

# **Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege**

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms  
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

## **Zeitraum:**

Januar 1999 bis Dezember 2001

## **Praxispartner:**

Bezirksamt Berlin- Wilmersdorf / Abt. Gesundheit und Soziales  
Pflegerische und soziale Einrichtungen im Bezirk

## **Theoriepartner:**

Prof. Dr. med. J. Korporal  
Pflegerin B. Dangel-Vogelsang  
Alice-Salomon-Fachhochschule, Pflege/Pflegemanagement, Berlin

## **Projektverantwortliche und Berichterstattung:**

Prof. Dr. med. J. Korporal, Pflegerin B. Dangel-Vogelsang

## **Beschreibung zum Projektabschluss**

### **1. Abstract**

Im Rahmen des innovativen Theorie-Praxis-Transferprojekts 'Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Bezirk Berlin-Wilmersdorf', das auf der Kooperation von Hochschul-Studienprojekten eines pflegewissenschaftlichen Studiengangs mit einem Verwaltungsbezirk in Berlin basiert, werden in berufeübergreifenden und überinstitutionell zusammengesetzten Qualitätszirkeln mit Vertreterinnen und Vertretern pflegerischer Einrichtungen, ambulant und stationär, der Selbsthilfe und des Ehrenamts Themen problem- und lösungsorientiert bearbeitet. Die Qualitätszirkel-Arbeitsgruppen werden von in Methoden und Moderation geschulten Studierenden moderiert und pflegewissenschaftlich begleitet. Grundlage des innovativen Ansatzes ist die für dieses Projekt modifizierte Methode der ‚stationsgebundenen Qualitätssicherung'. Der Ansatz intendiert eine Verknüpfung interner mit externer Qualitätssicherung. Ein Instrument zur pflegerischen Überleitung wurde entwickelt, überprüft und für einen regelhaft Einsatz implementiert. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen in der qualitätssichernden Arbeit erscheint das Theorie-Praxis-Vorhaben produktiv und erfolgreich für die Praxis, den Studienerfolg und den Transfer.

Schlüsselbegriffe:

Qualitätszirkel in der Pflege, pflegerische Qualitätssicherung, dezentrale Qualitätssicherung, interne und externe Qualitätssicherung

### **2. Ziele/Absichten**

Die moderierte bezirkliche Qualitätssicherungsarbeit, die in diesem Vorhaben in enger Zusammenarbeit zwischen Hochschule und pflegerisch-gesundheitlicher Praxis intendiert ist, dient einer verbesserten Kooperation und Kommunikation im Bereich der regionalen pflegerischen Versorgung, der institutionellen Vernetzung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen, dem Herausarbeiten von problematischer Qualität in der Versorgung im professionellen und institutionellen Kontext und der Einbeziehung und Beteiligung von Betroffenen mit ihren Organisationen, Ehrenamt und Selbsthilfe.

Das Vorhaben fügt sich ein an einem konkreten Ort und in neuer Funktion bezirklicher Überlegungen zur Qualitätssicherung und ihrer Umsetzung im Rahmen geänderter Zuständigkeiten und Aufgaben auf den verschiedenen Ebenen des Landes Berlin. In seiner

Kundenorientierung und der praxisnahen qualitätssichernden Arbeit hat es Bezug zu den durch die Gesundheitsministerkonferenz im letzten Jahr beschlossenen "Zielen für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen".<sup>1</sup> Es dient schließlich der praxisnahen und theoretisch fundierten Ausbildung von Studierenden an der Hochschule in einem für die Pflege und ihre Entwicklung sehr relevanten Problembereich.

#### Das Projekt

- ist ausdrücklich interprofessionell, interdisziplinär und interinstitutionell angelegt
- nimmt die Betroffenen- und Klientelorientierung ernst und bezieht Adressaten von professioneller Pflege ausdrücklich und verantwortlich ein
- entwickelt praxisbezogene (interne) Qualitätssicherung als Ergänzung von ‚unten‘ in einem System gesetzlich geregelter übergeordneter und externer Sicherungsansätze. Dazu gehört auch der Ansatz, informelle bezirkliche Strukturen der Qualitätssicherung in Umsetzung neuer verwaltungsmäßiger Zuständigkeiten und ‚Mentalitäten‘ zu entwickeln
- ist in Form von Kooperation und Beratung übergreifend angelegt (zentral), stellt einen gegenüber herkömmlichen Methoden neuen Ansatz qualitätssichernder Arbeit dar und versucht eine Synthese bislang etablierter Ansätze externer und interner Qualitätssicherung
- ist innovativ durch die enge und auf eine mittlere Dauer angelegten Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Praxis, indem der Ausbildungsauftrag der Hochschule unter alltäglichen und realen, aber supervidierten Bedingungen der Praxis umgesetzt wird und die Hochschulausbildung so auf eine breitere Basis einschließlich der Integration praxisorientierter Fortbildungsangebote gestellt wird.

### **3. Methoden/Instrumente**

#### **3.1 Dezentrale Methode der stationsgebundenen Qualitätssicherung**

Die bezirklich moderierte Qualitätszirkelarbeit basiert auf einer die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen in Rechnung stellenden modifizierten Form der dezentralen Methode der stationsgebundenen Qualitätssicherung der CBO in den Niederlanden.<sup>2</sup> Der Einsatz der Methode mit der genannten Zielsetzung erforderte einige Modifikationen: Im Gegensatz zum niederländischen Modell orientierten wir uns von der Zielsetzung der Standardentwicklung und damit auch von der betrieblichen Basis der Arbeit weg<sup>3</sup> hin zu einer die einzelne Einrichtung überschreitende und hinsichtlich der einbezogenen Professionen neuen, pluralen, aber noch immer sehr basisorientierten Form der qualitätssichernden Arbeit.<sup>4</sup>

Die Methode der stationsgebundenen Qualitätssicherung ist ein System zur Entwicklung von Pflegestandards, inklusive deren laufender Beobachtung und Evaluation auf der Ebene einer Arbeitseinheit.<sup>5</sup> Sie soll patientenzentriert und problemorientiert durch die Anwendung des

Qualitätszyklus zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung führen. Die Methode ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- Sie wird von den Pflegenden (Instrument der Anwender) selbst durchgeführt.
- Durch Beteiligung und Einbindung soll das ganze Team aktiv an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen und so eine größere Verantwortung für das Gelingen des Projekts übernehmen.
- Die Methode ist orientiert am Patienten und seiner Situation.
- Standards und Kriterien sind entsprechend der jeweiligen (Arbeits-)Situation zu entwickeln.
- Die Betonung liegt auf der Erreichbarkeit der Zielsetzung.
- Eine enge Zusammenarbeit der Berufsgruppen ist erforderlich. Die Standardentwicklung soll durch ein multiprofessionelles Team erfolgen.

Die dezentrale Methode der Qualitätssicherung arbeitet auf der Grundlage eines von Norma Lang entwickelten Modells, dem sieben Schritte umfassenden Qualitätszyklus:<sup>6</sup>

1. *Bestimmung der (pflegerischen) Werte*<sup>7</sup> mit dem Ziel, Konsens über das anzustrebende Niveau von Standards und Kriterien zu erreichen.
2. Am Schritt, *Thema wählen*,<sup>8</sup> sollen sich alle (Pflegenden einer Pflegeeinheit) beteiligen. Das Thema muß für die Qualitätsentwicklung in der Pflege relevant und geeignet sein.<sup>9</sup>
3. *Standards und Kriterien formulieren*: Ein Ziel und das angestrebte Niveau der Qualität werden formuliert. Kriterien sind entsprechend den Zielformulierungen des Standards für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisebene zu formulieren. Als meßbare Elemente des Standards müssen die Kriterien fachlich und sprachlich klar und eindeutig sein und festgelegte Anforderungen erfüllen.<sup>10</sup> Sie müssen auf das Erreichen eines angemessenen fachlichen Niveaus ausgerichtet und mit übergeordneten gesetzlichen, vertraglichen, betrieblichen und beruflichen Zielen kompatibel sein.
4. *Daten erheben*: Nach Bestätigung des Standards auf übergeordneter Ebene müssen geeignete Instrumente und Methoden zur Überprüfung und dessen Zeitraum festgelegt werden.<sup>11</sup> Die Methode soll themen- und situationsbezogen unter der zentralen Annahme gewählt werden, daß die Datengewinnung auf einfache und effektive Weise vorgenommen werden kann.
5. *Ergebnisse bewerten*: Die Daten der Ist-Qualität (Schritt 4) werden mit den im vorletzten Schritt formulierten Kriterien (Soll-Qualität) verglichen, um den Zielerreichungsgrad des Standards zu ermitteln. Die Daten werden von den Moderatorinnen aufgearbeitet und den Teilnehmern übermittelt. Sie bilden die Grundlage für den nächsten Schritt, der detaillierten Analyse der Ergebnisse. Sie soll Aufschluß über Ursachen für Qualitätsabweichungen aufzeigen. Während dieses Klärungsprozesses kann für jedes einzelne Kriterium ein

realistischer Zielerreichungsgrad gefunden werden. Aus der Differenz der beiden Werte ist ersichtlich, im Hinblick auf welche Kriterien Handlungsbedarf besteht.

6. *Schlußfolgerungen ziehen und gegebenenfalls Änderungen planen:* Schlußfolgerungen werden auf der Grundlage der Ursache für die Abweichung für jedes Kriterium gezogen.<sup>12</sup> Schlußfolgerungen und Vorschläge für weitere Aktivitäten werden von der Arbeitsgruppe in einem Änderungsplan zusammengefaßt.

7. *Änderungsplan umsetzen:* Voraussetzung ist die Informiertheit jedes Teammitglieds über Art und Umfang der Änderungen, konkrete Vereinbarungen über den Beginn und die Dauer. Kriterien für die abschließende Evaluation müssen festgelegt werden. Bei Nichterreichen der Soll-Vorgaben müssen die Kriterien geändert werden. Stimmen Ist- und Soll-Zustand überein, ist der Zyklus abgeschlossen. Nun kann mit einem neuen Thema begonnen werden. Die bearbeiteten Themen werden in regelmäßigen Abständen wieder aufgenommen, um den Einhaltungsgang von Standards und die Aktualität der Kriterien zu überprüfen.<sup>13</sup> Standards und Kriterien müssen jeweils dem neuesten Wissensstand angepaßt werden.

### **3.2 Modifikationen des Instruments für das Projekt**

Die Anwendung einer für die krankenhaushospitaläre pflegerische Versorgung entwickelten und implementierten Methode in einem örtlich, professionell und institutionell übergreifendem Zusammenhang ist neu und innovativ hinsichtlich

- der personellen, professionellen und institutionellen Zusammensetzung der Qualitätszirkel-arbeitsgruppen
- der übergreifenden Themenbearbeitung
- des definierten Rahmens des Projekts: Einrichtungen, Träger, Interessierte einer Region arbeiten unter zentraler (regional angesiedelter) Moderation (durch das Studienprojekt)
- des 'neuen' Instruments: Das bislang in der Bundesrepublik eher wenig implementierte Instrument der stationsgebundenen Qualitätssicherung wird den Erfordernissen strukturell und inhaltlich angepaßt, neue Gremien werden definiert und ausgestaltet
- der Ziele des Vorhabens: Regional moderierte Qualitätssicherung soll unter Einbeziehung möglichst vieler Akteure aufgebaut und koordiniert werden
- der Verbindung von Theorie und Praxis
- der Vereinbarkeit der zu erreichenden Zielen des Studienprojekts und der Qualitätssicherungsarbeit
- des Managements des Gesamtvorhabens
- des strukturellen Aspekts komplementärer Arbeits-, Kommunikationsebenen und -formen.

Die Modifikationen der Methode sind wesentlich der von der stationsgebundenen Methode hinsichtlich Professionen, Institutionen und Personen der Teilnehmer deutlich abweichenden, aber auch intendierten differenten Struktur und Ansatz sowie dem durch das zentrale (bezirkliche) und übergreifend angelegte Gesamtmanagement geschuldet.

Aufgrund der Struktur des Vorhabens und des erhöhten Koordinierungsbedarfs eines multiprofessionellen und interinstitutionellen Zirkels, aber auch wegen der begleitenden Hochschulqualifikation der Studierenden haben wir von Anbeginn an eine zeitlich längere Dauer (mindestens ein Jahr) für die Bearbeitung einer Problemstellung in allen sieben Schritten veranschlagt. Dem übergreifenden Projektansatz und der Heterogenität der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen und des Projektgefüges liegt ein breiter Begriff und ein komplexes Verständnis von Pflege zugrunde, was zeitliche und inhaltliche Konsequenzen für die ersten beiden Arbeitsschritte des Qualitätszyklus mit sich bringt.<sup>14</sup>

Explizit verändert und erweitert wurde die Definition und Ausgestaltung der dritten Phase des Qualitätszyklus. Ziel dieses Arbeitsschritts soll die Erarbeitung von Konzepten und/oder Arbeitsplanungen sein, die entsprechend die für die Standardentwicklung formulierten Bedingungen berücksichtigt. Instrumentenentwicklung, Datenerhebung und -auswertung erfolgen wesentlich durch oder in enger Zusammenarbeit und Absprache mit der Projektleitung des Studienprojekts in der Hochschule.<sup>15</sup>

### **3.3 Struktur der Arbeit**

Qualitätszirkel sind hierarchisch in drei Ebenen gegliedert.<sup>16</sup> Die Qualitätszirkel-Struktur wurde von uns übernommen, entsprechend den Erfordernissen, aber strukturell und inhaltlich modifiziert und um einige weitere Gremien ergänzt.

Die *moderierten themenbezogenen Arbeitsgruppen* setzen sich aus Vertreterinnen pflegerischer Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Bezirksamt, Ärzten, Pflegebedürftigen, Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern zusammen. Beruflich sind es Kranken- und Altenpflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Ärzte, Pädagogen, Verwaltungsfachkräfte und Juristen (Richter) und Vertreter von Selbsthilfeeinrichtungen. Sie bearbeiten moderiert in zweiwöchentlicher Folge mit jeweils zweistündlicher Dauer ein von ihnen gewähltes Thema auf der Grundlage des Qualitätssicherungszyklus.

Die *Moderator/-innen* begleiten und unterstützen nach einer Schulung in Moderation und Methoden die Arbeitsgruppen. Ihnen obliegt die Vor- und Nachbereitung der Arbeitsgruppensitzungen und das Verfassen und Versenden von ergebnisorientierten Protokollen. Sie über-

nehmen im Rahmen der anderen Gremien des Projekts die Protokollierung der Sitzungen. Die Moderatorinnen treffen sich einmal wöchentlich für zwei Stunden strukturiert durch eine mit der Projektleitung abgesprochenen Tagesordnung. Von jeder Sitzung soll ein Protokoll erstellt werden. Ziel ist es ein Forum des Austauschs, der Abstimmung, der Übung, der gegenseitigen Unterstützung und auch des selbstorganisierten Lernens und Arbeitens zu schaffen.

Im *zentralen Gremium* für Qualitätssicherung vertreten sind die Projektleitung des Studienprojekts, die für das Projekt zuständigen Vertreter des Bezirksamts, Vertreterinnen der Moderatorinnen und der Arbeitsgruppen. Das 'Leitungsgremium' ist für das Gesamtgeschehen, die Umsetzung und die Perspektive der Arbeit verantwortlich. Es werden Rahmenbedingungen geklärt, organisatorische und strukturelle Fragen und Probleme thematisiert. Die Treffen finden vier- bis sechswöchentlich für ein bis zwei Stunden unter Moderation der Projektleitung statt.

Neben diesen drei inhaltlich und strukturell veränderten Gremien des Qualitätszirkelmodells richteten wir weitere Gremien ein, die uns als Ergänzung notwendig und sinnvoll erschienen.

Der *Bezirk*, als Träger der regionalen moderierten Qualitätssicherungsaktivitäten, hat es übernommen, für eine für die Arbeit notwendige Infrastruktur und für Ressourcen zu sorgen. Zuständigkeiten wurden ventiliert und Voraussetzungen für eine Umsetzung einer Qualitätssicherung wurden geschaffen, die Informationszentrum und Ansprechpartner für Pflegebedürftige, Angehörige, Professionelle und andere interessierte Menschen sein soll, die anfallenden administrativen Tätigkeiten bewältigt und in engem Austausch und Kontakt mit dem Studienprojekt arbeitet.

Der *Leitung des Studienprojekts* obliegt neben der Verantwortung für den im Rahmen des Studiums stattfindenden Aktivitäten an der Hochschule die fachliche und inhaltliche Verantwortung des Vorhabens: Das betrifft Konzeption, Implementation, Planung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsaktivitäten, Konzeption und Planung der themenzentrierten Diskussionsgruppen sowie die Planung und Ausgestaltung der moderierten Plena. Die fachliche und inhaltliche Arbeit der Moderatoren wird koordiniert und supervidiert durch die Teilnahme an den Zirkeln, durch Vor- und Nachbereitung der Qualitätszirkelsitzungen oder durch Auslagerung von Themen in die reguläre Seminararbeit.

Das *moderierte (Zirkel-)Plenum* wurde als Gremium der Teilnehmer konzipiert. Unterstellt wird damit, daß, bedingt durch die Heterogenität der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen,

ein großer (Gesprächs-) Bedarf zum 'Kennenlernen' besteht, der sich irritierend und kontraproduktiv auf die zielorientierte Zirkelarbeit auswirken kann. Zudem soll das Plenum als Forum des (moderierten) Austauschs über Stand und Ergebnisse der verschiedenen Zirkelgruppen dienen. Am Plenum nehmen auch Interessierte teil, die aus verschiedenen Gründen nicht in einer Arbeitsgruppe mitarbeiten (können). Das Gremium kommt in etwa einmal monatlich zu einem festen Termin zusammen.

Die *themenzentrierte Diskussionsgruppe* dient der Aufarbeitung relevanter, aktueller oder auch von den Teilnehmern gewünschter Themen, die Bezug zur Arbeit der Zirkel haben, aber dort nicht bearbeitet werden können. Dieses fachlich orientierte Plenum wird durch das Studienprojekt oder externe Referenten ausgestaltet. Es hat somit den Charakter einer Fortbildungsveranstaltung, die zugleich auch mit den im Land Berlin für bestimmte Themen verantwortlichen Persönlichkeiten bekannt machen soll. Wichtige Nebenzielstellung ist, in den Gruppen nicht bearbeitbare Themen ‚in den Griff‘ zu bekommen, ohne die Arbeitsfähigkeit der Zirkelgruppen zu beeinträchtigen, und zugleich eine Annäherung der unterschiedlichen Kenntnisstände zu erreichen, die durch die Heterogenität der Zusammensetzung der Zirkel bedingt sind. Die themenzentrierte Veranstaltung findet zu einem festen Termin alle vier bis sechs Wochen im Umfang von zwei Stunden statt.

#### **4. Durchführung**

Die Zusammenarbeit mit pflegerischen Einrichtungen aus der festgelegten Region begann im Februar 1999 mit einer Plenumsitzung, die zugleich als ersten Schritt das gemeinsame Gremium etabliert. Teilgenommen haben vor allem Vertreterinnen von im weitesten Sinn pflegerischen Einrichtungen, der Selbsthilfe, verschiedener kommunalen Verwaltungen und ehrenamtlich Tätige. Vorhaben, Beteiligte, Arbeitsweisen, Instrumente und die geplanten Umsetzungsschritte, auch in ihrer voraussichtlichen zeitlichen Dauer, wurden vorgestellt, erläutert und diskutiert. Der für eine einleitend orientierende Umfrage erarbeitete vierseitige Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung in den pflegerischen Einrichtungen wurde vorgestellt und an die Anwesenden ausgegeben.<sup>17</sup> Die Erhebung sollte einen Überblick über die Struktur der kooperierenden Einrichtungen insgesamt, und vor allem im Hinblick auf den in den Einrichtungen vorhandenen Kenntnisstand zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung ergeben. Gleichzeitig wollten wir eine Orientierung über die von den Teilnehmern im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zu bearbeitenden Themen erhalten. Mit diesem Vorgehen setzten wir uns bewußt darüber hinweg, daß die Themenwahl ausschließlich in den Qualitätszirkel-Arbeitsgruppen erfolgen soll. Angesichts der Heterogenität der Akteure erschien uns eine Fokussierung auf einen den jeweiligen Arbeitsgruppen vorgegebenen Themenbereich sinnvoll und notwendig.<sup>18</sup>

Die Auswertungen zeigten, daß dem Thema 'Qualitätssicherung' eine große Relevanz beigemessen wird. Die Mehrheit der Befragten erachtet regional moderierte Qualitätssicherung als sinnvoll und wichtig. Ein für uns interessantes und überraschendes Ergebnis stellte der hohe Anteil bereits als etabliert dokumentierte, vor allem der internen Qualitätssicherung zuzuordnende Instrumente und Maßnahmen dar: Beispielsweise sind in über 80 Prozent Fallbesprechungen, in über 60 Prozent überprofessionell und -institutionell angelegte Besprechungen, in über der Hälfte der Fälle Qualitätsbeauftragte und in über 40 Prozent der Einrichtungen Qualitätszirkel etabliert. Dieser hoher Anteil an vorhandenen Qualitätssicherungsaktivitäten steht allerdings im Widerspruch zum formulierten Bedarf und Kenntnisstand, der sich in der laufenden Arbeit und auch bei der Befragung offenbart. Insofern ist zu vermuten, daß Qualitätssicherung in Form verschiedener Instrumente zwar etabliert ist (Qualitätsbeauftragte), es aber an der Ausgestaltung fehlt, beziehungsweise institutionalisierte (Dienst-)Besprechungen der vorgegebenen Ausprägung 'Fallbesprechung' zugeordnet worden sind. Eine detaillierte Erhebung muß diese Ergebnisse aufgreifen und deren inhaltliche Ausgestaltung nachfragen.

Aus den von den befragten Einrichtungen genannten zu bearbeitenden Themen kristallisierte sich der große Bereich der Überleitungspflege beziehungsweise der Schnittstellenproblematik zwischen Professionen und Institutionen heraus. Aufgrund der Resonanz des ersten Plenums orientierten wir auf in regelmäßiger Folge arbeitenden Qualitätszirkel- arbeitsgruppen mit jeweils maximal zehn Teilnehmern und formulierten vier, den Bereich der Überleitung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtende Themen für die Arbeitsgruppen, denen sich die Teilnehmer zuordnen sollten. Die vierte Arbeitsgruppe fand nur eine geringe Resonanz, so daß sich die über eine zu große Teilnehmerzahl verfügende dritte Gruppe in einer ersten Sitzung aufgrund gemeinsam vorgenommener thematischer Neuordnung aufteilte. Die Arbeitsgruppen unterscheiden sich über ihre unterschiedlichen Zusammensetzung hinaus vor allem auch durch Themenansatz und individuelle Profile:

1. Arbeitsgruppe: *Vernetzung der Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen*: leitende oder mit organisatorischen/funktionellen Arbeiten betraute Krankenpflegefachkräfte und Mitarbeiterinnen aus ambulanten pflegerischen Einrichtungen, Krankenhäusern, stationären und teilstationären Einrichtungen sowie eine Sozialarbeiterin der Kommunalverwaltung
2. Arbeitsgruppe: *Vernetzung der ambulanten Sozial- und Gesundheitsdienste*: leitende Pflegefachkräfte ambulanter pflegerischer Einrichtungen und Sozialarbeiter aus verschiedenen Abteilungen der Kommunalverwaltung

3. Instrumente der Verbesserung der Zusammenarbeit (thematisch geteilt in zwei Arbeitsgruppen:)

- *Zentrale Kriterien bekannter/genutzter Instrumente:* (leitende) Krankenpflegefachkräfte ambulanter Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, ein Sozialarbeiter der Verwaltung und ein Vertreter der Selbsthilfe.
- *Dokumentation:* leitende Pflegefachkräfte ambulanter Einrichtungen, Mitarbeiterin der Heimleitung, Ärztinnen kommunaler Verwaltungen, eine Seniorenvertreterin, ein eine Selbsthilfeeinrichtung vertretender Betroffener (Jurist) und Sozialarbeiter der Verwaltung (4. personenbezogene Zusammenarbeit; mangels Interesse keine Arbeitsgruppe eingerichtet)

Einige Teilnehmer konnten trotz großen Interesses und der Bitte, weiter im Kontakt mit uns bleiben zu können, aufgrund räumlicher Entfernung, großer Arbeitsbelastung oder auch privater Gründe (Krankheit) nicht weiter teilnehmen. Andere beteiligen sich meist aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen ausschließlich an Plenums- und themenzentrierten Fortbildungsveranstaltungen.

Nach einer längeren Phase des Kennenlernens, die sehr viel Zeit für Gespräche und Diskussionen in den vier Gruppen in Anspruch nahm, wurde unter Zuhilfenahme verschiedener Methoden (Quality Tools) begonnen, die Themenbereiche zu bearbeiten und zu konkretisieren. Dieser Arbeitsschritt hat circa ein dreiviertel Jahr beansprucht. Die längere Zeitdauer ist begründet durch die 'Irrwege', die im Rahmen der Themenfindung gegangen wurden, durch die ungewohnte Situation, methodengeleitet zu arbeiten, und durch die die Zirkelarbeit über Wochen irritierende und teilweise blockierende Diskussion über aktuelle rechtliche und finanzielle Problematiken pflegerischer Leistungserbringung und -abrechnung<sup>19</sup> sowie durch Diskontinuitäten in der Teilnahme, die in jeder Arbeitsgruppensitzung notwendigerweise quasi wieder 'einen Schritt zurück' bedeuteten.

Es haben sich stabile und konstruktive Arbeitszusammenhänge ergeben, die - gerade bedingt durch die Heterogenität der Zusammensetzung - interessante und neue Aspekte zu Tage brachten.

Die Teilnehmer nutzen die sich ergebende überinstitutionelle Kooperation, um sich 'informell' über eine künftig produktivere alltägliche Zusammenarbeit zu verständigen. Insofern sind sich viele Einrichtungen im Versorgungsnetz nähergekommen, und sie regeln sie betreffende Fragen und Konflikte zeitnah und relativ unbürokratisch.

## □ Probleme, Schwierigkeiten, Hindernisse, Lösungen

Die zeitintensive, weil methodengeleitet Methode konfrontierte vor allem während der Phase der Themenfindung die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem 'Annehmen' und 'Lernen' neuer Arbeitsformen, die nicht unmittelbar ein (End-)Ergebnis zeitigten, das es bei der weiteren Bearbeitung sogar wieder verworfen werden konnte. Mit Konkretwerden der Arbeit und des Themas verlor diese Schwierigkeit an Relevanz. Problematisch war die häufig durch unvorhergesehene berufliche Ereignisse diskontinuierliche Teilnahme, die auch zu einer Verlangsamung der Arbeit betrug. Auf Wunsch der Teilnehmer wurde die Frequenz der Arbeitsgruppentreffen verlängert. Seitdem ist die Teilnahme regelmäßig und kontinuierlich - allerdings die Arbeit auch weniger intensiv geworden. Lösbare Probleme bereitet auch der Wechsel der Moderatoren durch die Einbeziehung der Studierenden eines zweiten Studienprojekts.

## □ Vernetzung innerhalb der Pflegeinfrastruktur

Die am Projekt beteiligten Einrichtungen kooperieren inzwischen eng und zum Teil spezifisch miteinander. Die Zusammenarbeit und Verbindlichkeit hat sich wesentlich erhöht. Probleme werden direkt, auch in der Arbeitsgruppe oder auch informell geklärt. Man kann von einer begonnenen, aber auch stabilen Vernetzung in der Region ausgehen.

## **5. Ergebnisse**

Die vier Zirkelarbeitsgruppen kamen zu den folgenden Zwischen- beziehungsweise Endergebnissen:

1a. Ein Instrument zur Überleitung, der 'Bericht zur Pflegeüberleitung', wurde erarbeitet, einem Pretest unterzogen und geringfügig modifiziert. Er wird seit August 2000 - zunächst in den an der Erarbeitung beteiligten Einrichtungen - eingesetzt. Zu dem Überleitungsinstrument haben wir einen Leitfaden erarbeitet, der den Einrichtungen nach einer Schulung des Instruments durch uns zur Verfügung gestellt wird. Im Laufe des Jahres haben weitere Einrichtungen, auch außerhalb Berlins, begonnen, mit dem Überleitungsinstrument zu arbeiten, oder ihr Interesse an dem Bogen bekundet.

1b. Gegen Ende des Jahres entschied eine Arbeitsgruppe, zum Thema 'einrichtungsübergreifendes Beschwerdemanagement' zu arbeiten. Ziel ist, ein Instrument für die Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Beschwerden zu entwickeln. Die Teilnehmer der dritten Arbeitsgruppe schlossen sich diesem Thema an, so daß zwei Arbeitsgruppen

zusammengelegt wurden. Ein erster Rohentwurf liegt gegenwärtig vor, in absehbarer Zeit soll ein Formular vorgelegt, getestet und eingesetzt werden.

2. Erarbeitung von Kriterien für die Bewilligung von Leistungen (der Pflege): Ein Schema ist erarbeitet worden, das modellhaft die Bewilligungswege pflegerischer Leistungen aufgrund Kranken-, Pflegeversicherungsrecht und Bundessozialhilfegesetz darstellt, Schnittstellen zwischen den Gesetzen herausarbeitet und Probleme in der Arbeit der beteiligten Berufsgruppen deutlich werden läßt. (Dies soll nach der Intention der Arbeitsgruppe Hintergrund für die Moderation komplexer Entscheidungssituationen oder von Konflikten bei allen Beteiligten sein.). Die Arbeitsgruppe formuliert zwei Optionen der Weiterarbeit in zwei nach Schwerpunkten unterschiedlichen Gruppen:

- Eine Arbeitsgruppe soll die Bewilligungspraxis verschiedener Berliner Sozialämter am Beispiel des Themenbereichs synoptisch erarbeiten, um schließlich ein weitgehend standardisiertes und möglichst einheitliches Vorgehen für die ganz überwiegende Zahl der Entscheidungen vorzuschlagen.
- Eine inhaltliche Arbeit am Thema Bewilligung pflegerischer Leistung soll durch das Hinzuziehen von Hausärzten und Kassenvertretern konkretisiert werden, mit dem Ziel neben der 'abstrakten' Bewilligungspraxis quasi einzelne (prototypische) Fälle in Fallkonferenzen zu analysieren.

3. Erarbeitung des Instruments ‚Sozialvisite‘: Die Arbeitsgruppe legt eine eigenständige und konsistente pflegebezogene Definition von Sozialvisite vor. Die Einberufung und Problemlösungskompetenz einer Sozialvisite wird an die Voraussetzung eines vorliegenden (stark) erhöhten Koordinierungsbedarfs (mit dem entsprechenden hohen Kommunikations- und komplexen Handlungsbedarf regelhaft nicht verbundener Komponenten (Professionen, Institutionen) des Versorgungssystems) gebunden. In einem nächsten Arbeitsschritt ging es darum, Kriterien zu erarbeiten, die einen erhöhten Koordinationsbedarf definieren. Eine Checkliste und ein auf zwei Ebenen der Konkretion und Differenzierung ausgestaltetes sehr ausführliches Instrument sind entstanden, allerdings unter wesentlicher Einflußnahme auch der Projektleitung im Hinblick auf Ausrichtung, Ausgestaltung und Inhalt. (Das Instrument ist noch nicht getestet. Der Einsatz ist sehr aufwendig und wird vermutlich in anderem Kontext durch uns erfolgen.)

- Die Arbeitsgruppe beendet die Arbeit am Thema Sozialvisite.
- Sie hat sich für eine Zusammenarbeit mit der ersten Arbeitsgruppe zum 'einrichtungsübergreifenden Beschwerdemanagement' entschieden.

4. Schulung zur Dokumentation in der Pflege - Erarbeitung einer Beispielschulung: Nach der Themenfindung kam die Gruppe überein, den angenommenen Schulungsbedarf zur Dokumentation in ambulanten Pflegeeinrichtungen durch eine Befragung zu validieren. Ein entsprechendes Erhebungsinstrument wurde erarbeitet und eingesetzt. Die Ergebnisse bestätigten den Bedarf an Schulungen vor allem zu den Themen der (sozial-) rechtlichen Regelungen und zum Schreiben von Pflegeberichten. Das Vorhaben, eine Beispielschulung zu entwickeln, wurde von den Teilnehmern aufgrund unzureichender pflegfachlicher Beteiligung in der Arbeitsgruppe ausgesetzt.

- Praxis (Auswirkungen für die Pflegepraxis, Kosten-Nutzen-Abschätzung für die Projekteinrichtung, Kosten-Nutzen-Abschätzung bei der Übertragung auf andere Einrichtungen)
- Forschung/Theorie (Auswirkungen für die pflegewissenschaftliche Entwicklung, Auswirkungen für andere wissenschaftliche Disziplinen)

Der mehrjährige Verlauf der Qualitätssicherungsarbeit im geförderten Transferprojekt bestätigt Planung und Konzept, anlegte Struktur und Umsetzung des Vorhabens in jeder Hinsicht. Die Teilnehmer wollen auch nach Abschluß des gegenwärtig bearbeitenden Themas zu einem neuen Thema, allerdings unter den gegebenen Rahmenbedingungen weiterarbeiten. Die im Bericht skizzierten Probleme in der Arbeit unterstreichen die Relevanz der Netzwerkstruktur auf zwei Ebenen:

- Auf der Ebene des Theorie-Praxis-Transfers (oder -Netzwerks) erwartet die Praxis 'theoretischen' Input bis zur Vorgabe der zu bearbeitenden Themen von der Seite der Hochschule. Der Input in die Zirkelarbeitsgruppen wird produktiv und mit Interesse aufgenommen und unter Anleitung und Unterstützung umgesetzt. Strukturen und Settings des Projekts sind sicherlich mitverantwortlich für die produktive und kooperative Realisierung des Vorhabens: Die aufeinander bezogenen unterschiedlichen Rollen (sehr erfahrene Teilnehmer aus unterschiedlicher Praxis; Studierende als Moderatorinnen) sind angemessen definiert und finden wechselseitig Akzeptanz. Auch die fachlich ergänzende und absichernde Strukturierung, periodische Zusammenführung von Zwischenergebnissen der laufenden Arbeit und Auslagerung von nicht bearbeitbaren übergreifenden Themen, hat sich, getragen von hoher Zustimmung der Teilnehmerinnen, als integrierte Fortbildung sowohl für die Praxis als auch für das laufende Seminarangebot an der Hochschule als sinnvoll und produktiv erwiesen. Durch das Einbeziehen von Verantwortungsträgern aus der Region sind Schwellen herabgesetzt und Kommunikationswege gebahnt worden. Darin kann ein weiterer Beitrag zur Vernetzung gesehen werden. Die gelungene Netzwerk-Implementierung wird gegenwärtig beispielsweise auch dadurch deutlich, daß die zur Zeit ausgesetzten Angebote

regelmäßig nachgefragt werden. Insofern ist mit dem Aufbau einer offenen und komplexen Netzwerkstruktur begonnen worden. Sehr zögerlich gelingt eine weitere Einbeziehung von Teilnehmern in die Struktur unserer Arbeit und die Übernahme von Zuständigkeit und Verantwortung im Sinne von Verselbständigung. Die Umsetzung dieses Anspruch wird sicherlich auch nur begrenzt möglich sein und in kleinen Schritten von statten gehen können. Hier wirkt sich die relativ strikte Arbeitsteilung aus. Die laufend zum Ausdruck kommenden tradierten und fest etablierten Verständnisse und Haltungen zu lockern und eine gewisse Flexibilität, prinzipielle Offenheit und Kreativität als Basisansatz zu erreichen, wird Zeit beanspruchen und sicher nur in Teilbereichen zu verwirklichen sein. Ziel muß sein, Bedeutung, Notwendigkeit und Selbstverständlichkeit der Reflexion (Supervision, Nachfrage und Gespräch, Forschung oder pflegewissenschaftlicher Arbeit) für die pflegerische Praxis und die Qualitätssicherung<sup>20</sup> zu erkennen und die Chance der Umsetzung zu nutzen. Die Datenerhebung, -auswertung, Rückvermittlung der Ergebnisse zum Beispiel aus den Überleitungsberichten und ihre Interpretation bieten geradezu ideale Möglichkeiten, bei denen in der Herausverlagerung von Arbeiten an die Hochschule obendrein den qualifikatorischen Prozessen der Studierenden Rechnung getragen werden kann.

- Auf der Ebene der Zusammenarbeit der Einrichtungen haben sich produktive Arbeitsbeziehungen ergeben. Die Sinnhaftigkeit einer stärker auf Kooperation ausgerichteten Arbeit hat sich im Arbeitsalltag der Teilnehmerinnen ausgewirkt: Die Zusammenarbeit der Einrichtungen hat sich verbessert, Ansprechpartner sind bekannt, bestehende Probleme wie 'der Umgang mit einrichtungsübergreifenden Beschwerden' sind thematisiert und Gegenstand der Bearbeitung in den Arbeitsgruppen oder auch unmittelbar gefundener Lösungen geworden. Rahmenkriterien qualitätssichernder Arbeit und des moderativen Umgangs miteinander haben deutlich bemerkbar Eingang bei Personen und Einrichtungen gefunden. Insofern ist hier zugleich auch ein Praxisnetzwerk entstanden, das sich zu entwickeln beginnt.

Nur zögerlich kommt die intendierte Verankerung von Servicefunktionen und moderierter Qualitätssicherung in der Verwaltung voran, zumal eine sich zwischenzeitlich abzeichnende, aber nicht unproblematische Lösung, dies der bezirklichen Heimaufsicht unter Wahrung des eigenständigen Charakters dieser Form der Qualitätssicherung quasi 'anzudocken', durch die Zentralisierung der Heimaufsicht im Bundesland zerschlagen hat. Aufgrund der Diskussionen, die wir im Leitungsgremium des Qualitätszirkels während der gesamten Projektlaufzeit geführt haben, läßt sich sagen, daß Interesse und Bereitschaft zur Unterstützung (Räume, Finanzierung in geringem Umfang, Ausstattung) durchaus gegeben sind. Personell und inhaltlich muß diese Aufgabe jedoch von uns erfüllt werden.

## 6. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

- Hinweise zu Vorgehensweisen
- Hinweise zur Schaffung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen
- Hinweise zur Motivation der Mitarbeiter/innen
- Hinweise zu Kostenschätzung und Finanzierung (alle Finanzierungsquellen)

Das Projekt zeigt Ansatzpunkte auf, die Zusammenarbeit von Hochschule und Praxis enger zu gestalten. Hierzu ist Flexibilität, Offenheit und Zeit auf beiden Seiten erforderlich. Das Vorhaben ist sehr zeitaufwendig und arbeitsintensiv. Es bedarf in Ansatz und Setting einer pflegewissenschaftlichen Anbindung. Die Probleme der Einbeziehung und Übernahme von Verantwortung durch die Praxis sind beschrieben (s. 5.).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der pflegerischen Einrichtungen waren sehr interessiert und motiviert. Die Motivation ist, bedingt durch die zeitintensive Bearbeitung des Themas und das methodengeleitete Arbeiten nicht selten Belastungsproben ausgesetzt. Hier wird es immer wieder notwendig, Struktur und Vorgehensweise der Bearbeitung zu erläutern, den Sinn methodengeleiteten Arbeitens (vs. erfahrungsbasierten Austauschs) gerade auch für die Umsetzung der Ergebnisse in die pflegerische Praxis zu betonen. Dies ist vor allem auch erforderlich um deutlich zu machen, daß methodisches und strukturiertes Arbeiten keine ausschließlich wissenschaftliche Domäne ist, beziehungsweise vorrangig dem wissenschaftlichen Interesse dient. Die sensiblen Gruppenprozesse erfordern eine kompetente (und sensible) Moderation und Supervision der Arbeitsgruppen. Nur so konnten Motivationsprobleme aufgefangen und bearbeitet werden. In einigen Fällen konnten wir dieses Setting nicht realisieren (z .B. in der Moderation), das schlägt sich in Kontinuität und Engagement der Teilnahme nieder.

Die Ausbildung kompetenter Moderationen erfordert zeitlich umfangreiche und kostenintensive Schulungen und Trainings. Das sehr arbeitsintensive Management des Projekts ist eigentlich im Rahmen geregelter Arbeitsdeputate nicht und auch nicht ausschließlich ehrenamtlich zu bewältigen. Der Aufbau einer Infrastruktur, die Routinarbeiten, Kommunikation und Information 'abdeckt', ist aus dem Budget nicht zu finanzieren.

## **7. Verweise auf weitere Veröffentlichungen zum Projekt (z.B. Informationsbroschüre, Homepage, Fachzeitschriften)**

- Dangel-Vogelsang, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Bezirk Berlin-Wilmersdorf. Berlin (Unveröffentlichter Zwischenbericht) Februar 2000.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Bezirk Berlin-Wilmersdorf. Berlin (Unveröffentlichter Bericht) August 2001.
- Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Bericht zur Pflegeüberleitung muß von allen Beteiligten verstanden werden. Pflegezeitschrift (7): 475-478, 2001.
- Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung - Ansatz und Implementation eines berufe- und institutionenübergreifenden Qualitätssicherungsprojekts. Pflege 14 (5): 2001
- in Vorbereitung: Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Projektdarstellung. erscheint als Pflegedokumentation in der Pflegezeitschrift vermutlich Februar 2002.
- geplant: Dies.: Auswertung der Daten der Überleitungsberichte

Ein umfangreicher Praktikumsbericht (circa 200 Seiten) ist von acht Studierenden des ersten Projektseminars über das 80tägige Praktikum erstellt worden. Drei Studierende aus dem ersten Projektseminar haben im Rahmen des Projektthemas ihre Diplomarbeit geschrieben.

## **8. Literaturhinweise, Adressen**

Al-Assaf, A. F. and June A. Schmele (ed.): The textbook of quality in healthcare. Delray Beach (St. Lucie Press) 1993.

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätssprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege, ... in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege), ... in der Kurzzeitpflege vom 31.5.1996. Bundesanzeiger 48 (152a) vom 15.8.1996. ... in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996. Bundesanzeiger 48 (213) vom 14.11.1996.

Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz am 9./10.6.1999 in Trier: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen.

- Bezirksamt Wilmersdorf von Berlin, Abtlg. Soziales und Gesundheit (Hg.): Fachtagung, Qualitätssicherung in der Pflege unter Berücksichtigung der ambulanten und teilstationären Versorgung'. Berlin (Eigenverlag) 1998.
- Borg, Ingwer: Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Theorien, Tools und Praxiserfahrung. Göttingen (Verlag für Angewandte Psychologie) 2000.
- Bouchier, J., S. Beck and I. Russell (eds.): Quality assurance in medical care. Edinburgh (The Royal Society of Edinburgh) 1993.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Abschlußbericht Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden (Nomos) 1996.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Textausgabe Pflegeversicherungsgesetz. Bonn (Eigenverlag) 1999.
- Dass.: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Stand 25.5.1999.
- Dass.: Begründung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000).
- Bundesrat Drucksache 200/97: Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG).
- Bundesrat: Gesetzbeschuß des Deutschen Bundestages: Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG). Drucksache: 456/01.
- Bungard, Walter: (Hg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Ziele, Erfahrungen, Probleme. Göttingen (Verlag für Angewandte Psychologie) 1992.
- Dahlgaard, Knut und Doris Schiemann: Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Abschlußbericht Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden (Nomos) 1996, Teil 1, S. 1-79.
- Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Konzept und Relevanz der Qualitätssicherung in der sozialen Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für die Professionalisierung der Pflege. Sozialer Fortschritt 34 (10): 246-253, 2000.
- Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Bericht zur Pflegeüberleitung muß von allen Beteiligten verstanden werden. Pflegezeitschrift (7): 475-478, 2001.
- Dangel, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung - Ansatz und Implementation eines berufe- und institutionenübergreifenden Qualitätssicherungsprojekts. Pflege 14 (5): 2001.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel: Qualitätssicherung in der Pflege. Konzepte, Methoden. Institutionalisierung. Hamburg (E.B.-Verlag) 1999.

- Dangel-Vogelsang, Bärbel, Eckhard Holthaus, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Außerklinische Geburtshilfe in Hessen. Wie modern ist die Hebammengenerationshilfe? Hamburg (E.B.-Verlag) 1997.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe. Begründung und Vorschlag der Realisierung. Pflege 11 (6): 342-349, 1998.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Bezirk Berlin-Wilmersdorf. Berlin (Unveröffentlichter Zwischenbericht) Februar 2000.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel und Johannes Korporal: Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überleitungspflege und der Institutionalisierung fachlicher Kommunikation zwischen Einrichtungen der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Bezirk Berlin-Wilmersdorf. Berlin (Unveröffentlichter Bericht) August 2001.
- Dauschner, Ulrich: Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. Neuwied (Luchterhand) 1996.
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (Hg.): Begriffe zum Qualitätsmanagement. Berlin (Beuth) 1995.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hg.): Erste Hinweise der DKG zur Einrichtung und Umsetzung von interner Qualitätssicherung in der stationären Krankenpflege. Anlage 1 zum Rundschreiben Nr. 204/96, 27.9.1996.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hg.): Grundsätze und Empfehlungen der DKG zur internen Qualitätssicherung in der stationären Krankenpflege. Anlage 2 zum Rundschreiben Nr. 204/96, 27.9.1996.
- Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG). Drucksache 14/5395.
- Fischer, Norbert: Politische Offensive zur Gewährleistung und systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen. In: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 1997.
- François-Kettner, Hedwig: Einführung der Stationsgebundenen Qualitätssicherung im Universitätsklinikum Benjamin Franklin - ein Werkstattbericht -. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Abschlußbericht Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden (Nomos) 1996, Teil 2, 1-182.
- Giebing, Hannie: Pflegerische Qualitätssicherung - ein dynamischer Prozeß. Krankenpflege (11): 575-578, 1990.

- Giebing, Hannie: Pflegerische Qualitätssicherung in kurzem Überblick. *Krankenpflege* (1): 2-6, 1991.
- Giebing, Hannie: Qualitätssicherung in den Niederlanden. Eine Philosophie für die Praxis. *Die Schwester/Der Pfleger* 30 (12): 1109-1111, 1991.
- Giebing, Hannie: Qualitätssicherung in der Praxis. In: Robert Bosch Stiftung (Hg.): Was ist eine gute Krankenpflege in unserer Gesellschaft wert? Beiträge und Ergebnisse der Fachtagung für leitende Frauen und Männer aus krankenpflegerischen Berufen. Gerlingen (Bleicher) 1991, S. 47-56.
- Giebing, Hannie: Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis. Bocholt (Eicanos) 1996.
- Görres, Stefan: Qualitätssicherung und standardisierte Verfahren - eine kritische Auseinandersetzung. *Pflege* 9 (4): 300-306, 1996.
- Görres, Stefan: Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern (Huber) 1999.
- Görres, Stefan, Karin Luckey und Jens Stappenbeck: Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Bern (Huber) 1997.
- Kaltenbach, Tobias: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. Melsungen (Bibliomed) 1993.
- Kitson, Alison: Quality assurance in nursing practice. In: Bouchier, J., S. Beck and I. Russell (eds.): Quality assurance in medical care. Edinburgh (The Royal Society of Edinburgh) 1993, p 143-163.
- Klebert, Karin, Einhard Schrader und Walter G. Straub: Kurzmoderation. Anwendung der Moderationsmethode in Betrieb, Schule und Hochschule, Kirche und Politik, Sozialbereich und Familie bei Besprechungen und Präsentation. Hamburg (Windmühle) 1987.
- Klebert, Karin, Einhard Schrader und Walter G. Straub: Moderationsmethode. Gestaltung der Meinungs- und Willensbildung in Gruppen, die miteinander lernen und leben, arbeiten und spielen. Hamburg (Windmühle) 1987.
- Korporal, Johannes und Bärbel Dangel-Vogelsang: Qualitätssicherung in der ambulanten gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im Hinblick auf Möglichkeiten eines kommunalen Bezirks. In: Bezirksamt Wilmersdorf von Berlin, Abtlg. Soziales und Gesundheit (Hg.): Fachtagung ‚Qualitätssicherung in der Pflege unter Berücksichtigung der ambulanten und teilstationären Versorgung‘. Berlin (Eigenverlag) 1998, S. 11-16.
- Krauskopf, Dieter (Hg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. München (Beck) 1997.
- Kreysch, W.: Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung. In: Masing, Walter (Hg.): Handbuch Qualitätsmanagement. München (Hanser) 1994, S. 849-867.
- Masing, Walter (Hg.): Handbuch Qualitätsmanagement. München (Hanser) 1994.

- MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege nach SGB XI. O. O. (Eigenverlag) 1996.
- Parsley, Karen and Philmena Corrigan: Quality Improvement in Nursing and Healthcare. London (Chapman&Hall), 1994.
- Reerink, E.: Qualitätssicherung in den Niederlanden - Erfahrungen mit der interkollegialen Qualitätssicherung im Krankenhaus. In: Selbmann, Hans Konrad (Hg.): Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Gerlingen (Bleicher) 1984, S. 61-84.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Reihe Materialien und Berichte Band 46. Gerlingen (Bleicher) 1996.
- Roes., Martina: Interne Prozeßberatung im Kontext einer lernenden Organisation. Pflegemagazin 1 (1): 6-13, 2000.
- Schroeder, Patricia (ed.): Improving Quality and performance. Concepts, Programs, and Techniques. St. Louis (Mosby) 1994.
- Schroeder, Patricia: Improving Quality and performance: The Concepts. In: Schroeder Patricia (ed.): Improving Quality and performance. Concepts, Programs, and Techniques St. Louis (Mosby) 1994, p 3-11.
- Schroeder, Patricia: Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Konzepte, Programme und Methoden des Total Quality Managements. Bern (Huber) 1998.
- Seifert, Josef W. und Hardy Wagner (Hg.): Visualisieren - Präsentieren - Moderieren. Offenbach (Gabal) 1997.
- Selbmann, Hans Konrad (Hg.): Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Gerlingen (Bleicher) 1984.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hg.): Pflegepolitik im Land Berlin. Standortbestimmung, Handlungsrahmen, Landespflegeplan. Berlin (Eigenverlag) 1999.
- Studienordnung für den Studiengang ‚Pflege/Pflegemanagement‘ an der Alice-Salomon-Fachhochschule. Amtliches Mitteilungsblatt 7/94 vom 13.5.1994.
- Zink, Klaus J.: Der erweiterte Qualitätsbegriff. In: Bungard, Walter: (Hg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Ziele, Erfahrungen, Probleme. Göttingen (Verlag für Angewandte Psychologie) 1992, S. 25-36.

## **9. Vorstellung der Projektbeteiligten**

Dangel, Bärbel, Diplom-Pflegewirtin; Krankenschwester, Tätigkeit in der klinischen und ambulanten Krankenpflege, Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und Geschichte und Pflege/ Pflegemanagement an der FU-Berlin und der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; Diplomarbeit zur Qualitätssicherung in der Pflege 1997; Wissenschaftliche Mitarbeiterin in pflegewissenschaftlichen Forschungsvorhaben, Lehrbeauftragte an der Alice-Salomon-Fachhochschule; Promotionsstipendium der Hans-Böckler-Stiftung, Veröffentlichungen zur

Qualitätssicherung, pflegewissenschaftlichen Themen, Rehabilitation und Migration und Gesundheit.

Korporal, Johannes, Prof. Dr. med. Dipl. Soz., wissenschaftliche Mitarbeit im Sonderforschungsbereich 29 der DFG, Embryonalpharmakologie, an der FU Berlin; seit 1976 Hochschullehrer für Sozialmedizin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Arbeiten zu Morbidität, Mortalität, Gesundheit, Pflege und Rehabilitation, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von innovativen Praxisprojekten der gesundheitlichen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluß und Anlage. Trier (unveröffentlichtes Beschlußpapier) 1999.

<sup>2</sup> Die Methode wurde gewählt, weil es die einzige Qualitätssicherungsmethode ist, die spezifisch in der 'Pflege' entwickelt worden ist und eingesetzt wird. Sie ist prozeßhaft angelegt und basiert auf einer Zirkelstruktur, was der Heterogenität der Teilnehmenden im Hinblick auf Profession, Institution und Person, aber auch dem komplexen Management des Vorhabens entgegenkommt. Centraal Begeleidingsorgan Voor De Intercollegiale Toetsing (CBO). Die CBO ist die 'Nationale Organisation für Qualitätssicherung im Krankenhaus'.

<sup>3</sup> Damit ist natürlich das Problem verbunden, wie der Prozeß und die Ergebnisse der qualitätssichernden Arbeit in die laufende Arbeit der einzelnen Einrichtungen einbezogen beziehungsweise auf sie rückbezogen werden. Hier war es im bisherigen Verlauf des Vorhabens interessant, wie vielfältig während der Arbeit ‚abfallende‘ und eher beiläufig gewonnene Ergebnisse unmittelbar in die Arbeit eingegangen sind, zum Beispiel konkrete Lösungen von Überleitungsproblemen oder wechselseitige Klärungen und Vereinbarungen mit Leistungsträgern (Sozialamt) hinsichtlich Begutachtung oder Bewilligung. Der systematische Rückbezug der Zirkelarbeit und die Umsetzung über die Zirkelteilnehmer liegt allerdings noch vor uns.

<sup>4</sup> Ein in dieser Weise angelegter Qualitätssicherungsansatz kann nur eingeschränkt in die bislang übliche Kategorisierung qualitätssichernder Maßnahmen aufgenommen werden. Strukturell ist der Ansatz als eine interne Methode zu charakterisieren (bottom up). Allerdings ist sie einrichtungsextern angesiedelt. Sie würde dementsprechend als eine externe Methode bezeichnet werden müssen. In ähnlicher Weise läßt sich die Zuordnung zu ‚zentral‘ oder ‚dezentral‘ festlegen. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie wenig schlüssig und erklärend verfügbare Kategorien sind, und begründet die Notwendigkeit eines neuen Klassifizierungssystems. Dangel-Vogelsang, Bärbel: Qualitätssicherung und Pflege. Konzepte, Methoden, Institutionalisierung. Hamburg (E. B.-Verlag) 1999, S. 39-52.

<sup>5</sup> Giebing, Hannie: Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis. Bocholt (Eicanos) 1996.

<sup>6</sup> Vgl. Giebing, Hannie: Pflegerische ..., a. a. O. Dahlgaard, Knut und Doris Schiemann: Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Abschlußbericht Qualitätsentwicklung in der Pflege. Baden-Baden (Nomos) 1996, Teil 1, S. 1-79.

<sup>7</sup> (Pflegerische) Werte umfassen gesellschaftliche und professionelle Werte und wissenschaftliche Erkenntnisse.

<sup>8</sup> Bei der Einführung der Methode wird von der CBO empfohlen, ‚kleine‘ und überschaubare Themen zu wählen. Ein Zyklus-Durchlauf wird mit drei bis sechs Monaten, bei komplexen Themen länger, angegeben.

<sup>9</sup> Die Geeignetheit eines Themas wird anhand verschiedener Methoden überprüft.

<sup>10</sup> RUMBA-Forderungen: Relevant (bezogen auf das Thema), understandable, measurable, behavioural (bezogen auf wahrnehmbares Verhalten), attainable.

<sup>11</sup> Zum Beispiel die schriftliche und mündliche Befragung, verschiedene Varianten der Beobachtung und die Dokumentenanalyse.

<sup>12</sup> Wurde das Kriterium auf noch unerreichbarem Qualitätsniveau angesiedelt, muß eine Anpassung an die Realität erfolgen. Zeigt sich, daß Qualitätsabweichungen nicht zugelassen werden sollen, müssen Änderungsaktivitäten geplant werden. War das Erhebungsinstrument nicht adäquat, muß die Erhebung wiederholt werden.

<sup>13</sup> Wird ein Thema wieder aufgegriffen, setzt es mit dem 4. Schritt ein, der 5. und 6. folgen.

<sup>14</sup> Die Fokussierung der Teilnehmer auf den Themenkomplex ‚Schnittstellenproblematik‘ und ‚Überleitung‘ bestätigt dies. Durch die Heterogenität der Zusammensetzung der Qualitätszirkel-Arbeitsgruppen ist Zeit ‚zum Kennenlernen‘ erforderlich, bevor die inhaltliche Arbeit produktiv und zielorientiert beginnt.

<sup>15</sup> Pflegefachkräfte, auch in Leitungspositionen, sind nicht ausgebildet in den Methoden der empirischen Sozialforschung und deshalb mit der Anwendung und Entwicklung im Rahmen der Zirkelarbeit - wie sie von CBO vorgesehen ist - überfordert. Es ist in Rechnung zu stellen, daß in den Niederlanden die pflegerische Ausbildung an Hochschulen stattfindet. Hier erfolgt (vermutlich) eine Anwendung und Vermittlung von Grundkenntnissen der Pflegeforschung.

<sup>16</sup> Qualitätszirkel werden in der Regel innerbetrieblich gebildet. Sie werden in Arbeitsgruppen, Koordinatoren und ein Gremium zur Steuerung der Aktivitäten gegliedert. Verschiedene Beispiele finden sich in: Bungard, Walter: (Hg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Ziele, Erfahrungen, Probleme. Göttingen (Verlag für Angewandte Psychologie) 1992. Görres, Stefan, Karin Luckey und Jens Stappenbeck: Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Bern (Huber) 1997. Zink, Klaus J.: Der erweiterte Qualitätsbegriff. In: Bungard, Walter: (Hg.): Qualitätszirkel ..., a. a. O., S. 25-36.

<sup>17</sup> Der Bogen wurde an die pflegerischen Einrichtungen der Region und überregional in Berlin an alle privaten Pflegedienste mit einem Begleitschreiben verschickt. Interesse und Beteiligung in der gewählten Region waren relativ hoch, qualitativ sind alle Träger pflegerischer Einrichtungen (Krankenhäuser, Heime, Sozialstationen, private Einrichtungen der ambulanten Pflege u. a.) durch mehr als nur eine Einrichtung vertreten. Die Daten der zurückgesandten Bögen wurden in einer Datenbank erfaßt, mit dem statistischen Analysepaket SPSS ausgewertet als Ergebnisse in ein Zirkelplenum eingebracht.

<sup>18</sup> Ohne eine solche Groborientierung wäre der Zeitaufwand der Themenfindung vermutlich im Ergebnis unproduktiv und demotivierend verlaufen.

<sup>19</sup> Hier ging es vor allem um zwei Leistungsverträge aufgrund § 132 a SGB V zur häuslichen Krankenpflege, die auf Kassenseite im Land Berlin nicht nur mehr nicht ‚gemeinsam und einheitlich‘ vereinbart worden waren, sondern eine zum Teil deutliche Absenkung der Tarife und nicht unproblematische und fachlich nicht konsistente Regelungen zur Qualitätssicherung enthielten und deren Nichtunterzeichnung einem Ausschluß von der Leistungserbringung gleichkam.

<sup>20</sup> Gemeint sind hier alle Bereiche und Ebenen pflegerischer Tätigkeiten.