

PUNKT FÜR PUNKT ZUR QUALITÄT

Kennzahlensystem als Werkzeug zur Selbsteinschätzung

Für viele Bereiche der ambulanten Pflege – vor allem bei Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung – haben sich Kennzahlensysteme etabliert. Mit ihrer Hilfe werden Arbeitsabläufe bewertet, Strukturen durchleuchtet und Entwicklungen aufgezeigt. Andreas Heiber stellt ein Modell vor, um mit Hilfe von Kennzahlen auch die Pflegequalität einer Einrichtung transparent zu machen.

Für viele Bereiche der ambulanten Pflege, vor allem im Bereich der Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung, haben sich Kennzahlensysteme etabliert, mit deren Hilfe Arbeitsabläufe bewertet, Strukturen durchleuchtet und Entwicklungen aufgezeigt werden können. Lediglich im Bereich der Pflegequalität gibt es keine vergleichbaren Entwicklungen. In der Pflege wurden bislang keine Kennzahlensysteme angewendet. Woher kommt das? Die gute Qualität der Pflege scheint gleichsam vorausgesetzt zu sein, obwohl die Realität zum Teil anders aussieht. Eine gute Qualität ist nicht immer gewährleistet, eine gute Qualität hängt auch nicht allein beispielsweise vom Fachkräfteanteil ab. Ein Werkzeug zur Selbsteinschätzung, zur Entwicklung von Kennzahlen ist hier genauso notwendig und hilfreich wie in den oben erwähnten klassischen Kennzahlbereichen. Allerdings ist es erheblich schwieriger, hierfür Kennzahlen zu entwickeln. Pflege und vor allem ambulante Pflege ist eine sehr individuelle Tätigkeit, spezifisch auf die einzelne persönliche und häusliche Lebenssituation angepaßt und hochgradig von Veränderungen abhängig. Die hier Tätigen müssen täglich neu ihre Arbeitssituation reflektieren und ihre Arbeit situativ anpassen. Gerade deshalb scheint es auf den ersten Blick auch unmöglich, Vergleichsparameter zu entwickeln und individuelle Situationen vergleichbar zu machen.

Das hier dargestellte System geht daher auch nicht auf die unmittelbare Pflegearbeit und deren Durchführungsqualität ein. Hier könnten nur individuelle und situationsabhängige Gutachten eine Pflegesitua-

tion einschätzen, immer in Verbindung mit dem klassischen Problem der Auslegung und der Unvergleichbarkeit. Der eine Gutachter beurteilt die Hilfestellung bei der Mobilität als sachgerecht, der andere als zuwenig aktivierend.

Um diesen Konflikt zu vermeiden, geht das dargestellte Modell von folgender These aus: Sind äußere Rahmenbedingungen zur Erbringung der konkreten Pflegeleistungen in einer gewissen Qualität vorhanden, so ist mutmaßlich die dann geleistete Pflegearbeit qualitativ hochwertiger, als wenn die benannten Rahmenbedingungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind. Liegt beispielsweise eine schriftliche ganzheitliche Pflegeplanung vor, wird vermutlich eher auch danach gehandelt und gepflegt, als wenn eine solche schriftlich fixierte Planung nicht vorliegt. Je bewußter bestimmte Teilbereiche der eigenen Arbeit dargestellt sind, in diesem Sinne auch: je professioneller, desto hochwertiger wird vermutlich auch die Durchführung sein.

Auf diese These aufbauend, werden für acht Themenbereiche Fragen und Strukturdaten definiert und abgefragt. Der Rahmen für das Handeln der Einrichtung ist das Leitbild, dieser Rahmen umfaßt alle anderen Schritte von Kundenorientierung über Ausbildungsniveau, Fortbildungsplanung, Pflegestandards, Pflegedokumentation, Pflegeüberprüfung/Pflegevisite bis hin zur Qualitätssicherung.

Im folgenden werden nun die einzelnen Teilbereiche kurz vorgestellt:

Checkliste

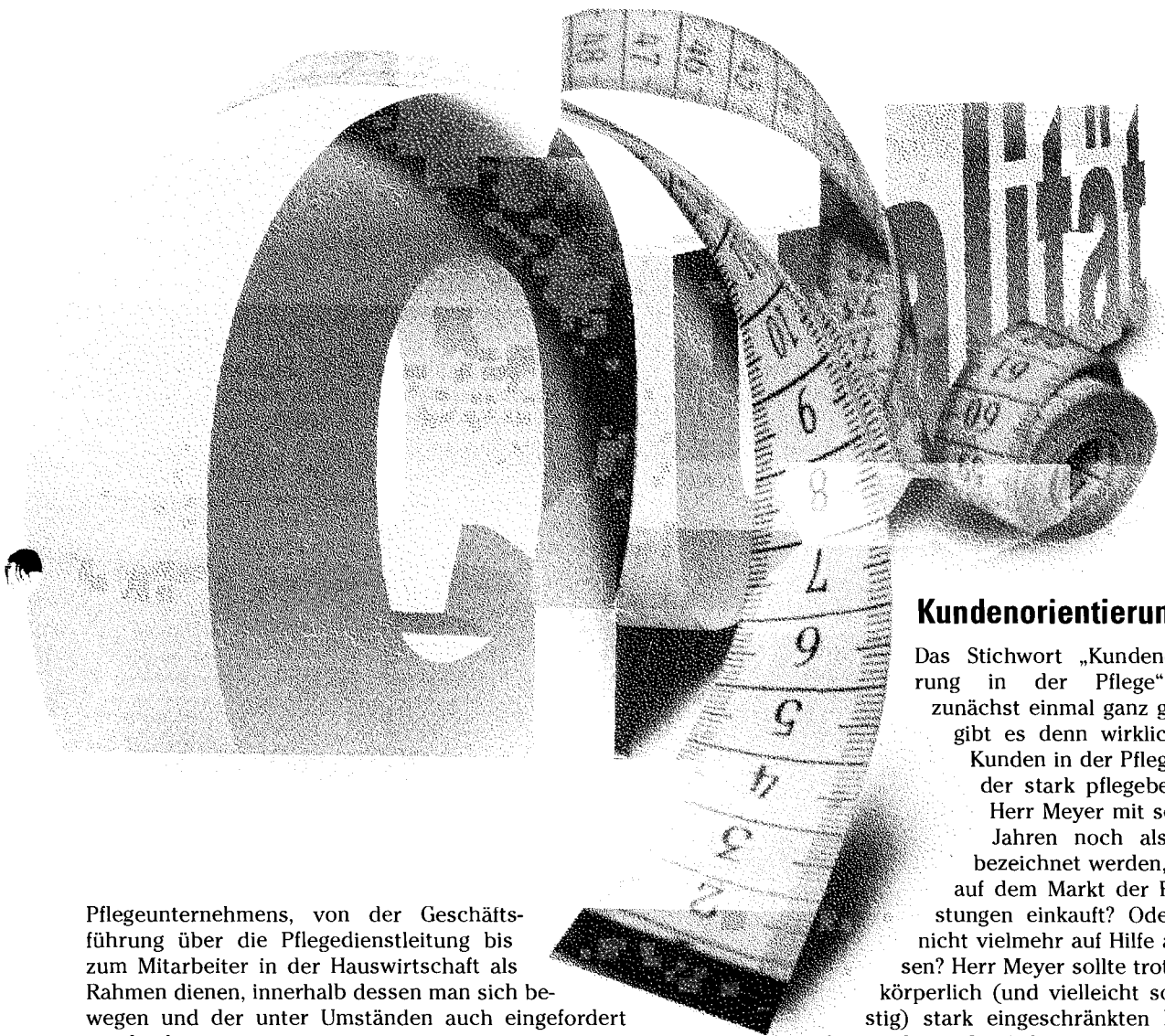
- **Das vorgestellte Modell beurteilt, ob die äußeren Rahmenbedingungen zur Erbringung konkreter Pflegeleistungen in einer gewissen Qualität vorhanden sind**
- **Je bewußter Teilbereiche der eigenen Arbeit dargestellt sind, desto hochwertiger ist vermutlich die Durchführung**
- **Für acht Themenbereiche werden Fragen und Strukturdaten definiert und abgefragt**
- **Die Teilergebnisse werden zum Schluß ins Verhältnis gesetzt, um konkrete Orientierungswerte zu erhalten**

Das Leitbild

„Das Leitbild wirkt wie eine Leitplanke: Sie hält die Autos auf der Spur und in der Richtung und verhindert damit das Ausbrechen nach rechts oder links“ (Claus Lüders, Nürnberg). Dieses Zitat gibt sehr schön die Funktion und Möglichkeiten eines Leitbildes wieder. Es kann für alle Mitarbeiter eines



Der Autor: Andreas Heiber ist Inhaber der Unternehmensberatung System & Praxis in Ruhwinkel und in der Fortbildung für Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste tätig



Pflegeunternehmens, von der Geschäftsführung über die Pflegedienstleitung bis zum Mitarbeiter in der Hauswirtschaft als Rahmen dienen, innerhalb dessen man sich bewegen und der unter Umständen auch eingefordert werden kann.

In vielen Pflegeeinrichtungen, besonders in solchen größerer Träger, sind (Träger)leitbilder vorhanden. Es ist zu beobachten, daß diese zwar von einer kleinen Gruppe mit viel Energie und Elan erarbeitet worden sind. Allerdings entfalten sie dann für die einzelne angeschlossene Einrichtung oft nur noch eine geringe Wirkung nach dem Motto: Falls der MDK (im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI) kommt, haben wir ein Leitbild zum Vorzeigen.

Dabei bietet ein gemeinsames Leitbild gerade für größere Verbände mit gleichem „Markennamen“ die Chance, ihr gemeinsames Auftreten am Markt zu stärken und im positiven Sinn zu vereinheitlichen. Leitbilder müssen daher konkrete Handlungsanweisungen für die eigene Arbeit enthalten, individuell für die Einrichtung erstellt und gegebenenfalls angepaßt bzw. modifiziert werden.

In der Tabelle „Leitbild“ wird abgefragt, ob es ein Leitbild gibt, wie es aufgebaut ist (Zielgruppe, Pflegemodell, Leistungen und Umsetzung, Qualitätssicherung) und ob und in welcher Form es gültig ist.

Kundenorientierung

Das Stichwort „Kundenorientierung in der Pflege“ klingt zunächst einmal ganz gut, aber gibt es denn wirklich echte Kunden in der Pflege? Kann der stark pflegebedürftige Herr Meyer mit seinen 89 Jahren noch als Kunde bezeichnet werden, der frei auf dem Markt der Pflegeleistungen einkauft? Oder ist er nicht vielmehr auf Hilfe angewiesen? Herr Meyer sollte trotz seiner körperlich (und vielleicht sogar geistig) stark eingeschränkten Möglichkeiten als ein Kunde betrachtet werden, im positiven Sinne des Wortes.

Gerade im Teilbereich Pflegeversicherung entscheidet der Kunde sehr bewußt, welche und wie viele Leistungen er einkauft. Es ist auch seine eigene Entscheidung, selbst wenn sie von seinen Kindern oder Verwandten getroffen wird.

Der Kunde hat also auch die Freiheit, aus fremder Sicht notwendige Unterstützung nicht einzukaufen (Beispiel: Seine Wohnung müßte aus fremder Sicht regelmäßig gereinigt werden. Er kauft diese Leistung aber nicht ein mit dem Ergebnis, daß seine Wohnung dann nicht sehr sauber ist. Das rechtfertigt noch lange nicht, Verwahrlosung zu befürchten und damit Zwangsmaßnahmen zu begründen, vielleicht sah es ja auch schon in den letzten zehn Jahren so aus?!).

Um den Kunden als Kunden ernst zu nehmen, müssen nicht nur seine Wünsche und bisherigen Lebensschritte ernst genommen werden, auch das Verhalten der Mitarbeiter sollte in Teilbereichen schriftlich festgelegt sein und

Kundenorientierung wird stark gewichtet

Ihre Mitarbeit ist gefragt!

Möchten Sie als „Pilot-Einrichtung“ das hier vorgestellte Kennzahlen-System erproben?

Auskunft über

Gaby Kujawa, Redaktion Häusliche Pflege, Tel. (05 11) 99 10 - 1 35, Fax (05 11) 99 10 - 1 99

Und so funktioniert's

Erläuterungen zu den Fragebögen

- Wie aus Abbildung 1 beispielhaft hervorgeht, wird für jede Frage eine bestimmte Anzahl Punkte vorgegeben.
- Eine unterschiedliche vorgegebene Punktzahl gewichtet die Frage (so wird beispielsweise ein selbsterarbeitetes Leitbild höher bewertet als ein vom Verband vorgegebenes).
- Die Einrichtung erhält je nach Beantwortung im positiven Fall die vorgegebene Punktzahl, im negativen Fall keine Punkte.
- Die erreichten Punkte werden addiert und zur erreichten Gesamtpunktzahl ins Verhältnis gesetzt.
- Die erreichten Punkte werden die Teilergebnisse der acht Themenbereiche in die Gesamtpunktzahl gesetzt.
- Vorgegebene Bewertungswerte für

nicht als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden (natürlich weiß jede Pflegekraft, das man trotz eines Schlüssels nicht einfach so in fremde Wohnungen rein stolpert, ohne zu klingeln, aber in der Wirklichkeit passiert es immer wieder).

Bewertung

Die Kundenorientierung hat einen hohen Stellenwert in diesem Modell (20 Prozent). In der Praxis besteht hier meist ein hoher Nachholbedarf, so daß viele Abfragepunkte als Anregungen für die sofortige Umsetzung dienen können. Hier werden die Erreichbarkeit, die Qualität der schriftlichen Unterlagen einschließlich des Pflegevertrages, die Aufnahme der Kundenwünsche, die zeitliche Verlässlichkeit, Normen für den Umgang mit Kunden, das Beschwerdemanagement sowie Kundenbefragungen abgefragt.

Ausbildungsniveau

Der sicherlich umstrittenste Teil dieses Modells verbirgt sich im Punkt Ausbildungsniveau. Es geht darum, den momentanen Ausbildungsstand der Einrichtung transparent zu machen. Bisher werden Einrichtungen nur daran gemessen, wie viele Fachkräfte sie beschäftigen, denn nur Fachkräfte werden mit einer guten Qualität gleichgesetzt. Das ist jedoch problematisch: Stimmt es

denn, daß nur Fachkräfte gute Pflege leisten können? Und ist auch jemand dann noch als Fachkraft zu bewerten, wenn er sein Examen vor 20 Jahren gemacht hat und seitdem keine Fortbildungen mehr besucht hat? Kann eine solche Fachkraft ohne weiteres nach dem heute anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Er-

Abb. 1

Häusliche Pflege			
Tabelle für das Leitbild			
	Vorgegebene Punkte	Bewertungsbeispiel für Pflegedienst X	
1	Definition der Zielgruppe	10	10
2	Pflegephilosophie		
	2.1 Pflegeleitsätze vorhanden	10	10
	2.2 Pflegemodell, nach dem gearbeitet wird	10	10
	2.3 Einbindung der Pflegebedürftigen beschrieben	10	—
	2.4 Einbindung der Pflegepersonen beschrieben	10	—
3	Leistungsbereiche		
	3.1 Benennung der einzelnen Bereiche und die Umsetzung aufgrund der Pflegephilosophie	10	10
4	Organisation der Pflege		
	4.1 Beschreibung der Organisationsabläufe	10	—
	4.2 Vernetzung aller an der Pflege Beteiligten	10	10
5	Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung		
	5.1 Fort- und Weiterbildungskonzept	10	—
	5.2 Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen	10	—
	5.3 Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen	10	10
6	Gültigkeit des Leitbildes		
	6.1 Erarbeitet vom Verband	2	—
	6.2 oder erarbeitet/miterarbeitet/modifiziert von der Einrichtung	10	10
	6.3 Entstehungsdatum		
	6.4 Modifiziert/entstanden innerhalb der letzten 2 Jahre	10	10
	6.5 Leitbild gültig und von allen Mitarbeitern unterschrieben	10	10
	6.6 Leitbild von Geschäftsleitung unterschrieben	10	10
7	Erreichbar insgesamt	150	90
	7.1 Ihr Ergebnis		
	7.2 In Prozent bei 90 von 150 erreichbaren Punkten		60%

kenntnisse arbeiten? Das hier vorgestellte System zur Bewertung eines aktuellen Ausbildungsstandes will diese Diskussion ein wenig versachlichen und neben dem formalen Berufsabschluß auch die Erfahrung, Fortbildungen und eigenes Studium in die Bewertung einbeziehen. Ausgangslage und Meßlatte ist der allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Dieser Begriff beschreibt ein sich jährlich wandelndes Wissen, was in etwa dem jeweils aktuellen Alten- und/oder Krankenpflegeschulwissen entsprechen wird. Daß vor fünf Jahren in den Schulen zum Teil andere Wissensstände vermittelt wurden als heute, versteht sich von selbst. Damit können aber

Fortbildung muß systematisch geplant werden

auch Fachkräfte mit einer Ausbildung, die einige Jahre zurückliegt, heute nicht ohne weiteres auf dem Wissensstand sein, der mit dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse umschrieben ist. Das Wissensniveau ist nur durch permanente Berufstätigkeit sowie durch gezielte Fort- und Weiterbildung zu erhalten.

Um auch differenziertere Aussagen über die unterschiedlichen Berufsgruppen und deren spezifisches Ausbildungsniveau zu machen, werden die Pflegemitarbeiter zunächst in zwei Gruppen unterteilt: in Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger und Altenpfleger/in) und Pflegekräfte (aller anderen pflegerischen Ausbildungsgänge sowie angelernte Kräfte). Die Erfassung erfolgt getrennt, allerdings nach den gleichen Kriterien, und wird am Schluß in einer Kennzahl zusammengefaßt. So läßt sich beispielsweise im Rahmen eines Betriebsvergleichs auch der Ausbildungsstand von Fachkräften innerhalb eines Verbandes oder einer größeren Gruppe von Einrichtungen vergleichen.

Die Ausbildungsbewertung erfolgt in mehreren Schritten und ist für beide Gruppen gleich:

1. Die unterschiedlichsten Berufsgruppen werden mit einer Ausbildungskennzahl bewertet.
2. Dazu kommt die aktuelle Berufserfahrung, die je nach Arbeitsplatz unterschiedlich hoch bewertet wird.
3. Hinzu kommen pflegerelevante Fort- und Weiterbildungen.
4. Auch die Fortbildungsanteile im Selbststudium, sei es durch die regelmäßige Lektüre von Fachzeitschriften oder durch Fachbücher, wird berücksichtigt.
5. Ein Wissensverlust wird in Form eines „Abzugs pro Jahr“ dargestellt: Jedem Berufsjahr geht aktuelles, d. h. dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechendes Fachwissen „verloren“.
6. Daraus ergibt sich pro Berufsjahr eine neue Ausbil-

Die Ausbildungsbewertung erfolgt in mehreren Schritten und ist für beide Gruppen gleich:

1. Die unterschiedlichsten Berufsgruppen werden mit einer Ausbildungskennzahl bewertet.
2. Dazu kommt die aktuelle Berufserfahrung, die je nach Arbeitsplatz unterschiedlich hoch bewertet wird.
3. Hinzu kommen pflegerelevante Fort- und Weiterbildungen.
4. Auch die Fortbildungsanteile im Selbststudium, sei es durch die regelmäßige Lektüre von Fachzeitschriften oder durch Fachbücher, wird berücksichtigt.
5. Ein Wissensverlust wird in Form eines „Abzugs pro Jahr“ dargestellt: Jedem Berufsjahr geht aktuelles, d. h. dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechendes Fachwissen „verloren“.
6. Daraus ergibt sich pro Berufsjahr eine neue Ausbil-

Häusliche Pflege			
Ausbildungsniveau (Bewertung)			
Ausbildungsdauer	Punktzahl	Mindestniveau (33%)	
1 Berufsgruppen			
Krankenschwester/-pfleger	3 Jahre	1000	333
Kinderkrankenschwester/-pfleger	3 Jahre	1000	333
Staatl. anerkannter Altenpfleger	3 Jahre	1000	333
Altenpflegehelfer	1 Jahr	400	133
Krankenpflegehelfer	1 Jahr	400	133
Pflegehelfer	1/2 Jahr	300	100
Pflegehelfer	6 Wochenkurs	200	66
Angelernte Pflegekraft	keine	100	33
2 Berufserfahrung			
1. Ambulante oder stationäre Altenpflege		Pro Jahr	40
bei weniger als 400 Std. im Jahr		Pro Jahr	30
2. Krankenhaus		Pro Jahr	30
bei weniger als 400 Std. im Jahr		Pro Jahr	20
3. Arbeit in ausgesprochenen Funktionspflegebereichen wie z.B. OP, Dialyse oder Intensiv		Pro Jahr	20
bei weniger als 400 Std. im Jahr		Pro Jahr	20
3 Fortbildungen			
berücksichtigt werden folgende Themengruppen: Pflegefachliche Themen, Kommunikation, nicht aber Leitungsspezifische Fortbildungen		Pro Zeitstunde	1
4 Selbststudium			
1. Fachzeitschriften		Pro Zeitschrift/Monat	1
Nachweis über Leseliste bei wöchentlicher Erscheinung; Wertung pro Zeitschrift Pro Monat		Max. pro Jahr	15
2. Fachbücher		Pro Buch	5
		Max. pro Jahr	15
5 Abzug			
1. Wissensverlust an aktuellem Fachwissen pro Berufsjahr		Pro Jahr	- 80
2. Bei weniger als 400 Stunden Berufserfahrung im Jahr		Pro Jahr	-100
3. Bei ausbildungsfremder oder gar keiner Beschäftigung pro Jahr, jedoch nicht mehr als 1/3 des Ausbildungspunktstandes		Pro Jahr	-120

Abb. 2a

dungskennziffer, die im Idealfall immer mit der ursprünglichen Ausbildungskennzahl übereinstimmen sollte.

Vergleicht man dann das Ausbildungsniveau auf der Basis der Einstellung der Mitarbeiter mit dem aktuellen Niveau, läßt sich aus der möglichen Differenz leicht ablesen, ob und wie weit sich das aktuelle Niveau von der Ausgangsbasis entfernt hat und wie dies durch gezielte Fortbildungen zu verändern ist. So könnten sowohl Argumente für innerbetriebliche Fortbildung als auch gegenüber den Kostenträgern geschaffen werden.

Dieses System kann nicht beurteilen, ob eine Berufsausbildung, die besuchten Fortbildungen oder das Selbststudium eines Fachbuchs zu einer Wissensberei-

Häusliche Pflege			
Ausbildungsniveau (Beispielhafte Bewertungsmatrix für die Einstellung eines Mitarbeiters)			
Bewertung für Klaus Mayer			
Einzel- punktzahl	Anzahl	Gesamt- punktzahl	
1 Ausbildung			KK
1.1 Abschlußjahr		1993	
1.2 Berufsjahre im Beruf		5	
2 Bewertung			1000*
2.1 Berufsausbildung			
3 Bonus Berufserfahrung			
3.1 Pro Jahr Alten-/Krankenpflege	40	2	80
bei weniger als 400 Stunden im Jahr	30	1	30
3.2 Pro Jahr Krankenhaus	30	1,5	45
bei weniger als 400 Stunden im Jahr	20	0,5	10
3.3 KH: Funktionsbereiche	20	0	0
bei weniger als 400 Stunden im Jahr	10		
Anzahl Jahre		5	
4 Fortbildungen			
4.1 Anzahl Stunden	1	75	75
5 Selbststudium			
5.1 Pro Fachzeitschrift/Monat (max. 15 Punkte pro Jahr)	1	12	60
5.2 Pro Fachbuch (max. 15 Punkte pro Jahr)	5	3	15
6 Abzug Wissensverlust			
6.1 Pro Berufsjahr	-80	5	400
6.2 Bei weniger als 400 Stunden Berufserfahrung pro Jahr	-100	0	
6.3 Bei ausbildungsfremder oder gar keiner Beschäftigung pro Jahr	-120	0	
7 Stand bei Einstellung			915

* Die Zahlenwerte ergeben sich aus den Vorgaben von Abbildung 2a

Abb. 2b

cherung geführt haben und ob dies Wissen in der Praxis umgesetzt wird. Allerdings ist das wahrscheinlicher, als wenn überhaupt keine Wissensauffrischung stattgefunden hätte.

Fortbildungsplanung

Unmittelbar mit dem Ausbildungsniveau verbunden ist die Fortbildungsplanung. Hier wird abgefragt, ob und in welcher Form eine systematische Fortbildungsplanung für den einzelnen Mitarbeiter stattfindet. Die Praxis sieht so aus: Die Fortbildungsprogramme der Anbieter werden ins Dienstzimmer gelegt, bei Interesse meldet sich der eine oder andere Mitarbeiter nach Rücksprache mit der Geschäftsführung an. Eine systematische Planung dagegen verhindert, daß einzelne Mitarbeiter unter- oder überfordert werden, und sorgt dafür, daß die

Einrichtung durch ihre Mitarbeiter durchgängig über das Fachwissen verfügen kann, was sie braucht. Eng verbunden mit einem Fortbildungskonzept bzw. die Grundlage dazu ist eine Stellen- und Funktionsbeschreibung – ohne eine Beschreibung der Anforderungen an einen Mitarbeiter kann eigentlich auch keine Fortbildung gezielt ausgewählt werden. Schließlich ist auch die Frage des Budgets sowie die Verfügung darüber von Interesse: Gibt es ein festgelegtes Budget und kann die für die Mitarbeiter verantwortliche Pflegefachkraft allein über dieses Budget entscheiden oder nur nach Rücksprache mit der Geschäftsführung?

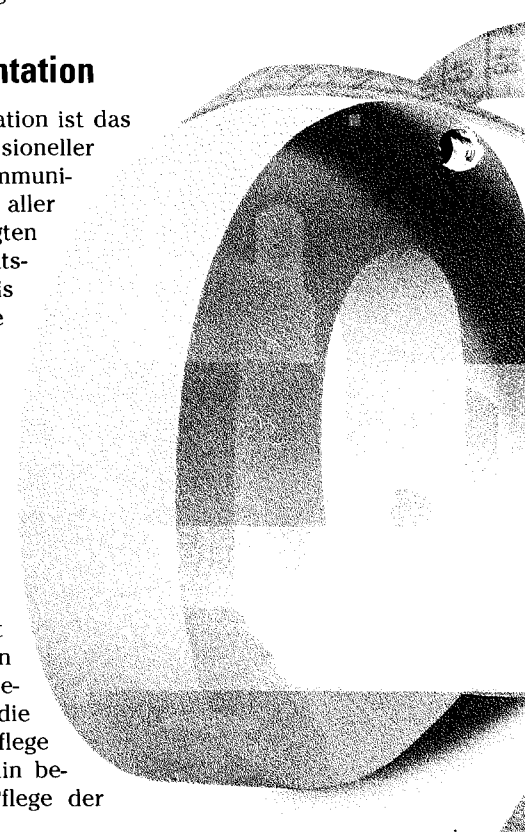
**Professionelle
Pflege muß
professionell
dokumentieren**

Pflegestandards

Pflegestandards als Checkliste und Normierung von sinnvollen und notwendigen Arbeitsschritten sind inzwischen immer weiter verbreitet und akzeptiert. Sie werden hier auf ihre Vollständigkeit hin abgefragt, ob für alle Tätigkeiten bzw. Leistungskomplexe beschriebene Arbeits- und Leistungsinhalte existieren.

Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist das „Rückgrat“ professioneller Pflegearbeit und Kommunikationsinstrument aller an der Pflege Beteiligten (siehe auch „Qualitätskolleg“, Ausgabe 5 bis 7). Trotzdem ist sie in vielen Einrichtungen unzureichend: Wenn der MDK bei Qualitätsprüfungen immer wieder einen Defizitbereich ausmacht, so liegt er in der lücken- und mangelhaften Pflegedokumentation und meist nicht beim pflegerischen Zustand des Pflegekunden. Will sich die professionelle Pflege auch nach außen hin begründet von der Pflege der



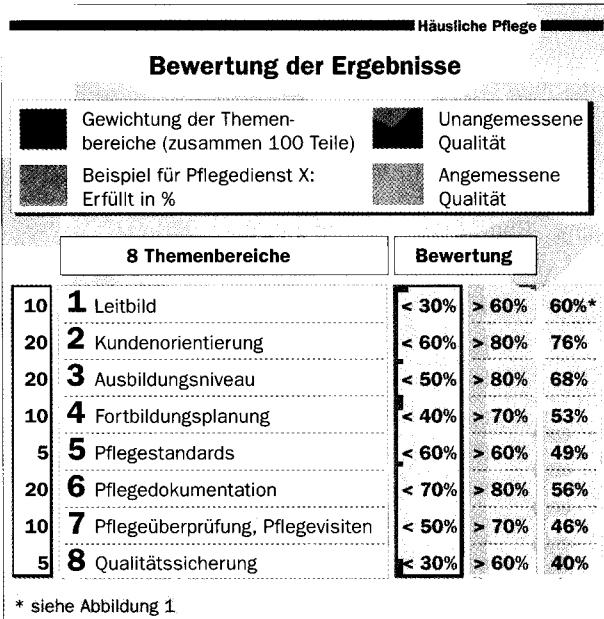


Abb. 3

Pflegepersonen abheben, muß sie ihre Arbeit nicht nur (mutmaßlich) professionell durchführen, sondern ebenso professionell planen und dokumentieren.

Auch bei der Beurteilung der Qualität von Pflegedokumentationen spielt die inhaltliche Vollständigkeit die Hauptrolle. Es wird die Vollständigkeit der einzelnen Bereiche abgefragt: Berichte, Durchführungskontrollen, Arbeitsplanung etc. Die größte Gewichtung liegt dabei auf der Vollständigkeit der Pflegeplanung: Verglichen mit einem ganzheitlichen Pflegemodell (in diesem Fall der AEDL nach Krohwinkel) wird überprüft, ob die Stichprobendokumentationen daran gemessen vollständig sind, ob zum Beispiel der Teilpunkt „sich beschäftigen“ mit den vorhandenen Ressourcen und Defiziten beschrieben und daraus abgeleitet eine Pflegeplanung entwickelt wurde. Unabhängig vom verwendeten Pflegemodell und von der inhaltlichen Ausformulierung kann mit diesem Ver-

gleichsprinzip die Vollständigkeit und Ganzheitlichkeit der Pflegeanamnese und Pflegeplanung überprüft werden.

Pflegeüberprüfung/Pflegevisite

Im Rahmen der Ergebnissicherung dienen interne Pflegeüberprüfungen oder Pflegevisiten der eigenen Ergebniskontrolle und gehören zum Aufgaben- und Verantwortungsbereich der verantwortlichen Pflegefachkraft. Auch hier wird anhand einer Stichprobe von Pflegedokumentationen überprüft, ob, in welchem Rhythmus und wie solche Pflegevisiten stattfinden und welche „Folgen“ sie haben.

Qualitätssicherung

Hier geht es vor allem darum, festzustellen, ob es Instrumente, Strukturen und Formen der Qualitätssicherung gibt, seien es interne oder externe Varianten. Es wird nicht bewertet, welche der vielen Möglichkeiten die bessere wäre, Hauptsache, es gibt überhaupt eine institutionalisierte Variante.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser acht Teilauswertungen werden zusammengefaßt in einer Bewertungsmatrix, die diese sowohl innerhalb des Teilbereichs einordnet als auch in der Relation der Gesamtauswertung.

Mehr zum Thema:

Ein Buch über das Kennzahlensystem von Andreas Heiber erscheint demnächst im Vincentz Verlag. ●

Mit diesem System hat die einzelne Einrichtung einerseits ein einfach zu handhabendes Arbeitsinstrument für die eigenständige Analyse der Einrichtung und kann sich gleichzeitig mit den Teil- und Gesamtergebnissen mit anderen Einrichtungen vergleichen. Spannend wird es, wenn der Vergleich großflächiger möglich wird (auch außerhalb der eigenen Verbände) und daraus neue Argumentationslinien für eine (eigentlich durch die Pflegeversicherung schon) bestimmte Qualität der Pflege gewonnen werden.

System & Praxis, Andreas Heiber ●