



Masterarbeit -

Implementierung eines Schulungskonzeptes zur Erhebung von Versorgungsdaten und Anwendung von Ergebnisindikatoren in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

Vorgelegt von:

Sylvia Herfen

Betreuerin: Dr. Ute Karbach

Vorgelegt im Master-Verbundstudiengang Versorgungswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Köln, 09.03.2020

Abstract

Hintergrund: Durch die §§ 113, 114 und 115 SGB XI ist die Erfassung von Versorgungsergebnissen und die Darstellung von Ergebnisindikatoren für alle vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege Ende 2019 zur gesetzlichen Vorgabe für das interne Qualitätsmanagement, für die Durchführung von externen Prüfungen und zur Darstellung der Pflegequalität nach außen geworden. Im Rahmen des Lernprojekts „inQS“ des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e. V., bereiten sich 238 Einrichtungen im Jahr 2019 auf die Implementierung der Erhebung von Versorgungsergebnissen zur Berechnung von Ergebnisindikatoren und auf die Anwendung der Ergebnisse vor. Seit Mai 2019 können die Projektverantwortlichen der Einrichtungen das „inQS“ Schulungskonzept nutzen, das auf die Vorbereitung der Pflegefachpersonen abzielt. Das Schulungskonzept wurde ohne vorherige Pilotierung veröffentlicht, der Nutzen wurde nicht untersucht.

Ziel: Eine vergleichende Betrachtung von Effekten der Implementierung von Ergebnisindikatoren in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sollte zeigen, ob und welchen Nutzen das „inQS“ Schulungskonzept aus der Perspektive der Nutzer hat.

Methode: Die Studie wurde als formative Evaluation mit qualitativem Design geplant. Basierend auf den Konstrukten des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) wurden je zwei Einrichtungen als Interventions- und Kontrolleinrichtung betrachtet. Durch Experteninterviews (Bogner, Littig, & Menz, 2014) mit inhaltsanalytischer Auswertung (Kuckartz, 2014; Mayring, 2010a) und anschließende Datentriangulation (Flick, 2008; Mayring, 2017) der Aussagen der Interviews mit Dokumenten zur Dekubitusprophylaxe und Ergebnissen des korrespondierenden Ergebnisindikators wurden die Effekte der Implementierung von Ergebnisindikatoren und des Nutzens des „inQS“ Schulungskonzepts an drei Messzeitpunkten erfasst und vor dem Hintergrund der Theorie des organisationalen Lernens (Argyris & Schön, 2018) betrachtet.

Ergebnisse: Durch die Nutzung von Versorgungsergebnissen werden nachhaltige Veränderungen im internen Qualitätsmanagement angestoßen. Die beschriebenen Veränderungen beziehen sich auf Einrichtungsebene auf Investitions-, Schulungs-, Budget- und Personalplanung. Auf der individuellen

Mitarbeiterenebene wurden Verhaltensveränderungen beschrieben. Bei den Effekten zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede durch Nutzung des inQS Schulungskonzepts. Aus den Ergebnissen wird abgeleitet, dass die Nutzung des Schulungskonzepts zur planvollen und systematischen Implementierung der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen beigetragen hat.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	1
2. Stand der theoretischen und empirischen Forschung	4
2.1 Hauptdomäne „Outer Setting“	5
2.2 Hauptdomäne „Intervention Characteristics“	9
2.3 Hauptdomäne „Inner Setting“	13
2.4 Hauptdomäne „Characteristics of Individuals“	14
2.5 Hauptdomäne „Process“	16
2.6 Thema zur Triangulation: Dekubitusprophylaxe	17
3. Fragestellung	20
4. Methode	24
4.1 Untersuchungsdesigns	25
4.1.1 Planung der Triangulation	27
4.2 Stichprobenauswahl	28

4.2.1 Interviewvorbereitung	29
4.3 Ablauf der Untersuchung	31
5. Ergebnisse	34
5.1 Forschungsfrage 2	35
5.2 Forschungsfrage 4	41
5.3 Forschungsfrage 5	42
5.4 Forschungsfrage 6	43
5.5 Forschungsfrage 11	46
5.5.1 T0	46
5.5.2 T1	48
5.5.3 T2	50
6. Diskussion	52
6.1 Limitationen der Studie und Ausblick	57
Literaturverzeichnis	59

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung der Hauptdomänen des CFIR	5
Tabelle 1: Formale Kriterien der Interviews	35
Tabelle 2: Legende und Schwellenwerte Erhebung 1/2019	42
Tabelle 3: Legende und Schwellenwerte Erhebung 2/2019	42
Tabelle 4: Ergebnisse Dekubitusentstehung 2019	43

Abkürzungsverzeichnis

BRI	Begutachtungs-Richtlinien
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EQisA	Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (Projekt des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., abgeschlossen Dezember 2016)
EQ ^{MS}	Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster (Projekt Caritasverband für die Diözese Münster e.V., abgeschlossen September 2019)
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DCS	DatenClearingStelle
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ICN	International Council of Nurses
inQS	Indikatoren gestützte Qualitätsförderung (Projekt des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., abgeschlossen Dezember 2019)
MDK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
MoPIP	Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
NBA	Neues Begutachtungs-Assessment
PKV	Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Einleitung

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gehören Minutenpflege und Defizitorientierung bald der Vergangenheit an. Stattdessen wird es eine Begutachtung geben, die ganz individuell beim einzelnen Menschen schaut, wie selbständig er seinen Alltag noch gestalten kann. Das ist ein Quantensprung. Zudem bekommt der Pflege-TÜV in seiner jetzigen Form ein klares Verfallsdatum. Es wird spätestens ab 2018 ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem geben, das den Bürgerinnen und Bürgern endlich eine echte Orientierungshilfe bietet.¹ (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2015)

Die als „Quantensprung“ (2015) bezeichnete Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes trat zum 1. Januar 2017 in Kraft². Als Innovation im täglichen Geschehen der Pflegefachpersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, mussten die Inhalte des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst implementiert, d.h. geplant und systematisch eingeführt (Grol, Wensing, & Eccles, 2005), werden. Für die beruflich Pflegenden bedeutete dies die Umstellung auf ein „neues Pflegeverständnis“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, p. 112). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff sollte bei allen Beteiligten den Wechsel von einer defizitorientierten Sicht des pflegebedürftigen Menschen, hin zur Wahrnehmung seiner noch vorhandenen Selbstständigkeit (2013) bringen und die Patientenorientierung fördern.

Nun stehen knapp zwei Jahre später, mit der Erfassung von Versorgungsergebnissen und einer daraus resultierenden Darstellung der Versorgungsergebnisse in Form von Ergebnisindikatoren für die Pflegefachpersonen neue, tiefgreifende Veränderungen an (Kelleter, 2017). Ergebnisindikatoren werden in § 1 Abs. 2 der Bekanntmachung der Anlage 2 nach § 113 Abs. 1 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 08. Mai 2015 beschrieben als „messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohnerinnen und Bewohner, die

¹ Zitat des Pflegebevollmächtigten Staatssekretärs Karl-Josef Laumann aus der Meldung des Bundesministeriums für Gesundheit am 13.11.2015 aus Anlass zum Beschluss des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Bundestag.

² Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ging die Einführung eines Instruments zur Einschätzung des Grads der Pflegebedürftigkeit einher. Eingeführt wurde dieses Instrument unter dem Namen „Neues Begutachtungsassessment“, kurz: NBA. Inzwischen verweisen der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) mit den „Begutachtungs-Richtlinien“ auf das Begutachtungsinstrument (2019). Die Begriffe „NBA“, „Begutachtungs-Richtlinien“ und „BRI“, als Kurzform für die Begutachtungs-Richtlinien, werden von den befragten Teilnehmer*innen in vorliegender Studie synonym verwendet.

durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden“.

Seit 2017 bot das Lernprojekt „Indikatoren-gestützte Qualitätsförderung – inQS“ (weiter „inQS“) des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2017) deutschlandweit Trägern katholischer Einrichtungen eine Möglichkeit, das interne Qualitätsmanagement ihrer Organisation auf die Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren vorzubereiten³. Das Lernprojekt „inQS“ war jeweils für ein Jahr konzipiert. Im Jahr 2019 wurden im Rahmen des Lernprojekts in mehr als 235 Einrichtungen die Daten von über 21.000 Pflegebedürftigen aus insgesamt acht Bundesländern einbezogen (Kelleter, 2019a, 2019b). Ungefähr 35 % dieser Einrichtungen nahmen 2019 erstmalig teil. Ob das Projekt in 2020 erneut angeboten wird, war bis November 2019 nicht bekannt.

Die zuverlässige und gültige Erhebung der Versorgungsdaten aller Pflegebedürftigen ist eine wesentliche Voraussetzung zur Generierung von Ergebnisindikatoren (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingefeld et al., 2011). Mit der Bereitstellung der Versorgungsergebnisse nach Abschluss des Erhebungszeitraums, ist der Umgang mit den Kennzahlen eine weitere Herausforderung an das Qualitätsmanagement in den Organisationen (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Kelleter, 2015, 2017; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingefeld, 2015).

Durch die Veröffentlichung des „inQS“ Schulungskonzepts (Herfen & Kelleter, 2019) im April 2019 erhielten die Projektverantwortlichen in den Einrichtungen Zugriff auf ein Konzept und Arbeitshilfen, die sie einerseits zur Schulung ihrer Pflegefachpersonen für die Datenerhebung und andererseits zur Unterstützung für den Umgang mit den Versorgungsergebnissen nutzen können. Projektverantwortliche sind in der Regel die Pflegedienstleitung oder eine von ihr beauftragte Pflegefachperson; diese sind in vorliegender Studie Nutzer*innen des

³ Das Lernprojekt „inQS“ ist eine Weiterentwicklung des Projektes „Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege – EQisA“, das von 2011 bis 2016 vom Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft (IPW) der Universität Bielefeld durchgeführt wurde (2015).

Schulungskonzepts. Das Schulungskonzept wurde vor Veröffentlichung nicht pilotiert.

Im Lernprojekt „inQS“ und im Rahmen dieser Studie, werden die stationären Einrichtungen der Langzeitpflege als Organisationen im Sinne der Theorie der lernenden Organisation von Argyris und Schön (2018) betrachtet. Im Ausdruck dieser Theorie trägt das Lernprojekt „inQS“ dazu bei, „gemeinsam mit den Praktikern die seltenen Vorkommnisse zu produzieren, die mit dem produktiven Lernen in Organisationen verbunden werden“ (2018, p. 13).

Die zu erstellende Masterarbeit hat zum Ziel zu beschreiben, von welchen Effekten⁴ Projektverantwortliche des Lernprojekts „inQS“ berichten, die sie durch die Erfassung und Nutzung von Versorgungsergebnissen in ihrer Organisation wahrnehmen. Weiter soll beschrieben werden, wie das „inQS“ Schulungskonzept (Herfen & Kelleter, 2019) zur Implementierung der Ergebnisindikatoren im internen Qualitätsmanagement von den Projektverantwortlichen genutzt und bewertet wird. Im Fokus der Betrachtung ist die Erhebung und Anwendung von Ergebnisindikatoren im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements einer lernenden Organisation. Vor diesem Hintergrund soll in einem weiteren Schritt erforscht werden, wie die von den Projektverantwortlichen beschriebenen Effekte mit dokumentierten Daten und Ergebnissen der Einrichtung korrespondieren.

Eingeschlossen werden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, die erstmalig im Mai 2019 ihre Daten im Projekt „inQS“ erheben. Ausgeschlossen werden Einrichtungen, die bereits in den Jahren 2017 oder 2018 teilgenommen haben. Für das interne Qualitätsmanagement wird die Erfüllung der Anforderungen der §§ 113 - 115 des SGB XI nebst dazu erlassenen Verordnungen und Anlagen als gegeben vorausgesetzt.

Die Themenbereiche der externen Qualitätsprüfung und der Darstellung der Versorgungsergebnisse nach außen werden aufgrund des vorgegebenen Umfangs des zu erstellenden Berichts, nicht explizit betrachtet. Auf eine Einschränkung des in der Einrichtung genutzten Qualitätsmanagementkonzepts wird in der Betrachtung verzichtet.

⁴ Die Begriffe „Effekt/e“ und „Wirkung/en“ werden in diesem Bericht synonym verwendet.

2. Stand der theoretischen und empirischen Forschung

Als theoretische Basis zur Planung, Durchführung und Ergebnisdarstellung dieser Studie dient der Rahmen der Consolidated Framework for Implementation Research Constructs (CFIR) (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2019; Damschroder et al., 2009). Mit der Orientierung am CFIR soll die widerspruchsfreie Nutzung der eingebrachten Konstrukte in der Planung und Analysen, sowie eine systematische Darstellung der Ergebnisse unterstützt werden. Das CFIR ist eine Meta-Theorie, die in fünf Hauptdomänen mit insgesamt 39 Konstrukten eine theorie- und literaturfundierte Planung, Analyse und Berichterstattung von Implementationsstudien fördert.

Die Verwendung des CFIR ist weder im Hinblick auf den Kontext, noch auf das Setting festgelegt. Der Wert des CFIR für die vorliegende Arbeit wird vor allem in einer konsistenten, vergleichbaren Verwendung von Begriffen und Beschreibungen der Konstrukte gesehen. Weiter lässt das Konzept des CFIR zu, dass andere Theorien komplementär hinzugezogen werden können. Diese Offenheit ist im Hinblick auf die geplante Arbeit wichtig, da zur Planung, Durchführung, Analyse und Berichterstattung weitere Theorien, wie zum Beispiel die der lernenden Organisation (Argyris & Schön, 2018), einbezogen werden. Die folgende Darstellung des Stands der theoretischen und empirischen Forschung ist an den fünf Hauptdomänen des CFIR ausgerichtet, wie sie in Abbildung 1 dargestellt werden.

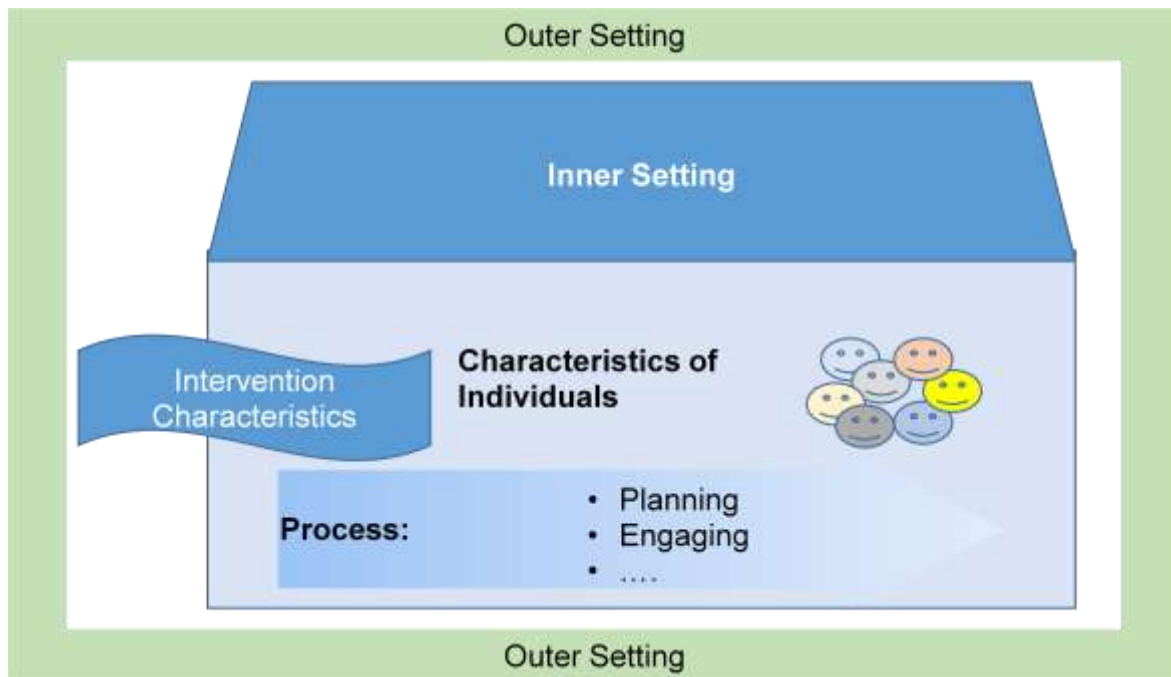


Abbildung 1: Eigene Darstellung der Hauptdomänen des CFIR

Mit dem CFIR konform ist die Vorgehensweise, dass nicht alle den Hauptdomänen zugeordneten Konstrukte aufgegriffen werden, sondern nur solche, die für die Studie relevant sind (Damschroder et al., 2009). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Konstrukte des CFIR nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden können. Um der Vorgabe zum Umfang dieses Berichts gerecht zu werden, werden in der folgenden Darstellung die Domänen und Konstrukte einbezogen, die im Hinblick auf die Entwicklung der Forschungsfragen eine Rolle spielen. Weitere Vorannahmen der Autorin wurden im Forschungsbericht zum Forschungspraktikum der Verfasserin⁵ sowie im „inQS Schulungskonzept“ (Herfen & Kelleter, 2019) dargestellt.

2.1 Hauptdomäne „Outer Setting“

Für die Darstellung des „Outer Settings“ wird der politische und gesetzliche Rahmen zur Qualitätsentwicklung und -messung in den Vordergrund gestellt.

⁵ Ausgeführt im Wintersemester 2018/2019 im Master-Verbundstudiengang Versorgungswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Ab 1. November 2019 sind die 11.241 Einrichtungen der vollstationären „Dauerpflege“⁶ (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2019) dazu verpflichtet, durch die Erhebung von Versorgungsergebnissen bei jedem Pflegebedürftigen, die pflegerische Qualität ihrer Einrichtung mittels Ergebnisindikatoren darzustellen (Änderung der Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018, 2019; Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, 2019).

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Ergebnisindikatoren war vor allem die Kritik von Nutzern⁷ an der bis dato bestehenden Darstellung der Pflegequalität der Einrichtungen in Form von einheitlichen Transparenzberichten, auch „Pflegenoten“ genannt (Büscher, Wingefeld, & Igl, 2018; GKV-Spitzenverband, 2017; Sonntag, Baer, Kuhlmei, Suhr, & Schenk, 2018). Zur Ermittlung der Pflegenoten wurde jede Einrichtung einmal im Jahr durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) auf Basis der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) nach § 114 SGB XI geprüft.

In der Prüfung wurde anhand einer Stichprobe von neun Pflegebedürftigen die Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege begutachtet. Gleichzeitig erfolgte eine Prüfung der Strukturqualität der Organisation. Als Ergebnis dieser Prüfung wurde für jede Einrichtung eine Pflegenote, mit einer Rangskala von eins (sehr gut) bis fünf (mangelhaft), berechnet und veröffentlicht. Ziel der Veröffentlichung war, interessierten Nutzer*innen eine leicht verständliche, vergleichbare Information über die Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtung zur Verfügung zu stellen.

Die DatenClearingStelle (DCS), als verantwortliche Institution zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Pflegenoten, wies im Dezember 2017 für die stationären

⁶ Anzahl der „Pflegeheime, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs.3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten“ Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018, p. 7) ohne „Kurzzeit-, Tages- und / oder Nachtpflege“ Destatis (2018, p. 9).

⁷ Nutzer*innen sind in diesem Kontext alle Personen oder Institutionen, die ein Interesse an der Qualität der erbrachten Leistungen in der stationären Langzeitpflege haben.

Pflegeeinrichtungen im Landesdurchschnitt die Note 1,2 aus (2017). Qualitätsmängel der Pflege wurden aus Sicht der Nutzer*innen der Qualitätsbewertungen dadurch nicht deutlich abgebildet. Die Bewertungen wurden als „zu gut“ (GKV-Spitzenverband, 2017) empfunden. Ergebnisse der Studie „Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege“ (Sonntag, Baer, & Schenk, 2018) zeigten zudem auf, dass der Informationsbedarf von Pflegebedürftigen und Angehörigen durch die Pflegenoten nicht beantwortet wurde (Sonntag, Baer, Kuhlmeier et al., 2018). Die Ergebnisse einer im Februar 2019 veröffentlichten repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) offenbarten darüber hinaus, dass 51,2 % der Befragten die Pflegenoten nicht bekannt waren (Sulmann, Eggert, Kuhlmeier, & Suhr, 2019).

Die durch den § 113 SGB XI eingebrachten Ergebnisindikatoren sollen den Schwerpunkt der Bewertung der Einrichtungen auf den Pflegezustand und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen und damit auf die für Pflegebedürftige und Angehörige wichtigen Pflegeergebnisse, den Outcome, lenken. Zur Berechnung der Indikatoren werden alle sechs Monate Versorgungsergebnisse aller Pflegebedürftigen in der Einrichtung erhoben und von einer unabhängigen Datenauswertungsstelle (DAS) ausgewertet (Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege, 2019).

Die im Gesetz benannten Indikatoren wurden seit 2009 auf wissenschaftlicher Basis entwickelt, erprobt und weiterentwickelt (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingenfeld et al., 2011). Mit Veröffentlichung der „Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018“, wurde die Einführung des indikatorengestützten Verfahrens für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen zur gesetzlichen Pflicht.

Wenige Wochen später wurde das indikatorengestützte Verfahren zudem durch die §§ 114 und 115 SGB XI an die externe Qualitätsprüfung und Außendarstellung

der Qualität der Einrichtungen gebunden (Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege, 2018; Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, 2019).

International werden Ergebnisindikatoren, zum Beispiel in den USA (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, 2019) und in der Schweiz (Zúñiga, Blatter, Wicki, & Simon, 2019) im Qualitätsmanagement genutzt, um die Qualität erbrachter Pflege zu erfassen, darzustellen und damit vor allem eine Vergleichbarkeit von Pflegeeinrichtungen für interessierte Personen sowie Institutionen zu ermöglichen. Für das deutsche Gesundheitswesen ist eine Übertragbarkeit von internationalen Beispielen zur Implementierung von Ergebnisindikatoren durch sprachliche, kulturelle und strukturelle Bedingungen ohne weitere Forschung nur eingeschränkt möglich. So müssen die stationären Einrichtungen in Deutschland eigene Wege finden, um die Erhebung von Versorgungsergebnissen und den Umgang mit Indikatoren in ihr Qualitätsmanagement zu implementieren.

Um die Einrichtungen bei der Vorbereitung auf die Datenerhebungen zu unterstützen, wurde im Auftrag des BMG ein „Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung“ (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), 2019) erstellt. Das Schulungsmaterial ist im Internet abrufbar, Zielgruppe sind Verbände und Institutionen.

Bis September 2019 wird von drei Projekten in Deutschland berichtet, in deren Rahmen 2019 schon vor Eintritt der gesetzlichen Verpflichtung, die Erhebung und Anwendung von Ergebnisindikatoren in ca. 350 Einrichtungen erprobt wird. Dies sind die Projekte „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (Caritasverband für die Diözese Münster e. V., 2019), „Indikatorengestützte Qualitätsförderung – inQS“ (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2019) und „Gesundheitswirtschaft Hannover“ (Gesundheitswirtschaft Hannover e. V., 2016). Erste Ergebnisse und Erfahrungen dieser Projekte sind veröffentlicht und können von Verantwortlichen in Einrichtungen für die Implementierung in ihrer Organisation genutzt werden.

2.2 Hauptdomäne „Intervention Characteristics“

Die Hauptdomäne „Intervention Characteristics“ umfasst eine Beschreibung der Eigenschaften der Intervention. Als Interventionen sind hier sowohl die Datenerhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen als auch die Nutzung des „inQS“ Schulungskonzepts separat zu betrachten. Im Sinne Rogers: „If an idea seems new to the individual, it is an innovation“ (2003, p. 12), sind beide als Innovationen zu betrachten. Die Versorgungsergebnisse mit den Ergebnisindikatoren sind eine Innovation, weil die gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung erst ab dem 1. November 2019 gelten und das „inQS“ Schulungskonzept ist eine Innovation, weil dieses erst seit Mai 2019 veröffentlicht ist.

In der Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI werden zehn Indikatoren für die Messung der Ergebnisqualität aufgeführt. Davon sollen fünf getrennt nach Risikogruppen berechnet werden, so dass in manchen Publikationen auf 15 Indikatoren (Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, 2019; Seibert, Fünfstück, Rothgang, & Görres, 2017) Bezug genommen wird. Für den empirischen Teil dieser Studie wird der Indikator „Dekubitusentstehung“ der Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI fokussiert und in Kapitel 2.6 im Zusammenhang mit dem Thema „Dekubitusprophylaxe“ erläutert.

Mehrere Autoren stellen fest, dass eine Innovation im Verlauf der Implementierung Veränderungen erfährt (Hawe, Shiell, & Riley, 2004; H. Pfaff et al., 2009; Rogers, 2003). Dies vor allem dann, wenn sie als „komplexe Intervention“ (H. Pfaff et al., 2009, p. 84) aus mehreren Komponenten besteht und je nach Kontextbedingungen variieren kann, wie es bei der Erhebung von Versorgungsergebnissen und Nutzung der Ergebnisindikatoren der Fall ist. Weiter ist zu beachten, dass die Einführung und Nutzung der Ergebnisindikatoren in einem dynamischen und komplexen Umfeld (Baumann, Farin, Menzel-Begemann, & Meyer, 2016; Braithwaite et al., 2017; Braithwaite, 2018; Holger Pfaff et al., 2017) erfolgt. Die Dynamik liegt vor allem in politischen Entscheidungen, gesellschaftlichen Veränderungen und / oder Veränderungen in der Organisation. Die Komplexität ist durch die Anzahl der involvierten Nutzer*innen und ihre Systeme gegeben. Pfaff et al. beschreiben solche Bedingungen als „doppelte

Komplexität“ (2017, p. 25). Aus der doppelten Komplexität wird abgeleitet, dass für eine gelingende Implementierung bei der Einführung der Innovation „theoretische Hintergründe und Fragen“ (Baumann et al., 2016, p. 339) intensiv einzubeziehen sind. Hawe, Shiell und Riley empfehlen dazu, bei komplexen Interventionen die Funktion und den Prozess der Intervention zu standardisieren, nicht jedoch die einzelnen Bestandteile, um den Akteuren in ihrem komplexen Umfeld Möglichkeiten zur Anpassung der Implementierung an die vorliegenden Rahmenbedingungen zu geben (2004).

Seit 2017 werden zunehmend Studien, Peer-Reviews, Erfahrungsberichte, und kritische Veröffentlichungen im Zusammenhang mit der Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren in der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland veröffentlicht (Albert, 2018; Hasseler, 2018; Kelleter, 2017; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Zimmermann & Kelleter, 2018; Zimmermann, Swora, Pfaff, & Zank, 2019). Die Praxiserfahrungen in Deutschland basieren im Wesentlichen auf fünf Projekten, die seit 2011 zur Erprobung und Pilotierung (Wingenfeld et al., 2011), zur Weiterentwicklung der Indikatoren (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017) oder als Übung zur Anwendung (Caritasverband für die Diözese Münster e. V., 2019; Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2015, 2017; Gesundheitswirtschaft Hannover e. V., 2016) in Organisationen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden.

Veröffentlichungen aus den benannten Projekten geben in unterschiedlichem Detaillierungsgrad Einsicht in die Prozessschritte der Implementierung und ihre Umsetzung (Albert, 2018; Heller-Jung, 2017; Kelleter, 2019b; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017).

Für Pflegefachpersonen hat „der Nutzen der Anwendung von Ergebnisindikatoren“ (Herfen & Kelleter, 2019, p. 7) eine hohe Relevanz. Die Möglichkeit im Rahmen eines Projekts die Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren vor der gesetzlich verpflichtenden Erhebung auszuprobieren, wird positiv wahrgenommen (Albert, 2017; Gesundheitswirtschaft Hannover e. V., 2016). Als weiterer Nutzen wird von Pflegefachpersonen benannt, dass eine Vergleichbarkeit von Einrichtungen und für das Lernprojekt „inQS“ auch innerhalb der Einrichtungen, zwischen einzelnen Bereichen möglich ist. Damit bestehen neue Möglichkeiten zur

Steuerung für das interne Qualitätsmanagement und zur Qualitätsverbesserung (Albert, 2017, 2018; Gesundheitswirtschaft Hannover e. V., 2016; Heller-Jung, 2017; Kelleter, 2019b). Im Lernprojekt „inQS“ werden über die Daten zur Berechnung der Ergebnisindikatoren hinaus weitere Daten zu allen Modulen des NBA⁸ erhoben, die damit zur internen Steuerung im Qualitätsmanagement zur Verfügung stehen. Im Hinblick darauf bezieht der Begriff „Versorgungsergebnisse“ in dieser Studie alle in den „inQS“ - Einrichtungen erhobene Ergebnisse zur Versorgung mit ein. Davon abgegrenzt sind mit „Ergebnisindikatoren“ nur die über § 113 SGB XI definierten zehn Indikatoren gemeint.

Als weiterer Nutzen wird von Teilnehmer*innen des Lernprojekts „inQS“ benannt, dass die Daten anhand eines Webtools erhoben werden. Neben einer leichteren Dateneingabe ist hier der Nutzen, dass nach Abschluss des Erhebungszeitraums, die Ergebnisse unmittelbar zur Verfügung stehen (Heller-Jung, 2017).

Kritik an den im Gesetz festgelegten Indikatoren bezieht sich unter anderem darauf, dass ein theoretisch, wissenschaftliches Herleiten eines Qualitätsverständnisses als Basis der Indikatorenentwicklung fehlt. Damit fehlt eine Definition, was als „gute“ Pflege gelten kann (Arnold & Stemmer, 2014; Hasseler, 2018; Hasseler & Stemmer, 2018; Kelleter, 2017; Roes, Buscher, & Riesner, 2013). Von Seibert et al. wird kritisiert, dass bei der statistischen Berechnung der Indikatoren patientenindividuelle Risiken nicht mittels eines risikoadjustierten Berechnungsmodells berücksichtigt werden (2017), wodurch der aktuelle Stand wissenschaftlicher Expertise vernachlässigt wird (Arnold & Stemmer, 2014; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik, 2017). Als Folge dessen wird antizipiert, „dass in einzelnen Einrichtungen zukünftig Menschen mit hohen Pflegerisiken, wie mit Demenz, nicht mehr aufgenommen werden“ (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2019). Auch die Möglichkeit der Manipulation bei der Dateneingabe wird nicht ausgeschlossen (Seibert et al., 2017; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik, 2017).

Die Kosten der Datenerhebung und späteren Nutzung von Ergebnisindikatoren sind bislang nicht beziffert. Das ist unter anderem damit zu begründen, dass die strukturellen Bedingungen für die Datenerhebung in den einzelnen Einrichtungen

⁸ s. Fußnote Nr. 2

heterogen sind. Neben den gegebenenfalls erforderlichen Investitionen für Hard- und Software zur elektronischen Datenerfassung, sind dabei vor allem Kosten für das Personal zur Datenerhebung zu berücksichtigen (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017). Hier sind die notwendigen Kompetenzen und Qualifikation der Mitarbeiter*innen (Kelleter, 2019b) und vor allem der Zeitaufwand für die Datenerhebung entscheidend, der je nach Einrichtung erheblich schwankt (Albert, 2017, 2018; Kelleter, 2019a; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingenfeld et al., 2011).

Die Projektverantwortlichen der Projekteinrichtungen des Lernprojekts „inQS“ können seit Mai 2019 zur Implementierung von Ergebnisindikatoren das „inQS“ Schulungskonzept (Herfen & Kelleter, 2019) nebst „Materialkoffer“ nutzen⁹. Projektverantwortliche sind in der Regel die Pflegedienstleitung (PDL) oder eine von der Pflegedienstleitung beauftragte Person mit pflegefachlicher Qualifikation. Das Schulungskonzept ist auf der Website des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. veröffentlicht. Im Lernprojekt „inQS“ steht es den Projektverantwortlichen, die eine unterschiedliche pädagogische Bildung haben, als methodisch-didaktisches Hilfsinstrument zur Planung und Durchführung der im Projekt erforderlichen Schulungen ihrer Pflegefachpersonen zur Verfügung. Basierend auf der Theorie des organisationalen Lernens und auf den Konstrukten des CFIR gibt das „inQS“ Schulungskonzept Hinweise zur Planung, Durchführung und Evaluation der Schulung von Pflegefachpersonen zur Datenerhebung und -nutzung von Versorgungsergebnissen. Der „Materialkoffer“¹⁰ (2019, p. 4) ist über das Intranet nur für die Projektverantwortlichen im Lernprojekt „inQS“ verfügbar. Von den Projektverantwortlichen als Nutzer*innen des Schulungskonzepts, muss das Konzept einrichtungsbezogen angepasst werden. Sie treffen die Auswahl, welche der beschriebenen Ziele sie anstreben und welche Methoden und Materialien sie einsetzen (2019).

⁹ Das „inQS“ Schulungskonzept wurde im Nachgang zum Forschungspraktikum der Verfasserin im Studiengang Versorgungswissenschaft erstellt. In dem Forschungspraktikum wurden, basierend auf der Theorie des CFIR, relevante (Lern-) Barrieren und Determinanten zur Implementierung von Ergebnisindikatoren in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erhoben und in einem Forschungsbericht dargestellt.

¹⁰ Im Materialkoffer können die Projektverantwortlichen unter anderem auf eine beispielhafte Ablaufplanung zur Durchführung der ersten Schulung, eine Präsentationsvorlage für die Schulung und auf Praxishinweise zu einzelnen Erhebungsaspekten zugreifen.

In einer theoretischen Rangfolge der zwei beschriebenen Innovationen, die Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen als erste und das „inQS“ Schulungskonzept als zweite Innovation, geht die Verfasserin davon aus, dass das „inQS“ Schulungskonzept für die Organisation nachrangig ist.

2.3 Hauptdomäne „Inner Setting“

Anhand der Konstrukte der Hauptdomäne des „Inner Setting“ wird im CFIR die Organisation, in der die geplante Implementierung erfolgt, betrachtet. Im Kontext dieser Studie werden die Einrichtungen des Lernprojekts „inQS“ als Organisationen im Sinne der lernenden Organisation von Argyris und Schön (2018) angesehen.

Eine lernende Organisation ist eine Organisation, die „ihre Aufgaben im Zeitablauf besser erfüllt“ (Argyris & Schön, p. 19). Ausgangspunkt für ein organisationales Lernen ist, dass Einzelne „eine überraschende Nichtübereinstimmung zwischen erwarteten und tatsächlichen Aktionsergebnissen“ (Argyris & Schön, 2018, p. 31) erleben. Das Ergebnis eines Lernprozesses in der Organisation ist nach Argyris und Schön an Veränderungen des Verhaltens und „Veränderungen bei der handlungsleitenden Theorie“ (Argyris & Schön, p. 32) ablesbar. Sie unterscheiden dabei zwischen „vertretenen Theorien“ (2018, p. 29), die als Erläuterung oder Rechtfertigung für ein Verhalten und Handeln angeführt werden und den handlungsleitenden Theorien, die in dem Verhalten und / oder der Handlung schweigend enthalten sind.

Den handlungsleitenden Theorien schreiben Argyris und Schön zu, die Identität der Organisation im Zeitablauf zu erklären. Im Speicher für das Wissen der Organisation sind handlungsleitende Theorien verankert, wenn sie in den „Bildern“ (2018, p. 32) der Organisation dargestellt werden. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege können diese Bilder, zum Beispiel Handlungsanweisungen oder Verfahrensstandards sein, die dem Vorgehen der Mitarbeiter*innen zugrunde liegen.

Da die Einrichtungen sich freiwillig für eine Projektteilnahme im Lernprojekt „inQS“ entschieden haben, wird für jede dieser Organisationen unterstellt, dass die verantwortliche Person in der Organisation wahrgenommen hat, dass im Hinblick auf die gesetzlichen Änderungen zur Erhebung von Ergebnisindikatoren eine Divergenz zu den aktuellen Prozessen in ihrem Qualitätsmanagement besteht. Für

diese Studie wird angenommen, dass das interne Qualitätsmanagement alle Konzepte, Anweisungen und Maßnahmen einer lernenden Organisation umfasst die versucht, die Interessen aller Nutzer*innen und die „Multidimensionalität der Ergebnisse“ (Bono, 2010, p. 18) in der strategischen Ausrichtung aufzugreifen. Für die strukturellen Eigenschaften des internen Qualitätsmanagements wird mindestens erwartet, die gesetzlichen Anforderungen der §§ 113, 114b, 114c und 115 SGB XI zu erfüllen. Darüber hinaus kann für das interne Qualitätsmanagement jeder Organisation ein anderes Qualitätsmanagementsysteme, wie z.B. das EFQM (EFQM, 2009) oder die DIN EN ISO 9001:2015 (DIN Deutsches Institut für Normung e.V., 2015) als Handlungsrahmen gelten. Dies wird in der vorliegenden Studie nicht vertieft. Die Verfasserin setzt voraus, dass das in der Organisation genutzte Qualitätsmanagementsystem der Erhebung von gesetzlich geforderten Ergebnisindikatoren nicht entgegen steht.

2.4 Hauptdomäne „Characteristics of Individuals“

Die Hauptdomäne der „Characteristics of Individuals“ greift in den Konstrukten die individuellen Eigenschaften der einzelnen Mitarbeiter*innen auf. Die Eigenschaften der einzelnen Mitarbeiter*innen spielen im Zusammenhang mit der Theorie des organisationalen Lernens (Argyris & Schön, 2018) eine Rolle vor dem Hintergrund, dass das Wahrnehmen einer überraschenden „Nichtübereinstimmung“ (Argyris & Schön, 2018, p. 31) bei der einzelnen Person geschieht und damit einen Anlass für organisationales Lernen bietet. Das Wissen, um die Innovation und die Überzeugungen die dieses Wissen begleiten, sind sowohl als Auslöser für einen organisationalen Lernprozess, als auch im Hinblick auf die Implementierung der Innovation zu beachten (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Grol & Wensing, 2004).

Veröffentlichungen aus bisher erfolgten Projekten zur Erhebung von Versorgungsergebnissen weisen darauf hin, dass die Fachkompetenz der Mitarbeiter*innen wichtig für die Qualität der Datenerhebung und den Umgang mit den Versorgungsergebnissen ist (Albert, 2018; Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2019; Kelleter, 2017; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingenfeld et al., 2011). Obwohl bei der modellhaften Pilotierung von Indikatoren in der stationären

Pflege (MoPIP) „ausgewählte Pflegefachkräfte“ (2017, p. 65) für die Datenerhebung vorbereitet wurden, wurde in den Ergebnissen berichtet, „dass die Absicht und der Verwendungszweck der Datenerhebung für die Ausfüllenden nicht in allen Fällen eindeutig war. (...) Auch zeigten sich trotz der initialen Schulung und dem bereitgestellten Leitfaden zum Erhebungsdokument Unkenntnisse oder Unsicherheiten im Umgang mit dem Bewertungsschema, ...“ (2017, p. 157). Weiter wurde festgestellt, dass „die Beurteilung der individuellen Fähigkeiten und des Ausmaßes der Selbständigkeit eine Herausforderung [darstellte], die sich für einige der Pflegefachkräfte nicht durch die Hinweise im Leitfaden zum Erhebungsdokument beheben“ (2017, p. 159) ließ. Resultierend aus den Ergebnissen der Projekte, beschreibt das „inQS“ Schulungskonzept für die Auswahl der zu schulenden Pflegefachpersonen, dass diese „mindestens über ein Qualifikationsniveau 4“ (Herfen & Kelleter, 2019, p. 9) verfügen sollen. Für die Interpretation der Ergebnisse und Kennzahlen fordert Kelleter ein Qualifikationsniveau (Knigge-Demal, Hundenborn, & Eylmann, 2013) von „mindestens ... 5“ (2019b, p. 12) ein.

Im Hinblick auf die Eigenschaften der Mitarbeitenden ist auch zu berücksichtigen, dass auf die Motivation der Mitarbeitenden der Umgang mit Kennzahlen motivierend bei Erfolgen (Albert, 2018; Heller-Jung, 2017), als auch demotivierend bei negative Kennzahlen (Hasseler, 2018; Kelleter, 2017) wirken kann. Von Kelleter wird zudem beschrieben, dass von Mitarbeiter*innen eine unterdurchschnittliche Bewertungen als „Geringschätzung der eigenen Arbeit [und] weniger als Chance zum Lernen“ empfunden werden (2017, p. 3) kann.

2.5 Hauptdomäne „Process“

Die Konstrukte der Hauptdomäne des „Process“ sind im CFIR auf den Prozess der Implementierung bezogen.

Als Innovation bedarf die Implementierung des indikatorengestützten Verfahrens in den Einrichtungen einer „strukturierten und systematischen Unterstützung“ (Roes, Buscher, & Riesner, 2013, p. 27). Weiter sollten Interventionen auf ihre Effekte und Umsetzbarkeit hin untersucht und bei der Umsetzung in das jeweilige Setting begleitet werden (Baumann et al., 2016). Nicht zuletzt ist dabei zu berücksichtigen, dass gegebenenfalls mehrere Jahre Zeit (Greenhalgh et al.,

2004; Grol et al., 2005; Rogers, 2003) erforderlich sind, bis die Innovation im Versorgungsalltag nachhaltig wirkt.

Zahlreiche Autoren aus der Implementierungs- und Disseminationsforschung weisen auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Planung, die Einbindung der richtigen Personen, die Durchführung nach Plan und auf eine Reflektion der Implementierung für eine erfolgreiche Umsetzung und nachhaltige Verankerung in der Praxis hin (Greenhalgh et al., 2004; Grol et al., 2005; Proctor et al., 2011; Quasdorf, Hoben, Riesner, Dichter, & Halek, 2013; Roes, Buscher, & Riesner, 2013; Roes, de Jong, & Wulff, 2013; Rogers, 2003; Silvestrini & Reade, 2010).

Für die Planung des Implementierungsprozesses zu Ergebnisindikatoren können für Deutschland Ergebnisse und Erfahrungen aus den Projekten EQ^{MS}, EQisA, inQS und der Mo-PIPP Studie genutzt werden. Dies zum Beispiel im Hinblick auf die inhaltlichen, organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Datenerhebung (Albert, 2018; Herfen & Kelleter, 2019; Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), 2019; UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik, 2017; Wingenfeld et al., 2011).

Im Rahmen des Lernprojekts „inQS“ sind die Projektverantwortlichen dazu angehalten für ihre Organisation eine Reflektion und Evaluation der Datenerhebung und der Ergebnisse im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen durchzuführen. Zusätzlich haben sie die Möglichkeit, an regionalen, moderierten Reflexionstreffen teilzunehmen. Diese Angebote dienen im Lernprojekt „inQS“ der flankierenden Unterstützung des Lernprozesses der Beteiligten.

2.6 Thema zur Triangulation: Dekubitusprophylaxe

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist. (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014, p. 14)

Neben hohen Kosten für die Behandlung der Wunde, führt ein Dekubitus zu Schmerzen, erhöht die Mortalität und schränkt die Lebensqualität ein (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2017; IQTIG, 2018; National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). In manchen Fällen führt das Auftreten eines Dekubitus zu Klagen von Betroffenen und Angehörigen (Landgericht Köln, 25 O 73/14).

In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird gefordert, dass alles getan werden muss, um hilfe- und pflegebedürftige Menschen vor einem Dekubitus zu schützen (Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend, 2018). Unterstützt wird die Forderung in der Pflege durch internationale und nationale Berufsorganisationen der Pflegefachpersonen wie dem International Council of Nurses (ICN) (2018, 2019) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2017). Über den Weg der externen Qualitätsprüfung des § 114 SGB XI sind Einrichtungen stationärer Langzeitpflege dazu verpflichtet, zur Dekubitusprophylaxe in ihren Einrichtungen den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege (DNQP) (2017) umzusetzen. Der nach wissenschaftlichen Standards entwickelte und konsenterte Expertenstandard soll den aktuellen Stand pflegerischen Wissens zu dem Thema wiedergeben (DNQP, 2019).

Für eine statistische Erfassung des Vorkommens eines Dekubitus werden zumeist die Prävalenz und / oder die kumulative Inzidenz zugrunde gelegt. Die Prävalenz erfasst die Anzahl von Personen mit einem Dekubitus zu einem fest definierten Zeitpunkt, in der Regel an einem Tag. Die Prävalenz sagt nichts darüber aus, wann der Dekubitus entstanden ist bzw. wie lange dieser bereits besteht (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). Im Gegensatz dazu erfasst die kumulative Inzidenz den Anteil einer definierten Personengruppe, die innerhalb einer definierten Zeit, in der Regel Wochen bis Monate, einen neuen Dekubitus

entwickelt. Für die Berechnung der kumulativen Inzidenz werden Personen ohne Dekubitus identifiziert und über den definierten Zeitraum hinsichtlich eines neu entstandenen Dekubitus verfolgt (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014).

Die ausgewiesenen Zahlen der Dekubitus Prävalenz und Inzidenz sind heterogen (DNQP, 2017; IQTIG, 2018; National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). Die Auswertungen eines systematischen Reviews zur Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland zeigen für Einrichtungen der Langzeitpflege für die Jahre 2010 bis 2015 eine Prävalenz von durchschnittlich 2% bis 6% (Tomova-Simitchieva, Akdeniz, Blume-Peytavi, Lahmann, & Kottner, 2019). In dem Review wird darauf hingewiesen, dass zwar ein leichter Rückgang, aber keine wesentliche Änderung in den Zahlen zu verzeichnen ist. Auch wenn nach aktuellem Stand angenommen wird, dass ein Dekubitus trotz prophylaktischer Maßnahmen nicht immer vermieden werden kann (DNQP, 2017; IQTIG, 2018; National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014), schließen die Autoren des Reviews aus ihren Ergebnissen, dass die verfügbaren Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in Deutschland nicht ausgeschöpft werden. Mit Bezug auf eine Veröffentlichung von Eberhardt, Heinemann, Kulp et al. aus dem Jahr 2005 führen sie an, dass „das Neuauftreten von Dekubitus auf Mängel in der einrichtungsinternen Gesundheitsversorgung“ (2019, p. 510) hinweise. Sie empfehlen weiter, zur Beurteilung der Effektivität von präventiven Maßnahmen die Dekubitusinzidenz zu erheben.

In der Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege, wird der Indikator „Dekubitusentstehung“ in zwei Risikogruppen unterteilt und wie in Anhang 01 dargestellt definiert. Aus dem Projekt „EQ^{MS}“ wurde eine Dekubitusinzidenz von 0% bis 30% aus den beteiligten Einrichtungen präsentiert (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, 2016). Kelleter stellt zur Dekubitusinzidenz aus Ergebnissen des Projekts „EQisA“ fest, dass die „Auswirkungen von ungeplanten Veränderungen in der Pflegeorganisation (...) unmittelbar in der nächsten Erhebung (...) sichtbar [wurden], insbesondere beim Indikator zur Dekubitusentstehung“ (Kelleter, 2015,

p. 27). Weiter weisen Ergebnisse des Projekts „EQisA“ darauf hin, dass es in Einrichtungen die wiederholt überdurchschnittliche Ergebnisse erzielen, einen Zusammenhang zur „personelle[n] Kontinuität, Steuerung der Prozesse durch Kompetenz, flache Hierarchie, bedarfsorientierte Fortbildungen und eine niedrige personelle Fluktuations- und Ausfallquote“ (Kelleter, 2017, p. 182) gibt.

Für das Thema „Dekubitusprophylaxe“ wurde eine systematische Datenbanksuche in den Datenbanken Web of Science und PubMed im Juli 2019 durchgeführt. Aufgrund der hohen Trefferquote wurden die Ergebnisse auf einen direkten Bezug zur Pflege und die Jahre 2018 und 2019 begrenzt. In den Ergebnissen war das Wissen der Pflegepersonen zur Prävention und Behandlung ein Forschungsthema. Dieses wurde untersucht und überwiegend als nicht ausreichend bewertet (Charalambous et al., 2019; Dalvand, Ebadi, & Gheshlagh, 2018). Aufgrund von methodischen Schwächen der zugrundeliegenden Primärstudien konnten zur Wirksamkeit von schulenden Maßnahmen auf das Wissen der Pflegefachpersonen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung sowie auf die Dekubitusinzidenz (Porter-Armstrong, Moore, Bradbury, & McDonough, 2018) und den Einfluss der Organisation an sich auf die Dekubitusprophylaxe und –behandlung (Joyce, Moore, & Christie, 2018) keine klare Aussagen getroffen werden. Zum Einfluss von Ko-Morbidität auf die Entstehung eines Dekubitus wurde nachgewiesen, dass ein vorhandener Diabetes mellitus, Schlaganfall und fortgeschrittene Demenz wesentlich beeinflussende Ko-Morbiditäten sind (Jaul, Barron, Rosenzweig, & Menczel, 2018).

Die weitere Suche im Internet schloss Treffer der Seite „google scholar“ und der Websites von Institutionen sowie eine Handsuche nach dem Schneeballsystem ein. Die Ergebnisse waren für die Beschreibung des „Outer Settings“ im Hinblick auf die von den Einrichtungen zu erfüllenden Anforderungen zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ relevant.

Argyris und Schön beschreiben in ihrer Theorie der lernenden Organisation (2018), dass Ergebnisse von Lernprozessen als Veränderungen der handlungsleitenden Theorien in den Dokumenten der Organisation Ausdruck finden. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege nehmen an mehreren Stellen Bezug auf das Thema „Dekubitusprophylaxe“ (2019). Die

Autorin geht deshalb davon aus, dass in den betrachteten Einrichtungen Dokumentationen zur Erfassung eines Dekubitusrisikos und der Planung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe geführt werden und dass schriftliche Handlungsanweisungen des internen Qualitätsmanagements vorliegen, womit die Einrichtungen nachweisen können, dass sie die Anforderungen der § 113 und § 114 SGB XI zur Dekubitusprophylaxe erfüllen.

3. Fragestellung

In der Domäne des „outer setting“ wird dargestellt, dass die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege die Versorgungsdaten aller Pflegebedürftigen ihrer Einrichtung zur Verfügung stellen müssen, um eine externe Darstellung der Pflegequalität der Einrichtung anhand von Ergebnisindikatoren zu ermöglichen. Der zeitliche Rahmen zur Umsetzung ist politisch festgelegt; Hilfen zur Planung und Umsetzung für die Einrichtungen sind begrenzt vorhanden. Wie Projektverantwortliche in Einrichtungen des Lernprojekts „inQS“ ihr internes Qualitätsmanagement auf diese Herausforderung ausrichten und welche Effekte sie der Implementierung bezogen auf das interne Qualitätsmanagement zuschreiben, soll durch diese Studie untersucht und beschrieben werden.

Daraus werden die Forschungsfragen abgeleitet:

F1: Welche Schritte werden in den Einrichtungen in die Wege geleitet, um die eigene Organisation auf die Implementierung von Ergebnisindikatoren vorzubereiten?

F2: Welche Effekte beschreiben Projektverantwortliche des Lernprojekts „inQS“ aus der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen, in Bezug auf ihr internes Qualitätsmanagement?

Für die Hauptdomäne der „Intervention Characteristics“ wurde beschrieben, dass für die 2019 erstmalig am Lernprojekt „inQS“ teilnehmenden Einrichtungen sowohl die Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren, als auch das „inQS“ Schulungskonzept als Innovationen zu betrachten sind. Zur Datenerhebung für die Ermittlung von Ergebnisindikatoren sind die Einrichtungen gesetzlich verpflichtet. Ob und wie die Projektverantwortlichen im Lernprojekt „inQS“ das Schulungskonzept einsetzen, ist ihnen überlassen. Es gibt für sie keine Verpflichtung dieses zu nutzen. Eine Betrachtung, ob und in welchen Teilen das

„inQS“ Schulungskonzept für die Projektverantwortlichen nützlich ist, ist ein wesentlicher Untersuchungsgegenstand dieser Studie, um die Ergebnisse für eine Evaluation des „inQS“ Schulungskonzepts zur Verfügung zu stellen.

Daraus resultiert die Forschungsfrage:

F3: Welchen Nutzen und welche Wirkungen schreiben die Projektverantwortlichen dem „inQS“ Schulungskonzept bei der Vorbereitung ihrer Pflegefachpersonen auf die Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren zu?

Das Konzept der lernenden Organisation (Argyris & Schön, 2018), in deren Kontext die Organisationen in der Hauptdomäne des „Inner Settings“ betrachtet werden, verweist darauf, dass Veränderungen in vertretenen und handlungsleitenden Theorien als Ergebnisse von Lernprozessen in Organisationen ablesbar sind. Die Veränderungen des Verhaltens werden für die Organisation dann nachhaltig, wenn sie nicht nur in den vertretenen Theorien, also in dem, wie die Mitarbeitenden sich dazu äußern, sondern auch in bleibenden „Bildern“ (Argyris & Schön, 2018, p. 32), wie zum Beispiel in Handlungsanweisungen, Ergebniskennzahlen oder schriftlichen Verträgen abgebildet werden. Eine Fokussierung auf das Thema Dekubitusprophylaxe als exemplarisches Beispiel für eine handlungsleitende Theorie soll mit Blick auf den Studien- und Berichtsumfang helfen, die Ergebnisse der Lernprozesse an einem Thema möglichst erschöpfend zu betrachten.

Mit der Betrachtung der Einrichtungen als lernende Organisationen wird daraus die Forschungsfrage abgeleitet:

F4: Welche Veränderungen sind in den Dokumentationen des internen Qualitätsmanagements durch die Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren am Thema Dekubitusprophylaxe nachvollziehbar?

F5: Welche Kennzahlenveränderungen können an dem Ergebnisindikator Dekubitusentstehung abgelesen werden?

F6: Wie korrespondieren die von den Projektverantwortlichen beschriebenen Effekte mit den Ergebnissen zu den untersuchten Dokumenten?

Die einzelnen Mitarbeitenden sind in der Hauptdomäne „Characteristics of Individuals“ im Fokus. Es wurde beschrieben, dass im Sinne des organisationalen Lernens der Lernprozess bei der einzelnen Person beginnt. Wissen und

Überzeugungen der Person sind tragend bei Lernprozessen, die auf die gesamte Organisation wirken können (Argyris & Schön, 2018). Aus dem bisherigen Forschungsstand zur Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren kann im Zusammenhang mit den Eigenschaften der Mitarbeitenden abgeleitet werden, dass das Qualifikationsniveau und die Motivation der Mitarbeitenden den häufigsten Anlass zur Reflektion gaben.

In der vorliegenden Studie steht die Einrichtung als lernende Organisation im Fokus. Durch die formale Begrenzung der Seitenzahl für den Bericht, soll die Betrachtung der individuellen Lernprozesse darauf begrenzt werden zu beschreiben, ob und wie die individuellen Eigenschaften der Mitarbeitenden von den Projektverantwortlichen bei der Planung und Durchführung der Implementierung berücksichtigt werden. Als Forschungsfrage wird dazu formuliert:

F7: Wie werden die individuellen Eigenschaften der Mitarbeitenden bei der Planung und Durchführung der Implementierung von Ergebnisindikatoren von den Projektverantwortlichen berücksichtigt?

In der Hauptdomäne des Prozesses ist zum einen der Implementierungsprozess der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen im Fokus. Zum anderen wird das „inQS“ Schulungskonzept als bislang in der Praxis ungeprüftes Konzept betrachtet. Da die Erhebung von Versorgungsergebnissen zur Berechnung von Ergebnisindikatoren gesetzlich verankert ist, kann davon ausgegangen werden, dass alle stationären Einrichtungen der Langzeitpflege in Deutschland mindestens Prozesse zur Erhebung der Versorgungsergebnisse implementieren werden. Organisationen des Lernprojekts „inQS“ haben darüber hinaus die Möglichkeit über die gesetzliche Vorgabe hinaus Kennzahlen zu erhalten, die ihnen zur Steuerung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zur Verfügung stehen. Zur Planung der Implementierung der Prozesse für die Datenerhebung und zur Nutzung der Ergebnisse in der Einrichtung, konnten die Projektverantwortlichen an einer Schulung durch die Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ oder einer von ihr beauftragten Person, teilnehmen. Die Verantwortung für die Implementierung in der Einrichtung, liegt bei der projektverantwortlichen Person. Dies ist aufgrund der Projektvorgaben zumeist die Pflegedienstleitung oder eine von ihr beauftragte Person mit pflegfachlicher Qualifikation. Das „inQS“ Schulungskonzept mit Arbeitsmaterialien steht den Projektverantwortlichen zur Verfügung, um die

Pflegefachpersonen in ihren Einrichtungen für die Datenerhebung und den Umgang mit den Versorgungsergebnissen zu schulen.

Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Einrichtungen das „inQS“ Schulungskonzept einsetzen, sind die mit dieser Hauptdomäne verbundenen

Fragen:

F8: Wie gehen die Projektverantwortlichen bei der Vorbereitung der Mitarbeiter*innen auf die Datenerhebung und Nutzung der Versorgungsergebnisse vor?

F9: Welche Schwerpunkte setzen sie bei der Vorbereitung?

F10: Wie verändern sich die Schwerpunkte im zeitlichen Verlauf von sechs Monaten?

Für Einrichtungen, die das „inQS“ Schulungskonzept einsetzen wird zusätzlich die Frage formuliert:

F11: Welche Nutzen schreiben die Projektverantwortlichen dem „inQS“ Schulungskonzept für die Implementierung der Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren zu?

4. Methode

Die offene Fragestellung der Forschungsfragen und die Untersuchung der „praktischen Wirksamkeit ..., die sich unter Realbedingungen im Feld zeigt (Effectiveness)“ (Döring & Bortz, 2016, p. 998), bedingte eine Planung der Studie als formative Evaluation mit qualitativem Design (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2007; Mayring, 2010b) mit drei Messzeitpunkten (T0, T1, T2). Für die Datenerhebung wurden dazu Interviews mit projektverantwortlichen Personen aus „inQS“ Projekteinrichtungen als Experten vorgesehen. Zur Triangulation der im Interview erhobenen Daten (Flick, 2008; Mayring, 2017), sollten außerdem einrichtungsinterne Dokumente und die Indikatorergebnisse der Einrichtungen zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ als Bilder von handlungsleitenden Theorien (Argyris & Schön, 2018) zu den Interviewergebnissen in Bezug gesetzt werden. Das geplante Forschungsdesign mit Zeitplanung wird als Abbildung im Anhang 02 dargestellt.

Zur theoretischen Fundierung der Planung, Datensammlung und -analyse des empirischen Teils, wurden einzelne Konstrukte des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) begründet ausgewählt und genutzt (2019; Damschroder et al., 2009)¹¹. Für die Berichterstellung wurde die COREQ Checklist beachtet (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Eine systematische Datenbankrecherche wurde in den Datenbanken Web of Science, PubMed und LIVIVIO im Juli 2019 durchgeführt¹². Ergänzt wurde die Suche durch Recherchen in Suchmaschinen, zum Beispiel google.scholar, und durch eine Handsuche nach dem Schneeballsystem¹³. Eingeschlossen wurden teilweise unveröffentlichte Berichte zur Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren in Deutschland aus den Jahren 2010 bis Dezember 2019 aus

¹¹ Das CFIR wurde bereits im Rahmen des Forschungspraktikums im Masterstudium genutzt, das als Vorarbeit zu der hier vorliegenden Studie diente. Die fortgesetzte Anwendung des CFIR sollte die Planung, Durchführung und Auswertung der Studie unterstützen, Nachvollziehbarkeit des Vorgehens sicherstellen und die Anschlussfähigkeit an die Ergebnisse des Forschungsberichts ermöglichen. Im Rahmen des Forschungspraktikums wurden (Lern-) Barrieren und Determinanten der Erhebung und Anwendung von Ergebnisindikatoren in der stationären Langzeitpflege identifiziert. Die im Forschungsbericht nach dem Pareto-Prinzip ausgewählten (Lern-) Barrieren und Determinanten sind anschließend in das „inQS“ Schulungskonzept eingeflossen.

¹² Eine erste Datenbankrecherche zu Ergebnisindikatoren wurde im Rahmen des unter Kapitel 2.0 benannten Forschungspraktikums durchgeführt. Die Ergebnisse des Forschungspraktikums flossen in den theoretischen Teil dieser Arbeit ein.

¹³ Gesetzliche Aktualisierungen wurden bis Dezember 2019 berücksichtigt.

den Projekten „EQisA“ und „inQS“. Ausgeschlossen wurden Publikationen von kommerziellen Stellen, zum Beispiel Unternehmensberatungen oder Schulungsanbietern, die nicht auf eigene Erhebungen zurückgriffen.

Die Literatursuche wurde auf Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland fokussiert. Die Eingrenzung ist damit begründet, dass Implementierungsprozesse und -effekte aus anderen Ländern aufgrund abweichender Rahmenbedingungen nicht unmittelbar für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland übertragbar sind.

4.1 Untersuchungsdesign

Der empirische Teil dieser Studie sah als Kernelement teilstrukturierte, fokussierte Interviews zu drei Messzeitpunkten mit Projektverantwortlichen im Lernprojekt „inQS“ als Expert*innen vor. Die qualitative Herangehensweise einer formativen Evaluation wurde gewählt, weil die offenen Forschungsfragen eine „Annäherung an den Untersuchungsgegenstand“ (Döring & Bortz, 2016, p. 68) verlangten und damit ein flexibles Vorgehen im Untersuchungsprozess erforderten. Dies war auch im Hinblick auf die vorgesehene Triangulation (Flick, 2008; Mayring, 2017) angezeigt. Vor dem Hintergrund der von Pfaff beschriebenen „doppelten Komplexität“ (2017, p. 25) konnte nicht vorausgesagt werden, welchen Stellenwert das von der Autorin zur Triangulation gewählte Thema „Dekubitusprophylaxe“ in der Wahrnehmung der Projektverantwortlichen haben wird. Hier sollte die Offenheit bleiben, im Studienverlauf ein anderes Thema als „Dekubitusprophylaxe“ zu betrachten. Eigene quantitative Erhebungen wurden im Rahmen der Studie nicht geplant.

Von Leitfaden - Interviews wird erwartet, dass die Sichtweisen der Befragten durch die relativ offene Gestaltung der Situation eher Raum erhalten (Flick, 2007), als zum Beispiel in der Aufforderung einen Fragebogen auszufüllen. Nach Auseinandersetzung der Autorin mit Veröffentlichungen zum fokussierten Interview (Flick, 2007; Merton, Fiske, & Kendall, 1952) und zum Experteninterview (Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016; Flick, 2007; Gläser & Laudel, 2010; Kuckartz, 2014; Mayring, 2010b, 2010a; Mayring & Gläser-Zikuda, 2005), wurden die Interviews im Weiteren als Experteninterviews geplant und durchgeführt.

Der Definition von Bogner, Littig und Menz folgend werden Expert*innen als Personen verstanden, „die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder

Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren“ (2014, p. 13). Bogner et al. führen aus, dass Experteninterviews vor allem zur Erhebung von Prozess- und Deutungswissen geeignet sind. Technisches Wissen dagegen sollte aufgrund möglicher Fehlerquellen nicht im Interview erfasst werden, wenn es andere Möglichkeiten zur Datenerhebung gibt (Bogner et al., 2014). Die weiteren forschungsrelevanten Entscheidungen wurden daran ausgerichtet, das Prozesswissen der Expert*innen zu begreifen. Mit dem Prozesswissen sind hier die Einsicht und das Wissen um Planungen, Abläufe, organisationale Bedingungen und Ereignisse im Kontext der eigenen Organisation (Bogner et al., 2014) im Fokus. Für die weitere Planung der Datenerhebung und -auswertung wurde aus den Eingaben von Bogner et al. abgeleitet, dass die Dauer des Interviews maximal 60 Minuten betragen und vor Ort bei den Befragten erfolgen sollte.

Der Person, die ein Experteninterview durchführt, kann je nach Erkenntnisinteresse und Studiendesign eine andere Rolle zuteil sein (Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016; Gläser & Laudel, 2010). Da die Verfasserin der Studie über die formale Qualifikation und als Projektmitarbeiterin des Lernprojekts „inQS“ über ausreichendes Wissen zum Thema und zum Kontext verfügte, um die Interviews als Co-Expertin (Bogner et al., 2014, 2014; Döring & Bortz, 2016) zu führen, wurde dieser Weg gewählt.

Dass das Prozesswissen im Vordergrund steht bedingt, dass für das Interview ein Leitfaden erstellt wird, der auf die relevanten Fragen fokussiert ist und dass das Interview inhaltsanalytisch ausgewertet wird (Bogner et al., 2014).

Damit die Aufmerksamkeit der Interviewerin während des Interviews bei dem Gesprächspartner*innen bleiben konnte wurden Tonaufzeichnungen geplant (Bogner et al., 2014; Flick, 2007; Gläser & Laudel, 2010) und die Transkription des gesamten Materials vorgesehen. Die Datenanalyse sollte computerunterstützt erfolgen.

Die geplanten Tonaufzeichnungen und die Vertrauensstellung der Expert*innen in ihren Organisationen (Bogner et al., 2014) bestimmten, dass aus forschungsethischen Prinzipien den Teilnehmer*innen eine Information gegeben

(Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016) und ihr Einverständnis eingeholt werden musste. Die ausgehändigte Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung sind im Anhang 03.

Zur Erfassung des Prozesswissens im Verlauf, wurden die Interviews als verbundene Stichprobe zu drei Zeitpunkten (T0, T1, T2) geplant. Die Interviews wurden über den Zeitraum von sechs Monaten verteilt, um die Ergebnisse von zwei Datenerhebungen im Lernprojekt „inQS“ zum Vergleich der quantitativen und technischen Daten für die geplante Triangulation zu erhalten. Die Zeitpunkte der Erhebungen wurden ausgehend von den für die Einrichtungen festgelegten Datenerhebungszeiträumen im Lernprojekt „inQS“ geplant. T0 wurde im Anschluss an die erste Datenerhebung in den Einrichtungen im Mai, T1 im Monat vor der zweiten Datenerhebung und T2 nach Abschluss der zweiten Datenerhebung durchgeführt.

Von der Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ konnten die Ergebnisse der an der Studie beteiligten Einrichtungen für den Indikator „Dekubitusentstehung“ aus den Erhebungen von Mai und Dezember 2019 zur Triangulation geliefert werden. Reflexionsgespräche zur Studiendurchführung wurden mit der Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ und der betreuenden Professorin der Masterarbeit geplant und durchgeführt.

4.1.1 Planung der Triangulation

Zusätzlich zur Nutzung der quantitativen Indikatorenergebnisse sollten für die geplante Triangulation zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ (DNQP, 2017) die in der Organisation vorhandenen Verfahrensdokumente des internen Qualitätsmanagements qualitativ an zwei Zeitpunkten ausgewertet werden. Die Verfahrensdokumente sollten mit den Ergebnissen aus den Interviews und dem Ergebnisindikator „Dekubitusentstehung“ der Einrichtung in Beziehung gesetzt werden (Flick, 2008). Die zugrundeliegende Überlegung war hier, dass für eine lernende Organisation beschrieben wird, dass sich Veränderungen der handlungsleitenden Theorien in vorhandenen Dokumenten ausdrücken (Argyris & Schön, 2018). Aus Veränderungen in den Dokumenten wird geschlossen, dass ein Lernprozess in der Organisation erfolgt ist.

Das Thema „Dekubitusprophylaxe“ wurde gewählt, weil dazu wissenschaftlich fundierte Ergebnisse verfügbar sind (DNQP, 2017) und es aus ethischer Sicht eine

hohe Relevanz hat (Bundesministerium für Familie et al., 2018). Eine qualitative-inhaltsanalytische Dokumentenanalyse (Mayring, 2010b) sollte in einem Vorher-nachher-Vergleich zeigen, ob und welche Veränderungen im Erhebungszeitraum an dem Thema „Dekubitusprophylaxe“ offenbar werden. Die erste Dokumentenerfassung wurde mit dem Interview zu T0, die zweite Erfassung mit dem Interview zu T2 geplant.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring macht „Kommunikation zum Gegenstand“ (2010a, p. 12) und will in ihrem Vorgehen „bestimmte Aspekte der Kommunikation“ (2010a, p. 13) betrachten, um daraus Rückschlüsse zu ziehen. Im Hinblick auf die Fokussierung der geplanten Studie auf das Prozesswissen der Expert*innen (Bogner et al., 2014) und den Einschluss von qualitativen und quantitativen Daten für die Triangulation, sollte für die Analysen der Sachinhalt der Aussagen (Schulz von Thun, 2014) in den Interviews und Dokumenten im Fokus stehen. Zur Analyse der Interviews sollten mit Bezug auf die Darstellung des Forschungsstands in Kapitel 2 die Konstrukte des CFIR (2019) als deduktive Kategorien einbezogen und gegebenenfalls weitere Kategorien induktiv gebildet werden.

4.2 Stichprobenauswahl

Die Stichprobenauswahl wurde auf der Ebene der Fallgruppe auf die Einrichtungen festgelegt, die im Jahr 2019 erstmalig am Lernprojekt „inQS“ teilnehmen. Das waren 85 von 238 Einrichtungen. Dem lag die abstrakte Vorstellung zugrunde, dass die zu interessierenden Effekte der Implementierung in dieser Fallgruppe am deutlichsten explizit werden (Flick, 2007). Um eine Wirkung des „inQS“ Schulungskonzepts von Wirkungen der Einführung von Ergebnisindikatoren abgrenzen zu können, ist ein Vergleich von Organisationen erforderlich, die für die Implementierung von Ergebnisindikatoren das „inQS“ Schulungskonzept nutzen und Organisationen, die ihre Pflegefachpersonen ohne das „inQS“ Schulungskonzept vorbereiten.

Für die Auswahl der Stichprobe wurden die Mindestanforderungen für eine „Controlled before and after study“ der Data Collection Checklist der Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (2002, p. 7) zugrunde gelegt. Demnach sollten mindestens zwei Einrichtungen das „inQS“ Schulungskonzept einsetzen und zwei Einrichtungen als Kontrolleinrichtungen

betrachtet werden. Die Einrichtungen sollten sich hinsichtlich der Anzahl der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen ähnlich und aus forschungspraktischen Gründen in Nordrhein-Westfalen ansässig sein. Eine weitere strukturelle Vergleichbarkeit der Einrichtungen wurde aufgrund der Vorgaben des SGB V, SGB XI, SGB XII und des Wohn- und Teilhabegesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (Wohn- und Teilhabegesetz, 2019) und der Projektanforderungen des Lernprojekts „inQS“ vorausgesetzt.

Die Interviewpartner*innen aus jeder Einrichtung sollten als Projektverantwortliche im Lernprojekt „inQS“ in der Organisation die Verantwortung tragen. Zudem sollte bei zwei Projektverantwortlichen vor Einschluss die Bereitschaft vorhanden sein, das „inQS“ Schulungskonzept für die Anwendung in der eigenen Organisation zu prüfen.

4.2.1 Interviewvorbereitung

Zur Durchführung der geplanten halbstrukturierten Interviews wurde ein Leitfaden erstellt. Der Leitfaden sollte im Verlauf des Interviews sicher stellen, dass bei allen Interviews die gleichen Themen angesprochen werden und damit eine Vergleichbarkeit der Aussagen gegeben ist. Auf der anderen Seite sollten die Fragen offen genug sein, um den Teilnehmer*innen Raum zu geben, eigene Schwerpunkte und Akzente zu setzen (Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016; Gläser & Laudel, 2010; Mayring, 2010a). Als Quellen und Anregungen zur Formulierung der Fragen für den Leitfaden dienten Publikationen von Bono (2010), Silvestrini und Reade (2010), sowie das Strukturmodell zur Entbürokratisierung in der Pflege (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V., 2019). Um Steuerung im Kontext einer wirkungsorientierte Betrachtung nachvollziehen zu können, empfiehlt Bono „das Ausarbeiten von ... Ursache-Wirkungsketten“ (2010, p. 75). Vor diesem Hintergrund wurden im Hinblick auf die Forschungsfragen F1, F2, F7, F8 und F9 Leitfragen zur Planung, Durchführung und Bewertung des Implementierungsprozesses in der Organisation formuliert.

Der Stockmann`sche Ansatz zur Wirkungsanalyse fokussiert mit der Erfassung von Ist- und Sollzuständen eine Prozessbetrachtung im Zeitverlauf und beinhaltet die Annahme, dass die Konsequenzen einer Innovation gewollt oder ungewollt sein können (Silvestrini & Reade, 2010) und Aufmerksamkeit benötigen (Rogers,

2003). Für den Leitfaden wurde darauf basierend, mit Bezug zu den Forschungsfragen F3, F10 und F11, ein Fragenblock nach intendierten und nicht intendierten Veränderungen, sowie zu den Zielen der Organisation formuliert.

Aus dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung in der Pflege wurde eine der Leitfragen der Strukturierten Informationssammlung (SiS[®]) für den Leitfaden angepasst. Die Leitfrage der SiS[®]: „Was brauchen Sie?“, ist den Probanden, die sich mit dem Strukturmodell auseinandergesetzt haben, bekannt. Neben dem Wiedererkennungswert ist die Frage aber auch verständlich, wenn keine Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell erfolgt ist. Als letzte Frage sollte diese die Aufmerksamkeit auf die Zukunft lenken und Planungsaspekte im Zusammenhang mit den Forschungsfragen F8, F9 und F10 in den Fokus rücken.

Der Leitfaden wurde mit der Projektleitung des Projekts „inQS“ im Verlauf reflektiert. Eine Pilotierung des Leitfadens wurde mit einer projektverantwortlichen Person des Lernprojekts „inQS“ durchgeführt, die nicht an der Studie beteiligt wurde. Ziel der Pilotierung war, die Verständlichkeit, Offenheit und den Aufforderungscharakter zum Erzählen der Fragen zu prüfen. Die Fragen erfüllten all diese Voraussetzungen. Zwei Fragen wurden zur Vertiefung ergänzend in den Leitfaden aufgenommen; für T1 und T2 wurden die Fragen angepasst. Die endgültigen Fassungen der Leitfäden für T0, T1 und T2 befinden sich im Anhang 04.

Die Pilotierung diente auch einer Prüfung des Umgangs mit der Aufnahmetechnik, sowie der Aufnahmequalität als Grundlage für die Transkription.

4.3 Ablauf der Untersuchung

Sieben Projektverantwortliche wurden auf Vorschlag der Projektleitung des Lernprojekts „inQS“, sukzessiv persönlich für eine Teilnahme an der Studie angefragt, bis sich vier Personen, drei Frauen und ein Mann, zur Teilnahme bereit erklärten. Drei dieser Personen waren in der Funktion einer Pflegedienstleitung, eine im Qualitätsmanagement für die Einrichtung tätig. Zwei Projektverantwortliche sagten zu, dass sie das „inQS“ Schulungskonzept (Herfen & Kelleter, 2019) zur Schulung ihrer Pflegefachpersonen berücksichtigen wollten. Zur Umsetzung erhielten sie das „inQS“ Schulungskonzept mit dem projektintern verfügbaren „Materialkoffer“ des Schulungskonzepts bereits vor Veröffentlichung des Schulungskonzepts.

Die Interviews zu T0, T1 und T2 erfolgten jeweils in einem Zeitfenster von maximal sieben Tagen. Vor dem geplanten Interview erhielten die Probanden den Leitfaden per E-Mail; vor T0 zusätzlich die Teilnahmebeschreibung und eine Einverständniserklärung zur Audioaufnahme und Datenverwertung¹⁴.

Alle Interviews fanden ohne weitere anwesende Personen in Räumen der Einrichtungsträger statt. Die Gesprächsatmosphäre war bei allen Interviews freundlich, offen und mitteilungsbereit. Auch für die Organisation potentiell schwierige Situationen, wie z.B. Probleme zur Personalkapazität, wurden von den Proband*innen offen angesprochen. Jedes Interview wurde aufgezeichnet und transkribiert. Die für die Transkription geltenden Regeln basierten auf Dresing und Pehl (2012) und können auf der Website von abtipper.de (<https://www.abtipper.de>) eingesehen werden.

Alle im Studienverlauf erhobenen einrichtungsbezogenen Daten wurden pseudonymisiert; personenidentifizierende Daten in den Interviews wurden anonymisiert. Eine Prüfung der transkribierten Interviews durch die Interviewpartner erfolgte nicht. Die vollständigen Transkriptionen der Interviews zu T0, T1 und T2 mit Feldnotizen zum jeweiligen Interview sind im Anhang 05 enthalten.

Die Analyse der Interviews wurde als qualitative Analyse nach Mayring (2010b) mit deduktiven und induktiven Anteilen und mit EDV-gestützter Analyse mittels

¹⁴ Siehe Anhang 03

Atlas.ti durchgeführt. Im Anhang 06 ist das Ablaufmodell der Inhaltsanalyse einzusehen.

Die geplante Eingrenzung auf den Sachinhalt der Daten zur Informationsgewinnung (Bogner et al., 2014; Gläser & Laudel, 2010; Kuckartz, 2014) und die Einschränkung zur Seitenzahl für den vorliegenden Bericht, brachte eine forschungsökonomische Einschränkung des Vorgehens bei der Analyse der Daten mit sich. Als deduktive Kategorien wurden im ersten Durchgang der Analyse alle 39 Konstrukte des CFIR einbezogen, um offen zu betrachten, welche Themen die Probanden darboten und mit welcher Häufigkeit diese eingebracht wurden. Bereits aus der Probekodierung heraus wurde induktiv die Kategorie „Effekte“ gebildet, weil in den Interviews Veränderungen beschrieben wurden, die auf eine nachhaltige Wirkung auf die Organisation, als lernende Organisation, hinzuweisen schienen¹⁵. Auf eine Einordnung der beschriebenen Veränderungen als „co-evolution“ (Damschroder et al., 2009, p. 13) in die Konstrukte des CFIR wurde verzichtet, um diese Veränderungen deutlicher von der Implementierungsphase abzugrenzen.

Die weitere Analyse wurde auf die Forschungsfragen F2¹⁶ und F11¹⁷ im Zusammenhang mit den Konstrukten der Hauptdomänen „Inner Setting“ und „Prozess“ in Atlas.ti eingegrenzt. Die den Forschungsfragen als relevant zugeordneten Zitate wurden paraphasiert und aus Atlas.ti zur weiteren Verdichtung in Excel exportiert. Zur Dokumentation des Vorgehens wurde nach Abschluss jedes Analysedurchgangs ein Report erstellt. Die Reports sind in Anhang 07 einzusehen.

Die Datentriangulation zur Beantwortung der Forschungsfragen F4, F5 und F6 konnte mit den vorgefundenen Daten am Thema „Dekubitusprophylaxe“ erfolgen. Die Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ stellte die Ergebnisse des Indikators „Dekubitusentstehung“ der Einrichtungen wie geplant bereit. Von den

¹⁵ Hier wird auf den Zusammenhang zum Doppelschleifen-Lernen und einer Veränderung von handlungsleitenden Theorien im Sinne der Theorie von Argyris und Schön verwiesen (2018).

¹⁶ F2: Welche Effekte beschreiben Projektverantwortliche des Lernprojekts „inQS“ aus der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen in Bezug auf ihr internes Qualitätsmanagement?

¹⁷ F11: Welche Nutzen schreiben die Projektverantwortlichen dem „inQS“ Schulungskonzept für die Implementierung der Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren zu?

Projektverantwortlichen der Einrichtungen wurden die Verfahrensstandards „Dekubitusprophylaxe“, bzw. eine Information zum Änderungsstatus, übermittelt¹⁸. Die Verfahrensstandards "Dekubitusprophylaxe" wurden einer Prüfung unterzogen. Es erfolgte zunächst ein Abgleich der Erstellungsdaten der eingereichten Dokumente zu T0 und T2¹⁹. Bei abweichenden Erstellungsdaten erfolgte eine inhaltliche Prüfung hinsichtlich erfolgter Änderungen im Inhalt und in einem Falle eine Rücksprache mit der projektverantwortlichen Person. Die Ergebnisse der Interviews aus der Forschungsfrage F2, wie sie in Kapitel 5 beschrieben werden, wurden mit den Verfahrensstandards und den Ergebnissen des Ergebnisindikators „Dekubitusentstehung“ zur Beantwortung der Forschungsfragen F4, F5 und F6 in Beziehung gesetzt.

¹⁸ Folgende Datensätze standen insgesamt zur Triangulation zur Verfügung:

T0: vier transkribierte Experteninterviews, vier Verfahrensstandards zur Dekubitusprophylaxe (t/w mit Anlage), Ergebnisse für den Indikator „Dekubitusentstehung“ aus vier Einrichtungen

T1: vier transkribierte Experteninterviews

T2: zwei transkribierte Experteninterviews, Informationen zum Verfahrensstandard zur Dekubitusprophylaxe aus drei Einrichtungen, Ergebnisse für den Indikator „Dekubitusentstehung“ aus drei Einrichtungen

¹⁹ T2 bezieht sich hier auf den Zeitpunkt des dritten Experteninterviews. Für die Datenerhebung der Verfahrensstandards ist dies hier streng betrachtet T1 und nicht T2.

5. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse der Interviews wird im ersten Teil auf die Beantwortung der Forschungsfrage F2 im Zusammenhang mit dem Thema „Dekubitusprophylaxe“ anhand der Hauptdomänen „Inner Setting“ und „Process“ des CFIR und mit dem Fokus auf jede Einrichtung als lernende Organisation beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Forschungsfragen F4 und F5 ausgewiesen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage F6 werden die Ergebnisse von F2 mit den Ergebnissen von F4 und F5 trianguliert.

Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung wird an der Forschungsfrage F11 abgebildet, welchen Nutzen die Projektverantwortlichen dem „inQS“ Schulungskonzept für die Implementierung der Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren zuteilten.

Die in die Studie einbezogenen Einrichtungen hatten zwischen 98 und 120 Pflegebedürftige und erfüllten die in Kapitel 4.2 beschriebenen Einschlusskriterien. Zwei Einrichtungen, eine Interventions- und eine Kontrolleinrichtung, schieden nach T1 aus der Studie aus.

Die Kontrolleinrichtung wollte keine weitere Datenerhebung über das Webtool im Lernprojekt „inQS“ durchführen. Begründet wurde diese mit dem Einkauf einer Software, die eine automatische Erfassung der Versorgungsergebnisse aus der vorhandenen Dokumentation inklusive eines differenzierten Reports zur Plausibilität der Daten der einzelnen Pflegebedürftigen versprach. Neben der erwarteten Zeitersparnis wurde die differenzierte Darstellung fehlender Plausibilität der Daten als Vorteil gegenüber dem Webtool im Lernprojekt „inQS“ benannt (Interview T1_ERK1, Z. 72 – 100).

In einer Interventionseinrichtung konnte aus terminlichen Gründen kein Interview zu T2 erfolgen²⁰. Die Daten zur Sekundäranalyse lagen zwar aus dieser Einrichtung vor, eine Triangulation der Daten war aufgrund des fehlenden Interviews eingeschränkt.

²⁰ Zwei vereinbarte Termine konnten aus persönlichen Gründen der projektverantwortlichen Person nicht stattfinden. Ein weiterer Termin konnte in dem im Studiendesign vorgesehenen Zeitfenster nicht mehr realisiert werden.

Zwischen 22 und 56 Minuten war die Dauer der einzelnen Interviews. Auf Grundlage von 110 Seiten transkribierten Interviewmaterials, erfolgte die Inhaltsanalyse (Mayring, 2010a) wie in folgender Tabelle dargestellt ist.

Tabelle 1: Formale Kriterien der Interviews

	T0		T1		T2	
	d [min] *	Anzahl Seiten Trans- kription	d [min] *	Anzahl Seiten Trans- kription	d [min] *	Anzahl Seiten Trans- kription
ERK1	45	11	22	6	Drop out	Drop out
ERK2	56	18	34	12	56	18
ERI3	28	9	27	8	Drop out	Drop out
ERI4	24	8	33	9	35	12
Summe:	153	46	116	35	91	29

*Dauer Interview in Minuten

Jedes transkribierte Interview stellte eine Auswertungseinheit dar. Die Kontexteinheit bildete das Material des jeweiligen Erhebungszeitpunkts für jede Organisation²¹.

5.1 Forschungsfrage 2

F2: Welche Effekte beschreiben Projektverantwortliche des Lernprojekts „inQS“ aus der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen in Bezug auf ihr internes Qualitätsmanagement?

Aus drei Einrichtungen gingen Aussagen zum Thema „Dekubitus“ und „Dekubitusprophylaxe“ aus der Analyse der Hauptdomänen „Inner Setting“ und „Process“ hervor. In der Einrichtung ERK1 wurde Dekubitusprophylaxe nach aktualisiertem Expertenstandard intensiv geschult. Trotzdem hatte die Einrichtung "rote Bereiche" (T0_ERK1, Z. 465 f.). Das Ergebnis wurde von der projektverantwortlichen Person als enttäuschend empfunden. Einige Dekubitusulzera schienen nachvollziehbar, andere waren überraschend und es wurde als wichtig erachtet, mit den Mitarbeiter*innen nach der Ursache zu suchen.

"Ist es, weil wir wirklich zu viel zu tun haben? Ist es, weil nicht darauf geachtet wird? Ist es/. Wir planen es ganz toll, die Dekubitus- Prophylaxe, die Bewegungsförderung bis in die Nacht. Wird es nur abgehakt? Wird es nicht getan? Warum ist das jetzt passiert? Dahin zu gucken und das mit

²¹ z.B. war dies für T0: Interview, Verfahrensstandard „Dekubitusprophylaxe“ und der Indikator zur „Dekubitusentstehung“ für beide Risikogruppen.

den Mitarbeitern zu besprechen, das ist mir wichtig" (T0_ERK1, Z. 479 - 483).

Zu T1 wurde berichtet, dass auch an dem Thema Dekubitus bewusst geworden ist, dass es "immer wieder ins Bewusstsein" (T1_ERK1, Z. 139) gerufen und reflektiert werden muss. Aus dieser Überlegung resultierte, dass in jeder Teamsitzung neben anderen Themen, das Thema Dekubitus aufgegriffen wurde, um dieses gründlich zu besprechen. Das Thema wurde u.a. ausgewählt, weil es als unvorhersehbar empfunden wird. Die Ergebnisse zeigen, dass die bislang ergriffenen Maßnahmen in der Einrichtung nicht greifen. Daraus resultiert ein Gefühl der Ratlosigkeit:

„... für mich sehr unberechenbar. Muss ich ganz ehrlich sagen. Wir haben Dekubitus geschult rauf und runter. Wir haben speziell nochmal den aktualisierten Expertenstandard nochmal mit allen Pflegekräften geschult. Sie hatten den auch bekommen von mir. Wir haben den umgeschrieben, wir haben den besprochen, wir haben Maßnahmen festgelegt. Und trotzdem passiert es immer wieder! Und da bin ich immer/. Da weiß ich nicht, wie kommt das? Woran liegt das?“ (T1_ERK1, Z. 123 - 129).

In der Einrichtung ERK2 wurde das Thema Dekubitus in dem analysierten Zusammenhang erstmalig zu T1 eingebracht. Nach Bekanntwerden der ersten Ergebnisse wurde das Thema Dekubitus stärker fokussiert. Grund dafür war die Feststellung, dass es bei selbstbestimmten Pflegebedürftigen nicht ausreicht darzustellen, dass diese eine Beratung erhalten haben.

"Wir haben beraten und damit ist halt gut. ... Das stellen wir jetzt nochmal klarer dar, um es dann halt auch in dem Moment sagen zu können. So Moment, ja intern erworben ist richtig, aber er hat jetzt nicht alles abgelehnt. Aber relevante Themen schon. Also, da müssen wir nochmal darüber reden, ob das jetzt in unserem Verantwortungsbereich fällt oder nicht" (T1_ERK2, Z. 145 - 151).

Weiter wurde festgestellt, dass die Mitarbeiter*innen ein unterdurchschnittliches Ergebnis bei der Dekubitusentstehung als annehmbarer empfinden, wenn Sie nach Prüfung des Falls nachvollziehen können, wie es zu dem Ergebnis kam:

"... das war für die Mitarbeiter nochmal wichtig, dass man es nochmal irgendwie so klar hat, so wir haben ja alles gemacht. Wir haben es früh erkannt und haben dann auch nochmal explizit gehandelt. Haben ihn nochmal intensiv beraten. Haben irgendwie Arztbetreuung, Betreuer mit einbezogen. Ja, dann fühlen die sich halt auch besser (T1_ERK2, Z. 240 - 243).

Die Ergebnisse hatten den vorher ungeplanten Effekt, dass eine Mitarbeiterin der Einrichtung eine Projektarbeit zur Dekubitusinzidenz durchführte und das Vorkommen von Dekubitus für die Einrichtung analysierte.

„Was ist noch unbeabsichtigt? Halt, das war schon bei der einen Mitarbeiterin, die da dieses Projekt auch übernommen hat. Die hat da nochmal sehr analytisch darauf geguckt bei dem Thema Dekubitus“ (T1_ERK2, Z. 272 - 274).

Als Folge der Analysen wurde eine Fortbildung für die Auszubildenden des ersten Lehrjahrs entwickelt, um diesen von Beginn der praktischen Ausbildung an Kenntnisse zum Dekubitus zu vermitteln. Weiter wurde geplant, die Mitarbeiter*innen der Einrichtung stärker in die Entwicklung der geltenden Verfahrensanweisungen einzubinden, um diese handlungsleitender und näher an der Wirklichkeit auszurichten. Für die Datenerhebung im November galt als Ziel, bei der Dekubitusinzidenz besser als der Durchschnitt zu sein.

Zwei Monate später, zu T2, schloss die projektverantwortliche Person aus den Ergebnissen des Indikators „Dekubitusentstehung“, dass Pflegerisiken, die aufgrund einer akuten Situation vorhanden waren, zu spät erkannt wurden. Differenziert wurde analysiert, welche Pflegebedürftigen wie betroffen sind:

"Also einmal, welche Bewohner betrifft es? In welchem Kontext? Also, wann passiert das? Passiert das in einer akuten Krankheitsphase? Passiert zu welcher Tages-, oder zu welcher Dienstzeit passiert das? Passiert das über Nacht? Passiert das übers Wochenende? ... Und dann natürlich auch im Nachgang: so, welche Mitarbeiter sind denn da? Also ist da jemand, der das, ich will jetzt gar nicht sagen, dass er das irgendwie, dass ihm das egal ist. Aber ist das jemand, der das nicht so auf dem Schirm hat? Dem das schwerfällt, zu sagen: ‚Die hat jetzt irgendwie auch Fieber, hat einen Infekt‘, oder so was. Da muss ich dann irgendwie noch mal besonders gucken. ... wird dann halt auch auf irgendwie die Fersen/. Oder wird dann dargestellt, das so: ‚Entlagert sich selber‘. Weil so Leute bleiben dann ja nicht steif im Bett liegen. Wenn dann jemand ist, der die Beine immer selber entlagert. Und trotz aller höheren Lagerungsintervalls, der Fersen zum Beispiel, da dann trotzdem das irgendwie passiert" (T2_ERK2, Z. 113 - 130).

Die Ergebnisse des Indikators „Dekubitusentstehung“ insgesamt seien bei den absoluten Zahlen besser geworden, aber nicht in der prozentualen Bewertung. Deshalb wurden die Daten als Impuls zur Verbesserung gesehen:

"Wir sind nur nicht gut drin, da so den einen Punkt zu treffen/. (I: Es zu verhindern.) Genau. Da sind die drei Tage ... wo wir gerade hingucken müssen. Und da müssen wir hin. Da sind wir nicht besonders stark drin. Da sind wir von den Zahlen her besser geworden von den absoluten. Von den Prozentzahlen nicht. Aber da müssen wir ran. Oder da sind wir auch dran.

Und da, glaube ich, da haben wir eine Handlungsoption. Also da können wir was aktiv gegen tun" (T2_ERK2, Z. 270 - 276).

Die Überlegung, dass sich an dem Lernprojekt inQS "nicht die Schlechtesten" (T2_ERK2, Z. 170) Einrichtungen beteiligten führte zu der Einschätzung, dass die eigene Einrichtung "nicht so gut wie die anderen" (T2_ERK2, Z. 172) ist. Aus diesem Grunde sollte das Phänomen Dekubitus in der Einrichtung weiter analysiert und in den Wohnbereichen thematisiert werden; auch um zu betrachten, ob es noch Schulungsbedarfe gab oder ob mehr Hilfsmittel benötigt werden:

„An Dekubitus müssen wir dranbleiben an dem Thema. Da geht es halt noch mal um eine klare Analyse. Da geht es auch noch mal um das Thematisieren in den Wohnbereichen. Da auch noch mal zu gucken, ob da irgendwer einen gewissen Nachschulungsbedarf hat. Ob da ein höherer Bedarf an dem Thema Hilfsmittel möglicherweise ist“ (T2_ERK2, Z. 622 - 624).

Bezüglich der Entstehung von Dekubitusulzera wurde die Suche nach den Ursachen analog zum Vorgehen beim Thema Sturz reflektiert. Dabei wurde die Ursache für die Entstehung eines Dekubitus als weniger fassbar betrachtet, weil ein Dekubitus in dem Zeitraum der Entstehung nicht so direkt beobachtbar sei, wie ein Sturz. Dafür wird die Chance zur Intervention bei einem Dekubitus höher eingeschätzt als bei einem Sturz:

"Dafür hat man aber eigentlich beim Dekubitus ja deutlich mehr Chancen, zu intervenieren. Also, nur, weil ich jetzt mal eine Sekunde nicht aufgepasst habe, wo derjenige stürzt, entsteht ja nicht der Dekubitus" (T2_ERK2, Z. 723 - 726).

Die Dekubitusentstehung in der Einrichtung zu reduzieren, wird über die Dauer des Lernprojekts „inQS“ hinaus geplant:

„I: In den nächsten Monaten, was möchten Sie erreichen?
B: Dekubitus reduzieren. So“ (T2_ERK2, Z. 617 f.).

Für die Einrichtung ERI4 wurde zu T1 reflektiert, dass den Pflegehelfer*innen eine Schlüsselrolle bei der Prävention eines Dekubitus zukommen kann.

„Das stellen wir in vielen Bereichen fest, dass wir die Pflegehelfer, ja die machen die Pflege/. Ja, ja, genau. Die machen die Pflege. Und wenn die da Fehler machen, unbewusst, weil sie es nicht anders wissen oder die Einschätzung gar nicht vornehmen können, dann habe ich im Ergebnis leider, ich nehm immer diesen Dekubitus, ja, dann habe ich da Dekubitus. Und da kann ich als Fachkraft noch alles tun, ...“ (T1_ERI4, Z. 154 - 159).

Infolgedessen wurde geplant, die Pflegehelfer*innen durch für sie angepasste Schulungen stärker einzubeziehen. Zu T2 war dieser Gedanke soweit gereift, dass

mit einem Fortbildungsinstitut eine Fortbildung für die Pflegehelfer*innen der eigenen Einrichtungen entwickelt werden soll. Die Projektverantwortliche ging davon aus, dass den Pflegehilfskräften wichtiges Wissen zum Dekubitus fehlte, weil viele von ihnen keine Vorerfahrungen in Pfl egetätigkeiten hatten. Deshalb wurde geplant, den aktuellen einrichtungsinternen Verfahrensstandard zum Thema Dekubitusprophylaxe hinsichtlich der von den Pflegehelfer*innen zu erfüllenden Aufgaben, "noch mal konkretisiert" (T2_ERI4, Z. 229 f.) zu überarbeiten.

Eine vertiefte Analyse der Dekubitusinzidenz insgesamt und für jede einzelne pflegebedürftige Person als Fall wurde weiter angestrebt. Es soll ermittelt werden, was die Ursachen für die Dekubitusinzidenz sind und welche Schulungen daraus folgend für die Mitarbeiter*innen angeboten werden sollen:

„... wir müssen jetzt nochmal alle Ergebnisse, gerade da jetzt, nochmal kontrollieren, müssen nochmal gucken, woran lag das grundsätzlich und dann halt auch nochmal Schulungen mit für die Mitarbeiter, auch zu dem Thema, wie wir gestern von Herrn B., nochmal zum Thema Dekubitus/. Der schon so alt ist, der Expertenstand. Ja, anders geht das ja nicht“ (T2_ERI4, Z. 63 - 68).

In Bezug auf die Schulungen zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ging die Projektverantwortliche davon aus, dass diese als mitarbeiterbezogene Einzelschulungen erfolgen werden.

Wie die projektverantwortliche Person aus ERK2 überlegte diese Projektverantwortliche, ob das Dekubitusrisiko der betroffenen Pflegebedürftigen von den Pflegefachpersonen richtig eingeschätzt wurde:

„Ich vermute fast, dass das Risiko nicht richtig eingeschätzt war, dass es denn also, wenn es dann ein Dekubitus war, eher auch jemand ist, der ein Dekubitusrisiko hatte.

I: Hatte, aber wo es nicht erkannt worden ist.

B: Genau. Also da gehe ich ganz schwer von aus“ (T2_ERI4, Z. 56 - 61).

Als ein Effekt der Besprechung der Ergebnisse der Ergebnisindikatoren mit den Mitarbeiter*innen wurde die Beobachtung beschrieben, dass bei den Mitarbeiter*innen verstärkt personenzentrierte Überlegungen und Diskussionen darüber geführt werden, mit welchen Maßnahmen, z.B. die Mobilität und Selbstständigkeit der jeweiligen pflegebedürftigen Person gefördert werden kann:

„... dann auch mal ganz spannend auch, wenn man die Zahlen bespricht, die Ergebnisse bespricht, so mit Mobilitätserhalt und Selbstständigkeit und solche Dinge. Und ich erlebe auch, dass es in der Einrichtung dann schon:

„Was kann er denn jetzt noch tatsächlich selber?“ Also nochmal so: überlege, überlege. ... Also so diese Prozesse, dann einfach nochmal für sich zu reflektieren. Ich glaube, das ist in den Einrichtungen dann doch angekommen“ (T2_ERI4, Z. 131 - 139).

Für die künftige Investitionsplanung wurden aufgrund der Indikatorenergebnisse für jeden Wohnbereich Gelder für eine Wechsellagermatratze (WDM) eingestellt. Im Interview führte die Projektverantwortliche aus, dass durch die Verfügbarkeit von WDM in der Einrichtung einer Unterversorgung der Pflegebedürftigen vorgebeugt werden soll, z.B. wenn bei der Ersteinschätzung eines Neueinzugs ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden kann. Im Zweifelsfalle sollen die Mitarbeiter*innen besser ein zu viel an Maßnahmen beginnen können. Eine Reduktion der Maßnahmen sei im weiteren Verlauf genau so möglich, wie die Kostenübernahme für die Anschaffung eines dauerhaft benötigten Systems für die pflegebedürftige Person durch die Krankenkasse.

In die Planung der Unternehmensziele für die Einrichtung, wurden für die Dekubitusentstehung Indikatorenwerte leicht über dem Durchschnitt als Ziel eingestellt.

In dem für diese Ergebnisdarstellung betrachteten Zusammenhang waren die Inhalte der Interviews in der Einrichtung ERI3 auf die Reflektion beschränkt, dass die Darstellung vor allem von unterdurchschnittlichen Ergebnissen bei den Mitarbeiter*innen schwer fällt:

„... zum Punkt Dekubitus. Wenn ich jetzt aus gleicher Gruppe mit fünfzehn Bewohnern zwei Risiko habe, dann heißt es schon: ‚Aha, ist schon wieder im roten Bereich!‘ Sind schon wieder, dann habe ich wieder über 60 Prozent. Das ist natürlich schwierig“ (T1_ERI3, Z. 28 - 31).

5.2 Forschungsfrage 4

F4: Welche Veränderungen sind in den Dokumentationen des internen Qualitätsmanagements durch die Einführung und Nutzung von Ergebnisindikatoren am Thema Dekubitusprophylaxe nachvollziehbar?

Für die Einrichtungen ERI3 und ERI4 wurden in dem betrachteten Zeitraum von Juni bis Dezember 2019 keine Veränderungen an den Verfahrensstandards zur Dekubitusprophylaxe beobachtet. In der Einrichtung ERK2 wurde der Verfahrensstandard ohne Änderung im Inhalt mit dem Datum vom 30.07.2019 neu frei gegeben. Die projektverantwortliche Person gab dazu die Rückmeldung per E-Mail, dass der Standard überprüft und ohne Änderungen beibehalten wurde. Die Verfahrensstandards, sowie Gesprächsnotizen mit den Verantwortlichen zur Bearbeitung der Standards, können in Anhang 08 eingesehen werden.

In den Interviews nahmen zwei Projektverantwortliche Bezug auf die Bearbeitung der Verfahrensstandards zum Thema Dekubitusprophylaxe. Für ERI3 wurde beschrieben, dass aufgrund eines zentralen Qualitätsmanagements des Trägers die Abbildung von Veränderungen in Verfahrensstandards mehr Zeit benötigt:

„... wir haben jetzt mal zentrales QM. Das ist jetzt mal für alle 19 Einrichtungen. So flexibel sind wir nicht in unserem QM. Das ist ein Riesenapparat“ (T1_ERI3, Z. 257 - 259).

Im Weiteren stand in dieser Einrichtung in dem betrachteten Zeitraum eine Überarbeitung der Verfahrenstandards zur Makro- und Mikrovisite im Fokus:

„Aber nichtsdestotrotz, da wurden unsere Makrovisiten natürlich mal angepasst. Mikrovisiten werden auch mal angepasst“ (T1_ERI3, Z. 259 f.).

Für ERI4 wurde, wie vorangehend beschrieben, eine Anpassung des Verfahrensstandards im Hinblick auf die Zielgruppe „Pflegehelfer*innen“ für die Zukunft geplant.

Der Verfahrensstandard der Einrichtung ERK1 mit dem Bearbeitungsstand 08/2018 zum Zeitpunkt des Interviews zu T0 wurde von der projektverantwortlichen Person als aktuell angezeigt.

„Der ist ganz aktuell ist der geschrieben. Der ist ganz auf die neue Aktualisierung des Expertenstandards umgeschrieben“ (T0_ERK1, Z. 464 f.).

Ein Abgleich des Standards zu T2 entfiel aufgrund des Ausscheidens der Einrichtung aus dem Lernprojekt „inQS“.

5.3 Forschungsfrage 5

F5: Welche Kennzahlenveränderungen können an dem Ergebnisindikator Dekubitusentstehung abgelesen werden?

Im Lernprojekt „inQS“ wurden 2019 die Daten von insgesamt 14915 Pflegebedürftigen einbezogen. Die Schwellenwerte der Intervallgrenzen zur Bildung der Quintile wurden aus der Gesamtmenge je Auswertung gebildet und wurden für die zwei Erhebungszeitpunkte, 1. und 2. Halbjahr 2019, wie in Tabelle 2 und 3 dargestellt ausgewiesen:

Tabelle 2: Legende und Schwellenwerte Erhebung 1/2019

Legende	Dekubitus-entstehung 1	Dekubitus-entstehung 2
weit über dem Durchschnitt	< 0.0 %	< 3.7 %
leicht über dem Durchschnitt	< 2.3 %	< 9.1 %
Durchschnitt	< 3.9 %	< 14.8 %
leicht unter dem Durchschnitt	< 6.0 %	< 23.3 %
weit unter dem Durchschnitt	≥ 6.0 %	≥ 23.3 %

Tabelle 3: Legende und Schwellenwerte Erhebung 2/2019

Legende und Schwellenwerte Erhebung 2/2019	Dekubitus-entstehung 1	Dekubitus-entstehung 2
weit über dem Durchschnitt	< 0.9 %	< 3.2 %
leicht über dem Durchschnitt	< 2.2 %	< 7.1 %
Durchschnitt	< 3.4 %	< 11.8 %
leicht unter dem Durchschnitt	< 5.6 %	< 20.0 %
weit unter dem Durchschnitt	≥ 5.6 %	≥ 20.0 %

Die Ergebnisse des Indikators „Dekubitusentstehung 1“²² und „Dekubitusentstehung 2“²³ zu T0 und T 1 werden für die Einrichtungen ERK1,

²² „Dekubitusentstehung bei Bewohner*innen, die in liegender Position keine oder nur geringe Einbußen der Mobilität aufweisen. In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett selbständig oder überwiegend selbständig sind (Merkmal 1 im BI- Modul 1)“ (Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsisernen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege, 2019, p. 3).

²³ „Dekubitusentstehung bei Bewohnern*innen, die in liegender Position starke Einbußen der Mobilität aufweisen. In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett überwiegend unselbständig oder unselbständig sind (Merkmal 1 im BI- Modul 1)“ (Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsisernen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege, 2019, p. 4).

ERK2, ERI3 und ERI4 in Tabelle 4 dargestellt. Auf die Ergebnisse der Tabelle 4 wird in Kapitel 5.4 Bezug genommen.

Tabelle 4: Ergebnisse Dekubitusentstehung 2019

	ERK1	ERK2	ERI3	ERI4
Auswertung T0				
Pflegebedürftige mit Indikatorenerfassung ²⁴	111	112	86	116
2.1 Dekubitusentstehung 1	2.2 % (2 von 91)	5.1 % (4 von 79)	0.0 % (0 von 57)	2.2 % (2 von 89)
2.2 Dekubitusentstehung 2	10.0 % (2 von 20)	9.1 % (3 von 33)	13.8 % (4 von 29)	11.1 % (3 von 27)
Auswertung T1				
Pflegebedürftige mit Indikatorenerfassung	Drop out	110	91	110
2.1 Dekubitusentstehung 1		3.8% (3 von 79)	1.6% (1 von 63)	3.5% (3 von 86)
2.2 Dekubitusentstehung 2		12.9% (4 von 31)	3.6% (1 von 28)	4.2% (1 von 24)

5.4 Forschungsfrage 6

F6: Wie korrespondieren die von den Projektverantwortlichen beschriebenen Effekte mit den Ergebnissen zu den untersuchten Dokumenten?

Im Interview T0_ERK1 beschreibt die projektverantwortliche Person im Zusammenhang zum Indikator „Dekubitusentstehung“, dass die Einrichtung „rote Bereiche“ (T0_ERK1, Z. 465 f.) hatte. Diese Aussage lässt sich aus den zur Verfügung gestellten Ergebnissen in Tabelle 4 nicht ablesen. Dort sind für die Einrichtung ERK1 für den Indikator „2.1 Dekubitusentstehung 1“ mit 2.2 % ein Wert leicht über dem Durchschnitt und für den Indikator „2.2 Dekubitusentstehung 2“ mit 10,0 % ein Wert im Durchschnitt der Gesamtheit ausgewiesen. Ergebnisse zu T1 liegen aus der Einrichtung aufgrund des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Lernprojekt „inQS“ nicht vor.

Für die Einrichtung ERK2 ging aus dem Interview zu T1 hervor, dass ein unterdurchschnittliches Ergebnis vorlag. Die projektverantwortliche Person beschrieb das Ergebnis des Indikators in dem Zusammenhang mit der

²⁴ Anzahl der Bewohner*innen mit Indikatorenerfassung kann von Anzahl der Bewohner*innen in der Einrichtung abweichen, wenn z.B. Bewohner*innen aufgrund definierter Ausschlusskriterien oder weil sie die Zustimmung verweigern ausgeschlossen werden.

Darstellung, dass eine nachvollziehbare Erklärung des Ergebnisses dieses für die Mitarbeiter*innen annehmbarer macht.

Die Aussage im Interview korrespondiert mit dem Ergebnis des Indikators „2.1 Dekubitusentstehung 1“ zu T0 von 5,1 % und damit einem Ergebnis leicht unter dem Durchschnitt der Gesamtheit. Das Ergebnis des Indikators „2.2 Dekubitusentstehung 2“ dagegen war leicht über dem Durchschnitt. Dieses Ergebnis wurde im Interview nicht kommentiert.

Für die Datenerhebung im November gab die projektverantwortliche Person als Ziel aus, eine Dekubitusinzidenz über dem Durchschnitt zu erreichen. Im Interview zu T2 wurde von ihr berichtet, dass die Ergebnisse des Indikators „Dekubitusentstehung“ sich in der Betrachtung der einzelnen Fälle verbessert haben, aber nicht in der prozentualen Darstellung.

„Da sind wir von den Zahlen her besser geworden von den absoluten. Von den Prozentzahlen nicht“ (T2_ERK2, Z. 275 f.).

Diese Aussage ist am Ergebnis des Indikators „2.1 Dekubitusentstehung 1“ der Auswertung T1 nachvollziehbar. Hier ist wie in der Auswertung T0 ein Ergebnis leicht unter dem Durchschnitt ausgewiesen. Die Anzahl der Fälle zu T1, 3 von 79, ist in der Relation besser, als bei der Auswertung T0 mit 4 von 79. Auf das in der Relation von T0 zu T1 verschlechterte Ergebnis des Indikators „2.2 Dekubitusentstehung 2“ ging die projektverantwortliche Person in den Interviews nicht ein. Der Verfahrensstandard zur Dekubitusprophylaxe wurde in dem beobachteten Zeitraum in der Organisation überprüft; Änderungen erfolgten keine. Die Überprüfung wurde von der projektverantwortlichen Person bestätigt und konnte am geänderten Datum im Dokument nachvollzogen werden.

In der Einrichtung ERI3 waren die Ergebnisse des Indikators Dekubitusentstehung im Zusammenhang mit den Ergebnissen zur Forschungsfrage F2 nicht relevant. Im Interview zu T1 sprach die projektverantwortliche Person die Ergebnisse des Indikators im Zusammenhang zu dem Umgang mit den Ergebnissen an. Sie beschrieb, dass die Ergebnisse einzelner Wohnbereiche sie alarmiert haben, während die Ergebnisse für die Einrichtung insgesamt unauffällig sind:

„Wenn es jetzt mal einzelne Gruppe angeschaut wird. Das wird sofort rot. Wenn es dann später erst mal/, vergleichen jetzt auf ganze Haus. Erste Spalte geht. Dann verändert sich schon mal die Farbe, verändert sich schon mal das Risiko. Aber erst mal für die Gruppe ist es alarmierend hoch

drei. Das war jetzt für uns nochmal Schwierigkeit. Jetzt mal mit diesen Ergebnissen umzugehen“ (T1_ERK3, Z. 35 - 40).

Ausgewiesen sind in den Auswertungen der Tabelle 4 die Ergebnisse der Gesamteinrichtung. Für die Einrichtung ERI3 sind zu T0 für den Indikator „2.1 Dekubitusentstehung 1“ und „2.2 Dekubitusentstehung 2“ Werte weit über dem Durchschnitt und im Durchschnitt ausgewiesen. Zu T1 sind die Werte beider Kategorien des Indikators leicht über dem Durchschnitt. Wie in Kapitel 5.2 beschrieben wurde der Verfahrensstandard zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ in dem betrachteten Zeitraum nicht verändert. Aus den weiteren Aussagen kann geschlossen werden, dass der Verfahrensstandard für die nahe Zukunft im Qualitätsmanagement keine Priorität hat.

In der Einrichtung ERI4 thematisiert die projektverantwortliche Person in dem Interview zu T2, dass Sie aus dem Ergebnis geschlossen hat, dass das Dekubitusrisiko bei Pflegebedürftigen nicht richtig eingeschätzt wurde. Auf die Dekubitusinzidenz nahm sie keinen Bezug. Tabelle 4 kann entnommen werden, dass die Einrichtung zu T0 einen Wert leicht über dem Durchschnitt zu „2.1 Dekubitusentstehung 1“ und im Durchschnitt bei „2.2 Dekubitusentstehung 2“ hatte. In der Auswertung T1 hatte die Einrichtung einen Wert leicht unter dem Durchschnitt zu „2.1 Dekubitusentstehung 1“, was auf eine hohe Inzidenz von Dekubitus hinweist und leicht über dem Durchschnitt bei „2.2 Dekubitusentstehung 2“, was auf eine niedrige Häufigkeit von Dekubitusentstehung schließen lässt.

Zu dem Verfahrensstandard „Dekubitusprophylaxe“ berichtete die Projektverantwortliche, dass dieser für die Pflegehelfer*innen angepasst werden soll. Für den Zeitraum der Studie war keine Bearbeitung am Dokument ersichtlich.

5. 5 Forschungsfrage 11

F11: Welche Nutzen schreiben die Projektverantwortlichen dem „inQS“ Schulungskonzept für die Implementierung der Erhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren zu?

5.5.1 T0

Beide Interventionseinrichtungen beschrieben zu T0, dass die Jahresurlaube der Mitarbeiter*innen geplant waren, bevor die Teilnahme am Lernprojekt „inQS“ ihnen bekannt wurde.

„Wir hatten als wir zum Projekt angemeldet waren, wir waren/. Oder, unsere Urlaubsplanung war damals noch nicht berücksichtigt“ (T0_ERI3, Z. 26-28).

„... die Urlaubsplanung natürlich nicht entsprechend berücksichtigt. Dann muss man ganz ehrlich sagen, in dieser Einrichtung ist somit personell wirklich eng und schwierig“ (T0_ERI4, Z. 50 - 52).

In der ersten Einrichtung wurde das Schulungskonzept gesichtet und als Anregung zur Vorbereitung wahrgenommen.

"... haben wir mit meinen Mitarbeitern praktisch nur mehr oder weniger rum geblättert, nochmal nachgeschaut, wie das sein könnte" (T0_ERI3, Z. 23 - 25).

Schulungen anhand des Schulungskonzepts wurden zu diesem Zeitpunkt für die Vorbereitung der Mitarbeiter*innen vor der zweiten Datenerhebung im November angedacht. Für die Einrichtung sei es unproblematisch gewesen mit dem Projekt und der damit verbundenen Datenerhebung zu beginnen, da über die interne Website des Lernprojekts „inQS“ Informationen eingeholt werden konnten:

"... also von unserer Seite oder von der Seite von Mitarbeitern war überhaupt gar kein Problem gehabt, jetzt mal, ins Projekt dann zu starten. Weil wir waren da gut vorbereitet" (T0_ERI3, Z. 115 - 117).

Im Nachgang zur ersten Datenerhebung hat die projektverantwortliche Person dann bemerkt, dass selbst bei erfahrenen Mitarbeiter*innen Fehler in der Datenerhebung vorkamen.

„Und nichts desto trotz, im Nachhinein habe ich auch mal gesehen bei erfahrenen Kollegen, da auch mal diese Fehler, dass diese so genannten Flüchtigkeitsfehler/. Wo ich dann plötzlich/. Hat sie dann Häkchen gemacht bei Bewohner bei kompletter Unfähigkeit jetzt mal hier/. ... Arme und Beine. Wo ich gesagt habe: ‚Hä, Pflegegrad 5 bei Bewohner, kann nicht sein. Macht alles alleine, läuft hier immer durch ganzes Haus.‘ Das heißt, diese Plausibilitätsprüfung, ist dann immer schon sofort/, dann mal hinfällig war. Aber das ist wieder mal diese Flüchtigkeitsfehler“ (T0_ERI 3, Z. 69 - 77).

In der zweiten Interventionseinrichtung war es der Projektverantwortlichen wichtig, den Mitarbeiter*innen die Inhalte der Erhebung und den Zusammenhang des NBA mit den Indikatoren zu erläutern. Eine Folie der Schulungspräsentation wurde genutzt, um zu verdeutlichen, dass die Pflegebedürftigen mit ihren Fähigkeiten im Fokus der Datenerhebung stehen:

"... denen beizubringen: es geht ja eigentlich um den Bewohner, um diese Fähigkeiten zu sehen und diese zu fördern, so dass sie ihm längst möglich auch erhalten bleiben können, und nicht nur um den Pflegegradmix" (T0_ERI4, Z. 26 - 29).

Die eigenen Rahmenbedingungen der Organisation wurden in der Vorbereitungsphase vor dem Hintergrund des Schulungskonzepts reflektiert. Dabei zeigte sich für die Projektverantwortliche, dass die Rahmenbedingungen den Empfehlungen des Schulungskonzepts nicht genügten und auch die Freiräume für die Schulungen nicht immer geschaffen werden konnten:

"Und für mich hat sich einfach gezeigt/. Ja, eigentlich hatten wir die Rahmenbedingungen, konnten wir sie erst einmal gar nicht wirklich umsetzen, weil die Implementierung in der Urlaubsplanung nicht berücksichtigt war. ... So, dass man da die Freiräume für die auch nicht immer schaffen konnte" (T0_ERI4, Z. 48 - 53).

Anhand des Schulungskonzepts wurde die eigene Vorbereitung reflektiert und geplant:

"Es war einfach noch mal, was will ich erreichen und was muss ich tun, dass die Inhalte und aber auch die Erhebung selber in die Schulungen und die Inhalte und alles, was danach kommt, wie muss ich es angehen, damit ich das auch wirklich vernünftig durchgeführt bekomme" (T0_ERI4, Z. 72 - 75).

Die im Materialkoffer zur Verfügung gestellte Präsentation wurde für die Einrichtung angepasst und hat sich vor diesem Hintergrund für die Projektverantwortliche bewährt.

„Ich habe da nicht alles genommen. Ja, weil ich dachte: ‚Okay, das überfrachtet das Ganze vielleicht ein bisschen‘. Aber, wo ich immer, wo ich dachte, okay, da müsste ich die Leute darauf hinweisen. Unter anderem diese Pflegebedürftigkeit, das hat sich so geändert. Da war ja diese eine Folie mal und auch noch einmal die Ziele nahezubringen. Nicht wir erheben irgendetwas, sondern auch mit den Ergebnissen, die dann kommen, werden wir auch was tun, werden wir auch Veränderungen an schubsen, wenn Veränderungen notwendig sind. So. Also das war für mich sehr hilfreich. Muss ich ganz ehrlich sagen. Und im Schulungskonzept war es dann wirklich noch mal der Hinweis: ‚Okay. So muss es angehen, damit es ein bisschen strukturierter läuft‘ “ (T0_ERI4, Z. 78 - 88).

In der ersten Kontrolleinrichtung wurde beschrieben, dass die Wohnbereichsleitungen an einer Schulung teilgenommen haben, die für die Projektverantwortlichen der Einrichtungen von der Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ durchgeführt wurde. Danach wurde mit diesen Wohnbereichsleitungen das weitere Vorgehen der Datenerhebung in der Einrichtung geplant. Für die Datenerhebung an sich wurden bewusst Fachkräfte ausgesucht, „die noch nie so etwas erheben mussten“ (T0_ERK1, Z. 50). In der weiteren Vorbereitung wurde in den Teamsitzungen allen Mitarbeiter*innen das Handbuch des inQS Projekts vollständig erläutert, um alle gleichermaßen einzubinden. Ziel der Vorbereitung war, dass die ausgesuchten Fachkräfte „sicher in diese Erfassung hineingehen“ (T0_ERK1, Z. 369). Das Ziel wurde jedoch verfehlt.

„Und das habe ich deutlich gemerkt, da fehlt eine ganze Menge. Dieses Ziel habe ich nicht erreicht“ (T0_ERK1, Z. 370 f.).

In der zweiten Kontrolleinrichtung war es für die projektverantwortliche Person wichtig, dass die Pflegefachpersonen in die Datenerhebung einbezogen wurden. Die Datenerhebung sollte nicht durch die Pflegedienstleitung stattfinden. Zur Vorbereitung der Fachkräfte wurde das Erhebungsmanual des Lernprojekts „inQS“ intensiv genutzt. Weiter wurden zur Vorbereitung der Datenerhebung freie Tage eingeplant, an denen die Wohnbereichsleitungen mit den Pflegefachpersonen die Einschätzungen zu den von ihnen verantworteten Pflegebedürftigen abgestimmt und direkt mit der Dokumentation abgleichen konnten:

„... dass die sich hinsetzen konnten und wirklich dann ihre Bezugspflegeleute durchgegangen sind und dann halt direkt die Doku geguckt haben“ (T0_ERK2, Z. 112 - 114).

In der Planung zur Vorbereitung der Mitarbeiter*innen wurde bewusst darauf geachtet den Mitarbeiter*innen Freiräume zu lassen, damit diese sich selber organisieren und damit auch versuchen konnten. Sowohl die Vorbereitung auf die Datenerhebung als auch eine kritische und sachliche Reflexion wurden als „großer Punkt“ (T0_ERK2, Z. 593, 788) betrachtet.

5.5.2 T1

Zu T1 wurde in der ersten Interventionseinrichtung beschrieben, dass seit dem ersten Interview (T0) das Schulungskonzept und ein Handout genutzt wurden, um Mitarbeiter*innen, die längerer Zeit abwesend waren zu erklären, welche Veränderungen es inzwischen gegeben habe und welche neuen Erwartungen mit

den Veränderungen an die Mitarbeiter*innen verbunden werden. Insgesamt habe es im Verlauf des Sommers viele neue Informationen im Zusammenhang mit dem Lernprojekt "inQS", den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) und den Ergebnisindikatoren²⁵ zu verarbeiten gegeben.

„Wie gesagt, es war jetzt mal ein Wust von Informationen in den letzten Monaten jetzt hier. Was wir jetzt mal bekamen. Wo wir uns mit auseinandersetzen. Es ist momentan, damals schwierig, für mich immer so streng, was ist InQS, was ist dann schon QPR? Und was ist das mit MUG? ... Es kam jetzt sehr viel im Sommer jetzt auf uns zu ...“ (T1_ERI3, Z. 292 - 296).

Zu dem „inQS“ Schulungskonzept wurde von der projektverantwortlichen Person kein Bezug hergestellt.

Die Projektverantwortliche der zweiten Interventionseinrichtung resümierte aus der ersten Datenerhebung, dass in den nächsten Schulungen darauf hingearbeitet werden sollte, dass die Fachkräfte in der Datenerhebung „konkreter und akribischer“ (T1_ERI4, Z. 25) die Erhebung durchführen. Die Anwendung des Schulungskonzepts brachte für sie eine Zeitersparnis bei der Vorbereitung der Schulungen. Außerdem bewirkte die Auseinandersetzung mit dem Konzept, dass bei der Auswahl von Inhalten nicht nur die Organisation der Datenerhebung fokussiert wurde:

„Hätte ich vielleicht nicht so herausgeholt in dem Augenblick, weil ich dann eher wirklich so diese Erhebung und eher so diesen Ablauf und was muss ich jetzt erfassen“ (T1_ERK4, Z. 121 - 123).

Die Projektverantwortliche hat den Eindruck, dass die Mitarbeiter*innen den Ergebnissen durch die erfolgte Schulung Gewicht gaben:

„... die Wichtigkeit der Ergebnisse und was müssen wir jetzt tun, so an der Bearbeitung der Ergebnisse beziehungsweise an Verbesserungen. Ist schon so ein Stückchen auch für das Qualitätsmanagement, dass man mal gemeinschaftlich überlegt: ‚Was können wir tun?‘“ (T1_ERK4, Z. 139 - 143).

Für die erste Kontrolleinrichtung wurde zu diesem Zeitpunkt fokussiert, dass die Mitarbeiter*innen in der Datenerfassung sicherer werden. Überdies wurden für das kommende Jahr Schulungen für die Pflegefachpersonen mit externen Referenten

²⁵ Die Ergebnisindikatoren werden durch die „Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI ...“ (Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018, zuletzt geändert in Anlage 3 am 30.07.2019, 2019) gesetzlich verankert. Die Projektverantwortlichen verweisen mit der Abkürzung „MUG“ auf die entsprechende rechtliche Grundlage.

beabsichtigt, um „das Fachgespräch mit dem MDK" (T1_ERK1, Z. 197) zu üben und den Mitarbeiter*innen darin mehr Festigkeit zu geben.

Für die zweite Kontrolleinrichtung gab es in dem untersuchten Zusammenhang zu diesem Zeitpunkt keine relevanten Ergebnisse.

5.5.3 T2

Zu T2 schätzte die Projektverantwortliche der zweiten Interventionseinrichtung das „inQS“ Schulungskonzept als nützlich zur Orientierung für die Konzeption und Durchführung der Schulungen, für die Pflegefachpersonen ihrer Organisation ein. Das Konzept wurde von ihr auch für Schulungen in weiteren Einrichtungen des Trägers genutzt. Die Inhalte der Schulungspräsentation wurden für die jeweilige Einrichtung ausgewählt und angepasst. Den Mitarbeiter*innen wurden anhand der Präsentation Inhalte zur Datenerhebung und Nutzung von Ergebnisindikatoren erläutert.

„... mir das schon sehr viel gebracht. Ich habe es mir ja auch ein bisschen umgestrickt, so das/. Manche Sachen habe ich einfach ein bisschen raus gelassen. ... Habe dann auch noch ein bisschen was hinzu formuliert, so sagt man ja, auf einfache Basis. Und nein, mir hat das dann immer so als Orientierung, durch so eine Präsentation, noch mal gut geholfen. Wie fange ich das Ganze an? Und ja, bis zur eigentlichen Erhebung dann. Wofür machen wir das? Auch noch mal so ein bisschen den Hintergrund. Viele Mitarbeiter sind ja leider so: ‚Schon wieder was Neues! Da kommst Du schon wieder! Jetzt sollen wir auch noch was erheben. Sollen wir noch was zusätzlich machen. Wir haben sowieso keine Zeit! ‘ Man muss die auch ein bisschen motivieren. Und dann einfach auch noch mal so sachlich, fachlich, warum machen wir das überhaupt, wofür ist das wichtig. Und in dem Zuge auch: ‚Was ist denn Benchmarking? Was ist: Vergleiche? Untereinander? Extern? Intern?‘ Zu schauen ..., über unsere Einrichtung. Aber auch Vergleiche mit anderen, ganz externe Einrichtungen. Da waren halt so ein paar Sachen dabei, wo ich dachte: also, wäre ich selber jetzt nicht so drauf gekommen, dass ich das, so in einer Präsentation, denen noch mal spiegel, wofür genau ist das wichtig" (T2_ERI4, Z. 283 - 304).

Von der Projektverantwortlichen wurde beobachtet, dass das Interesse der Mitarbeiter*innen abweichend zu ihren bisherigen Erfahrungen mit diesen war. Sie beobachtete, dass die Mitarbeiter*innen die Ergebnisse hinterfragten und über die Wohnbereiche hinaus miteinander verglichen.

Aufgrund der bereits zu T0 beschriebenen personellen Situation sah die Projektverantwortliche keine Möglichkeit, die Mitarbeiter*innen losgelöst von ihrem Dienst im Wohnbereich zu schulen. Die Schulungen fanden entweder im

Anschluss an den Frühdienst oder vor einem Spätdienst statt. Den Rahmenbedingungen wurde zugeschrieben, dass die Konzentrationsfähigkeit der Mitarbeiter*innen für die Schulung eingeschränkt war:

„Aber die Leute müssen auch den Kopf frei haben dafür. Ja. Da merkt man dann schon, wenn die wirklich eine Schicht hinter sich haben. Dann sind die mal, wie sage ich es immer so schön, dann sind die mal ‚üm‘. Die sind ausgelaugt und ausgepowert körperlich. Und das hat natürlich auch was damit zu tun, dass man sich nicht mehr so gut konzentrieren kann“ (T2_ER14, Z. 370 - 375).

Die Reflektion der Erfahrungen im Zusammenhang mit den Schulungen führt zu der Überlegung, die Lernkultur in der Einrichtung zu überprüfen mit der Frage, wie viel Zeit für die Schulungen und auch für Fallbesprechungen zur Reflexion der Ergebnisse zur Verfügung gestellt wird:

„Das ist aber auch noch mal eine Kultur, die wir in unseren Einrichtungen auch noch mal überprüfen müssen. Wie viel Zeit nehmen wir uns denn genau für diese Dinge. Oder genauso für Fallbesprechungen und, und, und. Das ist auch noch mal so eine Frage, wo man noch mal ran muss. Ist auch so ein Ergebnis daraus“ (T2_ER14, Z. 338 - 342).

In der zweiten Kontrolleinrichtung waren zum Interview T2 die Ergebnisse der Indikatoren bislang noch nicht an die Mitarbeiter*innen kommuniziert. Aus den Erfahrungen der Datenerhebung im November wurde geschlossen, dass die Erhebung jedes einzelnen Falls durch zwei Pflegefachpersonen gemeinsam, mit zwei Rechnern und in einem ungestörten Raum, die idealen Rahmenbedingungen darstellt:

„Aber es ist natürlich was, was man dann auch erst mal wieder organisieren muss. Was wir bei der ersten Erhebung nicht so sehr auf dem Schirm hatten. Wo wir gesagt haben: ‚Na gut. Wir erheben das am Rechner.‘ Klar, kann man hin und her klicken. Aber das ist halt auch doof. Und vor allem, wenn man es zu Zweit macht, macht es halt Sinn, mit zwei Rechnern zu arbeiten. Das ist nochmal was, das ist jetzt besser gewesen. Ich glaube aber, also im totalen Idealfall setzt man wahrscheinlich zwei Leute in einen Raum irgendwo ganz anders hin. Damit überhaupt gar keine Störung stattfinden kann. Weil, im Alltag ist es halt doch so. Man ist hier irgendwo präsent. Angehörige, Bewohner laufen vorbei. Oder der Mitarbeiter hat doch noch mal irgendwie: ‚Ja, ich weiß. Nur ganz kurz!‘ Das sind natürlich immer Störfaktoren, die damit einher spielen. Und dann in so einem Kontext halt auch stören“ (T2_ERK2, Z. 553 - 564).

6. Diskussion

Ziel der Studie war, vor dem Hintergrund der Theorie einer lernenden Organisation und im Rahmen des CFIR zu beschreiben, welche Effekte²⁶ Projektverantwortliche des Lernprojekts „inQS“ anzeigten, die sie durch die Erfassung und Nutzung von Versorgungsergebnissen in ihrer Organisation beobachteten. Weiter sollte beschrieben werden, welcher Nutzen dem „inQS“ Schulungskonzept von den Projektverantwortlichen zugeschrieben wurde. Die Datenauswertung und Ergebnisdarstellung wurde auf fünf Forschungsfragen und mit dem Blick auf das Thema „Dekubitusprophylaxe“ fokussiert.

Die Projektverantwortlichen des Lernprojekts „inQS“ beschrieben am Thema „Dekubitusprophylaxe“ mehrere Effekte für ihr internes Qualitätsmanagement, die durch die Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen ausgelöst wurden. Mit der Bereitstellung der Ergebnisse des Indikators „Dekubitusentstehung“ erlebten die Projektverantwortlichen, dass ihre Erwartungen in Teilen nicht mit den Ergebnissen übereinstimmten. Aus den Beschreibungen konnten Gefühle wie Überraschung, Ärger, Gelassenheit aber auch Ratlosigkeit abgeleitet werden. Aus der Sicht der Theorie des organisationalen Lernens (Argyris & Schön, 2018) war damit der Ausgangspunkt für ein organisationales Lernen erfüllt.

Auffallend war, dass die von den Projektverantwortlichen beschriebenen Ergebnisse zum Indikator „Dekubitusentstehung“ nicht in allen Fällen mit den von der Projektleitung des Lernprojekts „inQS“ zur Verfügung gestellten Ergebnissen korrespondierten. In Fällen der Nichtübereinstimmung wurden die Ergebnisse von den Projektverantwortlichen negativer beschrieben, als sich diese aus den Daten ablesen ließen. Die Diskrepanz wurde nachvollziehbar wenn bedacht war, dass in dem Lernprojekt „inQS“ den Projektverantwortlichen auch Auswertungen für die einzelnen Erhebungsgruppen der Einrichtung, wie einen Wohnbereich, zur Verfügung standen. Damit war für die Projektverantwortliche z.B. ein über- oder unterdurchschnittliches Ergebnis auf der Gruppenebene erkennbar, dass sich in der Gesamtdarstellung für die Einrichtung nicht darstellte.

Die persönliche Betroffenheit der Projektverantwortlichen durch die Betrachtung der Indikatorenergebnisse, löste eine „organisationale Untersuchung“ (Argyris

²⁶ Die Begriffe „Effekt/e“ und „Wirkung/en“ werden in diesem Bericht synonym verwendet.

& Schön, 2018, p. 26) aus. Die Untersuchungen waren darauf gerichtet, die Ergebnisse zu verstehen, einzuordnen und deren Ursachen zu durchleuchten. In diesen Prozess wurden die Mitarbeiter*innen der Organisationen bei den Vorbereitungen zur Datenerhebung und in der Diskussion der Ergebnisse unterschiedlich einbezogen. Die Einbindung reichte von der reinen Information über das Vorgehen bei der Datenerhebung und die Ergebnisse der Indikatoren über die Diskussion mit und die Einbindung von Mitarbeiter*innen bei organisatorischen und strukturellen Veränderungen für die folgende Datenerhebung, bis hin zur Ursachenforschung für das Zustandekommen der Ergebnisse der Dekubitusentstehung. Das in den Ergebnissen beschriebene Vorgehen erfüllte die Beschreibung einer organisationalen Untersuchung (Argyris & Schön, 2018).

Ein systematisches Planen und Vorgehen der projektverantwortlichen Person war für organisatorische Abläufe zur Datenerhebung erkennbar. Es wurden Anpassungen der Personalplanung, von Erhebungsorten und –zeiten, sowie zur technischen Ausstattung beschrieben. Eine systematische Planung der Einführung und Nutzung von Versorgungsergebnissen im Sinne einer Implementierungsstrategie (Greenhalgh et al., 2004; Grol et al., 2005), war punktuell bei der projektverantwortlichen Person erkennbar, die das „inQS“ Schulungskonzept eingesetzt hat. Sie nutzte das Konzept zur Reflektion der eigenen organisationalen Rahmenbedingungen, vor Beginn von Schulungen und zur Durchführung der Schulungen. Für die weitere Implementierung nutzte sie zur Begleitung der Mitarbeiter*innen auch das Konzept zur Fallbesprechung (Kelleter & Herfen, 2019) aus den Projektmaterialien.

In zwei Organisationen wurden die Ursachen für die Entstehung der Dekubitus mit zunehmender Tiefe im Zeitverlauf analysiert und die weiteren Aktionen auf die jeweiligen Erkenntnisse abgestimmt. Dabei wurde die Analyse in einer Einrichtung durch eine Mitarbeiterin mit vorangetrieben, die ein persönliches Interesse für das Thema aus den Ergebnissen heraus entwickelte. Von der projektverantwortlichen Person war diese Analyse nicht initiiert, wurde aber für das organisationale Lernen begrüßt. Die Ergebnisse der Analyse wurden in der Einrichtung genutzt, um eine Schulung zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ für die neuen Auszubildenden der Pflege in der Einrichtung anzubieten.

In der zweiten Einrichtung wurde aus der Analyse der ersten Ergebnisse geschlossen, dass die Pflegehelfer*innen zum Thema „Dekubitusprophylaxe“ geschult werden sollten, weil sie über das wenigste Wissen zu dem Thema verfügten, aber die meisten körpernahen Pflegehandlungen an den Pflegebedürftigen erbrachten. Die Kosten für die entsprechenden Schulungen wurden im Budget der Einrichtung geplant. Im weiteren Zeitverlauf folgerten die Projektverantwortlichen dieser zwei Einrichtungen aus ihren Ergebnissen zum Indikator „Dekubitusentstehung“, dass eine fehlerhafte Einschätzung des Dekubitusrisikos bereits zu Beginn des Versorgungsauftrags eine mögliche Ursache für die unerwartete Dekubitusinzidenz in den Einrichtungen war. Wurde ein Dekubitusrisiko als nicht vorhanden oder zu niedrig eingeschätzt, kam es zu Versorgungsbrüchen. Für beide Organisationen wurde beschrieben, dass in der folgenden Investitionsplanung Gelder für neue Hilfsmittel eingeplant wurden. Aus den Interviews ging hervor, dass die Projektverantwortlichen durch mehr und neue Hilfsmittel Versorgungsbrüche vermeiden wollten. Das beschriebene Vorgehen ist für die Autorin überraschend, weil auf Basis des SGB XI und eines Urteils des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2002 (Bundessozialgericht zur Kostenerstattung für eine Dekubitusmatratze durch die Krankenkasse, 2002) erwartet werden kann, dass erforderliche Pflegehilfsmittel für Prophylaxen in den Einrichtungen vorgehalten werden.

Im Weiteren wurde beschrieben, dass die fachliche Begleitung der Pflegefachpersonen in den Einrichtungen im zeitlichen Umfang und anhand der im Lernprojekt „inQS“ vorgeschlagenen Methoden, wie z.B. der Fallbesprechung²⁷ verstärkt wird. Aus den hier beschriebenen Ergebnissen kann für eine lernende Organisation abgeleitet werden, dass Veränderungen von handlungsleitenden Theorien eingeleitet wurden.

Als positives Zwischenergebnis eines organisationalen Lernens (Argyris & Schön, 2018) kann gewertet werden, dass von den Projektverantwortlichen Verhaltensänderungen bei den Mitarbeiter*innen wahrgenommen wurden. Sie beschrieben, dass die Mitarbeiterinnen im Verlauf der Zeit, z.B. stärker

²⁷ Das Konzept zur Fallbesprechung ist unter folgendem Link einsehbar: https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/.content/galleries/downloads/alter-pflege/inQS_Konzept_11-2019_x.pdf

personorientierte²⁸ Fallanalysen durchführten und sowohl eindeutigeren, als auch differenziertere Nachfragen zu den Ergebnissen der Indikatoren formulierten.

In einer Organisation wurde in dem Untersuchungszeitraum der Verfahrensstandard „Dekubitusprophylaxe“ nachweislich überprüft, in einer zweiten wurde von einer laufenden Überarbeitung berichtet. Weiter wurde für beide Organisationen beschrieben, dass die Erhebung des Indikators „Dekubitusentstehung“ unabhängig von der Teilnahme am Lernprojekt „inQS“ weiter als Unternehmensziel verfolgt werden soll. Die beschriebenen Anpassungen an den Verfahrensstandards, den Schulungskonzepten und –planungen, der Investitionsplanungen und der Unternehmensziele werden als Hinweise für ein Lernen betrachtet, in dem die Organisationen ihre Werte und Kriterien untersuchten und ihre handlungsleitenden Theorien und „Bilder“ (Argyris & Schön, 2018, p. 32) daraufhin verändert haben. Welchen Nutzen das „inQS“ Schulungskonzept bei diesen Entwicklungen hatte, lässt sich aus den Ergebnissen der Untersuchung nicht ableiten.

Eine Einrichtung hatte die Teilnahme am Lernprojekt „inQS“ noch vor der zweiten Datenerhebung beendet. Als Begründung für die Beendigung des Lernprojekts wurden die hohen Anforderungen an einrichtungsinterne Ressourcen vertreten, welche laut den Verantwortlichen nicht zur Verfügung stehen. Durch ein Update der Software war die Lösung für eine vereinfachte Datenerhebung in Aussicht gestellt worden und sollte künftig genutzt werden können. Das Ausscheiden aus dem Projekt kann sowohl ein organisationales Abwehrverhalten, als auch eine Veränderung der Werte und Kriterien für künftige Entscheidungen darstellen. Für den Lernprozess der Organisation in dem untersuchten Zeitraum wird resümiert, dass dieser auf ein instrumentelles Lernen zur Verbesserung der Aufgabenerfüllung (Argyris & Schön, 2018) bei der Datenerhebung fokussiert war. Die Beobachtung der Entwicklung der Ergebnisse zur „Dekubitusentstehung“ für diese Einrichtung kann aufschlussreich sein vor dem Hintergrund, dass die Einrichtung beim Indikator „Dekubitusentstehung 1“ und „Dekubitusentstehung 2“ ein Ergebnis leicht über dem Durchschnitt und im Durchschnitt hatte. Da die

²⁸ „Im Lernprojekt „inQS“ wird bewusst von Personenzentrierung in Abgrenzung zu Personenzentrierung als individualisierende Sichtweise auf die Nutzer*innen einer Pflegeleistung, im Gegensatz zur organisationsbezogenen Sicht gesprochen. Die Zuordnung erfolgt mit Verweis auf den von Kitwood zur Personenzentrierung entwickelten Ansatz.“ Herfen and Kelleter (2019, p. 4)

Studienergebnisse von Zimmermann darauf hinweisen, dass bei der Versorgungsqualität „die Organisation der Pflege ... eine bedeutende Rolle spielt“ (2019, p. 114), könnte aus den Ergebnissen des Indikators abgeleitet werden, ob die organisationalen Veränderungen ausreichen. Eine Veränderung der Ergebnisse könnte zur Validierung der Studienergebnisse von Zimmermann und zur Überprüfung des organisationalen Lernprozesses genutzt werden.

Auf der Ebene der Hauptdomäne des „Outer Settings“ lässt das Ergebnis des Drop outs dieser Studie vermuten, dass die in Bezug auf die §§ 113, 114 und 115 SGB XI zur Datenerhebung gehaltenen Einrichtungen nach Wegen suchen werden, um die Erhebung der Versorgungsergebnisse und Datenlieferung an das DAS möglichst ressourcenschonend zu erfüllen. Vor dem Hintergrund, dass bereits anderweitig vorhandene Routinedaten genutzt werden können, um einzelne Indikatoren, z.B. zur Dekubitusentstehung zu erheben (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, & Schwinger, 2018), sollte hinterfragt werden, ob der Erhebungsaufwand für die Einrichtungen hinsichtlich der beschriebenen Ressourcen gerechtfertigt ist.

Wingenfeld führte am Beispiel „Dekubitusentstehung“ aus, dass durch „Indikatoren erhebliche Qualitätsunterschiede“ (2015, p. 84) deutlicher werden. Die Triangulation der Daten wies darauf hin, dass auch Einrichtungen, die für die Gesamteinrichtung durchschnittliche oder sogar leicht überdurchschnittliche Ergebnisse hatten, in einzelnen Wohnbereichen Ergebnisse weit unter dem Durchschnitt hatten. Die Darstellung für die einzelnen Wohnbereiche ist aber nur für die Einrichtungen im Lernprojekt „inQS“ abrufbar und wird nicht veröffentlicht. Von daher bleibt offen und kann weiter erforscht werden, ob die Veröffentlichung der Ergebnisindikatoren gemäß § 115 Abs. 1 a SGB XI mehr Transparenz über die Versorgungsqualität der Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und Angehörigen bietet, als die vorher ausgewiesenen Pflegenoten.

6.1 Limitationen der Studie und Ausblick

Eine wesentliche Limitation der Ergebnisse ist durch eingeschränkte Ressourcen in der Planung und Durchführung der Studie zu sehen. Die Anzahl von vier Teilnehmer*innen und Einrichtungen war zu gering, um eine Datensättigung zu erreichen. Die Beantwortung der Forschungsfragen wurde weiter durch den für eine Implementierungsstudie relativ kurzen Erhebungszeitraum für die Datensammlung limitiert. Eine weitere Limitation ist gegeben, weil die Datenauswertung und -interpretation im Wesentlichen durch nur eine Person, mit den daraus resultierenden Gefahren für Bias, erfolgte. Eine Möglichkeit die Ergebnisse z.B. im Rahmen einer Forschungswerkstatt mit weiteren Wissenschaftler*innen zu reflektieren, wäre wünschenswert.

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass Effekte im Verlauf der Nutzung des Indikators „Dekubitusentstehung“ eintreten und Veränderungen in der Organisation bewirken. Die Studie zeigt deutlich, dass die Erhebung und Nutzung von Versorgungsdaten Ansatzpunkte sowohl für individuelles, als auch für organisationales Lernen bietet. Die durch die Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen angestoßenen und damit einhergehenden Lernprozesse und Veränderungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene bergen vielfältige Ansätze für weitere Untersuchungen. Vor allem die Beschreibung von Veränderungen und Wirkungen, die aus der längerfristigen Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen entstehen, sollten vor dem Hintergrund der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Personen forschend betrachtet werden.

Auf der Ebene der Hauptdomäne „Outer Setting“ deuten die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass die Erfassung von Versorgungsdaten und Nutzung von Ergebnisindikatoren dazu beitragen kann, dass pflegebedürftige Personen individueller wahrgenommen werden und das dadurch ein personenzentriertes Pflegeverständnis unterstützt wird. Vor diesem Hintergrund wäre eine Forcierung der Umsetzung der Anforderungen der §§ 113, 114 und 115 SGB XI zur Erhebung von Ergebnisindikatoren zielführend. Für die Umsetzung sind dazu auf der einen Seite die erforderlichen Ressourcen in den Einrichtungen zu bedenken, auf der anderen Seite aber auch mögliche Sanktion für Einrichtungen, die sich nicht an den Erhebungen beteiligen oder ihre Ergebnisse bereitstellen.

Für die Praxis kann aus den Ergebnissen gefolgert werden, dass die gesetzlich eingeforderte Erhebung von Versorgungsergebnissen in den Organisationen gewollte und ungewollte Veränderungen auslösen werden. Wie tiefgreifend diese Veränderungen in der jeweiligen Organisation wirken, wird vom Wollen und Können zum organisationalen Lernen der einzelnen Organisation abhängig sein. Da die Einrichtungen aus dem § 113 SGB XI keine Sanktionen befürchten müssen wenn sie die Versorgungsergebnisse nicht erheben, können sie Anpassungen minimieren und auf ein instrumentelles Lernen (Argyris & Schön, 2018) beschränken.

Organisationen, die dazu bereit sind sich auf ein organisationales Lernen einzulassen, können aufgrund der hier beschriebenen Ergebnisse davon ausgehen, dass sie mit der Implementierung der Erhebung und Nutzung von Versorgungsergebnissen ein Thema verfolgen, an dem sie in einer organisationalen Untersuchung die handlungsleitenden Theorien ihrer Organisation und Mitarbeitenden beleuchten können. In diesem Fall müssen sich die Organisationen darauf einrichten, vor allem zeitliche, personelle, räumliche und technische Ressourcen für die Implementierung zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der Ausgangspunkt für eine organisationale Untersuchung mit der Bereitstellung der Ergebnisse verbunden ist. Das ist der Zeitpunkt, an dem die Organisationen am deutlichsten eine Nichtübereinstimmung wahrnehmen können. Dafür ist unabdingbar, dass die Ergebnisse hinreichend differenziert zur Verfügung stehen. Nur differenzierte Ergebnisse ermöglichen, dass diese bis auf den einzelnen Fall der Pflegebedürftigen zurückverfolgt und zum Lernen genutzt werden können.

Literaturverzeichnis

- Albert, N. (2017). Den Menschen im Blick: Das zweite Pflegestärkungsgesetz sieht vor, dass ab 2018 die Ergebnisqualität in der stationären Pflege anhand von Indikatoren gemessen werden soll. Der Diözesan-Caritasverband Münster erprobt diesen neuen Qualitätsansatz bereits, berichtet Natalie Albert. *Gesundheit und Gesellschaft* (10/2017), 10.
- Albert, N. (2018). Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster – EQMS: Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege Erfahrungen aus der Umsetzungspraxis. Retrieved from https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Aktivitaeten/2018_Pflege_TUEV/Albert_-_BAGFW_29.8.2018.pdf
- Argyris, C., & Schön, D. A. (2018). *Die lernende Organisation: Grundlagen, Methode, Praxis*. Sonderausgabe. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Arnold, J., & Stemmer, R. (2014). Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Mainz. Retrieved from https://www.ikj-mainz.de/tl_files/Downloads/Publikationen/Expertise%20Ergebnisqualitaetsindikatoren%20stationaere%20Pflege_Stemmer%20&%20Arnold_2014.pdf
- Baumann, W., Farin, E., Menzel-Begemann, A., & Meyer, T. (2016). *Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung* [Memorandum IV: Theoretical and Normative Grounding of Health Services Research]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 78 (5), 337–352. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105511>
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Lehrbuch. Wiesbaden: Springer VS. Retrieved from <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-19416-5> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Bono, M. L. (2010). *Performance Management in NPOs*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Braithwaite, J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 361, k2014. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>
- Braithwaite, J., Churrua, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., Ludlow, K. (2017). *Complexity Science in Healthcare: Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments*. A White Paper. Sydney, Australia.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V. (2019). EinSTEP: Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Retrieved from <https://www.ein-step.de/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend (Oktober 2018). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin.

- Bundesministerium für Gesundheit (2013). Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 27.6.2013. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). Bundestag beschließt das Zweite Pflegestärkungsgesetz. 13.11.2015. Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/ps-g-ii-bt-verabschiedung.html#c8575>
- GKV-Spitzenverband (2017). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI*
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (2018). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/qpr_2019/2018_12_17_QPR_vollstationaer.pdf
- Bundessozialgericht zur Kostenerstattung für eine Dekubitusmatratze durch die Krankenkasse, No. B 3 KR 15/02 R, *Internet* (Bundessozialgericht February 24, 2020).
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: A review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (13-14), 1785–1795. <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>
- Büscher, A., Wingenfeld, K., & Igl, G. (2018). Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report: Vol. 2018. Qualität in der Pflege: Mit 24 Tabellen* (pp. 37–44). Berlin: Springer Open.
- Caritasverband für die Diözese Münster e. V. (2019). Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster: Caritas Münster setzt Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in über 100 Altenheimen um. Retrieved from <https://www.caritas-muenster.de/aktuelles/projekte/eqms/eqms>
- Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS (2019). Nursing Home Quality Initiative. Retrieved from <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/index.html>
- CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research (2019). The Consolidated Framework for Implementation Research. Retrieved from <https://cfirguide.org/>
- Charalambous, C., Koulouri, A., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., Kyriakou, M., & Vasiliou, M. (2019). Knowledge and attitudes of nurses in a major public hospital in Cyprus towards pressure ulcer prevention. *Journal of Tissue Viability*, 28 (1), 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.10.005>

- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC) (2002). *DATA COLLECTION CHECKLIST*. Ottawa, Ontario.
- Dalvand, S., Ebadi, A., & Gheshlagh, R. G. (2018). Nurses' knowledge on pressure injury prevention: A systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 11, 613–620. <https://doi.org/10.2147/CCID.S186381>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- DatenClearingStelle (2017). *Newsletter der DCS-Pflege: - Monat Dezember 2017 -*. Berlin. Retrieved from https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/pflegenoten/dcs_monatliche_statistik_171201.pdf
- Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017). *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: 2. Aktualisierung 2017* (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück. Retrieved from https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017). *Resolution des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe: zu den Nachhaltigen Entwicklungszielen (Sustainable Development Goals SDGs)*. Berlin. Retrieved from <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Resolution-des-DBfK-zu-SDGs-2017-05-012.pdf>
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2015). *Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2015)*. (DIN EN ISO 9001). Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (2015). 173 *Pflegeeinrichtungen beteiligen sich an erfolgreichem Modellprojekt EQisA*. Presseinformation [Press release]. Köln. Retrieved from <https://www.caritasnet.de/themen/alter-pflege/qualitaetssicherung/>
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (2017). *Pressemitteilung: Bewertungskonzept inQS: 147 Einrichtungen verbessern ihre Pflegequalität* [Press release]. Köln. Retrieved from <https://www.caritasnet.de/themen/alter-pflege/qualitaetssicherung/>
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (2019). *Pflegequalität: inQS setzt neue Standards: Webbasiertes Caritas-Lernkonzept nutzt Indikatoren zur Verbesserung der Versorgungsleistungen in der Pflege* [Press release]. Köln. Retrieved from

<https://www.caritasnet.de/presse/pressemitteilungen/aktuelles/Pflegequalitaet-inQS-setzt-neue-Standards-00001/>

DNQP (2019). Expertenstandards und Auditinstrumente | Hochschule Osnabrück. Retrieved from <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5.th ed.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

Dresing, T., & Pehl, T. (Eds.) (2012). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (4. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

EFQM (2009). *Excellence Modell: Exzellente Organisationen erzielen dauerhaft herausragende Leistungen, die die Erwartungen aller ihrer Interessengruppen erfüllen oder übertreffen*. Brussels.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg., 5. Aufl.). *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Vol. 55694*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. Retrieved from <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-499-55694-4>

Flick, U. (2008). *Triangulation: Eine Einführung* (2. Aufl.). *Qualitative Sozialforschung: Vol. 12*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91976-8> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91976-8>

Gesundheitswirtschaft Hannover e. V. (2016). *Projekt zur Steigerung der Pflegequalität: Qualitätssteigerung durch neue Sicht auf Pflegebedürftige: Die Projektpartner des Modellprojekts "Pflegequalität Hannover" haben zum Abschluss des zweiten Projektjahres ein positives Zwischenfazit gezogen*. [Press release]. Hannover. Retrieved from <https://www.hannover.de/Service/Presse-Medien/hannover.de/Aktuelles/Wirtschaft-Wissenschaft-2016/Projekt-zur-Steigerung-der-Pflegequalit%C3%A4t>

GKV-Spitzenverband (2017, April 27). Pflegenoten. Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/pflegenoten/pflegenoten.jsp

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). *Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag. Retrieved from <http://d-nb.info/1002141753/04>

Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2004). *How to Spread Good Ideas A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation: Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review*. Report for the National Co-

ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470987407>

- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA*, 180, 57–60. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (Eds.) (2005). *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. Edinburgh [u.a.]: Elsevier.
- Hasseler, M. (2018). Ergebnisindikatoren bergen Risiken für die Beteiligten. *CAREkonkret*, p. 6.
- Hasseler, M., & Stemmer, R. (2018). Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report: Vol. 2018. Qualität in der Pflege: Mit 24 Tabellen* (pp. 23–36). Berlin: Springer Open.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions: How "out of control" can a randomised controlled trial be?: Complex interventions are more than the sum of their parts, and interventions need to be better theorised to reflect this. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328 (7455), 1561–1563.
<https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1561>
- Heller-Jung, S. (2017). "Wir wollen keinen Datenfriedhof": Wie wirksam sind bestimmte Pflegemaßnahmen? Diese und andere wichtige Fragen beantwortet ein neues, auf einer Onlinedatenbank basierendes Konzept zur Qualitätssteuerung in Altenpflegeeinrichtungen. Silke Heller-Jung hat es sich angesehen. *Gesundheit und Gesellschaft* (10/2017), 12–13.
- Herfen, S., & Kelleter, H. (April 2019). *inQS Schulungskonzept: Für die Schulung von Pflegefachpersonen zur Erhebung von Ergebnisindikatoren in der stationären Langzeitpflege*. Köln. Retrieved from https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/.content/.galleries/downloads/alterpflege/Schulungskonzept_inQS_2019_Final.pdf
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) (2019). *Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung*. Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2019-02-13_Schulungsmaterial_Ergebniserfassung_V1.0__IPW__BMG.pdf
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW (Ed.) (2016). *Indikatoren gestützte Beurteilung der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege: Stand und Perspektiven in der stationären und ambulanten Versorgung*.
- International Council of Nurses (2018). *Tokyo Declaration on Patient Safety*. Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, 14 April 2018, Tokyo, Japan. Tokyo. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf>

- International Council of Nurses (2019). *Patient safety: Position Statement*. Geneva. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf
- IQTIG (2018). *Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2017: Pflege: Dekubitusprophylaxe*. Indikatoren 2017 [Incidence and risk recording of pressure ulcers: results of quality measurement of the Verein Outcome in Swiss hospitals] (No. 2). Retrieved from https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/dek/QSKH_DEK_2017_QIDB_V02_2018-04-25.pdf
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Eds.) (2018). *Pflege-Report: Vol. 2018. Qualität in der Pflege: Mit 24 Tabellen*. Berlin: Springer Open. Retrieved from http://deposit.dnb.de/cgi-bin/dokserv?id=8b5f2f06f1a2422a87147ff3bee2ec43&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm
- Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J. P., & Menczel, J. (2018). An overview of comorbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics*, 18 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0997-7>
- Joyce, P., Moore, Z. E., & Christie, J. (2018). Organisation of health services for preventing and treating pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012132. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012132.pub2>
- Kelleter, H. (2015). Qualitätsindikatoren und Effekte zur Qualitätssicherung. *Monitor Pflege*, 1 (3), 25–29.
- Kelleter, H. (2017). Outcome zur evidenzbasierten Steuerung in der Langzeitpflege: Wirkungen im Projekt EQisA. *Zeitschrift Für Evaluation*, 16 (1), 173–183. Retrieved from https://www.wiso-net.de/document/WAX__3DCB5DD0DD5BD506F90719F26340404D
- Kelleter, H. (2019a). Indikatorensystem zur Förderung der Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege. *Public Health Forum*, 27 (3), 186–188. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0029>
- Kelleter, H. (2019b). *inQS - webbasierte indikatorengestützte Qualitätsförderung zur Verbesserung der Versorgungsqualität: Care Work 4.0: Digitalisierung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen*. Universität Siegen. 20. Hochschultage Berufliche Bildung, Siegen. Retrieved from https://www.berufsbildung.nrw.de/cms/upload/hochschultage-bk/2019praesentationen/ws07_kelleter_versorgungsqualitaet.pdf
- Kelleter, H., & Herfen, S. (2019). *inQS Konzept: Fallbesprechung zur Reflexion der Ergebnisqualität*. Köln. Retrieved from https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/.content/.galleries/downloads/alterpflege/inQS_Konzept_11-2019_x.pdf
- Knigge-Demal, B., Hundenborn, G., & Eylmann, C. (2013). *Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen: im Rahmen des Projektes*

„Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. Köln.

- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2., durchgesehene Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Landgericht Köln, 25 O 73/14, No. 25 O 73/14, https://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/koeln/lg_koeln/j2016/25_O_73_14_Urteil_20160614.html 1 (Landgericht Köln June 4, 2019).
- Mayring, P. (2010a). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1st ed., pp. 601–613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2010b). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl.). *Pädagogik*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 69 (S2), 415–434. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0464-z>
- Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (Eds.) (2005). *UTB Pädagogik, Psychologie: 8069 i.e. 8269. Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse // Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2019). Pflegebedürftigkeit und Pflegebegutachtung: Richtlinien der Pflegebegutachtung. Begutachtungs-Richtlinien. Retrieved from <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/begutachtungs-richtlinien.html>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., & GKV-Spitzenverband (2019). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI: Vollstationäre Pflege*. Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsuetze_zur_qualitaetssicherung/19-05-27_Pflege_QPR_vollstationar_2019_final.pdf
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. (1952). *The focussed interview: A Manual* (2nd ed.). New York, N.Y. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015016130182>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*. Osborne Park, Australia. Retrieved from Cambridge Media website: <http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/NPUAP-EPUAP-PPPIA-CPG-2017.pdfck-reference-guide.pdf>

- Pfaff, H. [H.], Albert, U.-S., Bornemann, R., Ernstmann, N., Gostomzyk, J., Gottwik, M. G., Wirtz, M. (2009). Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung [Methods for organisational health services research]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 71 (11), 777–790. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239515>
- Pfaff, H., Neugebauer, E. A.M., Glaeske, G., Schrappe, M., Rothmund, M., & Schwartz, W. (Eds.) (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Porter-Armstrong, A. P., Moore, Z. E., Bradbury, I., & McDonough, S. (2018). Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD011620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38 (2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Quasdorf, T., Hoben, M., Riesner, C., Dichter, M. N., & Halek, M. (2013). Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. *Pflege & Gesellschaft*, 18 (H 3), 235.
- Roes, M., Buscher, I., & Riesner, C. (2013). Implementierungs- und Disseminationswissenschaft – Konzeptionelle Analyse von Gaps zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis. *Pflege & Gesellschaft*, 18, 213–235.
- Roes, M., de Jong, A., & Wulff, I. (2013). Implementierungs- und Disseminations - forschung – ein notwendiger Diskurs. *Pflege & Gesellschaft*, 18 (H 3), 197–213.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). New York, London, Toronto, Sydney: Free Press.
- Schulz von Thun, F. (2014). *Miteinander reden: 1: Störungen und Klärungen*. Allgemeine Psychologie der Kommunikation (Orig.-Ausg., Sonderausg). *Miteinander reden: / Friedemann Schulz von Thun ; Bd. 4*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Seibert, K., Fünfstück, M., Rothgang, H., & Görres, S. (2017). Indikatoren auf dem Prüfstand: Die bisherigen Pflegenoten sollen durch eine Bewertung mittels Ergebnisindikatoren abgelöst werden. Wie das in der Praxis aussehen könnte, haben Kathrin Seibert, Mathias Fünfstück, Heinz Rothgang und Stefan Görres untersucht. *Gesundheit und Gesellschaft* (10/2017), 17.
- Silvestrini, S., & Reade, N. (2010). CEval-Ansatz zur Wirkungsevaluation / Stockmann'scher Ansatz. In Arbeitskreis "Evaluation von Entwicklungspolitik" DeGEval - Deutsche Gesellschaft für Evaluation (Ed.), *Freiburger Beiträge zu Entwicklung und Politik: Verfahren der Wirkungsanalyse. Ein Handbuch für die entwicklungspolitische Praxis* (pp. 36–49). Karlsruhe.

- Sonntag, P.-T., Baer, N.-R., Kuhlmei, A., Suhr, R., & Schenk, L. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report: Vol. 2018. Qualität in der Pflege: Mit 24 Tabellen* (pp. 85–95). Berlin: Springer Open.
- Sonntag, P.-T., Baer, N.-R., & Schenk, L. (März 2018). *Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege – eine quantitative Versichertenbefragung: Abschlussbericht für das ZQP und den AOK-Bundesverband November 2017*. ZQP-Abschlussbericht. Retrieved from https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Abschlussbericht_Qualit%C3%A4tskriterien.pdf
- Statistisches Bundesamt (2018, December 18). *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegeheime - 2017*.
- Statistisches Bundesamt (2019). Staat & Gesellschaft - Pflege - Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>
- Sulmann, D., Eggert, S., Kuhlmei, A., & Suhr, R. (2019). Qualitätsberichterstattung zur stationären Pflege – Informationsbedürfnisse, Suchstrategien und Informationsquellen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen [Quality reporting in long-term care facilities-information requirements, search strategies, and information sources for persons in need of care and their family members]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(3), 311–319. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02885-2>
- Tomova-Simitchieva, T., Akdeniz, M., Blume-Peytavi, U., Lahmann, N., & Kottner, J. (2019). Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht [The Epidemiology of Pressure Ulcer in Germany: Systematic Review]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 81(6), 505–512. <https://doi.org/10.1055/s-0043-122069>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC- Zentrum für Sozialpolitik (2017). *Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP): (SV14-9015)*. Bremen. Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren/20170320_Erganzt_Abschlussbericht_MoPIP_Universitaet_Bremen.pdf

- Wingenfeld, K. (2015). Qualitätsunterschiede sichtbar machen. *Die Schwester, Der Pfleger: Die Fachzeitschrift Für Pflegeberufe*, 54 (7/15), 82–85.
- Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S., & Engel, H. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe: Abschlussbericht*. Bielefeld/Köln.
- Zimmermann, J. (2019). *Organisationsbezogene Determinanten der Versorgungsqualität in stationären Altenpflegeeinrichtungen* (Inaugural-Dissertation). Universität zu Köln, Köln.
- Zimmermann, J., & Kelleter, H. (2018). Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige mit kognitiven Einschränkungen: Vergleich der Qualitätsergebnisse des Projektes „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“- EQisA. *Pflegewissenschaft*, 20 (7/8-2018), 337–345.
- Zimmermann, J., Swora, M., Pfaff, H. [Holger], & Zank, S. (2019). Organizational factors of fall injuries among residents within German nursing homes: secondary analyses of cross-sectional data. *European Journal of Ageing*, 75 (1), 51. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00511-3>
- Zúñiga, F., Blatter, C., Wicki, R., & Simon, M. (2019). Nationale Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen: Fragebogenerhebung zur Zuverlässigkeit der Daten und Nützlichkeit aus Sicht der Anwender [National quality indicators in Swiss nursing homes: Questionnaire survey on data reliability and users' view on the usefulness]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01583-7>