Sinn der Pflegedokumentation

Informationen der Pflegedokumentation dienen lange nicht mehr nur als Gedächtnisstütze. Sie sind durch die gesetzliche Verankerung Teil der betrieblichen Organisation und der pflegerisch medizinischen Infrastruktur einer Pflegeeinrichtung geworden. Die Pflegedokumentation ist ein zentrales Mittel zur Abbildung des Pflegeprozesses und schafft eine gute Basis der interdisziplinären Zusammenarbeit.⁴⁵ Die Verpflichtung zur Dokumentation findet sich im Heim- bzw. Pflegevertrag wieder. Sie soll die Sicherheit des Pflegebedürftigen gewährleisten. Weiterhin sind Pflegekräfte angehalten, eigenverantwortlich zum Selbstschutz zu dokumentieren.⁴⁶ In der Pflegedokumentation soll die Pflegesituation genau beschrieben und alle relevanten Informationen der bisherigen Behandlung erfasst werden. Dadurch werden die notwendigen Pflegemaßnahmen gewährleistet und somit der Pflegebedürftige geschützt. Juristisch gesehen wird die Pflegedokumentation als Beweissicherungsmittel

42 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

43 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 165

44 Vgl. Sellemann, Björn (2014) S.36

45 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

46 Vgl. König, Jutta (2014) S.14/15

herangezogen.⁴⁷ Die Einrichtung kann so seine Leistungen nachweisen und einen Informationsaustausch zwischen den Kollegen gewährleisten. Für die verschiedenen Prüfinstanzen, wie dem Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der Heimaufsicht, dient sie als Instrument der Kontrolle und stellt die Basis für die Einstufung /Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Erstellung der Pflegenoten dar. Ebenso spielt die Pflegedokumentation eine bedeutende Rolle für die Sozialämter und Pflegekassen. Diese Institutionen nutzen sie als Abrechnungsgrundlage zur Sicherung des leistungsgerechten Vergütungsanspruchs.⁴⁸ Durch die vermehrten Vorgaben und externen Einflüsse rückt der eigentliche Nutzen der positiveren Patientenversorgung jedoch vermehrt in den Hintergrund.

4.2.3 Rechtliche Grundlagen

Fraglich ist, wieviel Dokumentation (rechtlich) tatsächlich notwendig ist. Der ursprüngliche Hintergrund der Einführung von gesetzlichen Vorschriften für die Altenpflege im Jahre 1996 ist unumstritten. Das Pflegeversicherungsgesetz, das Pflegequalitätsgesetz, die Landespflegegesetze und auch die Heimgesetze hatten das Wohl des Pflegebedürftigen im Blick. Gegen die damaligen Defizite im Hinblick auf die Betreuung, Behandlung und Unterkunft sowie der unqualifizierten Angestellten Ende des 20. Jahrhunderts musste etwas getan werden. Aus diesen Gründen wurde das elfte Sozialgesetzbuch zur Rechtsgrundlage für Pflegeeinrichtungen. Es beinhaltet unter anderem die rechtlichen Vorgaben und Pflichten solcher Institutionen. Im Kontext der Verrechtlichung der Altenpflege steigen die Erwartungen bezüglich der Transparenz und Pflegequalität und somit auch die Kontroll-, Regulierungs- und Berichtspflichten stetig an.⁴⁹ Die wesentlichen Vorgaben hinsichtlich der Pflegedokumentation wurden in den §§ 72, 112, 113 SGB XI niedergeschrieben. Pflegeeinrichtungen sind somit verpflichtet, Maßnahmen der internen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzuschreiben und durchzuführen. In diesem Zusammenhang wurden Maßstäbe sowie Regelungen einer praxistauglichen Pflegedokumentation erarbeitet.⁵⁰ Darin heißt es u. a. ergänzend „Die Pflegedokumentation muss (...) sich am Pflegeprozess orientieren. (...) Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.“⁵¹ Ebenso müssen sie ein internes Qualitätsmanagement einführen und stetig weiter entwickeln.⁵² Weiterhin

47 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

48 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

49 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 164

50 Vgl. § 113 SGB XI

51 §113 SGB XI

52 Vgl. §§ 70 SGB XI

gesetzlich verankert ist die Nachweispflicht für erbrachte Leistungen und deren Qualität in regelmäßigen Abständen.⁵³

All diese Gesetze beschreiben, dass Pflegedokumentation verpflichtend ist, jedoch wird nirgends geregelt, wie die Form der Dokumentation bzw. deren Inhalt definiert sein soll. Jede Instanz mit Interesse an der Pflegedokumentation hat ihre eigenen Ansichten und Anforderungen an diese. Das erschwert zusätzlich. Es kann zur Folge haben, dass sich Mitarbeiter hin- und her gerissen fühlen und somit verunsichert werden in ihrer Arbeit. Dem gilt es entgegenzuwirken. Die Einrichtungen können sich die unregelmäßigen Inhalte zu Nutzen machen. Sie können sich frei für ein Dokumentationssystem entscheiden. Die Hauptsache ist, dass der Pflegeprozess abgebildet wird und die gesetzlich geregelten Vorschriften eingehalten werden.⁵⁴

In Zeiten der eingeschränkten personellen und ökonomischen Ressourcen müssen sich die Pflegekräfte entscheiden: Nutzen sie ihre kostbare Arbeitszeit, um sich den bürokratischen Unterlagen zu schenken, indem sie Leistungsnachweise abzeichnen und ‚wichtige‘ Meldungen im Pflegebericht schreiben? Oder möchten sie doch lieber die Zeit mit der unmittelbaren Pflege und Betreuung der anvertrauten Pflegebedürftigen widmen.⁵⁵

4.2.4 Dokumentationswahnsinn

Die Pflegedokumentation wurde bisher frei nach dem Motto ‚Viel hilft viel.‘ oder dem berühmten Satz ‚Was nicht dokumentiert wurde, wurde auch nicht gemacht.‘ erledigt. Fraglich ist, ob der Pflegeprozess funktionieren kann, wenn enorm viele Papiere für einen Pflegebedürftigen erhoben werden. Bei Aufnahme eines Pflegebedürftigen werden zahlreiche Daten erfasst. Angefangen bei der Anamnese, über die Biographie, den Ernährungsstatus bis hin zu diversen Risiken, werden zahlreiche Bögen ausgefüllt. Werden alle diese Daten in den Pflegeprozess eingebunden oder werden sie eher ihrer selbst willen erhoben?⁵⁶ Die Forscherin/ Autorin kann selbst aus ihrer praktischen Berufserfahrung die These der bürokratisierten Pflege unterstützen. Beispielsweise wurden bis Anfang des Jahres bereits bei Aufnahme eines neuen Heimbewohners über zehn Bögen ausgefüllt. Allein die zahlreichen Risikoeinschätzungen, welche alle drei Monate evaluiert werden mussten, waren zumeist überflüssig. Es wird nicht durch die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) verlangt, alle Risiken quartalsweise neu einzuschätzen. Die Erkenntnisse der kontinuierlich ausgefüllten Risikoassessments werden in der Prozessplanung nicht berücksichtigt, nur wenn es zu Abweichungen

53 Vgl. §112 SGB XI

54 Vgl. König, Jutta (2014) S. 14/19

55 Vgl. Weiß, Thomas (2015) S. 48

56 Vgl. König, Jutta (2014) S. 24-26

kommt und ein Handlungsbedarf notwendig wird. Warum wird eine regelmäßige Risikoeinschätzung vorgenommen? Ein gutes Beispiel, das diesen Sachverhalt verdeutlicht, ist die wöchentliche Schmerzeinschätzung bei Pflegebedürftigen, weil der zuständige Arzt für den Bedarfsfall Schmerzmedikation angesetzt hat. Diese Einschätzung trifft weder Aussagen über die Dauer der Schmerzen, wann sich die Schmerzen äußern oder wie sie sich auf den Alltag auswirken. Ein anderes Beispiel ist die sich aus den erhobenen Daten bei Aufnahme ableitende Pflegeplanung. Sie setzte sich eher aus Textbausteinen zusammen, als dass sie individuell geschrieben wurde. Jutta König schätzt, dass 90 % der erhobenen Daten nicht pflegerelevant sind und demzufolge nicht in der Pflegeplanung verarbeitet werden.⁵⁷

Der Dokumentationswahnsinn macht sich auch darin deutlich, dass unnötige Floskeln in die Pflegedokumentation aufgenommen werden. Dies bezieht sich auf die Pflegeplanung genauso wie auf die Pflegeberichte. In der Planung muss nicht aufgenommen werden, dass das Waschwasser eine für den Heimbewohner angenehme Temperatur haben muss. Auch bestehende Textbausteine können mit Floskeln gleich gesetzt werden. ‚Hilfe beim Toilettengang‘ beispielsweise muss näher erläutert werden. Inwiefern benötigt der Heimbewohner hier Hilfe? Wird er zum WC begleitet? Wird der Unterkörper entkleidet? Besser wären in diesem Zuge wirklich bewohnerbezogene handlungsanleitende Maßnahmen.⁵⁸ Auch die Pflegeberichte werden durch persönliche Meinungen wie ‚Heimbewohner hat gut geschlafen.‘ oder ‚Heimbewohner ging es heute nicht so gut.‘ bzw. Eintragungen bereits geplanter Maßnahmen nicht bereichert. Im Gegenteil, unter dem Druck zu stehen, etwas eintragen zu müssen, nur damit etwas geschrieben steht, endet meist damit, dass unnötige und zum Teil sinnfreie Eintragungen formuliert werden.⁵⁹

Ein weiteres Problem der Pflegedokumentation ist die Doppel- bzw. Mehrfachdokumentation. Die Trinkprotokolle sind prädestiniert dafür. In der Pflegeplanung wird die Trinkmenge geplant und im Computer (PC) abgetragen. Diese Information wurde aber zuvor auf einer extra Trinkliste handschriftlich dokumentiert. Die Doppeldokumentation macht auch vor dem Pflegebericht keinen Halt. So wird beispielsweise im Bericht geschrieben, dass ein Verbandswechsel durchgeführt oder jemand geduscht wurde, obwohl diese Information sowieso schon geplant worden ist. Auch das Notieren für Externe ist ein zusätzlicher Aufwand. Für den Pflegeprozess ist nicht relevant, dass die Fußpflege oder der Frisör beim Heimbewohner war. Wenn der

57 Vgl. König, Jutta (2014) S. 28

58 Vgl. König, Jutta (2014) S. 47

59 Vgl. König, Jutta (2014) S. 70/71

Nachweis erforderlich werden sollte, kann dieser über Abrechnungsquittungen nachvollzogen werden.⁶⁰

⁶⁰ Vgl. König, Jutta (2014) S. 59

5. Historie der Entbürokratisierung

Die gesetzliche Pflicht, eine Pflegedokumentation nach dem XI. Sozialgesetzbuch (SGB) zu führen ist sinnvoll, wenn die gesetzlichen Vorgaben in der Praxis eingehalten werden: „Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. (...) Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.“⁶¹ Dieses Gesetz stoppt jedoch nicht den Bürokratismus, der immer mehr in stationären Pflegeeinrichtungen Einzug hält.

5.1 Projekte zur Entbürokratisierung

Im Laufe der Zeit wurden in Deutschland einige Kampagnen, Projekte oder ähnliches gegründet um die Pflege zu verbessern und u. a. auch die Pflegedokumentation zu entbürokratisieren. Bereits im Jahre 2002 wurde ein erster Versuch durch das Bayrische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen unternommen. Sie beauftragten eine Projektgruppe mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Die derzeit herrschende Dokumentation, welche durch das Abzeichnen vieler Leistungs- und Durchführungsnachweise gekennzeichnet war, sollte durch eine tagesstrukturierte Pflegeplanung ersetzt werden, die im ‚Paket‘ abgezeichnet werden kann. Die Pflegeplanung soll sich im Allgemeinen von den angewandten ABEDL⁶² abwandeln und den Tagesablauf der Pflegebedürftigen in den Vordergrund rücken. Das neue Konzept der ‚Tagesstrukturierten Pflegeplanung‘ verspricht eine Vereinfachung und Reduktion des Dokumentationsaufwandes um die Hälfte, ohne die Individualität des Einzelnen zu vernachlässigen.⁶³ Dieses Konzept ist in mehreren stationären Einrichtungen seit 2003 im Einsatz und genießt positives Feedback. Es stimmt bereits in vielen Grundprinzipien mit denen des Strukturmodells überein und war somit eines der Vorreiter zur Entwicklung des Strukturmodells.⁶⁴

Der nächste Ansatz, der Pflege unter die Arme zu greifen, wurde durch das BMGS⁶⁵ und das BMSFFJ⁶⁶ im Jahre 2003 gestartet. Die Bundesregierung entwarf ein Strategiekonzept durch eine Arbeitsgruppe, welche sich ‚der runde Tisch Pflege‘

61 § 113 SGB XI

62 Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens

63 Vgl. Hellmann, Stefanie; Trumpke- Oehlhorn, Michael (2008) S. 7-9

64 Vgl. Hellmann, Stefanie; Trumpke- Oehlhorn, Michael (2008) S. 112

65 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

66 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

nannte.⁶⁷ Dies ist eine Initiative zur Verbesserung der Lebenssituation von pflege- und hilfebedürftigen Menschen von 2003 bis 2005. Sie setzt sich aus einem Plenum und vier Arbeitsgruppen zusammen. Die Arbeitsgruppen sind thematisch unterteilt und bearbeiten jeweils bestimmte Arbeitsfelder. Das dritte Arbeitsfeld beschäftigt sich mit der Entbürokratisierung. In den Gruppen werden praxisnahe Handlungsempfehlungen entwickelt und Erkenntnisse in einer Charta gebündelt.⁶⁸

Ähnlich wie in Bayern versucht sich auch Hamburg im Jahre 2005 mit einem Modellprojekt zur Erprobung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation in der Pflege. Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg beschloss die Durchführung des Projektes in Abstimmung mit dem Landespflegeausschuss Hamburg. Das Hamburger Modell zur ‚Entbürokratisierten Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Altenpflege‘ ist vergleichbar mit der tagesstrukturierten Pflegeplanung.⁶⁹

In nächster Initiative trat die BGW⁷⁰ 2006 mit der Kampagne ‚Aufbruch Pflege‘ an die Öffentlichkeit. Sie sollte die Situation der Pflegenden in der Altenpflege thematisieren und verbessern. Die dadurch entstandene Expertengruppe erarbeitete in den Folgejahren fünf Positionspapiere zu relevanten Themen. Diese waren die Altenpflegeausbildung, die Integrierte Versorgung, die Refokussierung auf die Kernprozess Pflege, der Nationale Aktionsplan und die Entbürokratisierung.⁷¹

Auch Politiker und engagierte Betroffene unterstützen den Gedanken der Entbürokratisierung. In diesem Kontext äußerte sich Andreas Westfallhaus, Präsident des deutschen Pflegerates im März 2011 während einer Dialogveranstaltung zum ‚Kampf der Pflege‘ mit der zunehmenden Bürokratie und Dokumentationsanforderung. Er bedauert die dadurch fehlende Zeit für die direkte Pflege der Bedürftigen. Weiterhin reagierte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler mit der Einrichtung einer Stabsstelle für eine Ombudsfrau⁷², welche sich mit der Thematik auseinandersetzen soll.⁷³

67 Vgl. Schönberg, Frauke (2004) S. 17

68 Deutsches Zentrum für Altersfragen (o.J)

69 Vgl. Arbeitsgemeinschaft Entbürokratisierte Pflegedokumentation im Bezirk HH-Eimsbüttel (2007) S.3

70 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

71 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 17

72 Beauftragte des Bundesministeriums für Gesundheit

73 Vgl. König, Jutta (2014) S. 7

5.2 Die bundesweite Implementierungsstrategie zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Die bereits beschriebene Initiative ‚Aufbruch Pflege‘ hat als Ergebnis des Wartburg Symposiums 2014 das Thema der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation veröffentlicht. Die Ergebnisse des Praxistests wurden bereits im Februar 2014 durch die Ombudsfrau Frau Elisabeth Beikirch vorgestellt. Sie beschreiben eindeutig, dass die Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation praktisch gut umgesetzt werden kann. Die Erkenntnisse beruhen auf den zwischen September 2013 bis Januar 2014 durchgeführten Praxistests.⁷⁴ Auf dieser Grundlage wurde zur beständigen und flächendeckenden Verstetigung des Konzeptes eine bundesweite Implementierungsstrategie (IMPS) entwickelt. Dies wird befürwortet und gefördert vom BMG, dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Verbänden auf Bundes- und Landesebene sowie dem GKV⁷⁵ Spitzenverband und letztendlich in einer gemeinsamen Erklärung der Vertragspartner am 04.07.2014 nach § 113 SGB XI beschlossen.⁷⁶ Die IMPS wird zunächst zwei Jahre gefördert unter der Erwartung, dass im ganzen Bundesgebiet mindestens 25 Prozent aller stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen daran teilnehmen. Das Konzept der IMPS wurde 2014 erarbeitet.⁷⁷ Der Staatssekretär Karl-Josef Laumann hat die Ombudsfrau damit beauftragt, zusammen mit dem IGES Institut GmbH ein Projektbüro einzurichten. Seit 01.01.2015 übernahm das Projektbüro die Koordination und Steuerung der IMPS. Das Projektbüro hat sich selbst den Namen ‚Ein-STEP‘ gegeben, Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Es hat die Schulungsunterlagen entwickelt, die den rechtlichen Qualitätsansprüchen an die Pflegedokumentation gerecht werden. In diesem Zuge sollen die Pflegeeinrichtungen bei der Einführung des Strukturmodells unterstützt werden.⁷⁸ In Zusammenarbeit mit den Verbänden und Kooperationsgremien werden Einrichtungen akquiriert. Die IMPS soll in fünf Phasen ablaufen. Die erste Phase bestand darin die Organisation des Projektes und die Datenbank zu entwickeln. Weiterhin wurden regionale Multiplikatoren⁷⁹ benannt und die Schulungsunterlagen erstellt. In der zweiten Phase wurden zunächst die Multiplikatoren der Verbände geschult und zeitlich versetzt die Prüfinstanzen. Weiterhin sollte zeitgleich die verbandsinterne Organisation beginnen.

74 Vgl. Behr, Thomas (2015) S. 17

75 Gesetzliche Krankenversicherung

76 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH³ (2015) F. 5

77 Vgl. Beikirch, Elisabeth HCM (2014) S. 3

78 Vgl. Projektbüro Ein-STEP- c/o IGES Institut GmbH² (2015)

79 Eine Person, die auf Grund ihrer Positionen und ihrer Fähigkeiten im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit durch Informations- und Meinungsübermittlung die Verbreitung (‘Multiplizierung’) bestimmter Wertvorstellungen, Meinungen, Kenntnisse und Verhaltensmöglichkeiten nachhaltig fördert

Die dritte Phase beschreibt die Umsetzung des Strukturmodells in den Einrichtungen, welche auch mit den Schulungen der Mitarbeiter beginnen. Während der Umsetzung sollen Reflexionstreffen innerhalb der Verbände durchgeführt werden, um einen Erfahrungsaustausch sicherzustellen. Die wissenschaftliche Begleitung und externe Evaluation wird dann beginnen. Das Ziel der vollständigen Implementierung sollte etwa innerhalb von sechs bis acht Monaten erreicht sein, sodass dann eine Überprüfung stattfinden sollte. In der vierten Phase werden die gewonnenen Erkenntnisse umgesetzt und die Implementierung so weiter fortgeführt. Die Implementierung soll ausgeweitet werden auf andere Formen der Pflege, wie Tages- und Kurzzeitpflege. Die fünfte Phase beschäftigt sich rein mit der Evaluation des Projektes, einschließlich der Schulungsmaterialien.⁸⁰

Die Caritas Mecklenburg e.V. hat sich im Jahre 2015 dazu entschlossen, dieses Konzept zunächst in ihren stationären Einrichtungen umzusetzen. Weitere Informationen dazu werden im Punkt 5 erläutert.

⁸⁰ Vgl. Beikirch, Elisabeth (2014) S. 6/7

6. Die Implementierungsstrategie der Caritas-Mecklenburg e.V. Theorie und Praxis

Die Leiterin des Referats ‚Pflegedienste‘ der Caritas übernimmt die Verantwortung und Leitung des Projektes und nahm zunächst an einer Schulung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) teil, um so Wissen über das Thema ‚Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation‘ zu erlangen und die Umsetzung zu beschließen. Als zweite Teilnehmerin der Caritas wurde die Forscherin selbst von der Pflegeeinrichtung zu dieser Schulung gesandt. Beide wurden von einer Regionalkoordinatorin des Projektbüros „Ein-STEP“⁸¹ im Rahmen einer zweitägigen Schulung unterrichtet. Während der Ausbildung zum Multiplikator⁸² erhielten die Teilnehmer unter anderem theoretisches Wissen über das Konzept des Strukturmodells, inmitten die strukturierte Informationssammlung (SIS) steht, dessen praktische Umsetzung und einige juristisch bedeutsame Exkurse. Ein weiterer Schwerpunkt der Schulung ist die zunehmende Verantwortung des Pflege- und Qualitätsmanagements im Prozess der Implementierung. Alle Teilnehmer können sich nach abgeschlossener Schulung Multiplikatoren nennen und erhalten in diesem Zuge ein Zertifikat ausgehändigt. Dieses befähigt sie, weitere Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen zu dem Thema zu schulen und somit die Implementierung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen voranzutreiben. Dies erfolgt durch die IMPS, im Schneeballsystem, wie bereits im vorherigen Punkt erläutert.

6.1 Theorie der Implementierung

Die Caritas Mecklenburg hat vorab einen Projektplan entwickelt, die den Prozess der Implementierung steuern soll. In diesem sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure festgeschrieben. Weiterhin wurde im Anschluss ein zeitlicher Rahmenplan entworfen. Die detaillierten Informationen diesbezüglich können im Anhang ‚Projektplan SIS stationär‘⁸³ nachgelesen werden. Ebenda findet der Leser eine schematische Darstellung und die dazu gehörige Erläuterung.

81 Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

82 Person (oder Einrichtung), die Wissen oder Information weitergibt und zu deren Verbreitung, Vervielfältigung beiträgt

83 Anhang 1 Projektplan SIS stationär

6.2 Vorstellung der untersuchten Einrichtung:

Unter dem Motto ‚Not sehen und handeln‘ arbeitet der deutsche Caritasverband als größter Wohlfahrtsverband im Namen der katholischen Kirche. Die Ursprünge finden sich Ende des 19. Jahrhunderts, als der Theologe Lorenz Werthmann zur Gründung des Caritasverbandes aufforderte, um dem zunehmenden Zerfall des sozialen Engagements von katholischer Seite aus entgegenzuwirken.⁸⁴ Aus ähnlich sozial engagiertem Anlass wurde im Jahre 1946 die Caritas Mecklenburg gegründet. Speziell, um den Nachwirkungen des zweiten Weltkrieges im nordöstlichen Bundesland von kirchlicher Seite her zu begegnen. Im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands 1989/90 wurde die Weiterführung als eingetragener Verein beschlossen, welcher bis heute besteht. Im weiteren Verlauf wurde die Caritas Mecklenburg aufgrund ihrer zunehmenden Größe und vielfältigen betrieblichen Ausweitung in (heute) drei Kreisverbände unterteilt: Mecklenburg-Strelitz, Rostock und Westmecklenburg. In den unterschiedlichsten Bereichen sind etwa 1150 Mitarbeiter wirksam. Dazu zählen unter anderem die fünf stationären Institutionen der Altenhilfe, 50 ambulante Beratungsstellen, elf Sozialstationen und zwei Kindertagesstätten. Die Caritas Mecklenburg wird vom Caritasdirektor Steffen Feldmann geleitet, welcher seinen Hauptsitz in Schwerin hat.⁸⁵

Das Projekt der Entbürokratisierung wurde Ende letzten Jahres zunächst für die stationären Bereiche beschlossen und wird derzeit (2016) durchgesetzt. Für die Erhebung der Daten zur Implementierung des Strukturmodells wurde das Altenpflegeheim ‚Schwester Elisabeth Rivet‘ in Neubrandenburg ausgewählt. Gründe dafür waren der bereits bestehende Bezug zur Hochschule Neubrandenburg und der Tatsache, dass die forschende Caritas Mecklenburg Multiplikatorin (CMM) ihren Arbeitsplatz dort innehat, sowie die Implementierung vor Ort begleitet.

Das katholische Altenpflegeheim wurde 1986 in Planung gegeben und schlussendlich im September 1991 eingeweiht. Es wurde nach der katholischen Nonne und Widerstandskämpferin Elise Rivet (1890- 1945) benannt. Sie wurde aufgrund ihrer Charaktereigenschaften und der geistigen Haltung als Mère Marie Elisabeth de l’Eucharistie ‚Ein Lächeln auf deinen Lippen – das Kreuz im Herzen‘ bekannt. Ihr Engagement im zweiten Weltkrieg galt den bedrohten Kindern und den Flüchtlingen. Mère Elisabeth wurde verraten und letztendlich im KZ Ravensbrück am Karfreitag des Jahres 1945 zum Schutz eines anderen Häftlings vergast.⁸⁶

84 Vgl. Deutscher Caritasverband (2016)

85 Vgl. Caritas Mecklenburg e.V. (o.J.)

86 Vgl. Caritas Mecklenburg e.V. (o.J.)

Die Mitarbeiter des Altenpflegeheims arbeiten nach den Werten des katholischen Glaubens, wobei Nächstenliebe eine besondere Rolle spielt. Der Grundgedanke der christlichen Nächstenliebe wird durch ihr Handeln deutlich. Heimbewohner werden als eigenständige Persönlichkeiten mit einem eigenen Lebensweg wahrgenommen, unabhängig der Weltanschauung, Religion und persönlichen Erfahrungen.⁸⁷

Das Pflegeheim ist in Neubrandenburg ruhig sowie zentral gelegen und wurde bewusst angrenzend an die katholische Kirche der Stadt gebaut. Die dazugehörige Gartenanlage bildet den idyllischen Blickfang und lädt mit seinen unzähligen Blumen und zahlreichen Bänken zum Verweilen ein. Das Angebot einmal ‚frische Luft‘ zu holen wird gerne von Besuchern, Bewohnern und Mitarbeitern genutzt.

Das Haus besteht aus drei Etagen, auf denen insgesamt 68 pflegebedürftige Heimbewohner ihren Lebensalltag ausschließlich in Einzelzimmern verbringen können. Die oberen Wohnebenen sind durch Treppen und Fahrstuhl erreichbar. Die Zimmer dort verfügen über einen eigenen Balkon. Die Zimmer im Untergeschoss genießen den Vorteil eines eigenen Badezimmers. Die einzelnen Wohn- und Arbeitsbereiche bestechen durch ihre Übersichtlichkeit und den gemütlichen gar familiären Charakter. Auf den oberen Wohnebenen können sich die Bewohner in die Sitznischen zurückziehen oder den Gemeinschaftsraum für gemeinsame Beschäftigungsrunden nutzen. Des Weiteren hat der Speiseraum als ‚zentraler Treffpunkt‘ des Austausches seine Funktion ausgeweitet. Das Essen wird in der hauseigenen Küche zubereitet und zusätzlich in der Kantine verkauft, sowie an verschiedene Adressen ausgeliefert, wie die katholische Kindertagesstätte und über den Essensservice der Caritas ‚Essen auf Rädern‘. Ebenso befindet sich im Erdgeschoss eine hauseigene Wäscherei und ein Konferenzraum, in dem Fortbildungen und Hausfeste abgehalten werden. Das Herzstück des Altenpflegeheims ist die Kapelle. In ihr finden in regelmäßigen Abständen katholische aber auch evangelische Gottesdienste statt. Auch Orgelkonzerte werden angeboten. Die Mitarbeiter sind bemüht ein vertrautes Verhältnis zu den Bewohnern aufzubauen. Sie sollen einen möglichst selbstbestimmten und individuell erfreulichen Lebensabend verbringen dürfen. In diesem Kontext sollen sie frei entscheiden, an welchen Angeboten des Hauses sie teilnehmen oder allgemein, wie sie ihren Alltag gestalten.

Das Altenpflegeheim wird derzeit von Herrn Thomas Witkowski geleitet. Ihm sind direkt die Pflegedienstleitung Frau Nostheide, die Leiterin der Hauswirtschaft Frau Lentzko, die Hausmeisterleitung und die Verwaltungsleitung unterstellt.⁸⁸ Dies sind die vier

87 Vgl. Qualitätshandbuch der Caritas- das Leitbild

88 Anhang 2: Organigramm der Einrichtung

wichtigen Bereiche, um eine Pflegeeinrichtung erfolgreich zu leiten. Die Mitarbeiter haben täglich direkten Kontakt zu den Heimbewohnern und sind demzufolge angehalten sich am Grundgedanken der Nächstenliebe zu orientieren. In diesem Zusammenhang soll den Heimbewohnern ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Bis hin zur Einführung des Strukturmodells orientierte sich die Einrichtung an den 13 ABEDL's von Monika Krohwinkel.⁸⁹ In diesen 13 Lebensbereichen werden die Ressourcen und Defizite des Pflegebedürftigen abgebildet und demzufolge der Hilfebedarf festgelegt. Genau diesem ‚Überstülpen‘ unserer professionellen Meinung soll mit Hilfe der neuen Konzeption entgegengewirkt werden.

6.3 Praktische Umsetzung der Implementierung

Um genaue und vor allem individuelle Eindrücke während der Implementierung des Strukturmodells in einer Pflegeeinrichtung zu erfassen, wird sich die Forscherin selbst im Forschungsraum bewegen, um währenddessen Beobachtungen durchzuführen und Gespräche anzubieten. Sie übernimmt den zentralen Part in Neubrandenburg.

Die Vorbereitungen zum Projektbeginn konnten wie geplant durch das Referat Pflegedienste im Dezember begonnen und durch die Auftaktschulung des Caritas Projektteam (CT) Ende Januar abgeschlossen werden. Als Unterstützung während der Schulung fungiert die Forscherin als zweiter Multiplikator. Während der Schulungstage werden die CMM als neue Mitglieder in die Runde eingeführt. In Kleingruppenarbeit entwickelte jedes örtliche Projektteam (ÖT) zukünftige Pläne und stellte sie in großer Runde vor. Diese Pläne waren alle positiv und zuversichtlich ausgerichtet und versprachen eine gute Zusammenarbeit. Die groben Ablaufinformationen aus der Auftaktschulung wurden in internen Qualitätsmanagement (QM) Treffen an die Unterstützer vor Ort weitergegeben, sodass sich der Gedanke an die Umstellung auf ein neues System verbreiten und manifestieren konnte.

Während der ersten direkten Phase der Implementierung in den stationären Einrichtungen der Caritas Mecklenburg wurden alle Mitarbeiter in Hinblick auf die Einführung des Strukturmodells geschult. Dementsprechend wurden die Dienstpläne der Stationen angepasst. Da die Schulungswochen in Neubrandenburg im März organisiert waren, konnten zwei Wochen herausgesucht werden, in denen kein Mitarbeiter Urlaub geplant hatte. Diese Schulungen verliefen somit auch nach dem Plan des Referates Pflegedienste. Was bedeutet, dass in zwei aufeinander folgenden Wochen alle Pflegefachkräfte (PFK) an je zwei aufeinander folgenden Tagen und alle

⁸⁹ Vgl. Qualitätshandbuch der Caritas- das Pflegekonzept

Pflegehilfskräfte (PHK), einschließlich der Betreuungskräfte, an je einem Tag die Schulung zum Thema ‚Entbürokratisierung‘ erhielten. Drei Mitarbeiter konnten diese Weiterbildung krankheitsbedingt nicht wahrnehmen. Sie wurden zu einem späteren Zeitpunkt nachgeschult. Die erste Basisschulung der Pflegefachkräfte wurde durch die Caritas Projektleitung vorgenommen. Die weiteren Termine übernahm der örtliche Caritas Mecklenburg Multiplikator. Beide arbeiteten nach Ablaufplänen des Ein-STEP Projektbüros.

6.3.1 Hoffnungen und Erwartungen der Mitarbeiter

Zu Beginn der Schulung wurden die Pflegefachkräfte nach ihren Erfahrungen bzw. dem Wissensstand über das Projekt befragt. In diesem Zusammenhang wurden sie gebeten ihre Hoffnungen, Erwartungen aber auch Befürchtungen und Ängste niederzuschreiben und mit den Anwesenden zu teilen. Nachfolgend werden diese in positive und negative Haltungen aufgezählt.

- Positiv eingestellte Haltung:
 - Vereinfachung des Dokumentierens/ Arbeitens
 - Mehr Zeit für den Heimbewohner (direkte Pflege)
 - Mehr Zeit für Azubis (unsere Zukunft)
 - Dass es allgemein einfacher wird
 - Zeitliche Entlastung
 - Schnelleres Erfassen der Pflegeplanung/ wichtige Informationen
 - Weniger Zeit am PC verbringen
 - Bessere Übersicht für neue Mitarbeiter
 - Kein ‚Gelüge‘ mehr
 - Entbürokratisierung an sich (weniger Schreibarbeit)
- Negativ behaftete Haltung:
 - Viel Zeitaufwand bei der Umstellung (zwei unterschiedliche Strukturen)
 - Komplizierte Umstellung: neues System lernen (Ängste davor)
 - Anfangs umfangreiche Zuarbeit
 - Schwierigkeiten beim Einfinden in das neue System

6.3.2 Vorgehen nach der Basisschulung

Das ersichtliche Interesse und Engagement einiger Mitarbeiter während der Schulung bildeten die Grundlage für die Entscheidung, dass es prädestinierte Mitarbeiter in der neuen Konzeption geben soll. Das heißt nicht, dass sie bessergestellt sind, sondern dass die Mitarbeiter ihrer Talente nach ausgewählt werden. Sie werden entweder SIS Beauftragte oder ihnen werden andere Aufgaben zu gesprochen. Der Pflegedienstleitung (PDL) und CMM ist bewusst, dass die neue Konzeption zunächst verinnerlicht werden muss, um erfolgreich umgesetzt zu werden. Diese Gabe beziehungsweise das Verständnis dafür bringen nicht alle Mitarbeiter auf. Die nächsten Etappen wurden hauptsächlich von der CMM in Abstimmung mit der Pflegedienstleitung vor Ort organisiert und begleitet. Es wurde hausintern festgelegt, dass alle Pflegefachkräfte angehalten sind, mindestens die Dokumentation eines Heimbewohners umzustellen. Die zukünftigen SIS-Beauftragten kristallisierten sich in dieser ersten Umstellungsphase deutlich heraus. Nachfolgend wurden für beide Wohnebenen jeweils drei Pflegefachkräfte mit unterschiedlichem Pflegewerdegang ausgewählt. In persönlichen Gesprächen wurde ihnen mitgeteilt, welche Aufgabe sie künftig haben. Die Reaktionen waren vielfältig. Einige freuten sich auf die neue Herausforderung, andere sahen der Neuerung skeptisch entgegen.

6.3.3 Auftretende Probleme und deren Lösungsansatz

Während der Umstellungsphase wurden die SIS-Beauftragten der oberen Wohnebene sowie die CMM zunächst häufig in Diskussionen über das Strukturmodell verwickelt. Einige Mitarbeiter zweifelten die Logik hinter dem System an, andere hatten und haben immer noch Angst vor der nächsten MDK Prüfung. Hintergrund dieser Angst besteht darin, dass der MDK einmal jährlich alle Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der aktuellen QPR überprüft. Durch eine unzureichende Qualität der Pflegedokumentation können pflegerische Institutionen die Berechtigung verlieren, am Markt tätig zu sein. Wiederum andere verstehen nicht, dass nun ‚so wenig‘ Dokumentation ausreichend sein soll, wenn doch vorher alles bis ins kleinste Detail notiert sein musste. Noch andere missachteten die neuen Regeln und die helfenden Anmerkungen der SIS-Beauftragten und dokumentierten wie zuvor. Diesen Verständnisdefiziten wurde mit jeder Diskussion versucht entgegenzuwirken. Zum größten Teil mit Erfolg, jedoch müssen sich die SIS-Beauftragten bis heute solchen Konflikten stellen. Bedauerlicherweise kann die Denkweise, NICHT für den MDK, sondern im Interesse des Bewohners zu dokumentieren und die Dokumentation als Übergabeinstrument im Austausch mit anderen Mitarbeitern zu nutzen, nicht aus allen Köpfen verbannt werden. Schätzungsweise wird sich das nicht ändern, bevor es zu einer ersten Überprüfung

durch den MDK/ Heimaufsicht gekommen ist. Zunächst wollten die Mitarbeiter auch nicht auf die bis dato Sicherheit vermittelnden Listen verzichten. Die Listen wurden genutzt, um tägliche Trinkmengen (Trinkprotokolle) zu notieren bzw. die wöchentlich anfallenden Schmerzprotokolle übersichtlich darzustellen. Eine andere Liste wiederum enthielt Vorlagen für die individuelle Beschäftigung. Alle umgestellten Bewohner wurden bei ‚Immerso‘⁹⁰ Risiken von diesen Listen entfernt. Die ‚kompensierten Risiken‘ wurden dementsprechend in der SIS oder im Maßnahmenplan eingearbeitet. Zur Schaffung eines Kompromisses wurde eine neue Liste erarbeitet, welche sich seit jeher auf der Wohnebene zwei bewährt hat, die Heimbewohner-Status Listen⁹¹. In diesen Listen sind alle Namen der angepassten Heimbewohner in einer Tabelle aufgelistet. Weiterhin sind die fünf Risikobereiche entgegengesetzt angeordnet, sodass für jeden Heimbewohner jeder Risikostatus erhoben werden kann. In diesem Fall bezieht sich das auf die fachliche Beobachtung/ Einschätzung. Wenn beispielsweise ein Heimbewohner aus dem Krankenhaus zurück in die Einrichtung kehrt, wird genau beobachtet, ob Veränderungen bzgl. der Risikobereiche aufgetreten sind. Wurde eine neue Schmerztherapie angesetzt, wird der Heimbewohner hinsichtlich des Schmerzverhaltens beobachtet. Wurde bei ihm eine Dehydratation festgestellt, wird er hinsichtlich der Ernährung (beinhaltet auch das Trinkverhalten) beobachtet.

Die SIS- Beauftragten sind hinsichtlich ihres Charakters und ihrer Arbeitsweise sehr unterschiedlich. Das betrifft beide Wohnebenen gleichermaßen. Ein Teil schafft es, Dokumentationen während des Dienstes umzustellen. Andere benötigen viel Ruhe um sich konzentrieren zu können und erledigen die Umstellungen vor bzw. nach dem Dienst. Vorzugsweise wurde es den Arbeitern ermöglicht, sich in einen separaten Raum für die Umstellung der Dokumentation zurück zu ziehen. In diesem Zusammenhang und speziell für Neuaufnahmen und den eingeführten SIS-Doku- Tagen⁹² eignet sich das ‚GOON-Büro‘⁹³. Die gerade genannten SIS- Dokumentationstage wurden in einer Arbeitsberatung am 05.07. 2016 beschlossen. Sie sollen im Dienstplan unter dem Kürzel ‚SI‘ zeitlich festgelegt und nach dem Mitarbeiter-Frühstück organisiert werden. Zunächst sollte an diesen Tagen die Umstellung weiter vorangetrieben werden, jedoch war dies hinsichtlich der mangelnden Personalbesetzung in der Sommerzeit nicht umsetzbar. Die SIS-Dokumentationstage konnten erst nach der vollständigen Umstellung der Heimbewohner auf den jeweiligen Wohnebenen durchgesetzt werden.

Auf der unteren Wohnebene mussten die Diskussionen auch auf dem formellen Weg geführt werden. Nach der ersten Umstellungsphase einer jeden PFK und der

90 Genauere Erklärung erfolgt im Punkt 7.1

91 Anhang 3 HB-Status Liste

92 Anhang 4 SIS-Doku Tag

93 GOON= Name des Pflegedokumentationssystem

Benennung der SIS-Beauftragten sollte die eins zu eins Betreuung und intensive Umstellungsphase mit den SIS-Beauftragten beginnen. Jedoch war indes das Jahr soweit fortgeschritten, dass die sommerliche Urlaubszeit vorangerückt war. Demzufolge konnte auf der unteren Wohnebene vorerst nur mit einer Person gearbeitet werden. Für die SIS-Beauftragten des oberen Wohnbereiches war dies nichtzutreffend. Die Zusammenarbeit mit ihr verlief stockend aufgrund des Zeitmangels, jedoch mit positivem Feedback beiderseits. Der Mitarbeiterin macht die neue Aufgabe Spaß und die CMM ist mit der geleisteten Arbeit zufrieden. Laut ihrer späteren Aussage verlief die Kooperation mit den anderen Mitarbeitern auf der Station nicht optimal, welches sich auch in der Dokumentation widerspiegelte. Die Mitarbeiter ohne SIS-Beauftragung hielten sich bei den ersten Neuaufnahmen von Heimbewohnern in das Pflegeheim sehr zurück. Weiterhin suggerierten die übrigen PFK ihnen fälschlicherweise, dass sie nun alle Verantwortlichkeit für die Pflegedokumentation übernehmen müssen. Aus diesen Gründen fühlten sich vor allem die anderen beiden SIS- Beauftragten anfangs sehr allein gelassen mit der neuen Aufgabe und hatten förmlich Angst, diese zu übernehmen. Zunächst sprachen die Mitarbeiter nicht über ihre Gefühle, die sie selbst in ihrem Urlaub belasteten. Nach diesem hatte sich die Gefühlslage enorm zugespitzt, sodass sich beide Mitarbeiter an die Mitarbeitervertretung (MAV) wendeten, welche ihnen gut zuredete, aber auch den richtigen Ansprechpartner für die Problematik nannte, den CMM und die PDL. Nach Rücksprache zwischen der MAV und dem CMM wurde für die jeweiligen Mitarbeiter zunächst ein formeller Gesprächstermin mit dem CMM und im Anschluss daran mit der PDL vereinbart. Die SIS-Beauftragten schilderten emotional ihre Ängste und die Situation auf der Wohnebene. Die CMM und PDL appellierten an die Vernunft der SIS-Beauftragten, versicherten ihnen ihr Können, welches sie bereits unter Beweis gestellt hatten. Weiterhin sollen ermahnende Gespräche mit anderen PFK der Station geführt werden. Diese Problematik wurde zunächst während der Arbeitsberatung mit den Wohnbereichsleitern besprochen. Ebenso wurde eine außerordentlich stattfindende Teamberatung gleich am nächsten Tag im Anschluss an die Übergabe angesetzt. Die anwesenden Mitarbeiter schienen einsichtig, doch die nächste Neuaufnahme zeigte wiederum, dass diesem Gespräch keine Taten folgten. Die regulären Aufgaben einer Bezugspflegekraft wurden vor Aufnahme nicht wahr genommen, die Akten nicht mehr gepflegt und die ersten Berichte nach dem Neueinzug wurden nebenbei auf ein weißes Blatt Papier geschrieben, ohne Handzeichen, Datum oder angepasster Farbe. In nächster Instanz wurde ein weiteres eindringliches Gespräch mit den PFK der unteren Wohnebene geführt, mit der zusätzlichen Ansage, dass eine E-Mail an alle Mitarbeiter versandt wird, in der die jeweiligen Aufgabenbereiche und der Ablauf einer Neuaufnahme noch einmal für alle Mitarbeiter

aufgeführt wurden. In diesem Zuge wurde das Bezugspflegesystem etwas geändert. Die SIS- Beauftragten sollten etwas Entlastung und Entgegenkommen der QM Leitung erfahren, sodass deren Bezugspflegen auf die PFK ohne SIS-Beauftragung aufgeteilt wurden. Nachdem sich die Situation diesbezüglich auf der Wohnebene entspannt hatte und sich jeder seiner Aufgaben bewusst wurde, verlief die Dokumentation besser. Die nach Aussage von Wohnebene zwei Erleichterung verschaffende Heimbewohner Status- Liste wird auf der unteren Etage nicht als solches wahrgenommen, sondern eher als Belastung. Sie ist selten präsent bzw. auffindbar und daher nicht die erhoffte Hilfe.

6.3.4 Weitere Umsetzung der Implementierung

Während der Umstellungsphase wurde versucht, alle Mitarbeiter einzubeziehen und sie zur Mitarbeit zu animieren. Die CMM und auch die PDL suggerierten allen Mitarbeitern ein offenes Ohr für Fragen oder andere Anliegen. Beide vergewisserten sich unabhängig voneinander fortlaufend in formellen (PDL)/ informellen (CMM) Gesprächen über die Entwicklungen auf den Wohnbereichen. Ebenso wurde nach internen Fort- und Weiterbildungen die Gelegenheit genutzt, offene Fragen zu klären bzw. sich ein Feedback einzuholen. So wurde unter anderem in dieser Runde auch ein Schema zur vereinfachten Darstellung der Handlungsabfolge beim Risiko Schmerz vorgestellt.

Weiterhin wurden zwei weitere Mitarbeitergruppen in die Dokumentation mit einbezogen. Zunächst wurde eine Nachtdienstkonferenz einberufen. Am 31.05. 2016 versammelten sich die PDL, CMM und alle Dauernachtwachen um über ihren Aufgabenbereich hinsichtlich der neuen Konzeption zu sprechen. In diesem Rahmen wurde festgelegt, dass die jeweiligen PFK die nächtliche Maßnahmenplanung (TS⁹⁴- Nacht) aktualisieren und individualisieren. Die Wohnebenen wurden zugeteilt und die Mitarbeit durch die PHK zugesichert.

In einer nächsten Konferenz am 02.08. 2016 wurden die Betreuungskräfte zur Versammlung gebeten. Die Mitarbeiter der sozialen Betreuung übernehmen in Zukunft mehr Biografiearbeit und helfen so den SIS-Beauftragten bei der individuelleren Dokumentation. Sie sollen die SIS und Maßnahmenplanung der umgestellten Bewohner gegenlesen und Bemerkungen an die SIS-Beauftragten weitergeben. Die Anmerkungen/ Verbesserungsvorschläge sollen sich speziell auf das Themenfeld 5 ‚die sozialen Beziehungen‘ und ‚die biographischen Vorlieben, individuelle Besonderheiten‘ beziehen. Den Biografiebogen als Erhebungsinstrument wird es nicht mehr geben. Relevante Daten fließen ab sofort in die SIS mit ein. Die geplanten Maßnahmen (Beschäftigungsangebote) müssen individuell, angemessen und durchführbar sein.⁹⁵

94 Tagesstruktur

95 MDK, MDS (2016) S. 23/24, 30

Weiterhin wird auf Grundlage der neusten Erkenntnisse aus dem Multiplikatorentreffen mit dem CT zukünftig auch ihre Arbeit entbürokratisiert. Ihre tägliche Dokumentation darf ferner auch unter den ‚Immerso‘ Beweis gezählt werden.⁹⁶ Demzufolge haben sie die Aufgabe das Wohlbefinden/Unwohlbefinden der Heimbewohner wöchentlich zu dokumentieren. Diese Neuerung wurde nach vollständiger Umstellung der Bewohner zum 01.09.2016 wirksam. Um vor allem den Betreuungskräften, aber auch anderen Mitarbeitern, die Dokumentation zu vereinfachen, wurde ein Anleitungsbogen verfasst. In diesem wurde das Schreiben und Verschicken von E-Mails mit Hilfe des Intranets dargestellt und der Weg zu den Dokumenten, welche sie abgleichend lesen sollen.⁹⁷ Diese Anleitung wird Bestandteil des Strukturmodell Ordners.

96 MDK, MDS (2016) S. 25, 27
97 Anhang 5

7. Das Strukturmodell

Durch die Neuausrichtung der Pflegedokumentation kommt es zu einem Paradigmenwechsel⁹⁸. Die Entbürokratisierung soll das Vertrauen der Pflegefachkräfte in ihre eigenen Fähigkeiten stärken und ihnen Raum für ihre fachlichen Entscheidungen geben. Hierbei stehen der personenzentrierte Ansatz der Pflegebedürftigen sowie die bessere und schnellere Orientierung/Übersichtlichkeit im Mittelpunkt. Dieser Ansatz spiegelt sich speziell in der Selbstbestimmung und dem Verständigungsprozess mit dem Pflegebedürftigen wider. Dies wird mit Hilfe des neuen Konzeptes, der strukturierten Informationssammlung verwirklicht. Weiterhin soll es zu einer Zeitersparnis kommen, welche im Endeffekt der direkten Pflege zu Gute kommen soll. Bei der Neuausrichtung wird ein ‚Reset‘ durchgeführt, der ohne Schulung und Übung nicht möglich erscheint. Das alte Denken für Prüfinstanzen zu dokumentieren, muss aufgehoben werden und die Pflegedokumentation auf das zurückgesetzt werden, was sie einmal war. Sie dient als Informationsmittel für den beruflichen Alltag und als Maßnahme der Qualitätssicherung. Darüber hinaus soll, im Umgang mit der Risikoeinschätzung wieder rational gedacht werden.⁹⁹ Rechtliche Unterstützung erhielt das Projekt durch eine juristische Expertengruppe. In der ersten Kasseler Erklärung¹⁰⁰ und der zweiten Kasseler Erklärung¹⁰¹ wurden die Quintessenz der juristischen Beratungen veröffentlicht.¹⁰²

7.1 Vier Elemente des Strukturmodells und deren Prinzipien

Das Strukturmodell gliedert sich, in Anlehnung an den ‚neuen‘ Pflegeprozess, in vier Elemente. Die ersten drei Stufen des sechsstufigen Pflegeprozesses werden alle im ersten Element, der Strukturierten Informationssammlung, vereint. In diesem sollen sowohl Probleme, als auch Ressourcen und Ziele erhoben werden. Die weiteren Stufen (Maßnahmen, Berichte und Evaluation) bleiben bestehen. Wenn die Pflegedokumentation dem Strukturmodell angepasst wird kann sich die Einrichtung weiterhin an einer Pflegeethik bzw. eine Trägerphilosophie orientieren. Jenes wird jedoch nicht als notwendig erachtet, da dem Strukturmodell ein wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt.¹⁰³ Diese wissenschaftlichen Analysen wurden im Zusammenhang mit den Themengebieten des Neuen Begutachtungsassessments

98 Paradigma: grundsätzliche Denkweise

99 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH³ (2015) F. 7

100 Anhang 13 Erste Kasseler Erklärung

101 Anhang 14 Zweite Kasseler Erklärung

102 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 57

103 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 15

(NBA) entwickelt. Aufgrund der Anlehnung der Themenfelder an das NBA können auch dieselben wissenschaftlichen Erkenntnisse verwendet werden.¹⁰⁴

Die Grundprinzipien des Strukturmodells finden sich zunächst in der Stärkung der fachlichen Kompetenz der PFK wieder. Diese soll, in Zusammenarbeit mit den Wünschen und Bedürfnissen des Pflegebedürftigen, ein pflegewissenschaftliches Fundament des personenzentrierten Ansatzes abbilden. In der Dokumentation sollen sich für die Betreuung und Pflege relevante biographische Aspekte widerspiegeln. Ebenso sollen Phänomene und Risiken übersichtlich in einer eigens entwickelten Matrix eingeschätzt werden. Weiterhin soll sich das Dokumentieren von Abweichungen etablieren, sodass das Berichtsblatt unter anderem frei von Doppeldokumentationen ist.

7.1.1 Element 1: Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Das erste Element und damit der Einstieg in den Pflegeprozess bildet die ‚Strukturierte Informationssammlung‘ (SIS). Zur schnelleren Orientierung und sichtbaren Verknüpfung zwischen den Themenfeldern und der Risikomatrix ist die SIS auf einem A3 Papier dargestellt worden. Sie dient, ergänzend zum Stammbblatt, der klassischen ersten Informationssammlung und bildet die wesentlichen Sichtweisen (Gewohnheiten, Wünsche und den individuellen Unterstützungsbedarf) des Pflegebedürftigen ab. Wichtig ist bei diesem Grundprinzip die eigene Sicht des Pflegebedürftigen zu erhalten, ggf. bei kognitiven oder höchst körperlichen Einschränkungen, die Einschätzung/Erfahrungen der Angehörigen/ Betreuer.¹⁰⁵ Die pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte werden mit der fachlichen Expertise der PFK abgeglichen. Zu dem zweiten Grundprinzip gehören einerseits die erworbene Qualifizierung und die beruflichen Erfahrungen, andererseits die Kenntnis sowie das ‚Know how‘ einer Risikoanalyse mit Hilfe von erworbenen evidenzbasiertem Fachwissen. Die genannten Grundprinzipien münden in das dritte Prinzip, dem Verständigungsprozess¹⁰⁶. Diese Zusammenführung bildet die Basis der betreuenden und pflegerischen Maßnahmen. Treten entgegengesetzte Meinungen, speziell in Bezug auf die Reduzierung von Risiken auf, müssen diese in der SIS dokumentiert werden. Diese Auffassungen erlangen besondere Bedeutung bei der nachfolgenden Maßnahmenplanung.¹⁰⁷

104 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 39

105 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 18/19

106 Respektvoller Umgang miteinander und die Verständigung darüber, auf der Grundlage der geäußerten individuellen Wünsche und Gewohnheiten die tägliche Versorgung und Betreuung zu sichern

107 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 19/20

Die Strukturierte Informationssammlung ist in drei aufeinander aufbauende Abschnitte unterteilt. Grundsätzlich soll durch dieses neue Konzept die überschaubare Darstellung der betreuungs- und pflegerelevanten Aspekte der Pflegebedürftigen ermöglicht werden. Die Dokumentation kann nur von einer geschulten PFK durchgeführt werden. Daher wird empfohlen, diese Aufgabe zunächst an Einzelne zu delegieren, sodass ein zentrales Aufnahmemanagement während der Umstellung besteht. Nach Gewährleistung ausreichender Kompetenzen kann dieses auch ausgeweitet werden. Mit der SIS soll die derzeitige Pflege- und Betreuungssituation bei der Aufnahme erfasst werden. Mit Abschluss und Unterschrift der PFK wird das Ergebnis verpflichtend amtlich.¹⁰⁸ Eine erneute Bearbeitung (Evaluation) der SIS wird dann notwendig, wenn sich gravierende Änderungen der Pflege- bzw. Betreuungssituation einstellen, beispielsweise nach einem folgenschweren Krankenhausaufenthalt. In diesen Fällen wird sie als ‚Folgegespräch‘, entweder vollständig oder in bestimmten Themenfeldern, überarbeitet.¹⁰⁹

Das Konzept beginnt mit dem Feld A. Im Kopf des Konzeptes sollen erste Stammdaten erhoben werden. Zunächst ist es erforderlich, dass sich die aufnehmende Person, welche eine Pflegefachkraft sein muss, mit ihrem Handzeichen bzw. Namen kenntlich macht. Anschließend folgen Daten zum Tag des Gesprächs und zur Kennzeichnung, ob es sich um ein Erst- oder Folgegespräch handelt. Ebenso muss der Name des Bewohners im Feld A erscheinen. Es ist optional, wenn dieser oder der Angehörige/gesetzlicher Vertreter, im Anschluss an die Erhebung, die gesammelten Informationen mit seiner Unterschrift bestätigt. Es gibt auch die Möglichkeit, dem Pflegebedürftigen eine Kopie zukommen zu lassen bzw. das Original in der Akte zu hinterlegen, sodass sie jederzeit zur Einsicht bereit liegt.¹¹⁰

Das Feld B dient der Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person. Kann sich der Pflegebedürftige aufgrund seiner kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigung nicht selbst dazu äußern, wird stellvertretend das Gespräch mit Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern gesucht. Vor dem Gespräch muss sich die PFK bewusst sein, dass die Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen oberste Priorität haben. Die ‚professionelle Brille‘ muss also zunächst abgesetzt werden.¹¹¹

In diesem Feld ist es von besonderer Bedeutung, den Originalton des Gespräches ungefiltert abzubilden. Ganz gleich was bzw. wie der Pflegebedürftige seine Situation

108 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 26/27

109 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 28

110 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 29

111 Heim, Claudia (2015) S. 39

einschätzt. Die SIS durchführende PFK stellt folgende Fragen zur Eröffnung bzw. zum Abschluss des Gespräches und übt sich danach zunächst im aktiven Zuhören:

„Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“¹¹²

Daraufhin werden die Antworten, in Form der direkten Rede, in das Feld eingetragen. Somit wird dem Pflegebedürftigen von vornherein bzw. zusammenfassend die Möglichkeit gegeben *seine* größten Wünsche und/oder Hauptprobleme zu nennen. Die wechselseitige Realisierung der Situation wirkt förderlich in Hinsicht auf das Grundprinzip der Selbstbestimmung und gleichzeitig hilft es die Art und Weise der Betreuung und Pflege für beide Seiten individuell und bestmöglich zu gestalten. In dieser wörtlichen Rede wird auch in erster Instanz deutlich, ob der Pflegebedürftige seinen Unterstützungsbedarf einschätzen und Risiken erkennen kann. Speziell bei nicht adäquater Einschätzung sind in diesem Feld ergänzende Informationen von Angehörigen/ Betreuern hilfreich.¹¹³

Der Bereich C unterteilt sich wiederum in C1, die Themenfelder und C2, die Risikomatrix. Die sechs Themenfelder sind, wie bereits erwähnt, in Anlehnung an das NBA entwickelt worden. Es handelt sich hierbei um die Schwerpunkte:

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Mobilität und Beweglichkeit,
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen,
- Selbstversorgung,
- Leben in sozialen Beziehungen und
- Wohnen/ Häuslichkeit.

Jedem Themenschwerpunkt wird ein Themenfeld zugeordnet. Alle Felder sind von der durchführenden PFK aktiv zu beschriften. In diesem Zusammenhang ist es irrelevant in welcher Reihenfolge die Felder ausgefüllt werden, da der Gesprächsverlauf flexibel und individuell gestaltet werden soll. Es ist auch möglich die Felder mit zusätzlichen Informationen zu bestücken, die erst nach dem Gespräch in Erfahrung gebracht werden konnten.¹¹⁴ Die Themenfelder sollen dahingehend befüllt werden, dass die Lebens- und Pflegesituation mit allen Wünschen und Hilfebedarfen des Pflegebedürftigen dargestellt wird. Dieses hat vorrangig zum Ziel, die Sichtweisen der Pflegebedürftigen zu realisieren und dementsprechend umzusetzen. Weiterhin sollen auch biographisch relevante Daten, wie Rituale und Gewohnheiten darin Verwendung finden, sodass ein separater Biografie-Bogen nicht mehr erhoben werden muss. Beim Ausfüllen der

112 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 30

113 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 30

114 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 28

Themenfelder spielt der Originalton eine untergeordnete Rolle. Es ist immer von Vorteil die genaue Wortwahl zu notieren und sie im Nachhinein zu lesen, jedoch nicht zwingend notwendig. Im Anschluss daran ergänzen sie die Themenfelder mit ihren professionellen Sichtweisen und die sich im Dialog vereinbarten Verständigungen mit dem Gegenüber.¹¹⁵ Die PFK sollte in ihrer Einschätzung auch auf die Gestaltungs- bzw. Handlungsspielräume der Pflegebedürftigen eingehen. In jedem Themenfeld sollen sich demzufolge die drei Grundprinzipien widerspiegeln. Insbesondere unterschiedliche Einschätzungen des Pflegebedürftigen/ Angehörigen und der PFK sollten in der SIS Beachtung finden. In diesem Zusammenhang wird das dritte Prinzip, der Verständigungsprozess besonders wichtig.¹¹⁶ Im Fokus der Themenfelder stehen somit „sowohl der Hilfe- und Betreuungsbedarf als auch die vorhandenen Ressourcen und Risiken“¹¹⁷.

In den einzelnen Themenfeldern können sich Querverweise befinden. Einerseits zur Vermeidung von Doppelungen und andererseits, um die Zuordnung zum jeweiligen Thema kenntlich zu machen. Die Zuordnung einzelner Inhalte ist abhängig vom Auge des Betrachters. So kann das Thema Schmerz in vielen Feldern abgebildet werden. Dazu die folgenden Beispiele:

„T1: HB kann Schmerzen nicht adäquat benennen, einschätzen → Schmerzeinschätzung erfolgt objektiv nach ECPA“¹¹⁸

T2: HB hat beim Bewegen der Fingergelenke offensichtlich Schmerzen.

T3: HB neigt dazu mehrmals täglich Schmerzmittel zu verlangen (frühere Abhängigkeit).“¹¹⁹

Zu jedem Themenfeld wurde vom Ein-STEP Büro eine Leitfrage mit dazugehörigen Leitgedanken formuliert. Sie sind nicht in Form direkter Fragen an das Gegenüber zu stellen. Sie sollen die Inhalte der Themenfelder genauer strukturieren.¹²⁰ Beispiele zum besseren Verständnis befinden sich in der im Anhang befindlichen Ausarbeitung ‚SIS-Beispielformulierungen‘¹²¹.

115 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 39

116 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 19/20

117 Heim, Claudia (2015) S. 40

118 Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes= ist ein Pflegeassessmentinstrument zu Erfassung von Schmerzen und Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Pflegebedürftigen

119 Eigene Ausarbeitung Anhang 6 (2016) S. 2-5

120 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 27

121 Anhang 6 SIS Beispielformulierungen

Das Themenfeld eins beschäftigt sich mit der ‚Kognition und Kommunikation‘. Es stellt die Frage: *„Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu erkennen?“*¹²²

Dieses Themenfeld dient der Beschreibung der Orientierungsfähigkeit, der Interaktion mit anderen Menschen und der Fähigkeit Gefahren und Risiken abzuschätzen.¹²³ Es ist richtungsweisend für den weiteren Verlauf, da die Orientierungsfähigkeit sich in anderen Alltagsgeschehnissen und Lebensbereichen bemerkbar macht. Ebenso sollen relevante Angaben zur Gedächtnisleistung, zum Erinnerungsvermögen und zum Verstehen von Informationen sowie Entscheidungsverantwortlichkeiten enthalten sein.¹²⁴ In diesem Zusammenhang muss auf bestehende herausfordernde Verhaltensweisen, wie etwa depressive Verstimmungen, nächtliche Unruhe, Hinlauftendenzen oder (verbal/physisch) aggressives Verhalten, aufmerksam gemacht werden.¹²⁵

Das Themenfeld zwei befasst sich mit der ‚Mobilität und Beweglichkeit‘. In diesem Kontext stellt sich die Frage: *„Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbständig innerhalb und außerhalb der Wohnung, bzw. des Wohnbereichs, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu bewegen?“*¹²⁶

In diesem Bereich soll die situationsgerechte und individuelle Beschreibung der Mobilität/Bewegung erfolgen. Unter welchen Voraussetzungen (Hilfebedarf bzw. Hilfsmittelanwendungen) kann sich der Pflegebedürftige aktiv und passiv bewegen. Hierbei ist zu bedenken, dass sich der Pflegebedürftige durch Mobilität in einem angemessenen Umfang an der Alltagswelt teilhaben bzw. teilnehmen kann.¹²⁷

Die ‚Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen‘ werden im Themenfeld drei bearbeitet. Hierzu existiert folgende Leitfrage: *„Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen bei der pflegebedürftigen Person vor?“*¹²⁸

In diesem Bereich sollen keine Diagnosen oder andere ärztliche Informationen Platz finden. Es dient eher dazu, die individuellen Belastungssituationen aufgrund der Erkrankung zu erkennen und in Bezug auf die Pflege und Betreuung zu beschreiben.¹²⁹ Weiterhin sollen therapeutische Maßnahmen, die Compliance und der eventuelle Bedarf

122 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 32

123 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 32

124 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 40

125 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 32

126 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 33

127 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 33

128 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 34

129 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 40

an Unterstützung beim Ausgleich gewisser Risiken eingeschätzt werden. Dies betrifft beispielsweise das Phänomen Inkontinenz.

Im Themenfeld vier soll die ‚Selbstversorgung‘ beschrieben werden. Leitfrage: *„Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?“*¹³⁰

Es soll beschrieben werden, in welchem Grad die Selbstständigkeit in den aufgezählten Bereichen vorhanden ist bzw. welcher Unterstützung es bedarf, um eine größtmögliche Autonomie und Kompetenz aufrecht zu erhalten/ zu fördern. In diesem Feld spielen auch Besonderheiten, wie Ernährungssonden, eine Rolle.¹³¹

Das ‚Leben in sozialen Beziehungen‘ findet sich im Themenfeld fünf wieder. Die Leitfrage lautet: *„Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?“*¹³²

Es soll dargestellt werden, wie sich der Pflegebedürftige in und außerhalb der Einrichtung selbst oder durch Unterstützung beschäftigen, sowie seinen Tagesablauf gestalten kann. Es sollen zudem palliative, konfessionelle, weltanschauliche und sozialpflegerische Inhalte aufgenommen werden, sofern sie relevant sind.¹³³ In diesem Zusammenhang wird erwartet individuell relevante Aktivitäten und Kontakte mit einzubeziehen. Ebenso das Interesse an Betreuungsangeboten ist bedeutend.¹³⁴

Im letzten, dem sechsten Themenfeld, soll das ‚Wohnen/ die Häuslichkeit‘ beschrieben werden. Für diesen Bereich wurde keine Leitfrage formuliert, sondern ein Leitgedanke: *„In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit die pflegebedürftige Person ihre Bedürfnisse und Bedarfe in Hinblick auf Wohnen und Häuslichkeit in der stationären Einrichtung umsetzen kann.“*¹³⁵

Beschrieben wird in diesem Bereich die unmittelbare Lebensumwelt, die Wünsche bezüglich der Wohnsituation und der Umgebungsgestaltung.¹³⁶ Weiterhin soll die Nutzung der Versorgungsräume sowie in diesem Kontext die Selbstversorgungspotentiale dargestellt werden.¹³⁷

Im Anschluss schätzt die PFK in Bezug zu den Themenfeldern die pflegesensitiven Phänomene und Risiken mittels der Matrix, ein. Die Risikomatrix stellt das Feld C2 da. Im Fokus stehen hierbei Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung.

130 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 35

131 Vgl. Heim, Claudia (2015) S.40

132 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 36

133 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 36

134 Vgl. Heim, Claudia (2015) S.40

135 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 38

136 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 41

137 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 41

Diese Informationen werden mit den Themenfeldern verknüpft.¹³⁸ Die fünf weltweit am häufigsten vorkommenden Risiken/Phänomene werden bezüglich der Themenfelder eins bis fünf eingeschätzt. Sie korrespondieren mit den existierenden Expertenstandards des DNQP's¹³⁹. Die Matrix zur Situationseinschätzung stellt das Initialassessment dar. Durch die Struktur der Matrix können Zusammenhänge zwischen Risiko und Themenbereich deutlich identifiziert werden. In beiden Feldern müssen die Wechselwirkungen nachvollziehbar sein.¹⁴⁰ Zunächst werden die Risiken durch die PFK mit ihrer Berufserfahrung und Fachlichkeit mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ (Ankreuzverfahren) beurteilt. Wird das Kreuz bei ‚Nein‘ gesetzt, ist die erste Einschätzung abgeschlossen. Es wird ebenso bei ‚Nein‘ gesetzt wenn ein ‚kompensiertes Risiko‘ besteht. „Ein Risiko kann nur als kompensiert gelten, wenn in den Themenfeldern ersichtlich ist, wodurch das Risiko ausgeglichen ist.“¹⁴¹ Wird das Kreuz jedoch bei ‚Ja‘ gesetzt besteht ein Risiko, welches einer ‚weiteren Einschätzung‘ bedarf. Dieses kann entweder durch ein kurzfristiges Evaluationsdatum oder durch ein Differentialassessment überprüft werden. Die kurzzeitige Beobachtungsphase wird in der Maßnahmenplanung festgehalten und verlangt in dem Punkt eine weiterführende Dokumentation zur Klärung der These.¹⁴²

Beispiel: Wurde ein erstes Risiko im Bereich ‚Sturz‘ festgestellt (Kreuz bei Ja), so soll sich das Problem des Pflegebedürftigen hinsichtlich des Gangbildes (bspw.) im Themenfeld zwei wiederfinden. Nun muss die PFK überlegen, ob evtl. ein Hilfsmiteileinsatz das Risiko ausgleichen könnte. In einem Beobachtungszeitraum wird dieser These nachgegangen (Kreuz bei Ja bei der weiteren Einschätzung). Bestätigt sich diese Vermutung nach einiger Zeit und der Pflegebedürftige kann die Sturzgefahr minimieren und sein Gangbild verbessern, ist das Risiko als ‚kompensiert‘ zu erachten und die Kreuze auf ‚Nein‘ und ‚Nein‘ zu setzen.

Es existiert ein weiteres Feld ‚Sonstiges‘, welches Platz für weitere, für den Einzelfall relevante Risiken bietet. Die Maßnahmen, entsprechend der eingeschätzten Risiken, werden im nachfolgenden Schritt, der Maßnahmenplanung, abgebildet. In diesem Kontext finden sich auch die Prophylaxen wieder.¹⁴³ Ein Risiko/die Risikomatrix wird bei akuten Veränderungen gänzlich neu eingeschätzt.

138 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 41

139 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

140 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 41

141 Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 44

142 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 42

143 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 42

7.1.2 Element 2: die individuelle Maßnahmenplanung

Im Anschluss daran werden die erhaltenen Erkenntnisse im zweiten Element, einer handlungsanleitenden individuellen ‚Maßnahmenplanung‘ (MP) verarbeitet. Für dieses Element existiert kein einheitliches Dokument. In diesem Fall ist das Qualitätsmanagement gefragt, eine einrichtungs- bzw. trägerübergreifende Variante zu entwickeln. Es existieren bereits Vorlagen aus dem Praxistest, jedoch sind diese nicht öffentlich zugänglich. Die Maßnahmenplanung dient dazu, die derzeitige Pflegesituation des Pflegebedürftigen, in Form einer Alltagsabhandlung, abzubilden. Dazu wird eine Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung beschrieben.¹⁴⁴ Die Maßnahmenplanung soll eine bessere Orientierung/ Übersichtlichkeit ermöglichen, sodass sich neue Mitarbeiter schnell ein Bild von der Pflegesituation machen können. Die Maßnahmen müssen nachvollziehbar und handlungsanleitend dargestellt werden. Dementsprechend muss die Struktur deutlich machen wer, was, wie, wo und wann macht. Darin enthalten sind grundpflegerische und hauswirtschaftliche Maßnahmen sowie die psychosoziale Betreuung. Weiterhin werden Maßnahmen der Risikoeinschätzung und zeitlich befristete Evaluationen vermerkt. Optional sind Maßnahmen der Behandlungspflege und des Positionswechsels, da sie eines Einzelleistungsnachweises bedürfen.¹⁴⁵ In diesem Kontext wird von einer interdisziplinären Versorgung gesprochen, da auch Angehörige, zusätzliche Betreuungskräfte u.a. in den Pflegeprozess eingreifen und die Maßnahmen individualisieren. Wiederkehrende und routinemäßige Abläufe in Bezug auf Maßnahmen der Grundpflege und psychosoziale Betreuung sogenannte ‚Immerso-Routinen‘, müssen nur einmal ausführlich beschrieben werden. Im weiteren Verlauf genügen Hinweise bzw. Stichworte. Die zeitliche Komponente kann durch Zeitkorridore oder fixe Zeiten angegeben werden. Beeinflussend wirken individuelle Wünsche des Pflegebedürftigen oder zeitliche Erfordernisse in Bezug auf die Behandlungspflege.¹⁴⁶ Das Ein-STEP Büro hat drei Varianten zur Strukturierung der Maßnahmenplanung entwickelt. In allen Varianten werden Behandlungspflegemaßnahmen, Prophylaxen sowie individuelle Leistungen und Zeiten eingearbeitet. Variante eins bezieht sich auf die Planung der pflegerischen Tätigkeiten und Betreuungsangebote hinsichtlich der Themenfelder. Vorab werden die individuellen Wünsche und Bedürfnisse erläutert (Themenfelder kompakt). In der zweiten Variante wird einmal die Tagesstruktur für eine 24 Stunden Versorgung beschrieben (Tagesstruktur kompakt). In der dritten Variante werden beide

144 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 20

145 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 49/50

146 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 21

vereint, indem in der kompakten Tagesstruktur die individuellen Wünsche und Bedürfnisse vorangestellt werden (Tagesstruktur rational).¹⁴⁷

7.1.3 Element 3: das Berichtblatt mit Fokus auf Abweichungen

Das dritte Element im Pflegeprozess bildet das Berichtblatt mit der Fokussierung auf das Dokumentieren von Abweichungen bezüglich der Maßnahmenplanung und ggf. der SIS. Voraussetzung für die abweichende Dokumentation ist, dass sie auf einer individuell erstellten SIS und Maßnahmenplanung beruht. Weiterhin müssen einrichtungsinterne Verfahrensanleitungen bestehen, die die Pflegehandlung genau beschreiben. Die erste Einschätzung und der alltägliche Ablauf sind einmal nachvollziehbar dargestellt und benötigen keiner weiteren Bestätigung. Das Augenmerk soll auf Veränderungen gelegt werden, sodass eine notwendige Evaluation zeitnah erkannt und durchgeführt werden kann. Auch auf die Einzelleistungsnachweise kann eingeschränkt verzichtet werden. Diese sind weiterhin in den Bereichen der Behandlungspflege (ärztliche Anordnungen) und des Positionswechsels notwendig.¹⁴⁸ Das Berichtblatt wird nunmehr als Verlaufsbericht verstanden. An dieser Stelle dokumentieren alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter, sofern Abweichungen/Auffälligkeiten auftreten. Unrelevante Einträge (siehe Punkt 3.2.4) sind zu vermeiden.¹⁴⁹

7.1.4 Element 4: die Evaluation

Das vierte Element wird direkt mit den Elementen zwei und drei verknüpft. Es betrifft die ‚Evaluation und Steuerung im Strukturmodell‘. Einerseits gibt es, wie bereits im dritten Element verdeutlicht, die anlassbezogenen Evaluationen bei besonderen Ereignissen, im Rahmen des Risikomanagements oder in Akutsituationen. Andererseits gibt es die gezielt gesetzten Evaluationsdaten. Diese entstehen zum einen bei der unklaren Risikoeinschätzung während der anfänglichen Erfassung und zum anderen werden die regelmäßigen Evaluationen durch das interne QM festgelegt. In diesem Kontext soll der Umgang mit schematischen Routinen, wie den Risikoskalen, Trinkprotokollen u.a. kritisch hinterfragt werden.¹⁵⁰ Im Rahmen der Evaluation muss das interne QM weiterhin tätig sein, indem es Pflegevisiten und Fallbesprechungen durchführt. Im Zuge der Neuausrichtung muss das QM auch das Qualitätshandbuch überarbeiten.

147 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 51

148 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 21/22

149 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 42

150 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH¹ (2015) S. 22

Prozessbeschreibungen und das Pflegekonzept sind nur zwei Punkte, die es zu aktualisieren gilt.¹⁵¹

7.2 Praktische Anwendung der Elemente

In der untersuchten Einrichtung wurde der Bogen zunächst angewendet bzw. es wurde versucht, wie es vom Ein-STEP Büro vorgesehen ist. Jedoch hat sich die Praktikabilität dieser Vorgehensweise für die Einrichtung nicht als sinnvoll herausgestellt. Das A3 Blatt ist zwar ‚noch‘ Teil der Aufnahmesituation, wird aber eher als Erklärungsmodell für die neuen Heimbewohner und deren Angehörige sowie als Gedächtnisstütze für die aufnehmende PFK genutzt. Das Erstgespräch wird mittlerweile mit einem Diktiergerät (Einverständnis wird mit Unterzeichnung des Heimvertrages erklärt) aufgezeichnet und die Informationen bei wiederholtem Abspielen direkt in den Computer (in die entsprechenden Felder) übertragen. In dieser Hinsicht wird weiter ‚entbürokratisiert‘. In diesem Kontext wird versucht zu den drei Grundprinzipien Stellung zu nehmen. Sie werden einheitlich als: HB-Selbstauskunft, PFK-Einschätzung und Verständigung bezeichnet. Die aufnehmende PFK hat die Aufgabe sich am Aufnahmetag vorwiegend mit dem neuen Heimbewohner und seinen Belangen zu beschäftigen. Sofern die personelle Möglichkeit besteht, kommt die PFK ausschließlich hierzu zum Dienst. Die PFK muss am Aufnahmetag eine erste Einschätzung/ einen ersten Bericht für alle Mitarbeiter der Wohnebene verfassen, sodass sich alle ein Bild machen können. Ebenso muss sie eine erste Risikoeinschätzung vornehmen bzw. ihre Thesen in der Maßnahmenplanung (als kurzzeitige Evaluationsdaten geplant) vermerken, sodass die nachfolgenden Dienste speziell auf diese Phänomene achten können¹⁵². Weiterhin muss eine Musterplanung eingepflegt werden, welche im späteren Verlauf individualisiert wird. Bei dieser wird der Bewohner nach der Mobilität eingeschätzt. Es wurden zwei mal drei Musterplanungen entwickelt, jeweils drei MP (früh/ spät/ nacht) für mobile und drei MP für immobile Heimbewohner. Der Vorgang ist in der Ausarbeitung ‚GOON Hilfestellung zur SIS‘¹⁵³ beschrieben. Wenn Zeit verbleibt, kann die PFK die SIS mit der ‚HB- Selbsteinschätzung‘ beginnen. Am nachfolgenden Tag hat die PFK, wenn möglich Frühdienst und kann den neuen Heimbewohner am Morgen grundpflegerisch, seinen Wünschen und Vorstellungen entsprechend, versorgen. In dem Rahmen können die Sichtweisen des HB aus fachlicher Sicht eingeschätzt werden. Diese Erkenntnisse werden mit den Berichten der anderen Schichten zusammengeführt und in der SIS unter der ‚PFK Einschätzung‘ notiert. Wurden bereits Vereinbarungen bzw. Kompromisse

151 Vgl. Heim, Claudia (2015) S. 42

152 Anhang 7 GOON Hilfestellung (2016) S. 8

153 Anhang 7 GOON Hilfestellung zur SIS

zwischen beiden Parteien im Erstgespräch vereinbart, können diese unter dem dritten Grundprinzip, dem ‚Verständigungsprozess‘ festgehalten werden. Im internen QM wurde festgelegt, dass die erste SIS nach einer Woche abgeschlossen werden muss. Bis dahin sollen die Informationssammlung abgeschlossen und die kurzzeitigen Beobachtungs-zeiträume beendet worden sein. Auf Grundlage der SIS wird in nächster Instanz angestrebt, die Musterplanung an den Bewohner anzupassen, welche auch nach Vorstellung des QM binnen einer Woche bestehen sollte. Der Träger hat beschlossen, die Variante drei der Ein-STEP Möglichkeiten zu verwenden. Demzufolge werden vor dem 24 Stunden Versorgungsplan, die individuellen Wünsche und Bedürfnisse beschrieben. Die einrichtungsinterne Musterplanung gilt es nun anzupassen. Im Kopf (vorab) werden zusätzlich

- Biographische Besonderheiten, individuelle Vorlieben, Selbstbestimmung, Abneigungen,
- Besondere Beachtung und
- Hilfsmittel abgebildet.

Durch das Lesen der Informationen im Kopf der Planung soll der Heimbewohner wiedererkennbar sein mit all seinen Individualitäten. Die Tagesstruktur beschreibt im Folgenden seinen individuellen Tagesablauf. Die TS ist, wie das Schichtsystem, in drei Zeitkorridore eingeteilt:

- TS-Vormittag (6.00 Uhr- 13.00 Uhr),
- TS-Nachmittag (13.00 Uhr- 20.00 Uhr) und
- TS-Nacht (20.00 Uhr- 06.00 Uhr).

Die TS-Vormittag gestaltet sich am längsten, da nur in diesem Bereich der ‚MP-Kopf‘ abgebildet wird und die wiederkehrenden routinemäßigen Maßnahmen der Pflege und Betreuung detailliert beschrieben werden, wohingegen sie nachfolgend nur mit einem Stichwort/Wortgruppe einschließlich des Hilfebedarfs dargestellt werden. Nachdem die individuellen Daten in der Planung erfasst sind, werden sie für die jeweilige Schicht terminiert und mit einem langfristigen Evaluationsdatum versehen. Das interne QM hat sich auf sechs Monate verständigt. Im nächsten Schritt sind die Mitarbeiter der Nachtdienste und der sozialen Betreuung angehalten, sich über ihren Bereich einen Überblick zu verschaffen. Die PFK der Nacht überarbeitet eigenständig die TS-Nacht und die Betreuungskräfte verfassen E-Mails bei Anmerkungen an die SIS-Beauftragten (siehe Kapitel IMPS Caritas). Das Evaluationsdatum kann vorzeitig geändert werden, wenn es zu Abweichungen der dargestellten MP kommt. Diese wird in den Berichten ablesbar. Wenn sich eine Veränderung manifestiert (gleiche/ähnliche Berichte einer Abweichung über mehrere Tage), muss sie auch in der MP angepasst werden, sodass

die MP immer handlungsanleitend ist. Ebenso das Schreiben der Berichte, wird dem Strukturmodell angeglichen. Bei einer Eintragung soll nun darauf geachtet werden, dass die Art des Berichtes, wie Hautbeobachtung, Angehörigeninformation oder allgemeine Besonderheit und der zutreffende Bereich, in diesem Fall das Themenfeld ausgewählt werden. Bei stetiger Durchführung sind anzupassende Abweichungen besser erkennbar und leichter verwendbar. Alle Pflegenden sind angehalten, sich die angelegte Dokumentation durchzulesen, sodass sie zum einen wissen, welche individuellen Handlungen/ Maßnahmen, bei welchem Bewohner zu tätigen sind. Zum anderen muss der Ist-Zustand bekannt sein, um eine Abweichung von diesem zu erkennen. Die Mitarbeiter ohne SIS Beauftragung sind dazu aufgefordert anpassungsrelevante Erkenntnisse ihrer Bezugspflege an die SIS Beauftragten der Wohnebene via Mail zu schicken. Die SIS-Beauftragten wiederum haben die Änderungen an den MP während der SIS-Doku Tage vorzunehmen. So wird gewährleistet, dass die Struktur einheitlich bleibt und keine Informationen doppelt geschrieben werden bzw. verloren gehen. Der Einsatz der HB Status-Listen hat sich dahin gehend bewährt, dass das Augenmerk frühzeitig und anhaltend auf die beobachtungsrelevanten Themen geleitet wird. (Kapitel IMPS Caritas)

8. Das Gruppendiskussionsverfahren- Theoretische Grundlagen

Das Gruppendiskussionsverfahren stellt eines der qualitativen Erhebungstechniken dar, neben narrativen bzw. offenen Befragungen und Beobachtungen.¹⁵⁴ Es ist eine relativ junge Forschungsmethode um an entscheidungsrelevante Informationen zu gelangen. Ihren Ursprung hat die Methode in den späten 1930-iger Jahren. Zunächst wurde das Verfahren im angloamerikanischen Raum nachgewiesen, im Zusammenhang mit der Forschung Kurt Lewins, und seit den 1950-iger Jahren auch in Deutschland. Hier wird es vor allem durch das Institut für Sozialforschung in Frankfurt und durch Friedrich Pollock etabliert. Das Gruppendiskussionsverfahren ist entwickelt worden, um Kritik an der standardisierten Einzelbefragung zu nehmen. Die Gruppendiskussion stellt eine Form des Gruppeninterviews dar und ist somit ähnlich der Befragung.¹⁵⁵ Das Gruppendiskussionsverfahren gewinnt in der Erziehungs- und Sozialforschung zunehmend an Bedeutung, da die Hoffnung besteht, kollektive Phänomene im Bereich der Erziehungs- und Sozialwissenschaften angemessener zu erfassen. Diese Phänomene beziehen sich auf Geschlechter-, Generationen- und Milieuaspekte.¹⁵⁶ Des Weiteren wird sie praktisch vielfach in der kommerziellen Meinungs- und Marktforschung verwendet. Die inhaltlichen Aspekte der Gruppendiskussion in dieser Arbeit beschränken sich auf die Ansichten von Bohnsack, Loos und Schäffer sowie Lamnek.¹⁵⁷

8.1 Abgrenzung zu anderen Verfahren:

Das Gruppendiskussionsverfahren kann durch seine Merkmale deutlich von anderen methodischen Interaktionen mit Menschenansammlungen abgegrenzt werden. In der Literatur werden ältere synonyme Begrifflichkeiten, wie Kollektivinterview und Gruppenexperiment verwendet. Beide sind heute nicht mehr relevant, da sie zu Irreführungen verleitet haben.¹⁵⁸ In moderner Literatur ist synonym die Rede vom Gruppengespräch und von der Gruppenbefragung. In allen drei Formen treten Menschen kommunikativ in Interaktion miteinander.¹⁵⁹

Im Gegensatz zu den anderen Verfahren unterscheidet sich die Gruppendiskussion deutlich, da ihr Zustandekommen von externen Personen angeregt wird und die

154 Vgl. Loos, Peter/Schäffer, Burkhard (2001) S. 9

155 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 408/409

156 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001) S.9

157 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 408

158 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S 417

159.Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 12/13

Gruppenteilnehmer miteinander interagieren sollen. Es ist dabei nicht vorgesehen, die Meinungen der einzelnen Teilnehmer abzufragen. Anstatt dessen wird ein Diskussionsthema vorgegeben, aus welchem sich ein möglichst natürliches Gespräch entwickeln soll.¹⁶⁰ Lamnek definiert das Gruppendiskussionsverfahren mit einfachen Worten. Es ist ein „Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“.¹⁶¹ Der Begriff setzt sich aus den Worten ‚Gruppe‘ und ‚Diskussion‘ zusammen. Die Gruppe tauscht jedoch nicht immer nur Argumente zum jeweiligen Thema aus, dies kann somit zu Missverständnissen führen. Die Gruppendiskussion orientiert sich am Modell eines natürlichen Gesprächs, sodass Merkmale dessen auftauchen können. Beispielsweise werden Schilderungen abwechselnd ergänzt, es wird sich gemeinsam erinnert oder handlungsbezogen und biographisch erzählt.¹⁶² Loos und Schäffer definieren detaillierter, indem sie sagen, dass sich die Gruppendiskussion „in einer ersten Annäherung als ein Verfahren definieren (lässt), in dem in einer Gruppe fremdinitiiert Kommunikationsprozesse angestoßen werden, die sich in ihrem Ablauf und der Struktur zumindest phasenweise einem ‚normalen‘ Gespräch annähern.“¹⁶³

Gruppendiskussionen werden durchgeführt, um inhaltliche Erkenntnisse der Diskussion zu erlangen oder um Gruppenprozesse zu analysieren. Im Gegensatz zu anderen kommunikativen qualitativen Erhebungsverfahren ist die Gruppendiskussion weniger methodentheoretisch erarbeitet und erfüllt somit nur einen geringen wissenschaftlichen Zweck. Grund hierfür kann die Heterogenität zwischen wissenschaftlicher und kommerzieller Handhabung sein. Somit ist auch die wissenschaftliche Erkenntnis bei dieser Methode eher beschränkt, subjektiv, nur für einzelne Situationen repräsentativ und nicht verallgemeinerbar.¹⁶⁴

8.2 Auswahl der Diskussionsteilnehmer

Nachdem die Entscheidung für eine Gruppendiskussion gefallen ist, muss sich der Forscher wählen, ob er mit einer Realgruppe oder mit einer künstlich zusammengestellten Gruppe arbeiten möchte. Künstlich zusammengestellte Gruppen bestehen aus Teilnehmern, für einen speziellen Anlass zusammengesucht, welche ein gemeinsames Merkmal teilen. Diese Zusammensetzung wird als homogen bezeichnet. Beispielsweise kann dies eine Gruppe von Patienten oder Hausfrauen sein. Im

160 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 14

161 Lamnek, Siegfried (2005) S. 413

162 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 13

163 Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 13

164 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 408

Gegensatz dazu existieren Realgruppen auch ohne die besondere Situation der Gruppendiskussion, sie verfügen zumeist über eine gemeinsame Erfahrungsbasis, welche sie zusammenhält.¹⁶⁵ Sie bilden in der Realität auch eine Form von Gruppe, welche formal, informell, primär oder sekundär sein kann. Diese Zusammensetzung wird als heterogen charakterisiert. In dieser Konstitution ist es möglich, dass unterschiedliche Positionen eines sozialen Gefüges aufeinander treffen. Nach Lamnek wäre es empfehlenswert, im Sinne des Naturalizitätsprinzips, Gruppendiskussionen in bestehenden Realgruppen durchzuführen.¹⁶⁶ Die Teilnehmer sind ausschlaggebend für das Gelingen einer Gruppendiskussion. In der Literatur sind Angaben zur empfohlenen Anzahl von drei bis 20 Personen zu finden. Pollock sagt in diesem Kontext, dass Gruppen „in der Regel nicht kleiner als sieben und nicht größer als siebzehn sein“¹⁶⁷ sollten. Bei zu kleinen Gruppen besteht die Gefahr, dass keine echten Gegensätze zum Vorschein kommen. Jedoch haben sie den Vorteil, dass sich die Teilnehmer einem gewissen Kommunikationszwang ausgesetzt fühlen. Im Gegensatz dazu besteht bei zu großen Gruppen die Möglichkeit, dass sie auseinanderfällt, ein Fremdheitsgefühl aufkommt oder sich einige Teilnehmer in die Anonymität flüchten und somit als ‚Schweiger‘ agieren. Eine weitere Empfehlung ist, dass auf eine ungerade Teilnehmerzahl geachtet werden sollte, sodass immer eine Mehrheit bei Frontenbildungen erkennbar ist. Letztendlich ist die Gruppenstärke abhängig vom Erkenntnisziel und gegenstandsbezogen, sodass Lamnek die optimale Gruppengröße zwischen fünf und zwölf Teilnehmern wählt.¹⁶⁸

Auf Grundlage der konstitutionellen Zusammensetzung sollte der Diskussionsleiter sein Thema wählen. Der Gegenstand der Diskussion kann aus den unterschiedlichsten Lebensbereichen stammen, beispielsweise der Freizeit oder dem Berufsleben. Loos und Schäffer nennen in diesem Kontext folgendes Beispiel: „man kann zwar eine Gruppe von Jugendlichen über ihre Ansichten zum politischen System diskutieren lassen, eine ergiebiger Diskussions ist aber bei einer Frage zu ihrem Schulalltag zu erwarten“¹⁶⁹. Es bleibt zu vermuten, dass bei Mitgliedern einer Gruppe, welche ein annähernd gleiches ‚Weltbild‘ haben, eine bessere Diskussion zu Stande kommt. Mit der Bezeichnung ‚Weltbild‘ werden die existentiellen Erfahrungen und Hintergründe gedeutet.¹⁷⁰

165 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 44

166 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 434

167 Lamnek, Siegfried (2005) S. 435

168 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 435

169 Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.44

170 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.43

8.3 Zugang zu Realgruppen

Vorab muss seitens der forschenden Person eine kommunikative Haltung ersichtlich sein. Dies beeinflusst wiederum die kommunikative Haltung des Gegenübers bzw. die Teilnahme von Menschen an den Formen der Sozialforschung positiv. Zunächst sei gesagt, dass es empfehlenswert ist, für jeden Kontaktversuch, auch bei gescheiterten, ein kurzes Beobachtungsprotokoll anzufertigen. Dies dient im Auswertungsprozess als ablehnende Erkenntnis. Ein augenscheinliches Interesse am Forschungsgegenstand ist hilfreich in dieser Situation, nicht zu verwechseln mit Betroffenheit oder Empathie gegenüber dem untersuchten Bereich. Diese vermeintliche Vertrautheit kann die Kommunikation beeinflussen, indem zu spezifische und einengende Fragen gestellt werden, die ein kommunikatives Aushandeln des Forschungsverlaufs behindern. Gibt sich der Forscher als solcher zu erkennen, kann er damit rechnen, dass die Teilnehmer im Feld andere Normenansprüche an ihn stellen im Gegensatz zu sich selbst. Eine fruchtbare Kommunikation bzw. das notwendige Vertrauen wird erwartet, wenn der Forscher als ‚Milieufremder‘ akzeptiert wird und er seine authentische Haltung bewahrt. Weitere Mechanismen können die Kontaktaufnahme zu einer Gruppe behindern, beispielsweise die sogenannten imaginierten Zugangsschwierigkeiten. In diesem Zusammenhang können u.a. Vorurteile oder falsche Informationen den Beginn der Untersuchung unnötig hinausschieben. Nach Loos und Schäffer erschweren Vorannahmen über einen Sozialzusammenhang häufig den Zugang zu den Gruppen. Das ist kein Grund, sich als Forscher vorab nicht zu informieren. Die eigentliche Beziehung zwischen Forscher und der Diskussionsgruppe entwickelt sich aber erst in der direkten Interaktion miteinander. Es ist möglich, dass eine Gruppendiskussion nicht durchgeführt werden kann. Dies liegt weder an einer ablehnenden Haltung gegenüber den Sozialwissenschaften, noch an der Angst vor öffentlicher Interaktion. Gründe dafür können aktuelle Krisenerfahrungen oder kognitive und persönliche Umstellungsphasen sein.

8.4 Durchführung einer Gruppendiskussion

Bevor eine Gruppendiskussion erfolgreich ablaufen kann, sollte sich der Forscher bewusst werden, dass gewisse Faktoren das Geschehen beeinflussen können.

8.4.1 Voraussetzung für eine erfolgreiche Gruppendiskussion:

Der Ort für das Verfahren ist unter anderem von Bedeutung. Wenn möglich sollte dieser Ort ein abgetrennter Raum sein, welcher eine ungestörte Kommunikation ermöglicht. Er sollte frei von weiteren Störquellen (adäquate Temperatur, Vermeidung des Zutritts

forschungsfremder Personen) und für die Teilnehmer vertraut sein. Zu empfehlen wäre in diesem Zusammenhang auch ein Tisch, an dem sich die Diskussionsteilnehmer setzen können. Bezüglich des technischen Equipments ist es ratsam, ein Aufnahmegerät zu nutzen, welches manuell zu betätigen und nicht auf Batterien angewiesen ist. Wenn nicht anders möglich, sollen diese voll aufgeladen sein und Ersatzbatterien bereitgelegt werden. Das Aufnahmegerät muss vor Beginn der Gruppendiskussion auf seine Funktionstüchtigkeit geprüft werden. Nach der Aufnahme sollte weiterhin sichergestellt werden, dass ein zuverlässiger Tonträger zur Verfügung steht, auf welchem die Daten dauerhaft gespeichert werden können.

Wenn nun die Teilnehmer gefunden und die Fragen notiert sind, kann die Gruppendiskussion beginnen. Vorab hat es sich nach Loos und Schäffer als positiv herausgestellt, die Teilnehmer mit in die Vorbereitungen im Raum miteinzubeziehen. Diese Form des Beginns beeinflusst durch den informellen Charakter und die gemeinsame Aktivität eine gelockerte Atmosphäre und kann als natürliches ‚Warmup‘ verstanden werden.¹⁷¹ In dieser Situation kommen die Teilnehmer bereits ungezwungen ins Gespräch. Sie können frei den Platz wählen und ein gewünschtes Getränk bereitstellen. Je besser vorbereitet der Raum dann ist, desto weniger Hintergrundgeräusche sind später während der Aufnahme zu hören. Die Aufzeichnung kann erst nach Einholung einer Einverständniserklärung begonnen werden. Hierfür unterzeichnen die Teilnehmer eine angefertigte Erklärung bzw. versichern mündlich ihre ausdrückliche Zustimmung.

8.4.2 Während der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion kann in verschiedene Phasen eingeteilt werden. Von Hagen spricht von fünf Ablaufphasen während der Diskussion. Begonnen mit der Phase der Fremdheit, über die Orientierungsphase, über die Phase, in der sich Gemeinsamkeiten entwickeln, über die Vertrautheitsphase hin zur Phase der Konformität. Eine sechste Phase wird durch Nießen benannt: Das Abklingen der Diskussion.¹⁷² Loos und Schäffer hingegen teilen das gesamte Verfahren in verschiedene Phasen, an welche sich die vorliegende Arbeit orientiert. In der Eröffnungsphase werden das Projekt und auch die Forschenden selbst noch einmal kurz von der Diskussionsleitung vorgestellt. Ebenso wird den Teilnehmern uneingeschränkte Diskretion durch Anonymisierung zugesichert. Alle namentlichen Angaben während des Gespräches werden in der Transkription unkenntlich gemacht, indem synonyme Namen verwendet werden. Ein weiterer

171 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.49

172 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 439

wichtiger Punkt der Eröffnungsphase ist die Erläuterung des Ablaufes der Diskussion. Die Teilnehmer sollen möglichst natürlich miteinander reden und versuchen, den Projektleiter nicht mit einzubeziehen. Die Leitung stellt nur eingangs eine Frage, um so einen theoretischen Gesprächsrahmen zu schaffen. Nachfragen seitens der Leitung wird es wenn notwendig zum späteren Zeitpunkt geben. Der Forscher sollte sicherstellen, dass den Teilnehmern bewusst ist, dass er vor allem an persönlichen Erfahrungen der einzelnen Personen interessiert ist. Wichtig ist die Knappheit dieser Phase, da ansonsten ein formeller Charakter dominiert. Im Kontext dazu sollten auch weitere Fragen der Teilnehmer unterbunden bzw. auf das Ende der Diskussion verwiesen werden, da sich die Gruppendiskussion negativ davon beeinflussen lassen kann. Die Gefahr eines Frage-Antwort-Schemata könnte die Folge sein.¹⁷³

Wenn alle Teilnehmer eingewilligt haben und mit den Regeln der Gruppendiskussion vertraut gemacht worden sind, kann das Aufnahmegerät eingeschaltet werden. Jetzt kann der Forscher eine Eingangsfrage stellen bzw. einen Grundreiz setzen, welche die Diskussion anregen soll. Dieser Grundreiz kann unter anderem in Form eines Artikels vorgelesen oder als eine Filmsequenz ausgestrahlt werden. Nach dieser Ausgangssituation muss sich der Projektleiter in Selbstdisziplin üben. Er darf sich nicht durch Nachfragen bzw. Ruhephasen aus dem Konzept bringen lassen. In solchen Situationen kann der Diskussionsleiter auf das Abstinenzprinzip hinweisen, die Eingangsfrage/ den Grundreiz wiederholen oder aushaltend schweigen.¹⁷⁴

Die Erzeugung von Selbstläufigkeit ist das oberste Ziel bei der Durchführung einer Gruppendiskussion. In dieser Hinsicht ist eine weitestgehend normale Gesprächssituation angestrebt. Dies kann sich etwas schwierig gestalten, da in einer normalen Interaktion kein gruppenfremder beobachtender Forscher anwesend ist und auch der formale Gesprächsbeginn keinen natürlichen Charakter hat. Nach Aussage nach Loos und Schäffer legen sich diese anfänglichen Verunsicherungen nach kurzer Zeit bei der Gruppe und die gewohnten Strukturen setzen sich durch.¹⁷⁵

Für die allgemeine Durchführung einer Gruppendiskussion gelten keine besonderen Regeln, da sich die Regeln nach der Gruppe richten. Eine Diskussion mit Führungspersonen gestaltet sich dementsprechend anders als eine mit heranwachsenden Jugendlichen. Der Fokus bleibt während der gesamten Diskussion auf der Selbstläufigkeit und die Eigenstrukturiertheit der Gruppe, sodass sich individuelle Prozesse entfalten können. Durch diese Eigenläufigkeit werden nicht nur die

173 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.50

174 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.51

175 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.51

theoretisch relevanten Themen der Forschenden abgearbeitet, sondern die Relevanzfelder der Teilnehmer dargelegt.¹⁷⁶

In einer zweiten Phase kann der Forscher immanente Fragen stellen. Diese gezielten Nachfragen beziehen sich auf Gesprächsinhalte, welche bereits angesprochen wurden, jedoch einer näheren Erläuterung bedürfen. In diesem Kontext sollen die Erzählungen genauer hervorgebracht bzw. Themen wieder aufgeworfen werden. Sie sollen keiner Provokation dienen. Die immanenten Fragen stellen die Leiter an die gesamte Gruppe, nicht an Einzelne um einen vermeidlichen Dialog zu umgehen. Weiterhin sollen auch diese Fragen möglichst unpräzise gehalten werden, um den Teilnehmern breiten Spielraum zu lassen. Während der Gruppendiskussion entscheiden die Gruppenteilnehmer selbst, welchen Anteil sie an der Diskussion haben und wie diese verteilt sind.

Wenn das immanente Potential der Gruppe ausgeschöpft ist, kann die Diskussionsleitung in die dritte Phase übergehen, den exmanenten Nachfragen. Sie dienen dem Vergleich mit eventuell anderen Gruppen beziehungsweise dem theoretischen Forschungsinteresse. Der Forscher hat sich im Vorfeld der Gruppendiskussion Gedanken gemacht, welche Themenbereiche unbedingt während der Diskussion bearbeitet werden sollen. Diese wurden vorher notiert, sodass alle für den Forschenden interessante Sachverhalte im Blick behalten werden. Sind diese nach gewisser Zeit nicht angesprochen worden, können sie in Form von exmanenten Fragen gestellt werden. Diese Phase wird zumeist schnell abgeschlossen, da die Teilnehmer die relevanten Themen selbst in ihrer Diskussion bearbeiten.¹⁷⁷

Neigt sich die Diskussion dem Ende zu kann die Diskussionsleitung zur beendenden Phase, der direktiven Phase übergehen. In dieser kann alles geklärt werden, was bisher widersprüchlich beziehungsweise unklar geblieben ist. Diese Interventionen können dann auch präzisen, an spezielle Teilnehmer gerichteten und gegebenen falls konfrontativen Charakter haben. In dieser letzten Phase sind keine weiteren Erzählungen gewünscht, sondern nur reine Sachverhalte. Zum Abschluss der Diskussion ist der Leiter angehalten, die Gruppe nach offen gebliebenen Themen zu fragen. Wenn dies nicht der Fall ist, kann das Aufnahmegerät ausgeschaltet werden.¹⁷⁸

176 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.52

177 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.54

178 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.54

8.4.3 Nach der Diskussion:

Die Tonbandaufzeichnung sollte im Anschluss an die Diskussion so schnell wie möglich sichergestellt werden. Ratsam ist auch eine zusätzliche Sicherheitskopie anzufertigen, sodass der weiterführenden Bearbeitung problemlos fortgesetzt werden kann. Anschließend sollte der Forscher ein Kurzprotokoll verschriftlichen, indem die relevanten Fakten notiert werden. Dies beinhaltet unter anderem das Datum und die synonymen Namen der Teilnehmer. Es kann abschließend ein Kurzfragebogen an die Teilnehmer verteilt werden, sodass einige Informationen auch bezüglich der Wiedererkennung gesammelt werden können.¹⁷⁹

8.5 Auswertung der Gruppendiskussion:

Im Anschluss an eine Diskussion müssen die Gesprächsprotokolle ausgewertet werden. Die Phase der Datenerhebung sollte sich fortwährend mit der Phase der Auswertung abwechseln. Diese Erkenntnis bewahrt sich vor allem bei dem Vorhaben, mehrere Gruppendiskussionen durchzuführen. Die schnelle Analyse kann die nächste Gruppendiskussion bezüglich der Auswahl der Teilnehmer sowie der Fragestellung beeinflussen.

Gruppendiskussionen können je nach dem Interesse der Forschenden auf verschiedene Weise ausgewertet werden. Zielt die Intention der Diskussion auf gruppendynamische Prozesse ab, so eignen sich quantitative Analyseverfahren, wie unter anderem die Soziometrie oder die Interaktionsanalyse. Soll sich die Auswertung jedoch auf die inhaltlichen Aspekte der Gruppendiskussion beziehen, werden interpretative Analysen empfohlen.¹⁸⁰

Bohnsack bezeichnet die (seinerseits favorisierte) Auswertung der Gruppendiskussion als dokumentarische Methode der Interpretation. Diese erfolgt anhand von drei bzw. vier Schritten. Die letzten beiden Schritte werden in der Literatur häufig in einem Punkt zusammengefasst.

1. die Formulierende Interpretation,
2. die Reflektierende Interpretation und
- 3./4. die Diskursbeschreibung und die Typenbildung.¹⁸¹

179 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.54/5

180 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 450

181 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 457

Die Auswertung einer Gruppendiskussion wird als ein Verfahren der Diskursanalyse beschrieben. Das bedeutet, dass face-to-face stattfindende sprachliche Interaktion analysiert wird.¹⁸² Der Begriff Diskurs wird in der Literatur als „methodisch aufgebaute Abhandlung über ein bestimmtes [wissenschaftliches] Thema (bzw. als) Gesamtheit der von einem Sprachteilhaber tatsächlich realisierten sprachlichen Äußerungen“¹⁸³ definiert.

8.5.1 Formulierende Interpretation:

Diese Interpretation beinhaltet zunächst die Erstellung eines thematischen Verlaufs der gesamten Tonbandaufzeichnung und weiterhin einer thematischen Feingliederung einzelner Passagen des Gesprächs. Während des Abhörens der Tonbandaufzeichnung wird das Gespräch durch Überschriften gegliedert, sodass die einzelnen Gesprächsinhalte voneinander abgegrenzt werden können. In diesem Kontext werden auch Inhalte paraphrasierend wieder gegeben und die Relevanzen festgelegt, sodass auch ersichtlich wird, welche Themen während der Diskussionsrunde angesprochen wurden.¹⁸⁴ Weiterhin werden relevante Passagen gekennzeichnet, die dramaturgische Höhepunkte darstellen bzw. eine hohe Diskursdichte aufweisen. Die einzelnen transkribierten Passagen werden somit der sogenannten detaillierten formulierenden Interpretation unterzogen. Bohnsack äußert in diesem Zusammenhang, dass es zunächst darum geht „den immanenten Sinngehalt insoweit zu erfassen, als dass der ‚wörtliche‘ Gehalt des Mitgeteilten zusammenfassend formuliert wird“¹⁸⁵. Die Analyseeinstellung ist nach Karl Mannheim auf den immanenten Sinngehalt gerichtet. Dieser wird in verschiedene Sinnebenen geteilt, u.a. in den Ausdruckssinn und den Dokumentsinn. Die erste Ebene des *immanenten Sinns* ist direkt erfassbar und unabhängig vom vollziehenden Individuum. Der *Ausdrucksinn* beschreibt den subjektiven Sinn, sprich die Intention und die Motive der handelnden Personen. Diese Sinnebene erscheint irrelevant in Bezug auf das Verfahren der Gruppendiskussion, da die Intentionen der Teilnehmer zu meist nicht zugänglich sind, außer die Teilnehmer berichten selbst darüber. Der Dokumentsinn ist Aufgabe des nächsten Schrittes.¹⁸⁶

182 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 59

183 Bibliographisches Institut GmbH (2016)

184 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 61

185 Lamnek, Siegfried (2005) S. 457/8

186 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 62

8.5.2 Reflektierende Interpretation

Die Formalstruktur des Diskurses wird während der reflektierenden Interpretation entwickelt. Dies beinhaltet die Rekonstruktion der Diskursorganisation und die dokumentarische Interpretation. Rekonstruktion der Diskursorganisation bedeutet, dass die Art und Weise, wie die Sprechenden aufeinander Bezug nehmen, beleuchtet wird und folglich, wie sich die aufeinander aufbauenden Aussagen entwickeln.¹⁸⁷ Den Teilnehmern können in diesem Zusammenhang bestimmte Rollen zugeordnet werden. Es existieren in der Literatur verschiedene Positionen, wie der ‚Vortänzer‘, der eine neue Thematik aufwirft oder der ‚Resümierer‘, welcher die Gesprächsinhalte zusammenfasst. Diese Rollenverteilung wird während der Diskussion durch die Interaktion der Gruppenteilnehmer beeinflusst. Des Weiteren ist der ‚Schweiger‘ als Problemfall in der Literatur bekannt, jedoch muss diese Rolle nicht negativiert werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Redeanteilen einzelner Gesprächsteilnehmer und deren Relevanz für den Verlauf des Diskurses. Häufig leisten die richtungsweisenden Kerncharaktere einen geringen Redebeitrag.¹⁸⁸

Die dokumentarische Interpretation bezieht sich auf die komparative Analyse, sprich den Vergleich mit anderen Gruppen. Nicht die Themen an sich sind vordergründlich zu betrachten, sondern es soll herausgearbeitet werden, wie verschiedene Gruppen dieselben Themen behandeln.¹⁸⁹ In diesem Schritt wird somit der *Dokumentsinn* erfasst. In diesem Kontext werden *fallexterne Vergleichshorizonte* systematisch miteinander verglichen, welche aus den Erfahrungshintergründen der Interpreten stammen und auf deren eigene kollektive Handlungspraxis verweisen.¹⁹⁰

Die spezifische Form der Diskursorganisation erlaubt Einblicke in die Praxis. Es besteht zwischen Form und Inhalt eine Homologie. Das bedeutet, dass die Gruppe bestimmte Sachverhalte bewertet auf Grundlage gemeinschaftlicher Erfahrungen und eines gegebenen gemeinsam geteilten existentiellen Hintergrund. Fehlt dieser ist es möglich, dass die Gruppendiskussion nicht erfolgreich verläuft. Prädestiniert sind diesbezüglich künstlich zusammengestellten Gruppen. Demzufolge dient die Rekonstruktion der Diskursorganisation der Feststellung der vorherrschenden Orientierungen der Gruppe und ob es sich eigentlich um eine Gruppe handelt. Ebenso sollen die Formen der Kollektivität erarbeitet werden. Beispielsweise geht es hierbei um die Zusammengehörigkeit der Gruppe oder die Verankerung in den Alltag.¹⁹¹

187 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 458

188 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 64/5

189 Vgl. Lamnek, Siegfried (2005) S. 458

190 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 63

191 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 66

8.5.3 Diskursbeschreibung

Um die Diskursorganisation zu beschreiben, werden einige Begrifflichkeiten in der Literatur vorwiegend genutzt. Zunächst wird zwischen den Ebenen der Kommunikation und der Metakommunikation unterschieden. Die *Metakommunikation* ist diejenige Kommunikation über die momentan stattfindende. Diesbezüglich werden die Redebeiträge, die Rollenverteilungen zwischen den Interviewten und Interviewer analysiert. Weitere relevante Kommunikationsebenen sind die sogenannten *Propositionen* und die *Konklusionen*. Propositionen bezeichnen Stellungnahmen zu einem Thema, die einer Orientierung Ausdruck verleihen. Diese können u. a. in Form von Meinungsäußerungen, Fragen, stichwortartige Themensetzungen sowie provokante oder ironische Einwände geäußert werden. Selbst ein Lachen oder eine Pause kann als Proposition gedeutet werden, wenn im weiteren Verlauf deutlich wird, dass mindestens ein Teilnehmer die Bedeutung dessen kannte. Im Gegensatz dazu wird durch eine Konklusion eine Thematik zusammenfassend beendet. Zwischen beiden Formen findet die vielfältige *Elaboration* des Themas statt. In diesen befinden sich häufig eingebundene Sequenzen aus (Anschluss-) Propositionen und (Zwischen-) Konklusionen mit eingebetteten Elaborationen.¹⁹² Loos und Schäffer beschreiben dieses Phänomen wie folgt: „In der Tat läßt sich die gesamte Gruppendiskussion idealtypisch als eine einzige Proposition auffassen, in der die Gruppe anhand thematisch verschiedener Propositions-Konklusionssequenzen über sich berichtet und so sukzessive ihren kollektiven Orientierungsrahmen in seiner ganzen Komplexität und Aspekthaftigkeit entfalten“¹⁹³.

8.5.4 Komparative Analyse und Typenbildung

Ein erster Schritt der Interpretation nach der dokumentarischen Methode ist die komparative Analyse. Wesentlich in Bezug auf die komparative Analyse ist, dass das Herausragende eines Falls in den Vergleich mit den empirischen Analysen anderer Fällen gesetzt wird. Die eigenen Vergleichshorizonte dienen nicht als Grundlage für den Vergleich. Demzufolge wird die Interpretation an rekonstruierten Vergleichshorizonten durchgeführt. Die komparative Analyse wird unterteilt in fallintern und –extern. Die fallexterne Analyse kann die jeweiligen Einzelfälle verallgemeinern und das Augenmerk auf die existentiellen Hintergründe lenken. Die Typenbildung lehnt an den Idealtypus von Weber (1968)¹⁹⁴ und richtet sich gemäß Loos und Schäffer „nach den der

192 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 67

193 Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 66

194 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 71

komparativen Analyse zugrundeliegenden Dimensionen des existentiellen Hintergrundes (grundlegend: milieu-, generations- und entwicklungsphasenspezifische Zugehörigkeiten und die Geschlechtszugehörigkeit), aus denen heraus sie die einzelnen Fälle, repräsentiert jeweils durch die verschiedenen Gruppen, erklärt“.¹⁹⁵

Im Sinne des Theoretical Samplings nach Glaser und Strauss (1970) wechseln sich die Phasen der Datenerhebung und -auswertung, die der Interpretation und Typenbildung kontinuierlich ab, greifen ineinander ein und werden durch die Dimensionen des existentiellen Hintergrundes geleitet.¹⁹⁶

¹⁹⁵ Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 71/2

¹⁹⁶ Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 72

9. Praktische Umsetzung der Gruppendiskussion

Mit dem Gruppendiskussionsverfahren können persönliche Erlebnisse und Erfahrungen der Diskussionsteilnehmer wiedergegeben werden.

9.1 Auswertung im Rahmen einer Gruppendiskussionen

Das Ziel von Gruppendiskussionen ist es nach Loos und Schäffer, kollektive Zusammenhänge und Widerständigkeiten darzustellen.¹⁹⁷ Bereits in der Implementierungszeit wurde deutlich, dass die Mitarbeiter ein gesteigertes Bedürfnis des Austausches über diese Thematik haben. In Alltagssituationen wurde beobachtet, dass sich Befürworter und Gegner der neuen Konzeption in informellen Diskussionen gegenüberstanden oder formelle Gespräche mit der Projektleitung, Pflegedienstleitung oder Mitarbeitervertretung geführt wurden. In diesen Gesprächen wurden verschiedene Problematiken und diskussionswürdige Themenbereiche besprochen, welche bereits im Punkt 5.3.3 näher erläutert wurden. Für die Durchführung der Gruppendiskussion entschied sich die Forscherin für Realgruppen. Ihr Vorteil in Bezug auf das Projekt ist die gemeinsame Arbeit an diesem. Sie hatten alle im vergangenen halben Jahr Erlebnisse mit der neuen Konzeption. Es wird spannend sein herauszufinden, in welchem Maße diese Erfahrungen übereinstimmen bzw. sich voneinander abgrenzen. Diese gesammelten Eindrücke sollen etwa sechs Monate nach den Auftakt Schulungen von ausgewählten Mitarbeitern diskutiert werden.

9.2 Vor der Gruppendiskussion

Für das Gruppendiskussionsverfahren waren ursprünglich, wie in der Literatur empfohlen, zwei Gruppengespräche geplant worden, um beide Wohnebenen miteinander zu vergleichen. Dies war jedoch aufgrund des zeitlich eingeschränkten Rahmens und der personellen Lage nicht durchführbar. In diesem Zuge wurden Teilnehmer von jeder Wohnebene zu einer Gruppendiskussion geladen. So konnten wohnbereichsbezogene Unterschiede herausgefiltert werden.

Wie von Lamnek angeregt, wurden mindestens fünf Personen für die Diskussion anvisiert. Durch die geringe Teilnehmerzahl soll die Selbstläufigkeit des Gespräches gewährleistet werden. Die Erfahrungen bei formellen Gesprächen in Form von Teamsitzungen bzw. Arbeitsberatungen mit vielen Anwesenden bestätigen die negative Haltung gegenüber Großgruppen. Problemdiskussionen in großer Runde führen dazu,

¹⁹⁷ Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S. 9

dass einige Mitarbeiter dominant auftreten und andere in die Rollen der Schweiger oder/und Jasager verfallen. Siehe hierzu auch Punkt 7.2. Für die Durchführung der Gruppendiskussion sind 4 Pflegefachkräfte, zwei von jeder Wohnebene, und die Pflegedienstleitung angesprochen worden. Drei der vier Pflegefachkräfte haben eine SIS Beauftragung, die vierte PFK eine Leitungsposition inne. Alle haben im Vorfeld ihre Beteiligung zugesichert, nur die Pflegedienstleitung konnte krankheitsbedingt nicht teilnehmen. Da dieser Ausfall relativ kurzfristig realisiert wurde, konnte kein adäquater Ersatz gefunden werden. Da die an dem Tag diensthabenden Mitarbeiter die Kriterien für eine Teilnahme an der Diskussion nicht erfüllen, wurde auf eine fünfte Person verzichtet und die Gruppendiskussion mit vier Mitarbeitern durchgeführt. Diese erfüllen die geforderten Kriterien. Die Teilnehmer sollen examinierte Altenpfleger/in sein und mehr als fünf Jahre Berufserfahrung vorweisen können. Weiterhin sollen bei der Gruppendiskussion verschiedene Altersgruppen vertreten sein und vorzugsweise unterschiedliche Hierarchieebenen. Ebenso war die Kenntnis und Arbeit mit der neuen Konzeption Voraussetzung. In diesem Zuge fiel die Wahl auf eine Wohnbereichsleitung, eine stellvertretende Wohnbereichsleitung (mit SIS-Beauftragung) und wie bereits erwähnt zwei PFK mit SIS Beauftragung. Die Leitung der Diskussion wurde von der Forscherin selbst übernommen. Sie ist keine Milieufremde, da sie auf beiden Wohntagen bereits ihre persönlichen Pflege- und Forschungserfahrungen gesammelt hat.

Der zeitliche Rahmen der Gruppendiskussion wurde so gewählt, dass sie zwischen dem Frühdienst und dem Spätdienst durchgeführt werden sollte, da in dieser Mittagszeit die meisten Mitarbeiter im Dienst sind. Der 29. August 2016 wurde ausgewählt, da an diesem Tag die ausgewählten Teilnehmer im Dienstplan vorgesehen waren. Niemand musste einen freien Tag dafür hergeben. Als Ort der Durchführung wurde das GOON Büro genutzt. Dies ist ein kleiner abgetrennter Raum mit einem schmalen Vorflur. Normalerweise wird der Raum für die PC Dokumentation genutzt. Alle Mitarbeiter haben Zugang zu diesem Raum, sodass der Ort nicht fremd ist. Das Büro wird zumeist von Mitarbeitern für Qualitätsarbeit und von den Betreuungskräften genutzt. So auch in diesem Fall, denn durch die Gruppendiskussion soll ein Teilbereich der Qualität diskutiert und dadurch verbessert werden. Um so wenige Störquellen wie möglich zuzulassen, wurden die anwesenden Mitarbeiter über die Gruppendiskussion informiert und zusätzlich ein Schild an die Tür gehängt mit der Aufschrift ‚Bitte nicht stören‘. Im Raum selbst befinden sich ein Schreibtisch mit dazugehörigem Drehstuhl und ein großer Tisch mit vier Stühlen. Den Teilnehmern wurde freie Platzwahl suggeriert. Ein Mitarbeiter erschien bereits zehn Minuten vor Beginn und wurde mit in die Raumvorbereitung einbezogen. Es wurde für die Anwesenden Getränke und Kekse

bereitgestellt. Die nächsten zwei Teilnehmer kamen zur verabredeten Zeit in den Raum. Alle Anwesenden warteten auf die fehlende Person und unterhielten sich freundlich über alltägliche Dinge. Zum Beispiel über Neuigkeiten aus dem Familienleben bzw. vom Stationsalltag. Da die fehlende Person nach fünf Minuten noch nicht anwesend war, wurde entschieden zu warten, bis sie zum Spätdienst erscheint um dann die Diskussion durchzuführen. Eine halbe Stunde später konnten folglich alle Teilnehmer erneut versammelt werden, sodass die Gruppendiskussion begonnen werden konnte.

9.3 Auswahl der Evaluationskriterien/ -kategorien zur Analyse der Gruppendiskussionen

Das Ziel der Gruppendiskussion mit den Pflegefachkräften des Alten- und Pflegeheimes ‚Elisabeth Rivet‘ soll es sein, Fragestellungen in Bezug auf unterschiedliche Kategorien zu klären. Diese Kriterien wurden vor Durchführung der Gruppendiskussion durch die Forscherin erstellt. Sie basieren auf der im Vorfeld gestalteten Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern. Die Erkenntnisse werden abschließend in Zusammenhang mit dem Ziel des Projektes ‚Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation‘ gebracht.

Nahmen die Teilnehmer während ihrer Gruppendiskussion keine Stellung zu den ausgewählten Kategorien, wurden sie durch zunächst vertiefende immanente Fragen und anschließend durch gezielte exmanente Fragen zu den Themen geleitet. Im Folgenden wird erläutert, was sich hinter den übergeordneten Kategorien verbirgt. Bei den Kriterien handelt es sich um

- Kommunikation,
- Zusammenarbeit,
- Projektbewertung und
- Entbürokratisierung.

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Interaktion zwischen Menschen ist die Kommunikation. Zwischen Menschen findet immer eine Kommunikation statt, denn es ist nicht möglich nicht zu kommunizieren. Personen müssen keine Worte verwenden um zu kommunizieren, da es verschiedene andere Wege der nonverbalen Kommunikation gibt, wie beispielsweise das Schreiben, Mimik, Gestik oder den einfachen Blickkontakt.

Im Fall der Gruppendiskussion werden hinsichtlich der Kategorie ‚Kommunikation‘ nur akustische Modi interpretiert. Da dem Datenmaterial eine Tonbandaufnahme zu Grunde liegt, an der keine nonverbale Kommunikation ersichtlich ist, wird das gesprochene Wort

verwendet. Des Weiteren werden akustische Verhaltensweisen Berücksichtigung finden, wie beispielsweise das Klopfen auf den Tisch. In Bezug auf die Gruppendiskussion soll die Gruppendynamik herausgearbeitet werden. Genauer gesagt bedeutet das, dass die Sprachanteile der Gruppendiskussionsteilnehmer, das Leiten von Gesprächen beziehungsweise das leiten lassen der Teilnehmer, das eher zustimmende Agieren oder aber Darlegen anderer Sichtweisen und die Beobachtung der Sprachdynamik analysiert werden. Ebenso werden Verhaltensweisen der wertschätzenden Kommunikation beobachtet, welche mit gewissen Regeln einhergehen, wie das Ausreden lassen, das Sprechen über nicht anwesende Personen und die Intention dabei. In Bezug auf die Situation im Alten- und Pflegeheim soll weiterhin die Kommunikation in der Pflege betrachtet werden. Es soll herausgefunden werden, auf welche Art und Weise kommuniziert wird. Werden gehäuft direkte Gespräche geführt, Übergaben genutzt oder Medien eingesetzt, wie beispielsweise Telefone oder Computer. Von weiterem Interesse ist die Kommunikation zwischen sowie auf den einzelnen Ebenen/Menschengruppen. Wie empfinden die Diskussionsteilnehmer die Kommunikation mit anderen Mitarbeitern im Haus? Inwiefern hat sich die Kommunikation seit Implementierung des Strukturmodells verändert?

Aufgrund des breit gefächerten Untersuchungsfeldes erhält das Kriterium bei der Analyse der Gruppendiskussionen einen besonderen Stellenwert.

Die Kategorie der *„Zusammenarbeit“* wurde ausgewählt, um einen Einblick in die verschiedenen Formen des Miteinanders zu erhalten. Von Interesse sind die gemeinschaftlichen Strukturen der Mitarbeiter. In diesem Sinne soll die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander in der pflegerischen Einrichtung, aber auch das außerbetriebliche Verhältnis analysiert werden. Gibt es eine gemeinsame Freizeitgestaltung? Haben sich Gruppen in der Institution gebildet? Welche Faktoren beeinflussen die Zusammenarbeit? Weiterhin stehen im Fokus der Bearbeitung die Kooperation mit anderen Mitarbeitergruppen und das Verhältnis dem Träger gegenüber.

Eine nächste Kategorie ist die *„Projektbewertung“*. In dieser sollen die Meinungen und Aussagen der Gruppendiskussionsteilnehmer speziell zum Projekt der Implementierung des Strukturmodells dargestellt werden. Von Interesse ist der empfundene Nutzen und auch die Rolle der Forscherin in der Implementierungsphase. Es galt herauszufinden, welche Wünsche, Ziele, Bedürfnisse die Mitarbeiter bezüglich des Strukturmodells äußern und wie diese im weiteren Implementierungsprozess Berücksichtigung finden können.

Zu Beginn der Einführung wurden alle Mitarbeiter hinsichtlich des Strukturmodells geschult. In diesen Schulungen wurden die Pflegefachkräfte gebeten, ihre Hoffnungen,

Erwartungen sowie Ängste zu notieren. Mittels der Kategorie ‚*Entbürokratisierung*‘ soll nun herausgefunden werden, ob sich diese Haltungen bestätigt haben. Sind die theoretischen Vorteile, die Prinzipien des Strukturmodells praktisch umsetzbar? Mit diesen Fragen soll herausgefunden werden, ob sich der Pflegealltag durch die Implementierung verändert hat.

9.4 Vorgehen bei der Auswertung der Gruppendiskussion

Als Grundlage für den Forschungsprozess dient die Tonbandaufzeichnung der Gruppendiskussion. Die Aufnahme wird in einem Verschriftlichungsprozess, der sogenannten Transkription, in Datenmaterial umgewandelt. In diesem Schritt wird das Tondokument um alle nicht auditiven Daten verringert. Auf diese Daten stützen sich die späteren Auswertungen. Das gesprochene Wort durchläuft eine Art Transformation während der Verschriftlichung.¹⁹⁸ Eberle (1997) verdeutlicht das mit den Worten: „Erst in der minutiösen Auseinandersetzung mit einer Aufzeichnung erlebt man die Virtuosität, mit der die Gesprächsteilnehmer kommunizieren, und entwickelt man die Sensibilität für die mannigfachen Einzelheiten eines Interaktionsverlaufs und deren potentielle Funktionen.“¹⁹⁹ Die Transkription kann den Forschenden vor eine enorme Herausforderung stellen, vor allem wenn sich die Gesprächsintensität in eine Art Dramaturgie steigert, sodass die Gruppenteilnehmer gleichzeitig und überlappend sprechen. Während der Transkription entscheidet sich das Detaillierungsniveau. Es ist abhängig vom Forschungsinteresse. Bohnsack hat im Jahre 1999 Vorschläge für ein mittleres Detaillierungsniveau veröffentlicht, welches positive praktische Resonanz erfahren hat. Nachfolgend werden diese Transkriptionsrichtlinien in tabellarischer Form anlehnend beschrieben.²⁰⁰

198 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.55/6

199 Eberle (1997) in Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.56

200 Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.56/7

Transkriptionsrichtlinien

| | |
|------------------------|--|
| L | Beginn einer Überlappung der Redebeiträge bei gleichzeitigem Sprechen der Teilnehmer |
| Ja-ja | schnelle Aufeinanderfolge der Wörter; Zusammenziehung |
| Ja | Text wird lauter gesprochen |
| Neeein | Dehnung der Vokale |
| <u>Ja</u> | Betonung |
| (.) | kurze Pause, kurzes innehalten |
| (2) | Dauer der Pause in Sekunden |
| Orts- | Abbruch |
| (kein) | Unsicherheiten beim Transkribieren, schwer verständliche Äußerungen |
| () | Formulierungen sind unverständlich, die Länge der Klammer entspricht ungefähr der Dauer der unklaren Aussage |
| [klopft auf den Tisch] | parasprachliche Ereignisse, Körpersprache, Gestik |
| @ Ja @ | Text wird lachend gesprochen |
| ... | Auslassungen in der Transkription |
| @(.)@ | kurzes Auflachen |
| @(2)@ | Lachen, Dauer in Sekunden |
| °Ruhe° | Aussagen innerhalb der Markierungen leise ausgesprochen |
| ?, | stark bzw. schwach steigende Intonation |
| .! | Stark bzw. schwach sinkende Intonation |

Abbildung 1 in Anlehnung an die Transkriptionsrichtlinien nach Bohnsack (1999)²⁰¹

Nach Loos und Schäffer werden die Diskussionsteilnehmer mit Großbuchstaben maskiert und das Geschlecht mit einem Kleinbuchstaben (m für männlich, f- für weiblich) dahinter notiert. Die Namen, welche während der Gruppendiskussion fallen, werden durch Phantasienamen ausgetauscht. Dieses Vorgehen gilt auch für andere

²⁰¹ Vgl. Loos, Peter/ Schäffer, Burkhard (2001), S.57

Eigennamen, wie beispielsweise Ortsnamen. Ist während der Transkription nicht eindeutig feststellbar, welcher Sprecher etwas sagt, wird dies mit einem ? nach dem Großbuchstaben deutlich gemacht.

9.5 Interpretation

Die Teilnehmer müssen nicht vorgestellt werden, da sie sich untereinander kennen und mehr oder weniger zusammen arbeiten. Zunächst wurden ihnen einige Informationen über das Verfahren an sich gegeben: die Zurückhaltung des Diskussionsleiter wurde sehr betont, um Unstimmigkeiten während der Aufnahme zu vermeiden. Ihnen wurde suggeriert, dass sie sich zunächst ‚natürlich‘ miteinander über das allgemeine Thema unterhalten sollen. Es sollten auch keine Nachfragen gestellt werden. Bewusst wurde den Teilnehmern nicht die genaue Intention der Gruppendiskussion erklärt um herauszufinden, ob sie selbst auf die ausgewählten Thematiken (Kategorien) anspielen. Ihnen wurde diesbezüglich nur erklärt, dass das Thema aufgrund der konstitutionellen Besetzung gewählt wurde. Weiterhin wird ihnen die Funktion des Diktiergeräts erklärt. Es handelt sich hierbei um ein manuell zu bedienendes Diktiergerät, welches im Zuge der Implementierung erworben wurde. In dieser ersten Sequenz wird gleichzeitig auch darauf hingewiesen, dass sie eine Einverständniserklärung²⁰² unterzeichnen müssen, wenn sie sich bereit erklären, an der Erhebung teilzunehmen. Die Erklärung beinhaltet die absolute Diskretion der Forschenden. Das bedeutet, dass die aufgezeichnete Tonbandaufnahme verschriftlicht wird und zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung genutzt werden darf. Wie bereits im theoretischen Teil erläutert, wird sich die Transkription an den Richtlinien von Bohnsack orientieren. Spezielle Transkriptionszeichen sind Bestandteil der Konversationsanalyse, aus denen ein mittleres Detaillierungsniveau resultiert. Dieses erschien im Hinblick auf das Forschungsinteresse geeignet. Hierbei erfolgte nicht nur eine Niederschrift der Kernstellen, sondern eine Transkription im Ganzen, d.h. die Verschriftlichung des gesamten Gesprächs. Die Daten werden in diesem Zusammenhang anonymisiert niedergeschrieben. Die fortlaufende Maskierung der einzelnen Sprecher wird durch synonyme Bezeichnungen, P1 bis P4, gekennzeichnet und die Diskussionsleitung wird mit D1 beschrieben. Es wird auf die Kennzeichnung des Geschlechts verzichtet, da dieser Fakt nicht relevant ist. Weiterhin werden im Gespräch genannte Namen von anderen Personen auch unkenntlich gemacht. In diesem Zuge wurde den Teilnehmern eröffnet, dass es keine zeitliche Begrenzung für das Gespräch gibt und somit das zeitliche Ende nicht vorhersehbar ist.

202 Anhang 8 Einverständniserklärung

Nun schaltet der Diskussionsleiter das Diktiergerät ein, die Tonbandaufnahme beginnt und versucht alle akustischen Reize wahrzunehmen. Die nachfolgenden Zitate sind aus dem entstandenen Transkript²⁰³ entnommen worden. Die Diskussionsleitung setzt den Grundreiz, indem sie die Frage stellt: „D1: *Wie hat sich denn eurer Meinung nach der Pflegealltag auf den jeweiligen Wohnbereichen entwickelt?*“²⁰⁴

Nach dieser Eingangsfrage musste sich die Diskussionsleitung sehr in Zurückhaltung üben, da sie erst einmal in überraschte Gesichter blickte. Wie zu erwarten war, wurde kurz nach dem Grundreiz auch schon die erste ‚Nach‘-Frage gestellt: „P1: *Darf ich mal ne Zusatzfrage stellen? In welchem Zeitraum? (2) Innerhalb von einem Jahr, innerhalb von drei Jahren?*“

Der Frage nach wurde nur die Eingangsfrage mit anderen Worten wiederholt, um die Zurückhaltung zu bestätigen und die Selbstläufigkeit weiter anzuregen. Im Anschluss daran begann dieser Sprecher mit einer Aussage, worauf hin sich eine gute Diskussion entwickelte.

Kommunikation

Die Kommunikation der Diskussionsteilnehmer findet im Rahmen der Gruppendiskussion in Form der deutschen Sprache statt. Alle beherrschen diese und versuchen sich folglich durch Mimik, Gestik und Sprache auszudrücken. P1 ist die erste Teilnehmerin der Gruppendiskussion, die sich bezüglich der Eingangsfrage zu Wort meldet. Sie hat eine markante Stimme. Es scheint, als hätte sie eine pessimistische Einstellung zum Arbeitsleben entwickelt, denn sie beginnt sogleich nach der Eingangsfrage mit arbeitsbedingten Problemlagen, die sie beschäftigen. Sie empfindet folglich, dass die Pflege *„furchtbar stressig geworden (ist und) man fühlt sich von der Leitung im Stich gelassen“*²⁰⁵. Die angeblich fehlende Unterstützung bezieht sie auf den Umgang mit einigen ‚schwierigen‘ Angehörigen und den derzeit andauernden Personalausfall²⁰⁶. Weiterhin werden in dieser ersten Sequenz die häufigen Sparmaßnahmen sowie das, ihrer Meinung nach, zu hohe Durchschnittsalter der Mitarbeiter in Zusammenhang mit der stressig gewordenen Arbeit kritisiert. Bereits an dieser ersten Aussage ist die negative Haltung und der Hang zu Übertreibungen bzw. zu extremen Aussagen erkennbar. Dieses findet sich auch in anderen Kommentaren

203 Anhang 9: Transkription

204 Eigene Erhebung (2016) Z. 1-2

205 Eigene Erhebung (2016) Z. 7/8

206 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 8-11

wieder: „P1: Also das find ich wirklich lächerlich“²⁰⁷. Sie lenkt die Gespräche immer wieder zu neuen Problematiken, welche dann zur Diskussion gestellt werden. Die Themen erscheinen ihr persönlich wichtig zu sein. Der gestiegene Anspruch²⁰⁸ der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die Medikamentenbestellungen²⁰⁹ und die nicht selbstbestimmten Essenszeiten²¹⁰ für die Heimbewohner sind weitere Anliegen ihrerseits. P1 wird in ihrer Lesart von den anderen Diskussionsteilnehmern, speziell von P2, unterstützt. Dies ließe sich durch die Tatsache erklären, dass P2 und P1 auf demselben Wohnbereich arbeiten. Die gemeinsame Zugehörigkeit zu einem Wohnbereich ist auch zwischen P3 und P4 erkennbar, jedoch nicht wegen der gegenseitigen Bestätigung, sondern aufgrund von Aussagen, welche nur durch Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches verstanden werden können: „P4: du redest da mit Jemanden da und der macht es immer wieder! Der macht es immer wieder! P3: @2@“.²¹¹

P2 besticht durch eine ruhige Redensart. Die Person gibt weniger eigene Anliegen preis, als dass sie andere durch kurze zustimmende sprachliche Einwürfe wie: „Richtig, ja“²¹² oder „Hmm“²¹³ bestärkt. P2 ist sehr darauf bedacht andere zu bestärken in dem Gesagten und nutzt in diesem Zusammenhang auch Verneinungen. Ebenso wiederholt er das Gesagte der Vorredner oftmals. Deutlich wird das bereits in der Anfangsszene: „P2: Spätdienst denn zu dritt, morgens fängt es jetzt auch schon zu viert an teilweise.“²¹⁴ Es ist auch auffällig, dass er in einigen Sequenzen viel redet ohne etwas zu sagen: „P2: Ja mit den Ärzten ja das ist auch immer so ne Sache wieder(.) Ja es häuft sich vieles zusammen halt. Das ist (.) alles irgendwo denn manche Mitarbeiter denn (2)“²¹⁵ Diese Redensart führt häufig dazu, dass er seine Sätze gar nicht zu Ende spricht oder durch andere Mitredner unterbrochen wird. In der Gruppe nehmen P3 und P4 die Rollen der Realisten ein. Sie erkennen die Problematiken, die P1 und P2 beschreiben, schauen aber auch über den Tellerrand hinaus, versetzen sich in die Lage des Gegenübers²¹⁶ oder Lesen zwischen den Zeilen das ‚wahre‘ Problem heraus: „P4: [Durchatmen] Na das es nicht besser wird, das ist schon klar, aber das ist immer subjektiv äh (...) Liegt das vielleicht auch daran weil man (...) selber unzufrieden ist.“²¹⁷. Auch sie lenken die Gruppendiskussion in andere Richtungen, weg vom Negativen. Sie versuchen des

207 Eigene Erhebung (2016) Z. 296

208 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 77-80

209 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 116-120

210 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 243-246

211 Eigene Erhebung (2016) Z. 892- 894

212 Eigene Erhebung (2016) Z. 21

213 Eigene Erhebung (2016) Z. 81

214 Eigene Erhebung (2016) Z. 28

215 Eigene Erhebung (2016) Z. 123/4

216 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 88/9

217 Eigene Erhebung (2016) Z. 29/30, 49-51

Öfteren das Thema ‚Strukturmodell‘ anzubringen: „P4: Aber um jetzt noch mal auf die SIS zurück zu kommen“²¹⁸. P4 ist eine eher zurückhaltende Person. Sie ergreift am wenigsten das Wort, aber wenn sie es tut, hat sie auch etwas zu sagen. Sie spricht sehr deutlich und durchdacht, verwendet zur besseren Darstellung praxisnahe Beispiele und lässt die anderen Redner aussprechen, bevor sie ihre Meinung Preis gibt. P3 hingegen spricht in lauter und intensiver Umgangssprache. Sie neigt zu Übertreibungen und lacht sehr gerne, auch über ihre eigenen Aussagen: „P3: Es wird dann in 5000 Richtungen aber wenn wieso weshalb und warum und dididdid @(.)@“²¹⁹

P1, P2 sowie P3 sind diejenigen, welche die gesellschaftlichen Höflichkeitsregeln des ‚Ausreden Lassens‘ häufig missachten. Dies wird in der anfänglichen Diskussion über das Strukturmodell sehr deutlich:

„P1: Gar nicht

P3: Schwierigkeit?

P2: Nagut ich sag mal selber das Abtragen bisschen

P3: Hat sich das geändert bei euch?

P1: Stört hier keinen

P2: Schneller und ich sag ma-I“²²⁰

Die rechtsbündige Ausrichtung verdeutlicht, dass der Vorredner nicht aussprechen kann. Werden die Gesprächsthemen intensiver kommt es auch dazu, dass sich die Teilnehmer gleichzeitig äußern. Diese Überlappungen sind beim Abhören des Tonbandes schwer nachvollziehbar: „(kein)“²²¹. Je emotionaler die Gesprächsinhalte desto mehr Überlappungen der Aussagen finden statt. Lediglich P4 unterbricht einmalig solch eine Sequenz: „P1: Ja renoviert und man ist (kein) P4: **Einer nach dem anderen ich kann sonst nicht alles mitbekommen**“²²². Während der Gruppendiskussion wird über nicht anwesende Personen gesprochen, teilweise auch ohne die Namen zu nennen. Die Diskussionsteilnehmer sind dann aufgrund des gemeinsamen Wissensstands Insider²²³. Es wird über Leitungspositionen, andere (auch ehrenamtliche oder ausgeschiedene) Mitarbeiter, Heimbewohner und deren Angehörige geredet. Sie werden als Teil der Praxisbeispiele oder auch in Zusammenhang mit Problematiken genannt. „P2: Zwei davon sind aber speziell davon“²²⁴.

218 Eigene Erhebung (2016) Z. 541

219 Eigene Erhebung (2016) Z. 736/7

220 Eigene Erhebung (2016) Z. 127-134

221 Eigene Erhebung (2016) Z. 286

222 Eigene Erhebung (2016) Z. 1046/7

223 Jemand, der Informationen besitzt, über die Außenstehende bzw. die Allgemeinheit keine Kenntnis haben

224 Eigene Erhebung (2016) Z. 100

Die Sprachdynamik im Allgemeinen ist zu Beginn der Diskussion eher zurückhaltend. Die Teilnehmer sind darauf bedacht was sie sagen. Im späteren Verlauf ändert sich das Verhalten der Gesprächsteilnehmer. Die Gruppendiskussion ähnelt einem natürlichen Gespräch unter Kollegen. Die Teilnehmer verwenden Floskeln sowie Umgangssprache („furtzt dich voll“²²⁵) und verfallen zeitweise in dialektische Sprache („icke“). Sie vermitteln Ehrlichkeit. Es scheint als redeten sie sich ihre angestauten Emotionen von der Seele. In dieser Runde fühlen sie sich wohl und verstanden. Die Empathie ist sichtbar durch die stets freundliche, respektvolle Anrede unter den Teilnehmern.

Die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern wird verbal und nonverbal (digital) ausgeführt. Seit dem Jahre 2009 existiert hauptsächlich die EDV²²⁶- gestützte Dokumentation am Computer²²⁷, über die GOON Pflegedokumentationssoftware in der Pflegeeinrichtung. In diesem Zusammenhang können die Mitarbeiter auch das Intranet nutzen, um Informationen weiterzuleiten. „P4: (...) wir haben nun dieses schöne Mailsystem“²²⁸ „P2: Das ist nicht schlecht um manchmal alle auf einen Haufen zu kriegen.“²²⁹ Die Handhabung dieser Technik wird jedoch nach Ansicht der Diskussionsteilnehmer nicht adäquat genutzt. Die wichtigen Informationen sollen so alle Mitarbeiter erreichen, auch wenn sie diesen oder die nächsten Tage nicht im Dienst sind. Die Mitarbeiter sollen frei entscheiden, ob es notwendig ist eine Mail zu verschicken oder ob ein Eintrag im Berichteblatt ausreichend ist. In dieser Hinsicht gehen die Meinungen der Gruppe auseinander. P4 beschreibt die Situation wie folgt: „P4: (...)selbst wenn ichs an alle schicke (...) aber der der nun 10 Tage im Frei war hats noch nicht gehört und der kann dann wenigstens nicht sagen ‚du das hat mir aber keiner übergeben“²³⁰. Hingegen sieht P2 die Tatsache anders: „P2: Ja manche Sachen, da werden wirklich kleine Sachen da geschickt (...) vielleicht hätts auch gereicht man hätte es abgespeichert als Bericht- muss man denn nicht unbedingt schicken“²³¹. An sich erhält das Mailsystem in der Gruppendiskussion jedoch positive Rückmeldung. Dennoch sind die Mitarbeiter der Technisierung der Kommunikation gegenüber nicht nur positiv eingestellt. Es wird vermutet, dass die persönliche Kommunikation unter dem Fortschritt leiden könnte. Sie finden, dass: „P3: Aber dadurch verlernt ja wieder halt das Reden(...) P1: Und sich in die Augen gucken“²³² Im Kontext zur EDV-gestützten Dokumentation wird der Umgang mit der ‚ärztlichen Kommunikation‘ unterschiedlich von den Rednern bewertet. Auf einer Wohnebene werden nur relevante Informationen über das

225 Eigene Erhebung (2016) Z. 55

226 Elektronische Datenverarbeitung

227 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 226

228 Eigene Erhebung (2016) Z. 739

229 Eigene Erhebung (2016) Z. 787

230 Eigene Erhebung (2016) Z. 748-751

231 Eigene Erhebung (2016) Z. 760-763

232 Eigene Erhebung (2016) Z. 780/782

Mailsystem weitergeleitet. „P3: *Ja genau das find ich läuft ganz gut*²³³. Auf dem anderen Bereich sehen die Teilnehmer Einsparpotential: „P1: *Grad so ne wie der Doctor war hier und dann keine Änderung. Naja warum schicken sies denn?*²³⁴ Offenbar würde ein Eintrag im Bericht als angemessen erscheinen, eine Mail ist nicht notwendig.

Verbal wird sich in formellen und informellen Gesprächen unterhalten. Die informellen Gespräche finden täglich während der Arbeit, in den Pausen oder aber auch während der Freizeit statt. Die Gesprächsinhalte beziehen sich auf Themen, die die Arbeitsgestaltung betreffen oder aber auch privater Natur sind. Die Gesprächsbereitschaft hinsichtlich der persönlichen Thematiken ist jedoch scheinbar zurückgegangen: „P3: *früher hat man auch mehr Persönlicheres von den Mitarbeitern gewusst so P1: Weil nicht jeder mehr Preis geben möchte*²³⁵. Es wird von den Teilnehmern suggeriert, dass sie es als positiv empfinden Arbeit und Freizeit zu trennen. Wenn Treffen während der Freizeit geplant sind, sollten sich die Gespräche hauptsächlich über außerbetriebliche Angelegenheiten drehen: „P3: **Natürlich können die mal fallen- kein Thema** P2: *Und dann nur von der Arbeit geredet wird*²³⁶ „P3: **das kotzt mich an! mach ich nicht (.) dann bleib ich zu Hause @**²³⁷

Die informellen Gespräche werden unter anderem in Form von Dienstberatungen²³⁸ und Dienstversammlungen²³⁹ durchgeführt. In diesen Gesprächsrunden werden die derzeit relevanten Themen besprochen, die die Pflege und die Pflegeeinrichtung betreffen. Demzufolge wird in diesem Rahmen auch das Un-/Wohlergehen der Heimbewohner thematisiert. In der Diskussion wurde über die gewünschten individuellen Essenszeiten am Morgen gesprochen, welche angeblich von der Leitungsebene untersagt sind: „P2: *Naja wenn man sie früher wieder rein lässt dann kriegt man wieder wat ne (.) zu hören*²⁴⁰. Das Problem besteht weiterhin, ohne dass sich Jemand weiterhin darum kümmert: „P2: ***Naja gut alles kriegt man sowieso nicht geregelt davon mal abgesehen, aber ich mein mal so ne kleinen Sachen wie dies zum Beispiel könnte man eigentlich ne***²⁴¹. Es scheint, als ob die Thematik nicht noch einmal durchdacht und weitergegeben wurde. Die Mitarbeiter könnten mit Appell an das Selbstbestimmungsrecht die Frage während einer Dienstberatung neu formulieren.

Die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und den Heimbewohnern wird positiv deklariert. Sie wird den Heimbewohnern individuell angepasst: „P3: *Ja wie gesagt ne zu*

233 Eigene Erhebung (2016) Z. 774

234 Eigene Erhebung (2016) Z. 768/9

235 Eigene Erhebung (2016) Z. 843-845

236 Eigene Erhebung (2016) Z. 828-831

237 Eigene Erhebung (2016) Z. 822/3

238 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 273

239 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 588

240 Eigene Erhebung (2016) Z. 264

241 Eigene Erhebung (2016) Z. 309-313

den Bewohnern ist es eigentlich auch gut (.) naja mit dem einen hast mehr mit dem anderen haste weniger! das ist ebenso ne (2) P2: Manche erzählen halt gerne und viel andere wieder ‚lass mich bloß in Ruhe‘ halt ne²⁴² Im Pflegealltag kommt es scheinbar zeitweise zu spontanen kommunikativen Situationen, in denen für die Bewohner früher alltägliche Situationen neu aufleben: „P4: Sowas hatten wir mal im Spätdienst (...) Da sagt die eine Heimbewohnerin @,Holen sie doch mal aus meinem Schrank den Rotwein raus‘@ Da ging das dann auch ab du.²⁴³

Die Kommunikation unter den Mitarbeitern wird kontrovers gewertet: „P3: Manchmal wird zu viel geredet und manchmal zu wenig (.) Manchmal hab ich das Gefühl es wird so über Diskussionen gelaabert gelabert²⁴⁴. Offenbar gibt es Themen, die unter den Kollegen einen gesteigerten Redebedarf auslösen und andere, die zum Schweigen einladen. Sicherlich spielen die verschiedenen Charaktere der Pflegenden dabei eine Rolle. Die Diskussionsteilnehmer der einen Wohnebene haben für zu viel Gerede ein Wort erfunden: „P1: Wir sagen immer ‚Wundern‘ Es wird gewundert²⁴⁵. So wird das negativ empfundenen ‚Gelabber‘ neutralisiert.

Hinsichtlich der Pflegeeinrichtung als Institution wird auch kommuniziert. Die Mitarbeiter sind dahingehend das Aushängeschild der Einrichtung. Caritas steht für „P4: (...) freundlich (.) herzlich (.) immer ein Ohr²⁴⁶. Angehörige äußern sich positiv: „P4: (...) Mensch ist aber schön dass sie heut da sind²⁴⁷. Dieses positive Feedback entsteht durch gute Arbeit. Die Angehörigen fühlen sich anscheinend erleichtert bei dem Gedanken, dass ihre Pflegebedürftigen gut aufgehoben sind. Die Kommunikation mit Angehörigen ist dennoch nicht immer einfach. Freundlich und nett zu sein/ zu bleiben, obwohl sich die Gefühle innerlich auf türmen, kann scheinbar zur Herausforderung werden: „P4: (...) Fällt natürlich immer mehr schwer wenn du schon von zwei drei Angehörigen voll gepupst wurdest (.) weißt du und dem nächsten sollst du denn noch freundlich entgengetreten²⁴⁸. In solchen Situationen soll sich jeder Pflegende an das Motto der Caritas erinnern und daran denken, wofür die Caritas steht: „P3: (...) die Caritas ist Menschlichkeit-Not sehen und handeln!²⁴⁹

242 Eigene Erhebung (2016) Z. 798-801

243 Eigene Erhebung (2016) Z. 336-338

244 Eigene Erhebung (2016) Z. 731/2

245 Eigene Erhebung (2016) Z. 734

246 Eigene Erhebung (2016) Z. 1011

247 Eigene Erhebung (2016) Z. 1016/7

248 Eigene Erhebung (2016) Z. 1011-1014

249 Eigene Erhebung (2016) Z. 1090

Zusammenarbeit

Eine weitere für die Forschung relevante Kategorie ist die ‚Zusammenarbeit‘. Die Teilnehmer reden alle sehr positiv über das Kollegium und stimmen P2 zu, die sagt: „P2: (...) ich sag mal hätte man das Kollegium nicht so äh (...) Das ist wirklich gut äh (...) da kommt man hier her und ach dann freut man sich den Kollege zu sehen (...) wenn man das nicht hätte“²⁵⁰. Das Kollektiv ist nach dieser Aussage auch ein Motivationsfaktor zur Arbeit zu kommen. P4: (...) es ist ja immer von Vorteil wenn du mal mit jemandem arbeitest mit dem du gerne arbeitest! mit dem du gut arbeitest (...) den du auch noch magst“²⁵¹ Selbstverständlich kann die Zusammenarbeit und das zwischenmenschliche Verhältnis nicht mit allen Mitarbeitern gleich gut bestehen. P3 beschreibt dies sehr deutlich: „P3: (...) ‚Oh scheiße morgen hab ich mit dem und dem‘ Der und der verträgt sich mit dem und dem nicht (...) dann guck ich schon im Voraus mit wem ich hab“²⁵² Die Professionalität der Pflegenden besteht folglich auch darin, mit weniger positiven Umweltfaktoren die besten Leistungen zu erbringen. Die Diskussionsteilnehmer bestätigen, dass solche Konstellationen auch negative Folgen nach sich ziehen können: „P3: (...) es spaltet (...) das beeinflusst schon“²⁵³ Es führt in außergewöhnlichen Situationen dazu, dass das persönliche Gespräch nicht ausreicht, um ein Problem zu lösen: „P4: Und dann denkst du redest du nochmal mit ihm und macht er es immer wieder und dann geht man nämlich zum nächst Vorgesetzten“²⁵⁴ Schlussendlich kann dies zu einer drastisch ökonomischen Arbeitseinstellung führen: „P4: (...) ich verdien hier mein Geld! Ich komm hier morgens um sechse hin und geh um 12.15 Uhr nach Hause! In dieser Zeit habe ich meine Arbeit zu machen! Ich habe es weder schön zu finden noch hab ich hier mein Frust abzuladen!“²⁵⁵ Eine andere Rednerin fügt hinzu: P1: (...) wenn du dann immer freundlich bleibst ist das doch okay oder nicht?“²⁵⁶ Die Gesprächsteilnehmerin wird noch drastischer in ihrer Aussage „P4: (...) ich muss hier keine Freundschaften schließen (...) Wenn welche dabei raus kommen dann ist das wunderbar“²⁵⁷ Die Einstellung der Sprecherin wird durch einen späteren Kommentar erklärbar. Sie sagt: „P4: (...) weil ja auch jeder schon mal auf die Schnauze gefallen ist oder so ne, eigentlich jemandem etwas im Vertrauen erzählt hat und der nächste tritt äh erzählst dir denn wieder so ne“.²⁵⁸ Sie und andere haben deshalb vielleicht den persönlichen Entschluss getroffen, Beruf und Freizeit zu trennen. „P3: (...) Wenn ich

250 Eigene Erhebung (2016) Z. 439-444

251 Eigene Erhebung (2016) Z. 909-912

252 Eigene Erhebung (2016) Z. 904-908

253 Eigene Erhebung (2016) Z. 902-906

254 Eigene Erhebung (2016) Z. 895-897

255 Eigene Erhebung (2016) Z. 923-926

256 Eigene Erhebung (2016) Z. 956

257 Eigene Erhebung (2016) Z. 918-923

258 Eigene Erhebung (2016) Z. 938-940

hier Arbeit fertig habe dann hab ich fertig und dann hab ich Freizeit und Familie und dann hab ich andere Sorgen²⁵⁹ Eine weitere Aussage belegt diese These: „P1: Du bist auch froh wenn du die Tür hinter dir zu machst²⁶⁰. Beruf und Freizeit können sich allerdings auch bedingen, wenn während der Arbeitszeit beispielsweise Freundschaften geschlossen werden, die im Privatleben weiter ausgeweitet werden. Angeblich bildeten sich damals häufiger Gruppen, die auch im Privatleben etwas zusammen unternahmen. „P1: Vor einigen Jahren da gabs immer wieder so ne Grüppchen (...) Das (...) bestimmt schon 10 Jahre her (...) Jeder macht sein Ding²⁶¹ Unverkennbar ist das wohl heutzutage eher die Ausnahme. „P3: (...) dass sind eigentlich immer nur die einen die du privat siehst und **denn suchst du dir eigentlich die aus ne²⁶²(...) Man hat so seine zwei drei ne?²⁶³**. Die Diskussionsteilnehmer bestätigen, dass sich das zwischenmenschliche Miteinander reduziert hat und gemeinsame Freizeitaktivitäten eher zur Seltenheit geworden sind: „P3: (...) die erste Zeit war das so dass man **noch so zwei drei Mal im Jahr noch privat** unterwegs war (...) **früher war das noch viel gemeinschaftlicher man hat da doch mehr (...) Spaß gehabt²⁶⁴** Die Gruppe ist sich einig, dass es sich hierbei um ein gesellschaftliches Problem²⁶⁵ handelt. Es werden weniger private Unternehmungen von den Mitarbeitern geplant, jedoch gibt es die alljährlichen betrieblichen Empfänge. Hierzu teilen sich die Meinungen. „P3: Es gibt ja auch immer wieder welche die diese wenn diese Zusammenkünfte wenn sie dann mal sind- auch genießen können manche von vorne herein sagen wir ‚bleib mir fern mit diesem Scheiß! (.) Muss ich gar nicht haben!‘ (.)²⁶⁶ Die Gruppe sucht Gründe für die ablehnende Haltung einiger Kollegen. „P1: (...) durch diesen Stress hat keiner mehr Bock ne (...) Weil jeder mit sich zu tun hat²⁶⁷. Mit dem Wandel der Zeit hat sich anscheinend auch die Offenheit der Menschen geändert: „P2: Natürlich (.) Ich mein es gibt manche die sind ein offenes Buch halt die erzählen halt viel und andere wieder gar nichts erst²⁶⁸. Im Pflegealltag scheinen sich insofern zwei Typen von Pflegenden herauszukristallisieren. Auf der einen Seite gibt es offenbar Mitarbeiter, die ihre Privatsphäre schützen möchten. „P3: (...) Und ich möchte auch meinen früher hat man auch mehr Persönlicheres von den Mitarbeitern gewusst so P1: Weil nicht jeder mehr Preis geben möchte²⁶⁹. Auf der anderen Seite stehen Mitarbeiter, die: „P2: (...) das

259 Eigene Erhebung (2016) Z. 824/5

260 Eigene Erhebung (2016) Z. 819

261 Eigene Erhebung (2016) Z. 968-973

262 Eigene Erhebung (2016) Z. 814/5

263 Eigene Erhebung (2016) Z. 848

264 Eigene Erhebung (2016) Z. 811-820

265 Vgl. Eigene Erhebung (2016) Z. 847-851

266 Eigene Erhebung (2016) Z. 866-868

267 Eigene Erhebung (2016) Z. 449-451

268 Eigene Erhebung (2016) Z. 861/2

269 Eigene Erhebung (2016) Z. 842-845

*Private mit hier her nehmen und dann das n bisschen abladen*²⁷⁰. Solche Kollegen werden von den Beteiligten als „*Stimmungsmacher*“²⁷¹ bezeichnet. Sie verbreiten negative Energien und versuchen andere Mitarbeiter zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Dies ist ein Grund dafür, dass die persönliche Klärung von Problemen nach gelassen hat. „*P2: Das wird dann lieber hinten rum gemacht ne*“²⁷².

Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern betrifft auch die anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten. Das Miteinander hinsichtlich der Mitarbeiter der sozialen Betreuung scheint ausbaufähig „*P1: (...) nischt gegen die Betreuungskräfte aber ist das so schlimm wenn die mal den Wäschewagen- (...) den Leuten mal Essen geben*“²⁷³ Es wird Unterstützung von ihnen erwartet, da es in anderen pflegerischen Institutionen angeblich normal ist. Dabei wirkt es als wüssten die Diskussionsteilnehmer den Grund ihrer Verweigerung, sie wollen ihn jedoch nicht wahr haben. „*P1: (...) nein dürfen sie nicht naja bestimmt*“²⁷⁴. Dankbar sind die Diskussionsteilnehmer für die Hilfe von ehrenamtlich Tätigen. Die Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst und den Ordensschwestern wird positiv hervorgehoben, besonders in Bezug auf die Sitzwache in der Sterbephase. „*P1: Ich hab mir die Nonne neulich geholt @*“²⁷⁵ Ebenso schätzen die Mitarbeiter der oberen Wohnebene ihre ehemalige Kollegin, die ehrenamtlich Unterstützung leistet. „*P3: Naja bei uns ist G relativ viel die sagt ja auch immer wenn was ist können wir sie anrufen*“²⁷⁶.

Das Verhältnis dem Träger gegenüber scheint sich auch gewandelt zu haben. „*P3: (...) Heutzutage ist die Caritas nur noch die (.) der Arbeitgeber der sichere Geldgeber der sichere Platz*“²⁷⁷. Es scheint den Rednern schwer zu fallen die Trägerphilosophie/ das Leitbild zu vertreten. „*P3: (...) früher hatte das mehr so P4: Was menschlicheres P3: Ja (...) und dadurch hat mans auch mehr gelebt*“²⁷⁸. Die Teilnehmer sehen einen direkten Zusammenhang zur wertschätzenden Haltung der Leitungsebene den Mitarbeitern gegenüber. „*P1: Das ist auch son Ding da kriegt man auch auch keine Anerkennung*“²⁷⁹. Dem Anschein nach erwarten sie vom Arbeitgeber eine Würdigung für ihre Arbeit. *P1: (...) @man muss doch seine Leute mal n bisschen gut behandeln@*²⁸⁰. Die würdigenden Worte erhalten die Mitarbeiter von Besuchern. *P4: Aber ich finde auch so gerade so dieses Menschliche oder so dieses- P1: Herzliche P4: Das ist ja auch das*

270 Eigene Erhebung (2016) Z. 933/4

271 Eigene Erhebung (2016) Z. 874

272 Eigene Erhebung (2016) Z. 890

273 Eigene Erhebung (2016) Z. 464-468

274 Eigene Erhebung (2016) Z. 473

275 Eigene Erhebung (2016) Z. 1075

276 Eigene Erhebung (2016) Z. 1073/4

277 Eigene Erhebung (2016) Z. 960/1

278 Eigene Erhebung (2016) Z. 962-965

279 Eigene Erhebung (2016) Z. 397

280 Eigene Erhebung (2016) Z. 405/6

was wir so auch immer so als Feedback so von den (...) Angehörigen²⁸¹ bekommen. Sie scheinen den Mitarbeitern mit Worten wie „P4: (...) ‚Mensch das ist immer so ne tolle Stimmung hier und bei euch wird so viel gelacht oder so‘²⁸² sehr viel Kraft und Freude zu bereiten.

Die Mitarbeiter der einzelnen Wohnebenen fühlen sich auch dem Team zugehörig, nicht dem Kollektiv des Pflegeheims. Sie unterscheiden deutlich in oberen und unteren Wohnbereich. „P4: (...) ‚wir unten‘²⁸³ Erfahrungsgemäß hat jede Etage ihre Vor- und Nachteile. „P2. Das ist einfach auch ein anderes Schema wie bei euch oben, wie bei uns ne²⁸⁴ Die Beteiligten empfinden das nicht negativ, sondern eher normal und scherzen darüber. „P1: (...) wenn man hoch spritzen geht das ist eine ganz andere ich versteh ich kann gar nicht wie ichs sagen soll P3: Aber das geht uns ja genauso P1: Irgendwie ist das oben heller oder wie?²⁸⁵

Projektbewertung:

In der nächsten Kategorie wird der Bezug zum Projekt der Implementierung des Strukturmodells gesehen. Anfänglich wird von den Diskussionsteilnehmern kein eigener Bezug zu den ausgewählten Kategorien hergestellt, auch nicht zum Implementierungsprojekt. Die Thematik wird erstmalig ab Zeile 125 angesprochen. P4 nimmt unwissentlich eine bedeutende Rolle für die Forscherin ein, da sie auch im weiteren Gespräch die Gruppe thematisch immer wieder zurück zum Strukturmodell leitet.

Seit der Auftaktschulung bis zum Zeitpunkt der Gruppendiskussion ist knapp ein halbes Jahr vergangen. In der ersten Implementierungsphase wurde das Projekt nicht sehr wohlwollend angenommen: „P3: Wenn wir mal was Neues bekommen dann muss man uns das aufdrängeln ne SIS dann muss man uns zwingen dazu dann gibt's erst wochenlanges Theater²⁸⁶ Diese anfänglich erscheinende Skepsis hat sich wohl gelegt. Das neue Modell wird nicht mehr als „Störfaktor“²⁸⁷ bezeichnet. Ganz im Gegenteil: „P1: Stört hier keinen (...) Da hat sich ne Regelung gefunden“²⁸⁸ Die Diskussionsteilnehmer geben zu, dass es hin und wieder Schwierigkeiten gab und gibt.

281 Eigene Erhebung (2016) Z. 975-978

282 Eigene Erhebung (2016) Z. 980/1

283 Eigene Erhebung (2016) Z. 990

284 Eigene Erhebung (2016) Z. 988

285 Eigene Erhebung (2016) Z. 995-1005

286 Eigene Erhebung (2016) Z. 516/6

287 Eigene Erhebung (2016) Z. 126

288 Eigene Erhebung (2016) Z. 131-136

„P2: (...) **Gut aller Anfang** ist schwer mit der SIS viele haben Probleme gehabt zum Anfang“²⁸⁹

Die groben Verständnisprobleme haben sich mittlerweile offenbar durch die stetige Übung gelegt. „P1: Wir hatten wie viele Neueinzüge hatte wir inzwischen nach dem SIS, ich glaub drei oder vier, sogar fünf (...) war ganz gut so hat man schön geübt“²⁹⁰ Diesen Vorteil können die Vertreter des anderen Wohnbereiches nicht aufweisen. „P4: (...) wir haben keine Neuaufnahme gehabt“²⁹¹ Die direkte Umstellungsphase fiel in die Sommerzeit. „P1: Der Zeitpunkt war jetzt ein bisschen ungünstig weil jetzt Urlaubszeit war“²⁹². Die äußeren Bedingungen, in diesem Zeitraum eine Neuaufnahme vorzunehmen, sind nicht optimal. „P1: (...) wirklich morgens seine sieben oder acht Leute wäscht- dann soll man die Neuaufnahme machen dad war hart!“²⁹³ Idealerweise findet die Neuaufnahme eines Heimbewohners ohne die morgendliche Grundpflege statt. Die Meinung wird von P1 geteilt. „P1: (...) ‚Ich fang erst um neun Uhr an‘ (...) würde ich mehr Zeit haben“²⁹⁴.

Trotz der unpassenden Zeit lautet die eröffnende Einschätzung: „P3: (...) wir empfinden es oben doch als erleichternd (...) Du musst nicht mehr jeden Schnotta da mitschreiben“²⁹⁵ P3 scheint positiv von dem Projekt überzeugt zu sein. Auch P1 blickt optimistisch in die Zukunft: „P1: Ich kanns mir schon vorstellen wenn nachher wieder alle da sind dass man dann wirklich die Zeit nehmen kann“²⁹⁶. Obgleich die Freude über die Innovationsbereitschaft der Pflegeeinrichtung von den Anwesenden geteilt wird, gibt es ihrer Aussage nach Mitarbeiter, die das neue Konzept weiterhin ablehnen, aus welchen Gründen auch immer. „P4: (...) so richtig verinnerlicht glaub ich haben das noch nicht alle Kollegen“²⁹⁷. Dies ist erkennbar an der vermeintlichen Umsetzung. Sie dokumentieren weiterhin unnötige Besonderheiten, welche jedoch für den Bewohner nicht relevant sind, da sie die individuellen Besonderheiten beschreiben. „P3: Naja das ist noch im Kopf ne.“²⁹⁸ Die neue Denkweise erscheint schwieriger wie gedacht. Die Diskussionsteilnehmer erwähnen in diesem Kontext die Unterstützung durch den Implementierungshelfer. „P1: Wobei uns hier und da ja von D1 geholfen wurden ist, ist so P2: Ja ihr habt uns ja viel geholfen ne ist so“²⁹⁹.

289 Eigene Erhebung (2016) Z. 199-200

290 Eigene Erhebung (2016) Z. 144-149

291 Eigene Erhebung (2016) Z. 1127/8

292 Eigene Erhebung (2016) Z. 1101

293 Eigene Erhebung (2016) Z. 1103/4

294 Eigene Erhebung (2016) Z. 1106/7

295 Eigene Erhebung (2016) Z. 137-139

296 Eigene Erhebung (2016) Z. 1141/2

297 Eigene Erhebung (2016) Z. 178/9

298 Eigene Erhebung (2016) Z. 198

299 Eigene Erhebung (2016) Z. 202/3

Anscheinend ist die vermehrte Arbeit des Implementierungshelfers mit den SIS-Beauftragten von den anderen Pflegenden irrtümlich verstanden worden. „P4: (...) dass sich die anderen irgendwie auf uns verlassen P1: Ja das ist es ja. Diesen [Hände ablehnend vor den Oberkörper]³⁰⁰ Pflegende, die nicht ausgewählt wurden die SIS zu betreuen, fühlen sich auch nicht verantwortlich dafür. Erkennbar durch Sätze wie: „P4: (...) und außerdem ist das doch euer Ding“³⁰¹. Aufgrund solcher Haltungen wurde nachweislich das Bezugspflegesystem zur Entlastung der SIS-Beauftragten geändert, jedoch zum Unmut der Pflegenden ohne SIS-Beauftragung. „P4: Und als dann dieses Ding kam, wo die äh Bezugspflegen übernehmen sollten, praktisch ne, da wurde schon wieder gestöhnt“³⁰² Der Missmut ist nicht nachvollziehbar für die Anwesenden. Die Betreffenden sehen nur die Mehrarbeit, nicht jedoch die Erleichterung. „P4: (...) ihr seid Ansprechpartner genauso wie wir bisher auch- wir alle jetzt immer wer im Dienst war (...) es ändert sich doch nichts! Nur dass ihr praktisch die Pflegeplanung nicht mehr schreiben müsst“³⁰³. Die einzige Umstellung ist die neue Dokumentation der Bezugspflegen nach dem neuen Konzept. Bei Änderungen des Pflegebedarfs sollen die Bezugspflegekräfte den SIS-Beauftragten zuarbeiten, sodass die Pflegedokumentation handlungsanleitend bleibt. Diese Aufgabe wurde sichtlich noch nicht verinnerlicht denn: „P3: Ich hab zum Beispiel auch noch nie ne E-Mail gehabt von irgendwen dass der und der sagt es hat sich das und das verändert, müsste eventuell mal in die SIS-“³⁰⁴. Die Anwesenden kritisieren diese Nachlässigkeit, versuchen die Beurteilten aber zu verteidigen. „P4: **Nee weil** die wahrscheinlich auch gar keine Zeit mehr haben da mal in die Maßnahmenplanung mal rein zu gucken“³⁰⁵. Was jedoch für die Gruppe nicht nachvollziehbar ist, dass veränderte Hilfebedarfe erkannt, dokumentiert, aber nicht an die SIS-Beauftragten zur Anpassung weiter geleitet werden. „P3: Aber ich mein neues BTM (...) neuer Hilfebedarf oder neuer (.) so ne einfachen Sachen das sehen sie ja jeden Tag (...) **Ja Essgewohnheiten** da steht eigentlich wöchentlich bei irgendwem oder irgendwas. Hab **ich noch niieeee** irgendwas gekriegt so noch nie!“³⁰⁶. Den Pflegenden ohne SIS Beauftragung wird zu Gute gehalten, dass die Neuaufnahmen mittlerweile reibungslos verlaufen hinsichtlich der Informationsweitergabe. „P1: Nur bei denen die neu einziehen praktisch“³⁰⁷ In Kontext der Dokumentation werden die Betreuungskräfte lobend erwähnt, da sie als Einzige Hinweise bezüglich der

300 Eigene Erhebung (2016) Z. 617/619

301 Eigene Erhebung (2016) Z. 633/4

302 Eigene Erhebung (2016) Z. 620/1

303 Eigene Erhebung (2016) Z. 624-627

304 Eigene Erhebung (2016) Z. 636/7

305 Eigene Erhebung (2016) Z. 645/6

306 Eigene Erhebung (2016) Z. 648-656

307 Eigene Erhebung (2016) Z. 657

Dokumentation an die SIS-Beauftragten via Intranet verschickt haben. „P4: Gerade mal jetzt hier von den Betreuungskräften“³⁰⁸

Die SIS-Beauftragten wünschen sich eine Rückmeldung von den anderen Mitarbeitern. „P4: Hast du eigentlich von unseren Kollegen schon mal so nen Feedback gekriegt, die sich das durchgelesen haben? Von den Nicht Sissern?“³⁰⁹ Aufgrund der vorher festgestellten Tatsache, dass die ‚Nicht Sisser‘³¹⁰ gar keine Zeit haben, die Planungen zu lesen wird eine Alternative gesucht. „P4: (...) mich würde das ja mal brennend interessieren wenn jetzt Praktikanten (...) die auch Zeit haben mal was über den äh Heimbewohner zu erfahren- Ob die sagen ‚oh das ist aber schön übersichtlich (...) Ob die da anhand dieser äh Informationssammlung ob die damit arbeiten können“³¹¹ Daran ist erkennbar, dass die SIS-Beauftragten sehr an einem Feedback ihrer Dokumentation interessiert sind. Mit dem Test geht ein weiterer Vorschlag einher, welcher sich bereits vor einigen Jahren bewährt hat. „P3: Oder mal wieder tauschen die Lehrlinge“³¹². Durch solch ein Feedback kann den PFK eventuell die Angst vor der nächsten MDK-Prüfung genommen werden. Vielleicht würde der alles in Frage stellende Satz „P3: (...) Wenn da der MDK mal kommt‘ [nachäffend gesprochen]“³¹³ endlich verstummen. Zumal die Pflgenden in der Auftaktschulung erfahren haben, dass die Prüfinstanzen im gleichen Zeitraum geschult wurden, wie sie selbst. Die Anwesenden sehen darin einen Vorteil: P2: *Brauch man sich bei der nächsten Prüfung noch nicht ganz so doll nen Kopf machen.*“ Angeblich wurde ihnen diese Sichtweise bestätigt. „P2: Obwohl die ja bei der letzten Prüfung schon gesagt haben wenn das am Laufen ist dann werden dann noch über einige Sachen dann hinweg gucken“³¹⁴. Die Teilnehmer denken während der Diskussion an ihre anfänglichen Schwierigkeiten und ihnen wird bewusst: „P2: Die müssen auch erstmal da rein kommen.(...) P3: **Ja** äh jaha naja die **werden wahrscheinlich genauso unsicher sein wie wir**“³¹⁵. Ein gemeinschaftlicher Gedanke wird dazu geäußert: „P2: Naja wir sind ja nicht die Einzigen die da mit machen“³¹⁶. Um die Bedenken etwas zu reduzieren, hat die Einrichtung folglich die Möglichkeit, mit Anderen Rücksprache zu halten. Diese Unsicherheit wird auch in einer anderen Sequenz den MDK und die Anzahl der SIS-Beauftragten betreffend deutlich. „P1: **Würde für mich ja im Endeffekt heißen jedes Mal wenn die MDK Prüfung ist muss ich**

308 Eigene Erhebung (2016) Z. 641

309 Eigene Erhebung (2016) Z. 576/7

310 PFK ohne SIS-Beauftragung

311 Eigene Erhebung (2016) Z. 541-552

312 Eigene Erhebung (2016) Z. 559

313 Eigene Erhebung (2016) Z. 208/9

314 Eigene Erhebung (2016) Z. 710-719

315 Eigene Erhebung (2016) Z. 675-684

316 Eigene Erhebung (2016) Z. 707

hier antreten³¹⁷. P3 reagiert schnell und optimistisch darauf: P3: *Dafür sind doch drei Stück da*³¹⁸. P1 denkt bei diesem Sachverhalt auch eher an die Zukunft: „P1: (...) *jetzt komm ich wieder mit dem Alter- die Jüngsten- ja wie gesagt wir sind alle drei in dem Alter*³¹⁹. Sie möchte eventuell die Gewissheit haben, dass nicht alles umsonst war, wenn die drei ‚älteren‘ SIS-Beauftragten dies nicht mehr umsetzen können. Am liebsten würde P1 dahingehend die alte Bezugspflegesystematik zurück haben wollen. „P1: *Ja Nee auch die Bezugspflegekräfte wenn sich das hier alles n bisschen normalisiert hat vielleicht hat man wirklich wieder anfängt und jeder macht seine*³²⁰.

Die SIS-Beauftragten beschreiben den Umgang mit dem neuen System unterschiedlich. Die etwas älteren Kollegen teilen die Einstellung: „P4: *Ich muss mich da ich brauch meine Ruhe! ich muss mich da rein denken (...) ich kann es nicht nebenbei!*³²¹. Über die jüngeren Mitarbeiter äußern sie sich lobend:: P4: *Ich bewunder das bei A. P und bei P3, dass sie das alles soo ähh nebenbei äh aber die sind auch noch n paar Jahre jünger ne*³²². Da bekanntlicherweise am Vormittag sehr viel in einer Pflegeeinrichtung zu tun ist...„P2: *Das ist nix, wenn hier auch grad Stoßzeit ist ne*³²³....hat sich eine neue Bearbeitungszeit am Nachmittag für den unteren Wohnbereich herauskristallisiert.

Die Grundprinzipien des Strukturmodells erfahren positive Rückmeldung durch die Mitarbeiter, jedoch haben sie Probleme, diese zeitweise umzusetzen. Vor allem die Selbstbestimmung zu Gunsten und im Sinne der Pflegebedürftigen scheint sich schwierig zu gestalten bzw. durchzusetzen. „P1: *Auf einer Art ist das Selbstbestimmungsrecht und auf der anderen Seite soll ich zu ner Frau sagen die meine Mutter sein könnte ,Zu essen kriegen sie jetzt nischt mehr*³²⁴

Die PFK bemühen sich sehr ihren Blick auf das Wesentliche zu fokussieren. Sie entscheiden sich bei der Neuaufnahme bewusst für eine Bezugspflege ihrerseits in den ersten Tagen. „P1: *Ich hab mich dann jetzt auch immer eingeteilt die Tage bei ihr.*³²⁵ Der Pflegebedürftige wird in den Mittelpunkt der Arbeit gerückt, sodass alle nötigen Informationen gesammelt werden können. Im Hinblick auf das neu erlernte Verfahren des komplexen Strukturmodells, äußern die PFK kontroverse Gedanken. „P1: *Und weißt du ich hab mich einmal dabei ertappt- ich hab mich wirklich auf sie eingelassen (...) aber ich hatte schon wieder im Hinterkopf: Das muss in die SIS rein (...) Das war auch*

317 Eigene Erhebung (2016) Z. 599-600

318 Eigene Erhebung (2016) Z. 601

319 Eigene Erhebung (2016) Z. 604-606

320 Eigene Erhebung (2016) Z. 611/2

321 Eigene Erhebung (2016) Z. 1113-1116

322 Eigene Erhebung (2016) Z. 1120/1

323 Eigene Erhebung (2016) Z. 1126

324 Eigene Erhebung (2016) Z. 304-306

325 Eigene Erhebung (2016) Z. 1193

nicht in Ordnung!³²⁶ Einerseits freuen sich die Mitarbeiter über ihre Fachlichkeit bezogen auf die SIS, andererseits haben sie Angst davor, dass die Menschlichkeit in der Pflege verloren geht. „P3: Kopf war nicht frei. (...)“³²⁷ Es fehlt den PFK offenbar an Routine im Umgang mit der SIS, sodass sich etwaige Unsicherheiten auf die Arbeit in der direkten Pflege überträgt. Insbesondere nach Neuaufnahme von Personen erkennen die PFK eine große Anzahl von Besonderheiten in der Pflege des neuen Heimbewohners, die emphatisch wahrgenommen werden und später in die SIS einfließen. „P1: Na ja türlich wollt ich mich auf sie einlassen hab ich ja auch aber trotzdem“³²⁸ P4 beurteilt die geschilderte Situation als weniger problematisch und versucht, P1 zu motivieren. „P4: Das ist doch eigentlich positiv! Eure Professionalität! Das würd ich gar nicht mal so negativ empfinden“³²⁹

Im Widerspruch zu vorangegangenen einstimmig geschilderten Meinung, dass die SIS nach erfolgreicher Implementierung durchaus Zeitersparnis in der Dokumentation und somit einen großen Nutzen für Pflegende verspricht, äußert P4 nochmals nachdrücklich, dass sie die SIS momentan als zusätzliche und zeitraubende Belastung wahrnimmt. „P4: (...) ich hab im Moment noch nicht das Gefühl dass (...) wir dadurch weniger Arbeit haben! Ich hab weder Zeit äh Praktikanten neu einzuarbeiten oder mitzunehmen äh noch wird die Arbeit ja weniger! Noch krieg ich ja einen zusätzlich fürn Spätdienst also die die Arbeit ist trotzdem da ne?“³³⁰ Im Anschluss relativiert P4 ihre Aussage um eine positive Entwicklung in der Arbeit der Pflegenden durch die SIS. „P4: Ich mein gut ich brauch abends nicht mehr ähm überall nen Bericht einzutragen Das ist der einzige Vorteil für mich, den ich jetzt im Moment so sehe im Dienst!“³³¹

Entbürokratisierung

Die letzte ausgewählte Kategorie beschäftigt sich mit der ‚Entbürokratisierung‘. Die Mitarbeiter haben einige Erwartungen, Hoffnungen aber auch Ängste während der Projekteinführung geäußert. Sie erhoffen sich unter anderem eine Vereinfachung der Dokumentation. Während der Gruppendiskussion bestätigte sich dies. „P2: Naja (2) in der Hinsicht ist es schon einfacher geworden ne?“³³² Diese Vereinfachung spiegelt sich nach Meinung der Anwesenden deutlich bei dem täglichen Abzeichnen der Leistungsnachweise der Grundpflege und Betreuung wieder. „P3: (...) Im Abklicken- im

326 Eigene Erhebung (2016) Z. 1193-1198

327 Eigene Erhebung (2016) Z. 1202

328 Eigene Erhebung (2016) Z. 1208

329 Eigene Erhebung (2016) Z. 1206/7

330 Eigene Erhebung (2016) Z. 1128-1132

331 Eigene Erhebung (2016) Z. 1134-1140

332 Eigene Erhebung (2016) Z. 199

Dokumentieren ist es deutlich weniger finde ich empfinde ich jedenfalls so weil du halt nicht mehr jeden Tag dein (...) Bericht schreiben musst oder auch Mensch wat diese scheiß (...) P4: individuelle Beschäftigung³³³. Allen Anschein nach haben die Pflegenden vorher nach dem irrtümlichen Grundsatz dokumentiert „P2: (...) Was nicht dokumentiert wurde ist auch nicht passiert.“³³⁴. Da liegt die Aussage doch sehr nahe, dass „P3: (...) wenn man das denn über den Tag rechnet ist das schon ne Menge Arbeit“,³³⁵. Die Pflegenden wissen diesen Vorteil sehr zu schätzen. Nur eine Teilnehmerin relativiert den Minderaufwand am Computer. Sie empfindet keine Arbeitsentlastung, gerade einmal am Abend. „P4: aber ich hab im Moment noch nicht das Gefühl dass es ähm das ich dadurch weniger Arbeit habe (...) Ich mein gut ich brauch abends nicht mehr ähm überall nen Bericht einzutragen“³³⁶. Diese Einstellung ihrerseits lässt sich durch den Umstand erklären, dass sie eine der SIS-Beauftragten der Wohnebene ist. Die SIS-Beauftragten sind diejenigen, die in der Implementierungsphase zunächst mehr Arbeit mit der Umstellung der vorliegenden Dokumentation auf das neue System haben.

Die Pflegedokumentation erscheint den Teilnehmern übersichtlicher im Gegensatz zum alten System. „P2: Das ist halt so aufgeschrieben wie äääh es so sein muss und es ist besser wie vorher und viel übersichtlicher find ich sogar³³⁷ Besonders gut geeignet ist die neue Dokumentationsform zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Sie haben die Möglichkeit, die wichtigen Informationen schneller und vor allem überschaubar zu erfassen. Die Teilnehmer äußern sich ebenso positiv, über den wahrheitsgetreuen Ist-Zustand. „P4: Nach bestem Wissen und Gewissen schreiben wir auf was uns so einfällt (...) früher (..) musstest denn (...) die Sache nett umschreiben, damit du ja auch auf diese Pflegestufe kommst.“³³⁸ Sie haben nicht mehr das Gefühl den Pflegebedürftigen einen höheren Hilfebedarf anrechnen zu müssen, obwohl es nicht der Realität entspricht. „P3: Und endlich darf man ehrlich sein P4: Und vor allem darf man ehrlich bleiben“³³⁹. Anscheinend hat die frühere Dokumentation die Pflegefachkräfte dahingehend unter Druck gesetzt, dass die Pflegeplanungen den Pflegestufen gerecht werden mussten. Dementsprechend musste der Bewohner auch einen angemessenen Hilfebedarf theoretisch erhalten. „P4: Aber ich find ja auch dadurch dass man jetzt endlich mal aufschreiben kann wie der Ist-Stand ist ähm hat man nicht mehr so diesen

333 Eigene Erhebung (2016) Z. 1164-1169

334 Eigene Erhebung (2016) Z. 196

335 Eigene Erhebung (2016) Z. 1176

336 Eigene Erhebung (2016) Z. 1128- 1134

337 Eigene Erhebung (2016) Z. 214/5

338 Eigene Erhebung (2016) Z. 218-221

339 Eigene Erhebung (2016) Z. 140/1

Druck. Früher hieß es ja immer ‚Oh Gott- (...) Die hat die zwei und da kannst du nicht einschreiben die hat sich heut Morgen selber fertig gemacht‘³⁴⁰

Nach dem neuen Konzept besteht die Möglichkeit, das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen über die professionelle pflegfachliche Sicht zu setzen. Im Besonderen, wenn ein Bewohner kognitiv nicht eingeschränkt ist, hat die Sichtweise des Pflegebedürftigen oberste Priorität. „P4: *Ne jetzt kann man wirklich sagen sie wollte sich morgens nicht waschen lassen, du hast ihr die Grund äh hast es ihr angeboten die hats abgelehnt schreibst rein ‚morgendliche Grundpflege abgelehnt‘*³⁴¹. In diesem Kontext haben die Mitarbeiter die Chance, sogar die Pflicht, sich für den Bewohner einzusetzen. „P1: Und wenn dann die Tochter kommt und mit dir schimpft?³⁴² Diese Frage beschäftigt die Pflegenden sehr. Durch das neue Konzept können sie endlich die Individualität der Pflegebedürftigen fördern. Bestmöglich funktioniert dies mit den Aussagen: P4: (...) *Ich kann sie nicht zwingen. Sie hat ihren freien Willen. (...) P2: Ja jeder hat das Recht auf Selbstbestimmung*³⁴³.

Die Pflegefachkräfte spekulierten auf weniger Arbeitszeit am Computer, also auf die angekündigte Entbürokratisierung. P3 ist der Meinung, dass die Pflegenden weniger bürokratische Aufgaben durchführen müssen und äußert dahingehend: „P3: *Also ich glaube dass es im Endeffekt ne Entbürokratisierung doch schon stattfand oder findet* (...)“³⁴⁴. Durch die Entbürokratisierung sollen die Pflegenden mehr Zeit für die direkte Pflege der Heimbewohner gewinnen. Sie verbinden damit auch leichte Betreuungsaktivitäten wie „P3: (...) *ich kann mit dem spazieren gehen und kann mit dem mal zum Aldi*“³⁴⁵. Fraglich erscheint den Anwesenden, ob die Zeit adäquat für die Heimbewohner genutzt wird. „P3: (...) ich glaub noch nicht dass es dahin die Zeit dann dahin geht wo sie wirklich hin soll“³⁴⁶. Die Pflegefachkräfte sehen in diesem Kontext jedoch die Schwierigkeit, dass sie ihrem Beruf nicht gerecht werden. Aufgaben der direkten Pflege erscheinen nicht ausreichend fachlich zu sein. „P3: (...) **„Weiß nicht ob man sich die Zeit dann nicht nimmt oder die nicht dafür nutzt das ist ne andere Sache(...) aber im Endeffekt überlegst du dir die Zeit denn doch fachlicher zu gestalten!“**³⁴⁷ Im nächsten Atemzug verleiht sie der Aussage Nachdruck, indem sie anmerkt, dass „P3: (...) *letztendlich ist es leider nun mal so dass du es nicht merkst weil du die Aufgaben die Zeit die du hier eigentlich hast wo anders ver (...) tuteln musst*“³⁴⁸.

340 Eigene Erhebung (2016) Z. 151-156

341 Eigene Erhebung (2016) Z. 158-160

342 Eigene Erhebung (2016) Z. 161

343 Eigene Erhebung (2016) Z. 164-166

344 Eigene Erhebung (2016) Z. 1153/4

345 Eigene Erhebung (2016) Z. 1184

346 Eigene Erhebung (2016) Z. 1179

347 Eigene Erhebung (2016) Z. 1185-1189

348 Eigene Erhebung (2016) Z. 1154-1156

Es ist erkennbar, dass die Mitarbeiter den Sinn und Zweck des Strukturmodells erfassen, jedoch nicht den Eindruck haben, es umsetzen zu können. Sie schätzen die pflegfachlichen Aufgaben höher ein, als die Zeit, die sie mit Menschen verbringen. Im Besonderen „P3: (...) mehr Zeit für Praktikanten für dies und Spaziergänge für Unterhaltungen P2: Bewohner (...). P3: Aber letztendlich kriegst du ja trotzdem noch wieder andere wichtige Aufgaben als Fachkraft die du töpfeln musst und dann zwackst du da wieder die Zeit ab!“³⁴⁹. Die Pflegefachkräfte befinden sich offenbar in einem inneren Konflikt. Einerseits möchten sie ihrer Berufsbezeichnung gerecht werden, andererseits möchten sie empathisch in der direkten Pflege arbeiten. P2 fasst das Dilemma realistisch zusammen. „P2: Ja gut woanders fehlt ja auch wieder Zeit, fließt die Zeit eben dahin (...) Ja das ist halt ein Kreislauf“³⁵⁰.

Das neue Konzept hat zu Beginn bereits Ängste hervorgerufen. Diese wurden teilweise bestätigt. Der zu Beginn auftretende Mehraufwand wurde bereits beschrieben. Die SIS-Beauftragten haben sehr viel Zeit und Mühe in die Umstellung der Heimbewohner investiert. Verständlicherweise enttäuscht es sie, dass die Pflegenden ohne SIS-Beauftragung wenig Interesse an der Dokumentation zeigen. „P4: Ja (...) liest die sich mal einer durch? Bei euch? (...) P1: Nein P2 erzähl mir nischt, Nein“³⁵¹. Die Teilnehmer sehen das Problem, dass die Pflegenden nicht handlungsanleitend arbeiten, so wie es das Konzept vorgibt. Dementsprechend können sie auch nicht beurteilen, ob es sich um eine Abweichung des derzeitigen Hilfebedarfs handelt. Sie sollen den SIS-Beauftragten hinsichtlich ihrer Bezugspflegen Zuarbeit leisten. „P2: Stimmt die machen halt den Rest, praktisch die Zuarbeit ne ja“³⁵² Problematisch ist, dass die Pflegenden die für sie relevante Fakten dokumentieren. „P4: (...) es wird immer wieder geschrieben das mit der Depression oder depressiven Phase wo ich denn sag 'brauchst du doch nicht mehr einzuschreiben es steht doch schon einmal vorne drin unter Besonderheiten' Naja aber wir müssen doch was einschreiben“³⁵³ An dieser Aussage ist ersichtlich, dass die Pflegenden das neue System teilweise noch nicht verinnerlicht haben und „P3: Na da kann auch noch nicht jeder loslassen von dem Alten ne?“³⁵⁴. Die Mitarbeiter sind offenkundig immer noch unsicher in der Dokumentation und schreiben lieber zu viel aus dem Grund: „P4: Alleine um sich auch abzusichern, so wie P1 sagt ,wenn nichts stand, ne?“³⁵⁵. Es zeichnet sich ab, dass die Pflegenden der Einrichtung mit der offenen

349 Eigene Erhebung (2016) Z. 1156-1161

350 Eigene Erhebung (2016) Z. 1181/2

351 Eigene Erhebung (2016) Z. 579-581

352 Eigene Erhebung (2016) Z. 589

353 Eigene Erhebung (2016) Z. 630-634

354 Eigene Erhebung (2016) Z. 191/2

355 Eigene Erhebung (2016) Z. 195

Struktur des Konzeptes nicht zurecht kommen „P4: Es gibt auch einfach noch zu viele Diskussionspunkte P3: Das ist ja auch einfach zu offen ne?“³⁵⁶. Die Diskussionsteilnehmer sehen eine große Verantwortlichkeit der SIS-Beauftragten und haben das Gefühl, dass sich die Pflegenden ohne SIS-Beauftragung auf die ausgewählten SIS Mitarbeiter verlassen. „P3: Na das ist aber auch noch son Haken ne? Das ist noch son Haken wo ich sag so ne oder wo ich zumindest oben das Gefühl hab, dass es einfach nur dann noch gemacht wird wenn du es sagst“³⁵⁷. Es besteht jedoch Hoffnung, dass sich das Konzept durchsetzen wird und das dem Bürokratieproblem ein Lösungsversuch gegenüber steht. „P3: Es ist zwar anders aber nicht (.) dass man jetzt merklich sagt: „Juhu endlich ist es da“³⁵⁸

9.6 Nutzen der Interpretationsergebnisse

Im Anschluss an die durchgeführte Gruppendiskussion wurden verschiedene Thematiken aufgegriffen. Die Implementierung des Strukturmodells hat nicht nur eine neue Art der Pflegedokumentation zur Folge, sondern auch zu einer neuen Denkweise geführt. Als gedankliche Stütze werden die beiden Wohnbereiche in letzter Instanz Strukturmodell- Ordner erhalten. Diese werden im Schwesternzimmer platziert, sodass jeder Mitarbeiter sich erneut mit der Thematik auseinandersetzen bzw. bei aufkommenden Fragen nachlesen kann. Auch neuen Kollegen kann das Konzept somit vereinfacht näher gebracht werden. In diesem Ordner wird das neu gestaltete Pflegekonzept die Einleitung übernehmen. Ebenfalls enthalten ist unter anderem die Beschreibung eines SIS Doku-Tages und die Nutzung der HB Status-Listen.

Nach der Gruppendiskussion ist es bedeutsam den Teilnehmern zu zeigen, dass die Öffnung ihrerseits während der Erhebung auch Ergebnisse und Handlungen nach sich ziehen. Das Strukturmodell appelliert an die Selbstbestimmung unserer Heimbewohner und diese gilt es durch das Personal zu stärken. In diesem Zusammenhang wurde zunächst die diskutierte Problematik der individuellen Frühstückszeiten³⁵⁹ in einem Gespräch durch den CMM mit der Heimleitung besprochen. Die missverständlichen Differenzen zwischen dem Wohnbereich und der Führungsebene konnten somit angesprochen und aufgeklärt werden. In weiteren Gesprächen mit dem Referat Pflegedienste und mit verschiedenen Mitarbeitern (PFK und PHK) der unteren Wohnetage wurde überlegt, ob es durch die geänderten Zeiten zu Komplikationen im Stationsalltag, hygienischen oder rechtlichen Problemen kommen kann. Der Aussage

356 Eigene Erhebung (2016) Z. 1217/8

357 Eigene Erhebung (2016) Z. 1240-1242

358 Eigene Erhebung (2016) Z. 1215

359 Eigene Erhebung (2016) Z. 243-265

der Küchenmitarbeiter nach ist es möglich, den Speisesaal ab 7.00 Uhr zu öffnen, ohne dass es zu Störungen des Arbeitsalltags kommt. Nach einer zweiwöchigen Erprobung und wiederholten Gesprächen mit verschiedenen Mitarbeitern der Teeküche wurde die Frühstückszeit vorverlegt. Auf weitere Nachfragen hin sind alle Mitwirkenden mit diesem Kompromiss zufrieden. Vor und auch während der Gruppendiskussion wurden die noch offenen Diskussionspunkte³⁶⁰, wie beispielsweise die nicht endgültig gefassten Evaluationszeiträume oder die nicht einheitlichen Abkürzungen kritisiert. Aus diesem Anlass wurde zunächst eine Liste erstellt, die die Evaluationszeiträume³⁶¹ für die verschiedenen Elemente des Strukturmodells erfasst. Eine weitere Liste, die Abkürzungsliste³⁶², nennt alle gängigen Abkürzungen, welche für die Pflegedokumentation relevant sind. Beide wurden vom Caritas Projektteam empfohlen und durch die PDL befürwortet. Sie werden zu einem Bestandteil der Strukturmodell-Ordner.

Durch die monatlichen Multiplikatorentreffen im Rahmen des CT stellten sich immer wieder neue Erkenntnisse bzw. weiterentwickelte Gedanken heraus. Die Vermittlung an die Mitarbeiter und die folgende Umsetzung haben sich nicht immer leicht gestaltet. Zum leichteren Verständnis/Umsetzung wurden weitere unterstützende Papiere in den Strukturmodell-Ordner hinzugefügt. Dazu zählen die GOON Anleitungsrichtlinien zur Dokumentation von Berichten und Maßnahmeplänen sowie die beispielhaften Vorschläge für die Themenfelder.

Die Entlastung der SIS-Beauftragten soll weiterhin vorangetrieben werden, sodass sich diese auf das Wesentliche, die Pflegedokumentation, konzentrieren können. Die SIS-Beauftragten besetzen, wie jede andere PFK auch, einen weiteren zeiteinnehmenden Aufgabenbereich, wie bspw. die Aufgabe des Praxisanleiters oder der Hygieneverantwortlichen. Um dem entgegenzuwirken ist angedacht, diese Aufgaben in den Hintergrund rücken zu lassen bzw. sie neu zu besetzen.

360 Eigene Erhebung (2016) Z. 1217-1222

361 Anhang 10 Evaluationszeiträume

362 Anhang 11 Abkürzungsverzeichnis

10. Fazit:

Die Bundesregierung hat auf die zunehmend bürokratischen Veränderungen im Bereich der Pflege nach etwaigen regional erfolgreichen Projekten reagiert. Die bundesweite Implementierung des ‚Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation‘ verläuft erfolgreich. Mittlerweile wurden über 1500 Akteure der Verbände, der Prüfinstanzen, der Aus- und Bildungsträger sowie der Anbieter von Dokumentationssystemen geschult. Von den anfangs angestrebten 25% sind im September 2016 bereits 41% aller Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen für die Umstellung zur vereinfachten Pflegedokumentation registriert. Im Landkreis der Mecklenburgischen Seenplatte entspricht das einer Anzahl von insgesamt 80 Einrichtungen.³⁶³ Aufgrund des großen Anklangs verlängert der Bevollmächtigte für Pflege K. J. Laumann, in Abstimmung mit dem Lenkungsgremium, das Entbürokratisierungsprojekt bis Ende der Legislaturperiode im Oktober 2017. Mit dem Beschluss zur Fortsetzung wird ein Zeichen gesetzt. Die Dokumentation kann demnach nachhaltig umgesetzt werden.³⁶⁴

2015 haben bereits die ersten Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege Interesse am Strukturmodell bekundet, sodass im Jahr 2016 das Konzept für diese Formen der Pflege angepasst wurde. Derzeit läuft der Praxistest bis Dezember dieses Jahres. Der vorläufige Abschlussbericht wird im Februar 2017 erwartet.³⁶⁵

In diversen Erfahrungsberichten ambulanter und stationärer Einrichtungen berichten die Anwender von der vorteilhaften Veränderung. Das Strukturmodell überzeugt vor allem durch das Hervorheben der Individualität der Pflegebedürftigen und durch die Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden.³⁶⁶ Der durch die Verknüpfung beider Einheiten entstehende Verständigungsprozess optimiert den Pflegeprozess. Die Entbürokratisierung bietet insofern die erforderliche Rechtssicherheit und den nötigen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum für eine angemessene Dokumentation.³⁶⁷ Die Pflegenden der untersuchten Einrichtung bestätigen die anfängliche Unsicherheit, den zusätzlichen Arbeitsaufwand während der Umstellung und die gesteigerten Ansprüche an ihre Fachlichkeit. Im Laufe der Implementierung relativieren sich diese ersten Schwierigkeiten hin zu Bereicherungen. Dennoch ist die Umstellung in den Köpfen der Pflegefachkräfte noch nicht abgeschlossen. Erst wenn die gewonnene Zeit für die direkte Pflege als sinnvoll erachtet und dementsprechend genutzt wird, hat das

363 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH² (2016)

364 Vgl. Laumann, Karl- Josef (2016)

365 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH² (2016)

366 Vgl. Schäfer, Gerda; Fiedler, Petra (2016) S.10

367 Vgl. Thune, Julius (2016) S. 138

Strukturmodell sich durchgesetzt. In nächster Instanz folgen, bis voraussichtlich Ende des Jahres, die Umstellung der Pflegestandards und der Qualitätshandbuches der Pflegeeinrichtung.

In der Literatur stehen solch Situationen nicht zur Diskussion. Es wird unter anderem das narrative Interview von Kritikern anvisiert. Es soll an Verhörmethoden vergangener Zeit erinnern.³⁶⁸ Die Kritikerin äußert weiterhin, dass die offene Erzählweise, welche die SIS erwartet, nicht den Typ Mensch berücksichtigt. Es gibt demnach erzählfreudige und sehr ruhige Menschen.³⁶⁹ Darüber hinaus stehen die Pflegefachkräfte bezüglich des Erst-/Folgegespräches zur Disposition. Für solch eine ‚Befragung‘ wäre nach Ansicht von Schwester Dorothea Frey eine Spezialausbildung notwendig.³⁷⁰

Das Strukturmodell besticht durch die Anlehnung am Neuen Begutachtungsassessment, welches ab 01.01.2017 in Kraft tritt. Weiterhin wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit diesem Zeitpunkt gesetzlich verankert.³⁷¹ Einrichtungen, die nach dem Strukturmodell arbeiten haben den Vorteil, dass die Grundprinzipien des Strukturmodells mit dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit vergleichbar sind. Sodass bei fachgerechter Anwendung des Konzeptes die Stärkung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, als Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, gewährleistet ist.³⁷²

Ebenso werden den Erfahrungsberichten wissenschaftliche Evaluationsarbeiten folgen. Derzeit befinden sich eine Arbeit vom GKV Spitzenverband und ein Weitere von Fr. Prof. Dr. Roes hinsichtlich hemmender Faktoren während der Einführung des Strukturmodells in Bearbeitung. Es konnte, zum Bedauern der Autorin, kein direkter Kontakt zur fachwissenschaftlichen Beraterin des Ein-STEP Projektbüros hergestellt werden. Dennoch wäre es interessant, die Ergebnisse mit den Erkenntnissen dieser Arbeit zu vergleichen.

368 Vgl. Fiedler, Petra; Frey, Sr. Dorothea (2016) S. 16

369 Vgl. Schäfer, Gerda; Fiedler, Petra (2016) S.10

370 Vgl. Fiedler, Petra, Frey, Dorothea (2016) S. 16

371 Vgl. § 15 SGB XI (in der Fassung ab 01.01.2017

372 Vgl. Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH⁴ (2016) S.1/2

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Entbürokratisierte Pflegedokumentation im Bezirk Hamburg- Eimsbüttel: Erläuterung und Hinweise zum Hamburger Modell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Hamburg, 2007 URL: http://zqp.de/upload/data/2007_Hamburger%20Modell [Stand: 13.10.2016]
- Arnold, Doris: Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen! - Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Frankfurt am Main (Mabuse -Verlag GmbH) 2008
- Behr, Thomas: Aufbruch Pflege: Hintergründe- Analysen- Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden (Springer Gabler) 2015
- Beikirch, Elisabeth (HCM): Entwicklung einer Implementierungsstrategie (IMPS) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Berlin, 29. Dezember 2014. URL: http://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/20150120Abschlussbericht_Entbuerokratisierung.pdf [Stand: 22.10.2016]
- Bundesagentur für Arbeit (HRSG) : Der Arbeitsmarkt in Deutschland- Arbeitsmarktberichterstattung – 2011. Nürnberg, 2011. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf> [Stand: 24.10.2016]
- Caritas Mecklenburg e.V.: Über uns- Wo Christen leben, lebt Caritas: Tätige Nächstenliebe von Mensch zu Mensch. Schwerin, o.J.. URL: <http://www.caritas-mecklenburg.de/58254.html> [Stand: 20.09.2016]
- Deutscher Caritasverband e.V.: Geschichte der Caritas. Freiburg, 2016 URL: <https://www.caritas.de/diecaritas/wofuerwirstehen/geschichte-der-caritas> [Stand: 20.09.2016]
- Deutsches Zentrum für Altersfragen: Runder Tisch Pflege. Berlin, o.J.. URL: <https://www.dza.de/politikberatung/abgeschlossene-projekte/runder-tisch-pflege.html> [Stand: 13.10.2016]

- Haas, Dr. Ute (Referentin des deutschen Pflegerates): Implementierung des Strukturmodells- Im Praxistest. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin. Berlin (Springer Medizin Verlag GmbH Redaktion Heilberufe) 7. Jg. (2015) H. 3, S. 66.
- Heim, Claudia: Schritt für Schritt. In: Altenpflege. Hannover (Vincentz Network GmbH & Co. KG Verlagsbereich Altenhilfe) 29. Jg. (2015) H. 10, S. 38- 42.
- Fiedler, Petra; Frey, Sr. Dorothea: Forum. In: Altenpflege. Hannover (Vincentz Network GmbH & Co. KG Verlagsbereich Altenhilfe) 30. Jg. (2016) H. 7, S. 16
- Hellmann, Stefanie; Trumpke-Oehlhorn, Michael: Die tagesstrukturierte Pflegeplanung- Ein Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegeprozess-Dokumentation. 2., aktualisierte Auflage. Hannover (Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG) 2008
- Kaltenegger, Jutta: Hallo? Ist hier jemand? – Zum seltsamen Schweigen jeglicher Kritik an der Entbürokratisierung in der Pflege. Ein Kommentar. In: Pflegezeitschrift. Stuttgart (W. Kohlhammer GmbH) Jg. 69 (2016). H. 1, S. 12/13
- König, Jutta: Dokumentationswahnsinn in der Pflege- es geht auch anders- Mit fünf Bereichen alles erfassen und perfekt dokumentieren. 2. aktualisierte Auflage. Hannover (Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG) 2014
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung- Lehrbuch. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel (Beltz Verlag Programm PVU Psychologie Verlags Union) 2005
- Laumann, Karl-Josef (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege): Entbürokratisierungsprojekt wird bis zum Ende der Legislaturperiode fortgesetzt. 2016. URL: <http://www.patientenbeauftragter.de/11-pressemittelungen/pflege/142-entbuerokratisierungsprojekt-wird-bis-zum-ende-der-legislaturperiode-fortgesetzt-2> [Stand: 24.10.2016]
- Loos, Peter; Schäffer, Burkhard: Das Gruppendiskussionsverfahren. Opladen (Leske+ Budrich) 2001
- MDK; MDS: Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs- Richtlinien- QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Version 3.1. Stand: 14.06.2016. URL: https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/150916_Ergaenzende_Erla

euterungen_Effizienzsteigerung_Pflegedokumentation_V3.pdf, [Stand: 22.10.2016]

- Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH ¹ : Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikator(inn)en- zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Version 1.0). Berlin, April 2015. URL: <https://www.ein-step.de/pflegeeinrichtungen/schulungsunterlagen/> [Stand: 22.10.2016]
- Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH ² : Willkommen bei Ein-STEP!. Berlin, 2015. URL: <https://www.ein-step.de> [Stand: 24.10.2016]
- Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH ³ : Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation- Folienpräsentation zu den Informations- und Schulungsunterlagen (Version 1.2) Berlin, Januar 2016. URL: http://euritim.de/pdf-herunterladen/Praesentation_zu_Informationen_und_Schulungsunterlagen_V10_2016.pdf [Stand 24.10.2016]
- Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH ⁴ : Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit- Unterschiede und Zusammenhänge. Stand: 13.07.2016. URL: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Thesenpapier_PB_nB_SIS_fin_2016-07-26.pdf [Stand: 22.10.2016]
- Schäfer, Gerda; Fiedler, Petra: Hilft das narrative Interview?. In: Altenpflege. Hannover (Vincentz Network GmbH & Co. KG Verlagsbereich Altenhilfe) 30. Jg. (2016) H. 8, S. 10
- Schönberg, Frauke: Das Bürokratie- Problem in der Altenpflege- Anmerkungen aus soziologischer Sicht. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TUP). Berlin (AWO Bundesverband e.V.) 16. Jg. (2004) H. 6, S. 17- 23
- Sellemann, Dr. rer. medic. Björn: Entbürokratisierung in der Pflege- Papierlos dokumentieren- geht das?. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin. Berlin (Springer Medizin Verlag GmbH Redaktion Heilberufe) 6. Jg. (2014) H. 5, S. 36-39.
- Statistisches Bundesamt: Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Berlin, 2013. URL:

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/Pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 24.10.2016]

- Thume, Julius: Stellungnahme zum Artikel „Hallo? „Ist hier jemand?“. In: Pflegezeitschrift. Stuttgart (W. Kohlhammer GmbH) Jg. 69. (2016) H. 3, S. 138
- Triller, Bärbel: Nie wieder zurück zum alten System. In: Häusliche Pflege. Hannover (Vincentz Network GmbH & Co. KG Verlagsbereich Altenhilfe) 22. Jg. (2014) H. 7, S. 40- 42.
- Weiß, Prof. Dr. Thomas: Deutlich verschlankt? - Sinnvoll und notwendig: Die vereinfachte Pflegedokumentation. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin. Berlin (Springer Medizin Verlag GmbH Redaktion Heilberufe) 5. Jg. (2015) H. 5, S. 48-49.

Anhangsverzeichnis:

Anhang 1: Projektplan SIS stationär

Anhang 2: Organigramm der Einrichtung

Anhang 3: HB-Status Listen

Anhang 4: SIS-Doku Tag

Anhang 5: Hilfe für Mitarbeiter der sozialen Betreuung

Anhang 6: SIS-Beispielformulierungen

Anhang 7: GOON Hilfestellungen zur SIS

Anhang 8: Einverständniserklärung (der Teilnehmer)

Anhang 9: Transkription (der Gruppendiskussion)

Anhang 10: Evaluationsliste

Anhang 11: Abkürzungsverzeichnis (der Pflegedokumentation)

Anhang 12 Exposé

Anhang 13: Erste Kasseler Erklärung

Anhang 14: Zweite Kasseler Erklärung

Die Anhänge 1-11 und 13,14 befinden sich in digitaler Form auf der beigelegten CD-ROM. Aufgrund der trägerinternen Nutzung (der Caritas Mecklenburg e.V.) diverser Dokumente soll von der Veröffentlichung der digitalen Anhänge 1-11 verzichtet werden.

Anhang 12: Exposé

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Erfüllt das Strukturmodell nach der Implementierung die Erwartungen?

Die vermehrte Schreibtischarbeit beklagt insbesondere die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte, da sie ihrer eigentlichen Profession, der Arbeit am bzw. mit dem Menschen, nur eingeschränkt Folge leisten können. Dieses Ausmaß an Dokumentationsarbeit steht im engen Zusammenhang mit der häufigen Auffassung für Prüfinstanzen zu dokumentieren. Diese Ansicht erscheint vor dem Hintergrund der weitaus positiv geprüften Leistungen paradox. In den Transparenzberichten zeichnen sich deutlich die Zufriedenheit der Prüfinstanzen mit den Einrichtungen und das subjektive Wohlbefinden der Pflegebedürftigen ab. Das Bundesministerium für Gesundheit beschließt auf dieser Grundlage den pflegerisch handelnden Institutionen ein Modell vorzulegen, welches der Bürokratie entgegenwirkt und zugleich rechtliche Absicherung und Spielraum zur Entfaltung verspricht. Auf Grundlage einer gemeinsamen Erklärung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI wird die bundesweite Implementierung beschlossen. Die Zusammenarbeit beider Instanzen mit der damaligen Ombudsfrau Elisabeth Beikirch führte zur Entwicklung des Strukturmodells, mit dem Ziel mindestens 25 Prozent der Pflegeeinrichtungen umzustellen. Dieses Modell erfährt nach der Erprobungsphase bis heute vermehrt positiven Zuspruch, ein regelrechter Hype um die Umstellung entsteht. Es scheint, als hätte die Pflege (-wissenschaft) auf eine solche Innovation gewartet. Fraglich ist, ob das Strukturmodell den hohen Erwartungen gerecht wird? In dieser Arbeit wird die Phase der Implementierung des Strukturmodells in einer stationären Einrichtung der Caritas Mecklenburg e. V. begleitet. In diesem Kontext soll die Entwicklung der anfangs geäußerten Erwartungen, Hoffnungen aber auch Ängste der Mitarbeiter thematisiert werden. In einer Gruppendiskussion sollen Mitarbeiter der Einrichtung mit den ersten Aussagen konfrontiert werden und diesbezüglich Stellung beziehen. Dieses Datenmaterial wird Basis für weiterführende Interpretationen sein und zeigen, ob das Strukturmodell hält was es verspricht.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Diana Schülke, erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 24.10.2016

Unterschrift